

V L A A M S P A R L E M E N T



Zitting 2005-2006

18 mei 2006

VERSLAG VAN DE VLAAