Vlaams Parlement

vergadering **C55**
zittingsjaar 2018-2019

Woordelijk Verslag

Commissievergadering

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

van 11 december 2018

INHOUD

VRAAG OM UITLEG van Vera Jans aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de herstelacademies en ervaringsdeskundigen in de geestelijke gezondheidszorg
– 320 (2018-2019) 3

VRAAG OM UITLEG van Vera Jans aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over preventieve maatregelen naar aanleiding van het problematisch alcoholgebruik bij jongeren en 65-plussers
– 326 (2018-2019)
VRAAG OM UITLEG van Björn Anseeuw aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de stijging van het aantal spoedopnames van jongeren door alcoholmisbruik
– 339 (2018-2019) 7

VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de mogelijkheid voor woonzorgcentra om een beroep te doen op een procesbegeleider
– 334 (2018-2019)
VRAAG OM UITLEG van Elke Sleurs aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over procesbegeleiders mondzorg en mondhygiënisten in woonzorgcentra
– 373 (2018-2019) 12

VRAAG OM UITLEG van Katrien Schryvers aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over meldingen van historisch misbruik in het onderwijs
– 338 (2018-2019) 17

VRAAG OM UITLEG van Vera Jans aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over een meer herstelgerichte visie in het onderzoek naar depressie en de behandeling ervan
– 215 (2018-2019) 21

VRAAG OM UITLEG van Vera Jans aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de herstelacademies en ervaringsdeskundigen in de geestelijke gezondheidszorg – 320 (2018-2019)

Voorzitter: de heer Bert Moyaers

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Vera Jans (CD&V): Minister, binnen de verenigingen waar armen het woord nemen en het zeer brede werkveld waarbinnen zij actief zijn, is het werken met ervaringsdeskundigen en ervaringsdeskundigheid al behoorlijk ingeburgerd. Door de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg worden ook in die sector stappen gezet in het werken met ervaringsdeskundigen. Aan de basis hiervan ligt de overtuiging dat ervaringsdeskundigheid nodig is om een sterkere en betere zorg te kunnen geven. Mensen met ervaringsdeskundigheid weten vanuit hun eigen ervaringen en beleving wat het betekent om psychische problemen te hebben, om opgenomen te worden, om therapie te krijgen en om patiënt te zijn. Zij weten als geen ander wat de struikelblokken zijn voor een geslaagde behandeling en waar men op vastloopt. Een ervaringsdeskundige kent de zorg van binnenuit.

Ook de herstelgerichte zorg is in opmars. Dat lezen we in het Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid en ook in het nieuwe voorontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheidszorg. De herstelvisie vraagt aandacht voor het perspectief van de patiënt in de hulpverlening en streeft ernaar om alle patiënten te sterken bij het realiseren van hun eigen persoonlijke herstelproces. Ook daar spelen ervaringsdeskundigen een grote rol. Iemand met ervaringsdeskundigheid is op dat moment noch cliënt of patiënt, noch hulpverlener. Die bijzondere positie maakt hen dus uitermate geschikt om in dialoog te gaan met cliënten, hulpverleners, directie en bestuurders van voorzieningen.

In de resolutie betreffende een versterkt geestelijk gezondheidsbeleid, die in december 2017 werd goedgekeurd door de plenaire vergadering, vroegen we ook om ervaringsdeskundigen als een volwaardige partner te betrekken in het nieuwe beleid over de geestelijke gezondheidszorg. Intussen hebben we gezien dat hieraan tegemoetgekomen werd. In het nieuwe voorontwerp van decreet wordt er immers naar verwezen.

In de herstelacademies, die in oktober van start zijn gegaan en die de minister in 2019 verder wil uitrollen over heel Vlaanderen, krijgen ervaringsdeskundigen een grote rol om mensen te helpen en ze te sterken in het aanpakken van hun psychische vragen of problemen.

Minister, wat is de huidige stand van zaken betreffende de opstart en uitrol van herstelacademies? Wat zult u nog doen in de verdere uitrol en hoe zult u dit bekendmaken naar de sector, het brede publiek en de hulpverlening? Hoe wilt u de ervaringsdeskundigheid nog sterker aan bod laten komen binnen de geestelijke gezondheidszorg?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Mevrouw Jans, het lopende project dat we in samenwerking met de Vlaamse Vereniging Geestelijke Gezondheid opzetten en waarvan de werking zal worden meegenomen in het Vlaams Steunpunt Geestelijke Gezondheidszorg vanaf 1 januari 2019, omvat als eerste doelstelling een regiodekkende spreiding van de herstelacademies in Vlaanderen en Brussel.

In de projectaanvraag is duidelijk opgenomen dat we ernaar streven om in de toekomst in elk netwerk geestelijke gezondheid volwassenen minimaal één

herstelacademie te hebben. Elke regionale herstelacademie moet overigens steeds volgende partners betrekken bij het project: minimaal twee partners uit de geestelijke gezondheidszorg (ggz), minimaal één partner uit de eerste lijn, minimaal één partner vanuit familievereniging en/of patiëntenvereniging, minimaal één partner uit de niet-ggz en belendende sectoren.

Elke herstelacademie neemt deel aan het kwalitatief onderzoek en aan de Vlaamse Werkgroep Herstelacademie. Op dit moment zijn er in Vlaanderen tien herstelacademies in werking. In 2019 zullen er nog in drie regio's herstelacademies opgestart worden, waaronder Zuid- en Midden-West-Vlaanderen. Nadien zijn de herstelacademies overal in Vlaanderen operationeel. Het is een expliciete doelstelling om in 2019 te streven naar een regiodekkend aanbod van de basiscursussen 'Jezelf in herstel' en 'Je goed gevoel-plan'.

Momenteel zullen er geen nieuwe initiatieven of stappen ondernomen worden ter verdere implementering tot het einde van het project dat gepland is voor 30 novem-ber 2019. Het project heeft nog volgende doelstellingen: evalueren van de methodiek van de herstelacademies in Vlaanderen en Brussel en onderzoeken of de methodiek van herstelacademies toepasbaar is voor andere doelgroepen, zoals kinderen en jongeren, cultuursensitieve zorg, verslaving, familie en omgeving of binnen andere belendende sectoren. Na evaluatie van het project zullen we meer zicht krijgen op de goede praktijken, aandachtspunten en knelpunten en kunnen we verdere stappen definiëren.

Het voorontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid definieert ervaringsdeskundigheid als volgt: "De kennis en expertise die voortkomt uit de ervaring met individugerichte zorg, opgedaan als zorggebruiker of als context, en die voor zichzelf en voor anderen herstelbevorderend kan worden ingezet. Deze ervaring kan alleen tot kennis en expertise met betrekking tot individugerichte zorg leiden wanneer deze via lotgenotencontact wordt verwerkt en verruimd wordt en wanneer via opleiding of vrijwilligerswerk kennis, houdingen, vaardigheden en methoden werden aangereikt om de verruimde ervaring met individugerichte zorg deskundig aan te wenden".

Ervaringsdeskundigen moeten hun plaats in het geestelijke gezondheidsaanbod krijgen, en dit zowel op het niveau van de individugerichte zorg als bij populatiegerichte acties, de geestelijke gezondheidsnetwerken en op beleidsniveau. Dit kan op allerhande manieren. Ten eerste, mee vormgeven van (lokale) antistigma-interventies die inzetten op stigma, attitudes en gedrag. Ten tweede, inzetten op de bevordering van de geestelijke gezondheidscompetenties van kwetsbare groepen, zoals personen met een lagere sociale status, ouderen, migranten en etnische minderheden. Interculturele bemiddelaars en ervaringsdeskundigen binnen bepaalde kwetsbare groepen zouden hierin een belangrijke rol kunnen spelen. Ten derde, inzichten meegeven aan zorgverleners om een kwaliteitsvol zorgaanbod te kunnen aanbieden dat aanvaardbaar is voor de patiënt. Ten vierde, inzichten geven in de re-integratie en zorg buiten het ziekenhuis voor de mantelzorger en de context. Ten vijfde, ondersteuning van patiënt en context bij lotgenotencontacten en buddywerking bij patiënten- of familieorganisaties.

Personen met ervaringskennis en ervaringsdeskundigen voegen veelal een aantal andere kernelementen aan herstelgerichte zorg toe, doordat er een verhoogde aandacht ontstaat voor een aantal thema's zoals diagnostiek van de sterktes alsook aandacht aan wat er allemaal niet (meer) mogelijk is. Ze richten de zorg op alle levensdomeinen zoals psychisch en lichamelijk functioneren, inkomen en budget, wonen, dagbesteding, opleiding, tewerkstelling, sociale contacten en het functioneren in het gezin en sociale relaties. Symptomen en bijeffecten worden besproken in termen van hun effect op deze levensdomeinen. Daarnaast is er 'positive risk-taking', namelijk samen met de zorgverleners zoeken naar

potentiële risico's van beslissingen en samen de mogelijke schadelijke gevolgen ervan beperken.

We dragen het herstelgericht werken dus ook uit via de herstelacademies. Bij een herstelacademie wordt er een lokale opleiding georganiseerd door een ervaringsdeskundige, samen met een professioneel zorgverlener. De rol van 'patiënt in behandeling' verandert in dit herstelproces zo sterk mogelijk naar de rol van 'student die eigen keuzes maakt'. De kracht van een herstelacademie bestaat erin dat ze deelnemers steunt bij hun herstel vanuit eigen sturing, zingeving en burgerschap, het toepassen van het subsidiariteitsprincipe vanuit een herstelgerichte visie en een sectoroverschrijdende aanpak geënt op regionale sterktes.

In het voorontwerp van decreet wordt de ondersteuning van de context en van ervaringsdeskundigen die actief zijn binnen het aanbod qua geestelijke gezondheid, opgenomen in functie B. Die functie omvat interventies gericht op de versterking van de draagkracht en de vermindering van de draaglast van de context en van de ervaringsdeskundigen die actief zijn binnen het aanbod qua geestelijke gezondheid. Het is dus een expliciete opdracht van de geestelijke gezondheidszorg om dit op te nemen.

Ervaringsdeskundigheid ontstaat veelal vanuit en doorheen lotgenotencontacten. Mensen met psychische problemen vinden een balans met hun ziektebeeld dankzij lotgenotencontact en beginnen andere lotgenoten te ondersteunen. Op die manier verwerken ze hun ervaringen en slagen ze er ook in om de individuele ervaringen te overstijgen en te verruimen. Een aantal van hen zijn bereid de stap naar ervaringsdeskundige te zetten en kunnen een opleiding volgen. Een beperkt aantal ervaringsdeskundigen stromen vervolgens door als patiëntvertegenwoordiger op mesoniveau, bijvoorbeeld in netwerken geestelijke gezondheid volwassenen, of op macroniveau, in de beleidsorganen. Het is belangrijk dat de ervaringsdeskundigen na hun opleiding verder worden begeleid en gecoacht. Op dit moment is het Vlaams Patiëntenplatform onze centrale partner in het ondersteunen van de lotgenotencontacten en patiëntervaringsdeskundigen, en is het Familieplatform Geestelijke Gezondheid onze partner voor de familielotgenotencontacten en de familie-ervaringsdeskundigheid. Die ondersteuning is reeds enkele jaren structureel. Zo is het Familieplatform Geestelijke Gezondheid reeds enkele jaren actief aan het werk met het ondersteunen van familieorganisaties, en capteert het de beste praktijken van lidorganisaties, om die te vertalen naar andere psychische kwetsbaarheden.

Er staan overigens nog meerdere projecten in de steigers op het vlak van ervaringsdeskundigheid. Ik noem er twee. Ten eerste is er de structurele ondersteuning van ervaringsdeskundigen. Het Vlaams Patiëntenplatform heeft, samen met de Open Patiëntenkoepel Geestelijke Gezondheid, OPGanG, hun interne werkgroep waarin patiëntenverenigingen inzake geestelijke gezondheidszorg worden samengebracht, Trefpunt Zelfhulp en de vzw UilenSpiegel, een toekomstmodel uitgewerkt dat de ondersteuning voor de participatie en vertegenwoordiging van ervaringsdeskundigen mogelijk maakt. Die ondersteuning bestaat enerzijds uit praktische basisondersteuning, zoals administratie, boekhouding, wetgeving, terugbetaling vervoerskosten, privacyregels, vergaderzalen enzovoort, en anderzijds uit de ondersteuning en coaching van de ervaringsdeskundigen voor beleidsparticipatie in het specifieke vakgebied. Dit model zal in 2019 worden uitgetest in een pilootprovincie, de provincie Limburg, en de noden van de andere provincies zullen in kaart worden gebracht.

Ten tweede is er de bepaling van de typologie van ervaringswerkers. Dit project zal specifiek focussen op de typologie en opleiding van ervaringswerkers: op de wijze waarop hun ervaring wordt ingezet, de rollen die ze op zich nemen, hun functie en de vaardigheden die nodig zijn. Anderzijds zal het project bekijken

welke soorten vormingen of opleidingen er bestaan, de noden van de zorgvoorzieningen en de noden van de ervaringswerkers zelf. Dit is een onderzoek dat wordt uitgevoerd in 2019. Het project heeft een intersectorale scope. Het gaat dus over jeugdhulp, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg, inclusief verslavingszorg. Het includeert ook ervaringswerkers uit doelgroepen, zoals inzake armoede en etniciteit.

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Vera Jans (CD&V): Minister, ik ben u dankbaar voor uw zeer concreet en duidelijk antwoord. Ik vind het bijzonder positief dat die herstelacademies over heel Vlaanderen en regiodekkend zullen worden uitgerold in 2019. Positief is ook dat ze worden afgestemd op de netwerken geestelijke gezondheidszorg. Eigenlijk zou dat logisch moeten zijn, maar het is zonder meer positief. Men stimuleert hen ook om die samenwerking aan te gaan met de eerste lijn, met de patiëntenverenigingen en met de belendende sectoren.

Ik ben er echt van overtuigd dat ervaringsdeskundigen in de geestelijke gezondheidzorg en ook in andere sectoren een grote meerwaarde hebben. Onlangs, naar aanleiding van een stage binnen een Vlaams openbaar psychiatrisch ziekenhuis, mocht ik spreken met ervaringsdeskundigen, en die voegen zonder meer elementen toe aan die herstelgerichte zorg, zoals u zegt, minister. Dat gaat echter allemaal niet vanzelf. Mensen met ervaring laten meedraaien in de zorg, dat klinkt allemaal heel goed, maar daar staat heel wat begeleiding en coaching tegenover. Ik vond het dus ook zeer positief om te horen in uw antwoord dat er ter zake heel concrete projecten worden ondersteund. Ik denk dat ik ook spreek namens de commissievoorzitter als ik zeg dat we de keuze van de pilootprovincie ten volle ondersteunen.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Het is sowieso een interessante weg die we met die ervaringsdeskundigen bewandelen in de geestelijke gezondheidszorg. Het is heel belangrijk om de nadruk te leggen op die gezondheidswijsheid, zodat mensen eigenlijk expert worden van hun eigen leven, zodat ze zelf vaardigheden gaan ontwikkelen om op een goede manier om te gaan met de uitdagingen die op hen afkomen.

Ik had wel nog één bijkomende vraag. De bedoeling is om die herstelacademies breed uit te rollen. Wordt er ook een link gelegd naar werk, naar school en dergelijke?

De voorzitter: De heer Anseeuw heeft het woord.

Björn Anseeuw (N-VA): Ook ik wil namens mijn fractie natuurlijk de waarde van ervaringsdeskundigen en het betrekken van hen bij de geestelijke gezondheidszorg onderstrepen. In die zin ben ik collega Jans er ook dankbaar voor dat ze dat met haar vraag nog eens voor het voetlicht brengt. Ik vind het ook goed dat men aan de slag is gegaan met een van de vragen die dit parlement heeft gesteld in de resolutie voor een versterkt beleid qua geestelijke gezondheidszorg.

Tot slot, wat de keuze voor die provincie betreft, dat laat ik in het midden, maar dat is misschien voer voor een ander debat op een ander moment.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Het voordeel van een dergelijke methodologie is dat je je niet beperkt tot de medische focus maar dat ook andere levensdomeinen in beeld komen. Ik ben zelf een les gaan bijwonen. Dan gaat het niet alleen over de

ervaringen in een psychiatrische setting of ziekenhuis maar heel snel ook over school, de familiale situatie, werk, enzovoort. Het voordeel is dat de ervaringen die naar voren komen en de gesprekken over veel meer gaan dan het puur medische. Dat is de sterkte, omdat herstelgericht zijn de ambitie heeft om te proberen om mensen met psychische kwetsbaarheden opnieuw voldoende aansluiting te laten vinden bij die andere levensdomeinen. Dat is de finaliteit van het project. Dus ja, er wordt wel degelijk ook in die richting gesproken en gedacht.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Vera Jans aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over preventieve maatregelen naar aanleiding van het problematisch alcoholgebruik bij jongeren en 65-plussers
– 326 (2018-2019)

VRAAG OM UITLEG van Björn Anseeuw aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de stijging van het aantal spoedopnames van jongeren door alcoholmisbruik
– 339 (2018-2019)

Voorzitter: de heer Bert Moyaers

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Vera Jans (CD&V): Nog nooit eerder belandden zoveel jongeren en 65-plussers op de spoedafdeling van een ziekenhuis door overmatig alcoholgebruik. Uit cijfers van de hulpverleningspraktijk en het InterMutualistisch Agentschap blijkt dat in 2017 maar liefst 2334 jongeren tussen de 12 en 17 jaar en meer dan 11.500 jongvolwassenen tussen de 18 en 29 jaar met een alcoholintoxicatie terechtkwamen op de spoedafdeling. Dat komt overeen met 38 dergelijke opnames per dag, een flink stijging ten opzichte van alle eerdere cijfers en zonder meer het hoogste cijfer in tien jaar tijd.

Nog veel opvallender was de stijging in de groep van de 65-plussers. In 2017 ging het binnen deze leeftijdscategorie om 17.000 mensen. Dat is bijna dubbel zoveel als tien jaar geleden. Voor alle duidelijkheid: het gaat over mensen die worden opgenomen met een alcoholintoxicatie, niet over mensen met een dergelijke problematiek die we niet kunnen detecteren.

Het zogenaamde bingedrinken, waar we al eerder vragen over hebben gesteld, is iets typisch voor jongeren. Bij ouderen zien we een heel ander profiel. Ouderen drinken vaak veel te veel en veel te vaak. Een kwart van alle Vlamingen tussen 55 en 75 jaar drinkt dagelijks alcohol. Vaak start het als sociaal drinken, maar na het verlies van een partner, bij isolement of gewoon door de insluipende gewoonte, wordt het drinkgedrag problematisch. Dat wordt door de personen zelf vaak niet zo gezien. De symptomen bij ouderen zijn doorgaans ook anders dan bij jongeren. Het spreekt voor zich dat mensen op leeftijd niet drinken naar aanleiding van een event, of bepaald in het weekend, maar ze worden bijvoorbeeld opgenomen met hartproblemen, een pancreasontsteking, leverfalen of na een val met wonden of een gebroken heup tot gevolg. Zij komen niet in deze alcoholstatistieken terecht. Daarom is er mijns inziens sprake van een grote onderrapportering. Daarbij komt nog dat alcohol een bijzonder algemeen aanvaarde drug is en dat de hulpverleners dat er telkens bij vermelden.

Dus niet enkel de problematiek op zich, maar ook hoe wij en onze samenleving daarmee omgaan, toont aan dat inzetten op een brede preventie voor deze doelgroepen van groot belang is.

Minister, er wordt op vlak van preventie in Vlaanderen al heel wat ondernomen, maar mijn vragen richten zich specifiek op wat we doen voor de doelgroepen jongeren en 65-plussers. Welke initiatieven, strategieën of methodieken uit het strategisch plan 'De Vlaming leeft gezonder in 2025' die concreet gericht zijn op alcoholgebruik of problematisch alcoholgebruik bij jongeren en ouderen, zijn lopende of in de opstartfase? Acht u het wenselijk om bijkomende preventie-initiatieven of nazorgtrajecten op te zetten, specifiek gericht naar mensen die in het ziekenhuis terechtkomen wegens alcoholintoxicatie? Ik verwijs hierbij naar de zorgketen die is opgestart met de spoedafdelingen waar mensen worden opgenomen na een suïcidepoging. Ik vroeg me af of dit hier ook een mogelijkheid is. Overweegt u dat?

De voorzitter: De heer Anseeuw heeft het woord.

Björn Anseeuw (N-VA): Minister, naar aanleiding van de gegevens van het InterMutualistisch Agentschap heb ik een vraag, omdat die gegevens opnieuw aantonen dat alcohol nog voor heel wat problemen zorgt bij jongeren. In 2017 werd een recordaantal jongeren opgenomen op de spoedafdelingen door overmatig alcoholgebruik. De Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen (VAD) spreekt van bingedrinken zodra een vrouw minstens vier glazen en een man minstens zes glazen alcohol drinkt in twee uur tijd. De indicator die het InterMutualistisch Agentschap gebruikt, detecteert spoedopnames die te maken hebben met alcoholmisbruik. Dat is niet altijd hetzelfde als bingedrinking.

Opvallend is dat in 2017 maar liefst 2334 minderjarige jongeren in het ziekenhuis beland zijn door alcoholmisbruik. Gemiddeld gesproken zijn dat er meer dan 6 per dag. Dat is niet weinig. Maar vooral: het is een stijging met 8 procent ten opzichte van het jaar ervoor. Er is ook een toename van het aantal spoedopnames door alcoholmisbruik in de leeftijdscategorie daar net boven, van 18 tot 29 jaar, een groei van 2 procent.

We hebben in de commissie hier al eerder vragen over gesteld, en ook ik heb dat gedaan. In een antwoord op een eerdere vraag om uitleg betreffende het indrinken bij jongeren besprak u opnieuw de nood aan een nationaal alcoholplan, maar op dat ogenblik ontbraken er initiatieven om het proces om tot een alcoholplan te komen, opnieuw op gang te brengen. Bijkomend gaf u ook aan dat de jaarlijkse leerlingenbevraging een daling aantoonde van het ooit gebruik van alcohol en een stijging toonde van de leeftijd waarop men start met het drinken van alcohol. De recente cijfers van het InterMutualistisch Agentschap tonen natuurlijk aan dat we moeten blijven werken aan een concrete aanpak waarin het nationaal alcoholplan volgens mij een grote rol zou moeten kunnen spelen.

Een bijkomende conclusie uit die gegevens is dat er een aantal opvallende geografische verschillen zijn: de provincies die grenzen aan Frankrijk – West-Vlaanderen, Henegouwen en Luxemburg – scoren blijkbaar slechter dan andere provincies.

Mijn vraag in dat verband is: welke beleidsconclusies meent u te moeten trekken uit de vaststellingen die we kunnen maken op basis van de gegevens van het Intermutualistisch Agentschap (IMA)? Wat betreft het alcoholplan: is er nog sprake van een plan die naam waardig? Wat betreft die geografische verschillen: in welke mate vindt u het relevant om daar verder nog iets mee te doen?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: De gegevens van het IMA dienen enigszins geobjectiveerd te worden. De studie is immers gebaseerd op de afname van een bloedalcoholtest op spoedgevallendiensten bij personen die één nacht in het ziekenhuis verblijven. Wanneer iemand op de spoed toekomt, en er heerst een vermoeden van alcoholintoxicatie, dan wordt een specifieke bloedtest afgenomen die aan het

ziekenfonds gefactureerd wordt. Op die manier beschikken zij over de gegevens van het aantal afgenomen tests, samen met de kenmerken van de patiënt.

Het ziekenfonds kent echter de resultaten van de test niet. Uit een bespreking tussen de CM-urgentieartsen (Christelijke Mutualiteit) en de vereniging voor pediatrie bleek wel dat, wanneer men dergelijke tests afneemt bij vermoeden van dronkenschap of bingedrinking bij jongeren, deze test in bijna alle gevallen positief is op alcoholintoxicatie. Daarom wordt dit als een proxy gebruikt om de problemen in kaart te brengen. Misschien kan het zelfs een kleine onderschatting zijn indien men geen bloed zou afnemen.

De methode is iets minder specifiek bij de oudere leeftijdsklasse die een wagen bestuurt. In die gevallen kan de politie vragen om een test af te nemen, waardoor er wellicht een aantal gevallen tussen zitten die niet positief zijn op een alcoholintoxicatie.

Ondanks het feit dat die proxy wel degelijk een tendens overheen de tijd laat zien, dienen de gegevens wel nog met zorg geïnterpreteerd te worden. Een hoog aantal alcoholintoxicaties per tienduizend verzekerden in een bepaalde regio kan zowel een effectief aantal dronkenschappen weerspiegelen, als een verschil in beleid ten opzichte van het afnemen van de bloedalcoholtest, of verschillen vanwege andere factoren.

Om het problematisch alcoholgebruik tegen te gaan, is het beleidsthema alcohol opgenomen in het strategisch plan 'De Vlaming leeft gezonder in 2025'. Dat plan is opgebouwd rond het interveniëren in verschillende settings, over verschillende beleidsthema's.

Op basis van de vier preventiestrategieën – educatie, omgevingsinterventie, afspraak en regels, en zorg en begeleiding – zetten we een coherent en daadkrachtig beleid op rond verschillende beleidsthema's, waaronder alcohol. We doen dat zowel rechtstreeks naar de burger, het gezin, als binnen het levensdomein werk, onderwijs, lokale besturen, zorg en welzijn en vrije tijd.

Jongeren zijn al jaar en dag een belangrijke doelgroep voor alcoholpreventie. Het uitstellen van de beginleeftijd waarop de eerste keer alcohol wordt gedronken, is een belangrijke strategie. Onderzoek toont aan dat het op jonge leeftijd alcohol drinken een indicator is voor het vertonen van probleemgedrag, zoals roken, het gebruik van illegale drugs, problemen op school, delinquent gedrag, maar ook emotionele en interpersoonlijke problemen.

Uit de jaarlijkse VAD-leerlingenbevraging 2016-2017 (Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs) bleek overigens dat de gemiddelde leeftijd waarop voor het eerst alcohol wordt gedronken, een stuk hoger ligt dan enkele jaren geleden. Daarenboven daalde het aantal jongeren onder de 16 jaar dat ooit al alcohol dronk, van 68 procent in 2007-2008 naar 40,6 procent in 2016-2017. Dat is een trend die zich niet voordoet bij leerlingen van 16 jaar en ouder. Meer dan de helft van de leerlingen – 53,3 procent – dronk het jaar voor de bevraging overigens alcohol, en een op de acht deed dat zelfs op regelmatige basis, gaande van wekelijks tot dagelijks: 12,3 procent.

In een doorsnee klas van twintig leerlingen is er één leerling die gemiddeld meer dan tien glazen alcohol per week drinkt. En bij 17- en 18-jarigen zijn dat per klas al meer dan twee leerlingen. Meer dan een kwart heeft zich het voorgaande jaar dronken gevoeld, en in de oudste leeftijdsgroep doet een op de drie leerlingen maandelijks of wekelijks aan bingedrinking.

We zetten al in de kleuterklas in op het versterken van de sociale weerbaarheid van kleuters door middel van de methodiek 'Het gat in de haag' van De Sleutel.

Hoe ouder de kinderen worden, hoe concreter de methodieken focussen op alcoholpreventie. VAD beschikt over een uitgebreid aanbod van methodieken gericht op jongeren en alcohol, zowel binnen de schoolse context – bijvoorbeeld Friends & fun!, Alcohol zonder boe of bah, Crush, Rock Zero, LOL zonder alcohol, BackPAC – als binnen andere settings zoals de jeugdbeweging – Zot op kamp en Maat in de shit zijn twee methodieken. Het zet daarnaast ook in op het ondersteunen van die settings in het hanteren van een kwaliteitsvol beleid rond alcohol, via de methodieken Drugbeleid Op School en Sportivos. Daarbij zorgen de cgg-preventiewerkers (centrum voor geestelijke gezondheidszorg) voor terreinwerking.

We blijven dus duidelijk inzetten op het hanteren van wetenschappelijk onderbouwde preventiemethodieken en een degelijk beleid rond alcohol in verschillende settings. We zorgen overigens voor een voldoende uitgebreid aanbod aan ondersteuning voor jongeren die problematisch alcohol gebruiken. Zo werd bijvoorbeeld het project vroeginterventie middelengebruik, dat jarenlang door VAD werd getrokken, in de Vlaamse cgg's ingekanteld in de netwerken geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren, en in het programma vroegdetectie en -interventie.

Dat problematisch alcoholgebruik niet alleen bij jongeren voorkomt maar een nog grotere groep ouderen treft, wisten we al voordat het IMA met deze cijfers naar buiten kwam. Uit de Gezondheidsenquête blijkt immers dat binnen de leeftijdsgroep van 55- tot 64-jarigen zich de meeste personen bevinden die op wekelijkse basis te veel alcohol drinken. We willen graag meegeven dat de VAD enkele specifieke methodieken richt op ouderen. Zo is er een draaiboek beschikbaar om binnen een lokaal dienstencentrum een alcoholbeleid te voeren en zijn er affiches en folders beschikbaar omtrent ouder worden en alcohol. Het is immers al een tijdlang duidelijk dat niet jongeren, maar wel vijftigers en zestigers de grootste alcoholconsumenten zijn. In 2019 zal VAD verder inzetten op de verspreiding van deze materialen.

Het volledig overzicht van de beschikbare preventiemethodieken in Vlaanderen voor de doelgroepen jongeren en senioren die ingaan op het beleidsthema alcohol, is overigens terug te vinden op preventiemethodieken.be.

De cijfers voor West-Vlaanderen schetsen inderdaad een ander beeld dan de rest van Vlaanderen en komen zo meer overeen met de cijfers die in Wallonië gelden – cijfers die in het algemeen beduidend hoger liggen dan die in Vlaanderen.

Wegens de bedenkingen bij deze gegevens lijkt het ons niet nodig om dit regionale fenomeen extra te onderzoeken. Het beleid dat we voeren om problematisch alcoholgebruik te doen dalen, is immers onafhankelijk van dit fenomeen.

De problematiek van mensen die door een alcoholintoxicatie terechtkomen op de spoedafdeling, wordt overigens door federaal minister De Block opgevolgd. Zo continueerde de federale overheid het project 'liaison alcohol' dat sinds 2009 werd opgenomen in het Federaal Fonds ter bestrijding van verslavingen. Het project zet in op het opleiden en sensibiliseren van verplegend personeel omtrent alcoholproblemen. Korte interventies kunnen worden uitgevoerd door de hulpdiensten. Het doel hiervan is niet om de psychologische interventies betreffende alcohol te vervangen, maar wel om de kennis en aandacht voor de problematiek te vergroten. Het project loopt in drie Vlaamse ziekenhuizen, op acht ziekenhuizen in totaal voor België. Als uitkomst van het project wordt aangehaald dat onder andere het aantal diagnoses en behandelingen van problematisch alcoholgebruik gestegen is.

De ambitie voor een nationaal alcoholactieplan kan worden opgenomen in de prioriteiten van de Algemene Cel Drugsbeleid voor 2019. Dat is in voorbereiding.

Dat federaal overlegorgaan heeft immers als doelstelling te komen tot een globaal en geïntegreerd drugsbeleid in België en brengt de ministers van uiteenlopende bevoegdheden bijeen. Vertrekkend van het principe 'health in all policies' zullen we, zoals steeds, ons beleid inzake alcohol en drugs blijven afstemmen op de contouren die door de federale overheid in de schoot van deze Algemene Cel Drugsbeleid en de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid worden afgelijnd.

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Vera Jans (CD&V): Minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik vind het bijzonder positief dat de VAD niet alleen een aanbod heeft naar ouderen, maar daarop ook heel specifiek verder zal inzetten het komende jaar. Ik merk in de berichtgeving dat er heel vaak gefocust wordt op jongeren en alcoholgebruik. Daar is ook een probleem en alle initiatieven die op dat vlak worden genomen, zijn dus zinvol. Maar bij de doelgroep van de ouderen zit een grote, verdoken problematiek. Het is dus zeer goed dat het aanbod er is, onder de aandacht blijft en wordt verdergezet.

De voorzitter: De heer Anseeuw heeft het woord.

Björn Anseeuw (N-VA): Minister, ik dank u voor uw omstandig antwoord. Het is een vaststelling dat vanaf de leeftijd van 16 jaar het problematisch drinken stijgt. Het is ook de vaststelling van de VAD dat dit bij 17- en 18-jarigen vaker uit de hand begint te lopen. Dat is belangrijk, omdat een jongere die in volle ontwikkeling is, het risico loopt om fysiologische schade op te lopen, en zelfs blijvende schade. Het gedrag op zich is echter minstens even belangrijk en vormt de link naar problemen op latere leeftijd, want niets is moeilijker dan een bepaalde aangeleerde gewoonte te veranderen. Bij de aanpak van middelengebruik is dat een van de meest hardnekkige aspecten. Het is dus belangrijk, en u hebt dat ook onderstreept, dat we er alles aan doen om problematisch gedrag zo lang mogelijk uit te stellen. In dat opzicht is het goed nieuws dat het eerste glas alcohol van jongeren nu al op latere leeftijd wordt gedronken dan enkele jaren geleden.

Er ligt nog heel veel werk op de plank. De uitdaging is groot en wordt alleen maar groter. Daarom heb ik ook de vraag gesteld naar een nationaal alcoholplan, want preventie is enorm belangrijk, maar als we problematisch gedrag zoveel mogelijk willen vermijden en uitstellen, dan is het mijn overtuiging dat we iets moeten kunnen doen in dit land op het vlak van regulering van het aanbod van alcohol, zeker als het gaat over jongeren of bepaalde contexten of plekken. In dat opzicht ben ik tevreden dat u heel voorzichtig stelt dat dit kan worden opgenomen als doelstelling in het overleg met de andere overheden in 2019. Ik hoop dat men op het federale niveau meer ambitie aan de dag legt dan tot nu toe is gebeurd en dat men een aantal ideologische idee-fixen zou kunnen loslaten. We moeten echt naar oplossingen gaan die een verschil maken en we moeten dan ook de keuze kunnen maken om iets te doen aan de aanbodzijde van alcohol.

De voorzitter: De vragen om uitleg zijn afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de mogelijkheid voor woonzorgcentra om een beroep te doen op een procesbegeleider – 334 (2018-2019)

VRAAG OM UITLEG van Elke Sleurs aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over procesbegeleiders mondzorg en mondhygiënisten in woonzorgcentra – 373 (2018-2019)

Voorzitter: de heer Bert Moyaers

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Minister, woonzorgcentra zullen een beroep kunnen doen op een procesbegeleider om een aantal problematieken aan te passen. Het gaat om problemen waarover al vaak is gepraat in de commissie Welzijn, met name ondervoeding, mondgezondheid, gebruik van psychofarmaca en valincidenten. Er wordt 3,8 miljoen euro uitgetrokken, waardoor 600 woonzorgcentra gedurende minimum 2 jaar voor 65 uur een procesbegeleider kunnen inschakelen. De procesbegeleiders zullen worden opgeleid door partnerorganisaties, meer bepaald de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD), het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen, het Vlaams Instituut Mondgezondheid en het Vlaams Instituut Gezond Leven.

Samen met een intern team zal de procesbegeleider aan de hand van zeven stappen het woonzorgcentrum helpen een preventiebeleid te ontwikkelen. Een woonzorgcentrum moet intern een medewerker vrijstellen om het proces mee op te volgen en moet preventie opnemen in het kwaliteitsbeleid.

Minister, hoeveel procesbegeleiders zullen worden opgeleid? Zal elke procesbegeleider worden opgeleid in de vier preventiethema's? Is het praktisch mogelijk dat een woonzorgcentrum één persoon vrijstelt om dit proces gedurende twee jaar te begeleiden? Worden er concrete doelstellingen geformuleerd aan het begin van dit proces? Wordt op het einde van de procedure bepaald of die doelstellingen zijn gehaald?

De procesbegeleider werkt samen met een team in het woonzorgcentrum. Ik neem aan dat hiermee verpleegkundigen, verzorgenden en de coördinerend raadgevend arts (CRA) worden bedoeld. Wordt er ook samengewerkt met de huisartsen van de ouderen en de apothekers? Zal er rekening worden gehouden met de aanbevelingen van de Come-Onstudie? Hoe verloopt de aanvraagprocedure voor woonzorgcentra?

De voorzitter: Mevrouw Sleurs heeft het woord.

Elke Sleurs (N-VA): Voorzitter, Vlaamse woonzorgcentra kunnen voortaan de hulp inroepen van een procesbegeleider. Dat maakte u enkele weken geleden bekend.

In antwoord op de vraag om uitleg over mondzorg in woonzorgcentra antwoordde u al dat woonzorgcentra die een beroep wensen te doen op procesbegeleiding voor een of meerdere methodieken, dit najaar een aanvraag kunnen indienen. Begin volgend jaar zullen de procesbegeleiders met kennis van zaken de voorzieningen praktische tips geven voor een betere gezondheid. Bij de uitvoering van een concreet preventiebeleid over ondervoeding, mondhygiëne, ge- en misbruik van psychofarmaca en valpreventie zullen zij dus worden ingezet.

De deelnemende centra hebben recht op 65 uur procesbegeleiding voor minimum 2 jaar. Ook moet men voldoen aan een paar voorwaarden. Zo wordt intern een

medewerker vrijgesteld die het proces mee volgt en moet de gehele preventie passen in het gevoerde kwaliteitsbeleid van het woonzorgcentrum.

U benadrukte ook dat de procesbegeleider mondzorg zowel tandartsen als toekomstige bachelors in de mondzorg kan inschakelen om de woonzorgcentra te ondersteunen in het ontwikkelen van een preventief mondzorgbeleid. Mijns inziens is het takenpakket van een mondhygiënist uitgebreider en houdt onder meer het verwijderen van tandsteen in, het geven van poetsinstructies en meer preventieve handelingen die veel meer tijd vragen dan tot nog toe wordt of kan worden uitgetrokken voor mondhygiëne. Ze zouden een echte opwaardering van de mondgezondheid binnen woonzorgcentra kunnen betekenen.

Rekening houdend met het feit dat steeds meer ouderen hun natuurlijke dentitie behouden tot op hoge leeftijd en/of tandimplantaten hebben die net zo goed intensievere zorgen nodig hebben, zullen de mondzorgen in de toekomst zeker toenemen.

Minister, wat is het kader waarbinnen mondhygiënisten en procesbegeleiders mondzorg mogen uitvoeren? Hebben ze enkel een procesbegeleidende rol? Indien niet, welke andere taken mogen ze uitvoeren? Zijn behandelingen die niet meteen met dagelijkse hygiëne te maken hebben maar wel met preventieve mondzorg, zoals het verwijderen van tandsteen, mee verrekend in het uitgetrokken budget? Indien niet, wat is er voor dergelijke taken afgesproken met het federale niveau? Wordt de inzet van mondhygiënisten in bijvoorbeeld voorzieningen voor personen met een beperking een mogelijkheid? Indien ja, binnen welke termijn en van welk budget zullen die middelen komen?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Collega's, momenteel zijn de opleidingen volop bezig. De eerste groep procesbegeleiders voor de vier thema's zijn als volgt verdeeld: voor psychofarmaca tien, voor mondzorg acht, voor val- en fractuurpreventie vijf en voor ondervoeding elf. De procesbegeleiders kregen in november een generieke opleiding van twee dagen. De focus tijdens die twee dagen lag op praktische afspraken over het project en op coachingsvaardigheden. Momenteel krijgen de procesbegeleiders een themaspecifieke opleiding. Zo worden ze expert in het thema en in het beleid dat ze in het woonzorgcentrum zullen implementeren. Er wordt ook minimaal jaarlijks in een intervisie voorzien en ze kunnen steeds terecht bij experten binnen de betrokken partnerorganisaties.

Afhankelijk van het aantal aanvragen, de spreiding in de regio en de keuze voor de start van de begeleidingen zullen we meer kandidaten rekruteren. In januari 2019 hebben we alvast data gepland voor nieuwe opleidingen. We zullen verder rekruteren en opleiden wanneer nodig.

Er werd een profiel opgemaakt per thema en het profiel van de procesbegeleider per thema is dus een beetje anders. Een van de belangrijkste voorwaarden is de achtergrond van de procesbegeleider. Zo dient men bij mondzorg een geaccrediteerd tandarts of bachelor mondzorg te zijn. Bij psychofarmaca nemen de cgg-preventiewerkers (centrum voor geestelijke gezondheidszorg) de rol als procesbegeleider op zich. Bij val- en fractuurpreventie dient men bij voorkeur gezondheidszorggerelateerde ervaring als professional te hebben en duidelijk aantoonbare ervaring te hebben met woonzorgcentra. Bij ondervoeding is men bij voorkeur diëtist en eventueel paramedicus.

De procesbegeleider kiest voor de start van de opleiding voor één thema. Indien de kandidaat-procesbegeleider aan meerdere themaspecifieke voorwaarden voldoet, kan die in de toekomst wel kiezen voor een bijkomend thema. We sluiten dit dus niet uit.

Elk woonzorgcentrum dat wil starten met procesbegeleiding, bepaalt voor welk thema het wil instappen. Het moet minstens per thema een themacoördinator voor 0,2 voltijdsequivalent (vte) vrijstellen gedurende het volledige traject. Deze interne coördinator zal door de procesbegeleider begeleid worden om het themaspecifieke gezondheidsbeleid te implementeren in het woonzorgcentrum.

Per thema is een draaiboek opgesteld om het thematische gezondheidsbeleid te implementeren. Deze draaiboeken worden ter beschikking gesteld op de website van de partnerorganisaties. De implementatie verloopt volgens het zevenstappenmodel. Zo zal elk woonzorgcentrum in stap 3 zijn eigen prioriteiten en SMART-doelstellingen –specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch, tijdgebonden – bepalen. In stap 6 worden deze geëvalueerd en, waar nodig, bijgestuurd. In de draaiboeken worden tools ter beschikking gesteld, alsook goede praktijkvoorbeelden en tips.

Hiernaast heeft elke partnerorganisatie algemene projectdoelstellingen geformuleerd. Die doelstellingen focussen onder meer op sensibiliseren, informeren en deskundigheidsbevordering. We beogen uiteindelijk een mentaliteitswijziging in het volledige woonzorgcentrum. Bij het thema psychofarmaca bijvoorbeeld zijn niet-farmacologische alternatieven de eerste keus indien aangewezen.

Er zal op verschillende vlakken geëvalueerd worden met een jaarlijkse bevraging van de deelnemende woonzorgcentra. Er gebeurt kwaliteitsbewaking via het verslag van de partnerorganisaties. Er zijn intervisiemomenten voor de procesbegeleiders en voorzieningen. Er is een evaluatie van de generieke en themaspecifieke opleiding. Per kwartaal dienen de procesbegeleiders een formulier voor kwaliteitsbewaking in, waarin enkele vragen over het proces worden gesteld. Daarnaast doen we ook steekproefbevragingen bij de procesbegeleiders, voorzieningen en partners binnen het project.

Er wordt met verschillende disciplines samengewerkt, zowel binnen het woonzorgcentrum als erbuiten. Ik geef het voorbeeld uit het draaiboek voor psychofarmaca: de psychofarmacacoördinator, een vertegenwoordiger per afdeling van het woonzorgcentrum, zoals een hoofdverpleegkundige of leefgroepbegeleider, een stafmedewerker, zoals een kwaliteitscoördinator of psycholoog, een lid van het animatieteam of andere paramedici, een kinesist, de coördinerend raadgevend arts (CRA) of huisarts, de apotheker, de referentiepersoon dementie, indien aanwezig in het woonzorgcentrum. Aangezien psychofarmaca meestal worden voorgeschreven door de huisarts is zijn medewerking cruciaal. Idealiter werken de huisartsen van alle bewoners mee. Het minimum voor het welslagen van dit project is medewerking van de huisartsen van twee derde van de bewoners. Ook de motivatie van de verantwoordelijke apotheker van de toeleverende apotheek is van groot belang.

In het draaiboek psychofarmaca werd rekening gehouden met de Come-On-studie. De auteur ervan zit in de externe stuurgroep die het project mee vormgegeven heeft. Via haar hebben we diverse vormingskanalen- en opties ontvangen met betrekking tot Come-On, evenals de aanbevelingen die in bijlage met het vormingsaanbod voor apothekers en artsen verwerkt zitten in het draaiboek.

Daarnaast hebben we, zoals Come-On aanbeveelt, het belang van interdisciplinair patiëntenoverleg en medisch farmaceutisch overleg opgenomen in het draaiboek, in die zin dat dit ten zeerste aanbevolen en ook gemonitord wordt.

Woonzorgcentra worden dus gestimuleerd om dit mee te organiseren.

Ten slotte waren er sowieso al diverse parallellen tussen de aanpak van ons project en het Come-Onproject, die nog steeds aanwezig zijn in het draaiboek. Zo is er bijvoorbeeld het belang van ‘medication review’ op regelmatige basis.

Sinds 26 november kunnen de woonzorgcentra hun kandidatuur indienen via de website van het Vlaams Instituut Gezond Leven. Dit dient men te doen via een vragenlijst, die te vinden is op de website. In een week tijd heeft al een vijfde van de woonzorgcentra een aanvraag ingediend. De verdeling tussen de thema's ziet er nu als volgt uit: mondgezondheid 56, psychofarmaca 50, ondervoeding 34 en valen fractuurpreventie 22. Als we dat per regio gaan indelen, zien we dat momenteel voornamelijk de woonzorgcentra in de provincies Oost- en West-Vlaanderen een aanvraag tot procesbegeleiding hebben ingediend: West-Vlaanderen 47, Oost-Vlaanderen 63, Antwerpen 18, Limburg 19 en Vlaams-Brabant 15.

Ik kom tot de vragen van mevrouw Sleurs. Zoals reeds gezegd, is er een profiel voor procesbegeleiders opgemaakt per thema. Voor procesbegeleider mondzorg dient men een geaccrediteerd tandarts of bachelor mondzorg te zijn. De eerste bachelors mondzorg studeren echter pas af eind juni 2019, dus tot op heden zijn er nog geen mondhygiënisten opgeleid als procesbegeleider. In dit project zullen ze enkel een procesbegeleidende rol hebben bij het invoeren van een preventiebeleid qua mondzorg. Door hun kennis en ervaring kunnen ze bij complexe casussen van bewoners in het woonzorgcentrum echter concrete tips en adviezen geven. Het is binnen de subsidie vanuit het preventieve gezondheidsbeleid niet hun opdracht om de preventieve mondzorg bij die bewoners zelf uit te voeren. De partnerorganisatie voor mondzorg heeft bijkomende subsidies gekregen voor de ondersteuning van de uitrol van het project procesbegeleiding Zorg en Welzijn. Zo zal ze, in samenwerking met de zorgraden in de eerstelijnszones, de procesbegeleiders en woonzorgcentra ondersteuning bieden bij de toeleiding naar de reguliere zorg.

De preventieve behandelingen zijn niet verrekend in het budget voor procesbegeleiding Zorg en Welzijn, omdat ze horen tot de bevoegdheden van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekerin (RIZIV). De punten die binnen de bevoegdheden van de federale overheid liggen, bijvoorbeeld de financiering van RIZIV-prestaties door tandartsen en mondhygiënisten, worden verder behandeld in de Dentomut. Er werd door het RIZIV meegedeeld dat er daaromtrent momenteel geen akkoord is tussen de ziekenfondsen en de tandartsen. Er zou een studievoorstel in het kader van de federale wetgeving over de invulling van de activiteiten van een mondhygiënist zijn ingediend. Het is uiteraard niet mijn bedoeling me te mengen in de bevoegdheden van de federale overheid en het RIZIV, maar vanuit onze preventiebevoegdheid willen we uiteraard wel een versterkend en complementair beleid voeren.

Het project procesbegeleiding Zorg en Welzijn start momenteel in de woonzorgcentra. Op termijn en na een positieve evaluatie kan het worden opengetrokken naar andere sectoren binnen Zorg en Welzijn, maar ook hier zullen, binnen de Vlaamse bevoegdheden en binnen de subsidies vanuit het preventieve gezondheidsbeleid, de mondhygiënisten niet worden ingezet voor het toedienen van de zorgen zelf, maar enkel als procesbegeleider voor de voorzieningen. Wat de inzet van de mondhygiënisten betreft, werden dezelfde bezorgdheden meegegeven aan de interkabinettenwerkgroep inzake preventie, zoals opgesomd in het kader van de woonzorgcentra.

Tot slot wil ik meegeven dat een woonzorgcentrum of een voorziening voor personen met een beperking, binnen zijn zorgbudget wel kan beslissen om mondhygiënisten in te schakelen, maar dat valt dan buiten dit project, dat wordt gefinancierd vanuit het budget voor preventief gezondheidsbeleid.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Als ik het goed heb begrepen, zijn er nu dus in totaal 34 mensen die worden opgeleid, en is een vijfde van de woonzorgcentra reeds aangemeld. Het zal heel belangrijk zijn om vraag en aanbod goed op elkaar af te

stemmen. Als er immers heel veel aanvragen van woonzorgcentra zijn, en er zijn maar een beperkt aantal opleiders, dan kom je natuurlijk in de problemen. Ik heb begrepen dat er in januari nieuwe opleidingen starten. Hebt u enig idee hoeveel mensen die nieuwe opleiding zullen aanvatten? Is het praktisch mogelijk dat een woonzorgcentrum een persoon vrijstelt? Ik kan me voorstellen dat het in heel wat woonzorgcentra niet evident is om een deel van de uren vrij te maken om dat te implementeren. Het benieuwt me alleszins hoe dat zal verlopen.

Het lijkt me vooral belangrijk dat we goed bekijken wat de resultaten daarvan zullen zijn, dat we echt goed monitoren of de doelstellingen die worden vooropgesteld, ook daadwerkelijk zullen worden behaald.

De voorzitter: Mevrouw Sleurs heeft het woord.

Elke Sleurs (N-VA): Minister, dank u wel voor uw uitgebreid antwoord. Wat uw bevoegdheden betreft, heb ik niet zoveel bijkomende vragen meer, maar gezien de overlapping met de mondhygiënisten roep ik ertoe op om duidelijk te blijven overleggen met de federale minister. Ik weet dat de Dentomut volledig buiten uw bevoegdheid valt, maar men zal er toch wel voor moeten zorgen dat er inzake die zogenaamde overlappingen duidelijke lijnen en afspraken worden gemaakt tussen de procesbegeleiders en de inzet van mondhygiënisten. Ik heb geen verdere bemerkingen.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp·a): Minister, naar aanleiding van een testproject is er de goede intentie om dit over heel het Vlaamse landsgedeelte uit te rollen. Het is belangrijk dat het preventiebeleid in de woonzorgcentra daar vooruitgang mee kan boeken. Dat is dus een positieve zaak. Ik sluit me aan bij de bekommernis met betrekking tot de themacoördinatoren, of de interne medewerkers, zoals ze ook werden genoemd in de vraagstelling. Zullen er voldoende kunnen worden gevonden? Zullen ze daadwerkelijk voldoende tijd kunnen vrijmaken? Dat blijft een pijnpunt, denk ik. Ik heb een specifieke vraag naar aanleiding van de uitleg die u hebt gegeven. U hebt daarbij ook het draaiboek beschreven. Er zal ook een evaluatie zijn met heel veel verschillende actoren. Ik weet niet of het een vergetelheid is, maar ik heb niet gehoord dat er ook een bevraging zou zijn van de bewoners van de woonzorgcentra. U hebt alle actoren opgenoemd, maar niet de bewoners. Dat lijkt me toch een belangrijke insteek, dat zij eventueel ook hun bevindingen inzake de vooruitgang qua preventief beleid kunnen meedelen. Hopelijk, want dat is toch de bedoeling van de uitrol van het project.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Wat het RIZIV betreft, uiteraard zal er nog wel wat debat zijn voor we weten wat daar juist wordt gefinancierd. Ik pleit wel een beetje voor duidelijkheid over wat we bedoelen. Dit project gaat over procesbegeleiders in het kader van het preventief gezondheidsbeleid. Ik sluit niet uit dat iemand op een bepaald moment zal vragen of we ook in Vlaanderen mondhygiënisten in een functie kunnen hebben die we financieren om prestaties uit te voeren, maar dat is iets anders. Dat is niet datgene waarover we in dezen spreken. Dan zal daar uiteraard een debat over zijn: zijn dat RIZIV-prestaties of niet? Dat is echter eigenlijk een beetje bezijden dit project, want het uitvoeren van prestaties zit niet in het project.

Tijd vrijmaken? Ja. Daar staat echter het volgende tegenover. Het is niet de eerste keer dat we iets op deze manier aanpakken, en onze ervaring met een dergelijke aanpak is dat, als je geen duidelijk commitment krijgt van het betrokken woonzorgcentrum, dat ook een beetje praat voor de vaak dreigt te zijn. Je moet dus ook wel een signaal vragen dat men daar iets tegenover zet, zodat

je er ook van uit kunt gaan dat het zal worden opgenomen, dat het ernstig wordt genomen. Uiteraard zijn we ons goed bewust van de werkdrukkwesties die rijzen, maar daar staat wel tegenover dat er al een aantal woonzorgcentra zijn die gewoon goede praktijken hebben op dit moment. Inzake het gebruik van psychofarmaca zijn er woonzorgcentra waarvan de ervaringen nu worden gebruikt. Die worden gedeeld. Die zijn ook gefinancierd zoals iedereen nu is gefinancierd. Dat zijn natuurlijk ook keuzes die kunnen of moeten worden gemaakt.

Ik moet het antwoord schuldig blijven op de vraag hoe bij de evaluatie de bewonersraad mee wordt betrokken. Dat moeten we opzoeken. Ik ga er echter van uit dat bijvoorbeeld de bewonersraad daar wel een rol in kan spelen, maar ik kan u niet zeggen hoe die evaluatie precies in elkaar zit.

De voorzitter: Mevrouw Sleurs heeft het woord.

Elke Sleurs (N-VA): Ik heb geen bijkomende opmerkingen.

De voorzitter: De vragen om uitleg zijn afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Katrien Schryvers aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over meldingen van historisch misbruik in het onderwijs
– 338 (2018-2019)

Voorzitter: de heer Bert Moyaers

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Katrien Schryvers (CD&V): Voorzitter, minister, collega's, na een reeks verontrustende getuigenissen vorig jaar over seksueel misbruik in de sportwereld heeft het Vlaams Parlement een bijzondere commissie opgericht die zich moest buigen over dat grensoverschrijdend gedrag. Initieel was dat enkel binnen de sportsector, maar na de wereldwijde #MeToo-getuigenissen werd het ook uitgebreid naar andere beleidsdomeinen.

Aan het einde van vorig werkjaar, in juni, hebben we met die commissie die werkzaamheden afgesloten, na heel wat hoorzittingen, en hebben we een pakket aan maatregelen opgelijst die grensoverschrijdend gedrag moeten voorkomen. Concreet gaat het over twaalf aanbevelingen met betrekking tot diverse beleidsdomeinen, de oprichting van een erkennings- en bemiddelingscommissie voor historisch misbruik en het verankeren van het huidige beleid in de jeugd- en sportsector. In de vorige legislatuur, op 2 april 2014, keurde het Vlaams Parlement ook al het voorstel van resolutie goed betreffende de erkenning van de slachtoffers van historisch geweld en misbruik in jeugd- en onderwijsinstellingen in Vlaanderen en het omgaan met geweld in het algemeen. Een van de aanbevelingen toen was de oprichting van een tijdelijke commissie. De maatregelen voorgesteld door de bijzondere commissie van vorig werkjaar vormden ook het voorwerp van een voorstel van resolutie en twee voorstellen van decreet, die door de plenaire vergadering werden goedgekeurd op 4 juli 2018.

In de eerste plaats betroffen die de verdere bestendiging van maatregelen die eerder al waren genomen, zoals de website www.grenslijn.be en de verplichting voor sport- en jeugdorganisaties om hun beleid ter zake te versterken en aanspreekpunten integriteit in te richten. Het kunnen voorleggen van een uittreksel uit het strafregister bestemd voor het uitoefenen van een activiteit in contact met minderjarigen werd naast de sectoren Onderwijs en Welzijn ook opgelegd aan professionele medewerkers in de andere sectoren. De nadruk van al die voorstellen ligt op het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag en het voorkomen dat er slachtoffers worden gemaakt, maar met het voorstel van decreet

houdende de erkennings- en bemiddelingscommissie voor slachtoffers van historisch misbruik beoogden we ook het versterken van het zorgaanbod en het bieden van een plek voor slachtoffers van historisch misbruik. Terwijl de vroegere commissie maar tijdelijk was en zich enkel richtte tot minderjarigen en enkel in de sectoren Jeugd en Onderwijs, beoogde het voorstel van decreet het oprichten van een permanent orgaan dat voor alle slachtoffers van historisch misbruik zou openstaan. Ook werd het werkveld uitgebreid. Zo richt men zich niet meer alleen tot minderjarigen, maar ook tot alle slachtoffers van grensoverschrijdend gedag, en wordt het werkdomein niet meer beperkt tot misbruik in jeugd- en onderwijsinstellingen, maar wordt het opengetrokken tot de hele maatschappij.

Uit recente cijfers blijkt nu dat misbruik door de kerk vooral op school gebeurde, omdat vooral daar geestelijken veel tijd spendeerden met kinderen. Bijna de helft, namelijk 43 procent, van de meldingen die de kerk de afgelopen jaren binnenkreeg, ging over misbruik door geestelijken in het onderwijs. Bijna alle meldingen – 92 procent – die binnenkwamen bij het Centrum voor Arbitrage, gingen over feiten die meer dan 28 jaar oud waren, 56 procent zelfs meer dan 48 jaar oud.

Minister, vandaar mijn vragen naar de implementatie van de permanente commissie. Wat is de stand van zaken met betrekking tot de uitbreiding van de werking van de erkennings- en bemiddelingscommissie voor slachtoffers van historisch misbruik, en dus het bieden van een permanent karakter aan die commissie? Zijn er cijfers met betrekking tot het aantal slachtoffers die te maken kregen met misbruik en die zich hebben gemeld sinds het van kracht worden van het parlementair initiatief tot uitbreiding van het werkingsdomein? Kunt u daar dan eventueel meer duiding bij geven, over de leeftijd en de sector waarin het misbruik werd gesitueerd? Op welke manier worden slachtoffers aangemoedigd om te getuigen, zich te melden en eventueel hulp te zoeken? Welke rol heeft 1712 daarbij?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Binnen de interkabinettenwerkgroep integriteit is er recent overleg geweest tussen alle betrokken beleidsdomeinen, namelijk Welzijn, Sport, Onderwijs, Jeugd en Cultuur, om een plan van aanpak uit te werken om te komen tot de oprichting van de permanente erkenningscommissie voor historisch misbruik. Daarbij gaven de partners het mandaat aan de administratie van het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin om daartoe een traject op te zetten. In dat traject is ervoor gekozen om vzw Moderator de opdracht te geven om op zeer korte termijn, tegen 15 januari 2019, voorstellen te formuleren voor de oprichting en werking van de commissie. Dat is niet toevallig de vzw Moderator. Dat is dé organisatie in Vlaanderen die expertise heeft in het opnemen en behandelen van erkennings- en bemiddelingsvragen. Om de continuïteit te verzekeren, is meteen ook een opdracht toegevoegd voor het opnemen van de lopende en eventuele nieuwe dossiers.

Concreet gaat het om de volgende opdrachten: ten eerste, de opmaak van een voorstel voor de operationalisering van de commissie met betrekking tot de voorwaarden om te komen tot een intersectorale en multidisciplinaire samenstelling van de commissie; de voorwaarden en de procedure die de toegang tot de commissie regelen; werkbare en juridisch correcte modaliteiten voor de registratie en uitwisseling van gegevens bij de behandeling van dossiers; de wijze van bekendmaking van de commissie; een huishoudelijk reglement voor de werking van de commissie; de begroting voor de werking van de commissie. Een tweede zaak die gevraagd is aan de moderator is de behandeling van oude dossiers en nieuwe dossiers die aangemeld worden, met inbegrip van de praktische organisatie ervan. Een derde zaak is de voorbereiding van de operationalisering van de commissie, in overeenstemming met het decreet van 13 juli 2018 houdende

de erkennings- en bemiddelingscommissie voor slachtoffers van historisch misbruik, en haar uitvoeringsbepalingen.

Het is de bedoeling dat de opdrachten die ik vermeldde onder 'ten eerste', tot een voorstel leiden op basis waarvan een ontwerp van besluit van de Vlaamse Regering ter uitvoering van het decreet van 13 juli 2018 houdende de erkennings- en bemiddelingscommissie voor slachtoffers van historisch misbruik, kan worden opgemaakt.

Zoals u merkt, wordt er volop gevolg gegeven aan de resolutie van de Commissie Grensoverschrijdend Gedrag en het voorstel van decreet betreffende de erkennings- en bemiddelingscommissie. De bedoeling is dus de huidige commissie, die, zoals al gezegd, in eerste instantie als een tijdelijk initiatief bedoeld was, permanent te maken en te verbreden met expertise naar de andere beleidsdomeinen zoals cultuur, sport en andere.

Het is ook zo dat de 'tijdelijke' commissie nog steeds actief is om de continuïteit te garanderen. Dat behelst dat de lopende dossiers – sommige dossiers vergen gesprekken over een periode van verschillende maanden – en in beperkte mate nieuwe aanvragen, mee beïnvloed door getuigenissen in de media, door de commissie worden opgenomen.

In afwachting van een voorstel van decreet hebben we de voorbije periode bewust geen brede bekendmaking gedaan van het nog steeds actief zijn van de tijdelijke commissie. Omdat de oprichting van de intersectorale permanente commissie nog wordt voorbereid, kwamen in de voorbije periode 'slechts' twee aanvragen binnen. Het misbruik waarvan deze slachtoffers, mannen van 55-plus, getuigen, gebeurde in voorzieningen uit de welzijnssector.

1712 had vooral bij de aanvangsfase de enige toeleidende rol tot de tijdelijke commissie. Een van de belangrijkste beleidsaanbevelingen van de tijdelijke commissie stelt dat de toegang tot de commissie ruimer moet zijn. De commissie moet dus ook via andere kanalen, bijvoorbeeld de hulpverlening of ombudsfiguren, bereikbaar zijn. Het is belangrijk dat we bij het operationeel maken en het bekendmaken ook deze bredere toegang bekendmaken, en niet enkel 1712. Daarom heeft 1712 momenteel geen specifieke rol meer, maar treedt wel nog steeds als verwijzer op in individuele situaties.

Voor wat 1712 betreft, weet u uit een recent antwoord daarover, dat we momenteel op drie terreinen aan de slag zijn om de herkenbaarheid en de organisatie van de bereikbaarheid nog te verhogen. Er werd voor gekozen om eerst werk te maken van de aanstelling van een 1712-coördinator, de uitbreiding van de openingsuren en de uitbouw van een 1712-chat. De coördinator is sinds mei 2018 in dienst. De uitbreiding van de openingsuren is nu in een proefproject sinds oktober operationeel, waarbij geëxperimenteerd wordt met openingsuren tot 19 uur. De uitbouw van de 1712-chat bereiden we momenteel voor zodat deze begin 2019 operationeel kan zijn.

Bij elke aanvraag wordt steeds samen met het slachtoffer besproken wat hij of zij met zijn of haar verhaal wil doen. Meestal willen slachtoffers vooral zelf een vorm van herstel verkrijgen, en zijn ze op het moment van hun aanmelding meer zoekend naar individuele heling, eerder dan dat ze de rol van iemand die getuigt, nastreven. Dat lukt meestal pas voor slachtoffers die een verwerkingsproces achter de rug hebben.

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Katrien Schryvers (CD&V): Uit de evaluatie van de tijdelijke commissie die na de eerdere resolutie is opgericht, is gebleken dat er nood was aan een meer

permanente commissie, zelfs al is het aantal mensen dat zich richt tot die commissie niet zo heel groot. Maar voor degenen die dat nodig hebben, kan ze absoluut wel een grote betekenis hebben. Na de hoorzittingen in de bijzondere commissie, die eind vorig jaar is opgestart en de eerste helft van dit jaar heeft gelopen, is dat ook bevestigd. Ik ben dus tevreden dat we een akkoord hebben kunnen krijgen om die commissie een permanent karakter te geven. Ik begrijp natuurlijk ook wel dat er dan ook een omschakeling nodig is, die met de nodige omzichtigheid en betrokkenheid van de verschillende sectoren moet gebeuren.

Minister, ik ben alleszins tevreden dat uw antwoord aantoont dat daar beleidsoverschrijdend verder werk van wordt gemaakt en dat ondertussen de tijdelijke commissie niet is opgeheven voor degenen die daar nood aan hebben, al maakt u melding van twee mensen die zich in tussentijd hebben aangemeld.

Ik kijk uit naar de verdere uitwerking van die permanente commissie. U hebt de datum van 15 januari genoemd. Is er een streefdatum waarop ze ook echt operationeel zal zijn? Zal dat dan ook gepaard gaan met een informatiecampagne?

De voorzitter: Mevrouw Sleurs heeft het woord.

Elke Sleurs (N-VA): Minister, dit thema ligt mij ook na aan het hart. Het permanent maken van deze commissie kan ik ten volle ondersteunen. Ik heb wel een vraag naar de mogelijke coördinatie en samenwerking. Zoals u weet is in Gent het Zorgcentrum na Seksueel Geweld opgericht vanuit het federale niveau. Hoe zal bij de uitrol van het permanent maken van deze commissie er specifieke samenwerking, overleg en expertise-uitwisseling zijn? Ik hoor dat er meer nood is aan toegang. Het Zorgcentrum toont dat ook aan. Op een jaar tijd hebben heel wat personen daar hulp gezocht. Mijn bekommernis is hoe we dit Vlaamse verhaal kunnen inpassen in het verhaal en de belangrijke uitrol van de Zorgcentra na Seksueel Geweld.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Wat de laatste vraag betreft, zijn wij daar absoluut vragende partij voor, voor zover er linken zijn natuurlijk. In alle eerlijkheid is het mij niet zo heel duidelijk wat er gaat gebeuren wat dat betreft. We geven uitvoering aan de wet, dus we gaan proberen dat in het voorjaar te realiseren. Een concrete datum kan ik daar niet voor geven.

Als dat wordt opgericht, zal daar uiteraard een campagne aan moeten worden gekoppeld, anders kan de bekendheid niet vergroot worden.

Elke Sleurs (N-VA): De bevoegdheid ligt nu bij federaal minister Peeters. Ik hoop dat die het ook ter harte neemt en dat u met uw collega Peeters een goede verstandhouding kunt hebben over de uitrol op de beide niveaus.

Minister Jo Vandeurzen: Het lijkt me evident dat we proberen om dat goed op elkaar af te stemmen.

Wanneer het BVR er kan zijn, zal afhangen van de operationaliteit van wat de vzw Moderator kan afleveren. Daar zullen verschillende beleidsdomeinen in moeten participeren.

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Katrien Schryvers (CD&V): Wij kijken uit naar de verdere uitrol en we zullen dat alleszins verder opvolgen.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Vera Jans aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over een meer herstelgerichte visie in het onderzoek naar depressie en de behandeling ervan – 215 (2018-2019)

Voorzitter: de heer Bert Moyaers

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Vera Jans (CD&V): Depressie is een stemmingsstoornis waar bijzonder veel mensen mee te maken krijgen. Het is de meest voorkomende psychiatrische aandoening en treft maar liefst 20 procent van de vrouwen en 10 procent van de mannen.

Als een depressie tijdig en voldoende onderkend wordt, is ze vaak vrij goed te behandelen en is de kans op herstel groot. Ik zeg 'herstel', want van een depressie genees je niet. De emotionele kwetsbaarheid die vaak aan de oorsprong ligt, blijft deel van uw leven. Het blijft altijd de juiste balans zoeken, attent zijn voor signalen en ernaar handelen, aldus ervaringsdeskundigen.

Wetenschappers klagen aan dat het herstelproces en de ervaringsexpertise deels een hiaat vormt in het wetenschappelijk onderzoek naar depressies. Het onderzoek spitst zich met name toe op de prevalentie ervan, de factoren die aan de basis liggen en de effectiviteit van behandelingen.

Natuurlijk is en blijft dergelijk onderzoek van groot belang om inzicht te krijgen in deze stoornis en ze aan te pakken, net zoals blijvende campagnes nodig zijn om het taboe dat er nog steeds op rust, te bestrijden. Maar het pleidooi van wetenschappers om ook de herstelmogelijkheden en de ervaringsexpertise mee op te nemen in het onderzoek en de aanpak van depressies is ook van groot belang. Want de ene depressie is de andere niet en er bestaat geen standaardbehandeling voor. Wat voor de ene mens werkt, kan voor de andere patiënt totaal geen effect hebben.

Net daarom is het zo belangrijk om inzicht te krijgen in dat herstelproces. Hoeveel mensen slagen erin opnieuw een kwaliteitsvol leven uit te bouwen? Wie kan weer aan het werk of bouwt een sociaal netwerk uit? Hoe weten de mensen de balans te bewaren?

Vandaag leeft zowel op de werkvloer als bij de wetenschap het gedragen pleidooi om de herstelgerichte visie een sterkere plaats te geven. Wij zien dat ook terug in uw Vlaams actieplan, zowel in de uitgangspunten als in de concrete acties. Deze visie wint dus sterk terrein, ook op het werkveld.

Minister, op welke manier gaat u deze herstelgerichte visie verder vorm geven? Hoe verhoudt deze visie zich tot het nieuwe decreet betreffende de geestelijke gezondheid? Hoe kunnen we de switch naar een herstelgerichte visie ook in het wetenschappelijk onderzoek naar geestelijke gezondheidsaandoeningen incorporeren?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Collega, er zijn verschillende projecten lopende of staan in de steigers, die erop gericht zijn om herstelgerichte zorg vorm te geven in Vlaanderen. Deze projecten zijn niet specifiek gericht naar depressie maar omvatten alle psychosociale kwetsbaarheden, inclusief depressie. In het voorontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid is overigens in ondersteunende structuren voorzien om de visie en strategie rond herstelgericht

werken naar de sector van de geestelijke gezondheidszorg over te dragen en deze bij de toepassing ervan te ondersteunen.

In het voorontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid neemt herstelgerichte zorg een belangrijke plaats in. Cruciale elementen bij herstelgericht werken zijn de triade van zorg tijdens de zorgverlening, ervaringsdeskundigheid en de integratie in de samenleving. Ik ga dieper in op elk van deze drie elementen.

De triade van zorg tijdens de zorgverlening houdt in dat de individugerichte zorg plaatsvindt binnen de triade zorggebruiker-context-hulpverlener en afgestemd wordt op de zelfzorg van de zorggebruiker en de zorg of ondersteuning die aangeboden wordt door zijn context. Om deze visie uit te dragen, zal het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin in 2019 een multidisciplinaire richtlijn uitwerken voor het betrekken van de context. De professionals moeten onzes inziens immers alles in het werk stellen om de context van de zorggebruiker te betrekken en te ondersteunen tijdens het zorgproces.

In de multidisciplinaire richtlijn zal enerzijds gefocust worden op kinderen, jongeren en jongvolwassenen die binnen hun ouderlijk gezin of een gezinsvervangende context wonen. Hierbij moet de context in de regel altijd betrokken worden. Kinderen en jongeren zijn een bijzondere doelgroep waarbij familie een heel bijzondere rol speelt. Binnen de geestelijke gezondheidszorg zijn er heel wat thema's die een genuanceerde visie op betrokkenheid, beroepsgeheim en beslissingsbekwaamheid vragen. Dit is ook aan de orde bij het betrekken en ondersteunen van de context van kinderen en jongeren die behandeld worden binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Voor meerderjarige zorggebruikers die niet meer in hun ouderlijk gezin wonen, moet de zorgverlener van de zorggebruiker zich blijven inspannen om personen uit de context van zijn cliënt te betrekken bij de zorg, ook wanneer de zorggebruiker dit moeilijk vindt of verkiest om dit niet te doen. Dit kan zowel gaan om de kinderen als om de ouders, maar ook grootouders, broers en zussen, vrienden, goede buren enzovoort. De meerderjarige zorggebruiker heeft echter het laatste woord met betrekking tot dit contact.

In een complexe samenleving, met een tendens van vermaatschappelijking van zorg, waar steeds meer het accent op de thuiscontext komt te liggen, is een verankerd familieperspectief in de samenleving, op individueel, netwerk- en zorgniveau noodzakelijk. Enerzijds moet vanuit de regie van de zorggebruiker de zorg maximaal worden afgestemd op de behoeften van de zorggebruiker binnen zijn eigen context. Anderzijds hebben naastbetrokkenen, volwassenen en kinderen, zelf nood aan ondersteuning en belangenbehartiging om psychisch welzijn en gezondheid te verhogen op belangrijke levensdomeinen zoals wonen, werk, justitie, sociaal leven, vrije tijd en onderwijs.

Het Familieplatform Geestelijke Gezondheid, een partnerorganisatie van de Vlaamse overheid die de belangen behartigt van de context van mensen met psychische problemen, heeft goede praktijken geïnventariseerd en materialen uitgewerkt die zorgverleners kunnen helpen bij het betrekken van de context, en ondersteunt zorginstellingen bij het opstellen van een beleid en methoden als die daarnaar vragen. Het doel van dit onderzoeksproject is om de werkervaring van het Familieplatform samen te leggen met academisch onderzoek om zo te komen tot een algemene wetenschappelijk gefundeerde richtlijn en een opvolging van de implementatie van de richtlijn in de zorg.

Ook ervaringsdeskundigheid is een cruciaal element in het herstelproces. Het voorontwerp van decreet heeft een definitie aan ervaringsdeskundigheid gegeven, die ik bij een vorige vraag al heb geciteerd.

Ervaringsdeskundigen moeten hun plaats in het geestelijke gezondheidsaanbod opeisen en krijgen, en dit zowel op het niveau van de individugerichte zorg en populatiegerichte acties, de geestelijke gezondheidsnetwerken en op beleidsniveau.

Dat kan op allerhande manieren: door het mee vormgeven van antistigma-interventies die inzetten op stigma, attitudes en gedrag, door in te zetten op de bevordering van de geestelijke gezondheidscompetenties van kwetsbare groepen, zoals personen met een lagere sociale status en andere – ik heb die in de vorige vraag ook benoemd –, door het inzicht mee te geven aan zorgverleners om een kwaliteitsvol zorgaanbod te kunnen aanbieden dat aanvaardbaar is voor de patiënten, door inzichten te geven over re-integratie en zorg buiten het ziekenhuis, ook voor de mantelzorger, en door ondersteuning van de patiënt en de context bij lotgenotencontacten en buddywerking.

Personen met ervaringskennis en ervaringsdeskundigen voeren veelal een aantal kernelementen aan die herstelgerichte zorg toe, doordat ze ook effectief aandacht hebben voor een aantal andere thema's, en ook die heb ik bij de eerste vraag al genoemd. Het gaat over diagnostiek, andere levensdomeinen en het evalueren van potentiële risico's bij beslissingen.

Zoals ik al gezegd heb, dragen we dat herstelgericht werken uit via die herstelacademies. Ik heb u ook al uitgelegd hoe dat gefinancierd wordt. We hebben deze goede praktijken uit de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk gehaald, en uitgetest in de regio Halle-Vilvoorde. Dat is uiteraard ook voldoende onderbouwd: er worden lokale opleidingen georganiseerd door ervaringsdeskundigen, samen met een professioneel zorgverlener.

De kracht is natuurlijk dat het deelnemers steunt in een herstel vanuit eigensturing, zingeving en burgerschap, en dat het dus ook het medisch model een beetje verlaat.

In het voorontwerp van decreet wordt de ondersteuning van de context en van de ervaringsdeskundigen die actief zijn binnen het geestelijke gezondheidsaanbod opgenomen in functie B. Die functie omvat interventies gericht op de versterking van de draagkracht en de vermindering van de draaglast van de context en van ervaringsdeskundigen die actief zijn binnen het aanbod. Ik heb u al uitgelegd van waar we proberen om die ervaringsdeskundigheid te kanaliseren in de richting van echte expertise. Ik heb u ook al uitgelegd welke rol het Vlaams Patiëntenplatform daarin speelt.

Er zijn nog een aantal projecten in de steigers op vlak van ervaringsdeskundigheid, die ik ook al vermeld heb bij mijn vorig antwoord: structurele ondersteuning van de ervaringsdeskundigen en het bepalen van een typologie van ervaringswerkers.

Het derde deel van de triade is de integratie in de samenleving – het derde cruciale element. Kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning is ook een verhaal van kwaliteit van samenleven. De mens heeft verbinding met zijn sociale context nodig als voorwaarde voor autonomie en zelfbeschikking, en als voorwaarde voor participatie in de samenleving. Met het project 'Kwartiermakend werken bij hulpverleners geestelijke gezondheid' wensen we een vernieuwende methodologie in de praktijk uit te testen met betrekking tot de vermaatschappelijking van de zorg. Daaronder begrijpen we de verschuiving binnen de zorg, waarbij het streefdoel is om mensen met een psychische kwetsbaarheid met al hun mogelijkheden en beperkingen een eigen zinvolle plek in de samenleving te laten innemen, en hen daarbij waar nodig te ondersteunen, en dit zoveel mogelijk in hun natuurlijke omgeving te doen. Dat impliceert dat zorgvoorzieningen op een

evenwichtige manier ingebed zijn in de samenleving, zodat ze geen exclusie en separatie van mensen met een psychische problematiek in de hand werken.

Dat betekent dat de zorgvoorzieningen zich situeren in een natuurlijke omgeving van de gebruiker – dus meer ambulante en mobiele zorg dan residentiële zorg. Het organiseert ondersteuning voor werk, opleiding en dagbesteding, en het ondersteunt mobiliteit, en het is gericht op een blijvende beperking, maar ook op acute klachten.

Het doel van het project Kwartiermaken is het opstellen van tips en tricks voor de zorgverlener, het opleveren van een visiedocument, en het evalueren van de methodiek in de praktijk.

Zonder exhaustief te willen zijn, vermeld ik toch nog enkele cruciale initiatieven die genomen worden rond de re-integratie van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen in de samenleving; het gaat dus om de herstelgerichte benadering. Ik vermeld de uitvoering van het lokaal sociaal beleid en alle welzijnsinitiatieven die lokale besturen en lokale partners ondernemen. Ik vermeld de beeldvormingsinitiatieven om stigmatisering van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen tegen te gaan. Ik vermeld het geïntegreerd breed onthaal, om hulpvragen heel laagdrempelig te detecteren en meteen van een antwoord te voorzien, en om de uitoefening van maatschappelijke rechten te maximaliseren. Ik vermeld ook de uitvoering die we geven aan het decreet houdende de werken zorgtrajecten, en ik vermeld het vernieuwend zorgaanbod om de zorg laagdrempelig en passend te maken, zoals online hulp – denk daarbij ook aan depressiehulp.be. Ik vermeld ten slotte ook de woonondersteuning vanuit het Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW), de initiatieven beschut wonen en ondersteuning aan huis door familiehulp, mobiele teams, enzovoort.

Wat uw vraag rond de switch naar een herstelgerichte visie en het wetenschappelijk onderzoek betreft: alle vernoemde projecten worden na afloop geëvalueerd en er wordt bekeken waar eventueel verder onderzoek nodig is, hoe de uitrol naar Vlaanderen moet verlopen en hoe de verdere opvolging zal gebeuren. Eenmaal een methodiek is geïmplementeerd, stopt het verhaal niet. We voorzien met het Vlaams Patiëntenplatform, het Familieplatform Geestelijke Gezondheid en het Steunpunt Geestelijke Gezondheid periodieke evaluatie- en besprekingsmomenten, en we vragen om initiatieven steeds te baseren op de identificatie van de noden in Vlaanderen.

Het steunpunt is een belangrijke partner voor Vlaanderen om methodieken en projecten te onderbouwen en kritische succesfactoren te identificeren op basis van literatuurstudie, vergelijking met buitenlandse modellen en participatieve onderzoeksmethodieken. Zo zal het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (SWVG) in 2019 ook een begeleidend onderzoek voeren naar de lopende projecten rond aangepast wonen voor de doelgroep jongvolwassenen in de geestelijke gezondheidszorg, en naar de projecten rond aanklampende benadering van sociale huurders met geestelijke gezondheidszorgproblemen.

Eenmaal de nodige structuren voor opvolging en ondersteuning zijn geïnstalleerd, en de rollen van de verschillende partners duidelijker afgebakend zijn en meer concreet in de praktijk invulling krijgen – eerstelijnszones, regionale netwerken geestelijke gezondheid, het steunpunt en andere steunpunten en partnerorganisaties – zal het voor wetenschappers ook eenvoudiger worden om onderzoeksopdrachten af te bakenen en te weten welke partners bij de onderzoeksopdracht moeten worden betrokken.

De academische wereld is volop bezig met onderzoek rond herstelgericht werken. De Universiteit Gent werkt momenteel een grootschalig onderzoeksproject uit over herstelgericht werken binnen de geestelijke gezondheidszorg. De voorziene

startdatum is 1 januari 2020. Men wil onderzoeken hoe een gerichtheid op herstel aanleiding geeft tot diverse praktijken en ook bestuderen welke vormen van samenwerking en verbondenheid – tussen voorzieningen, cliënten, familie en professionals – langs deze weg ontstaan. We vinden het heel positief dat de academische wereld het thema herstel oppikt en het grote belang ervan onderschrijft.

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Vera Jans (CD&V): Ik bedank de minister voor zijn uitvoerig en informatief antwoord. Het is inderdaad heel positief dat ook de wetenschappelijke wereld hier de nodige aandacht aan zal schenken. De oplijsting van een heel aantal initiatieven toont wel aan dat er op de werkvloer al voldoende aandacht voor is. Ik ben in dat kader ook heel blij dat het SWVG hier echt wel opvolging aan zal geven. Dat zal later ongetwijfeld verder deel uitmaken van het debat in deze commissie.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp·a): Ik heb een heel kort vraagje – getriggerd door de laatste zin van de minister – met betrekking tot een onderzoek van de Universiteit Gent dat bezig is, of dat zou beginnen in januari 2020, als ik het goed begrepen heb. Minister, weet u of dat een longitudinale studie is? Want dat is natuurlijk net een blinde vlek in de onderzoekswereld. We hebben een langdurige opvolging nodig: welke mensen hebben ooit de diagnose depressie gekregen, en zijn uit die depressie geraakt – gelukkig maar? Zo kunnen we daar een tijdsperspectief op krijgen. Het is dus gewoon een vraag naar die studie waar u naar verwezen hebt.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Als u details wilt over de juiste scope van dit onderzoek, dan moeten we dat bij de universiteit opvragen.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.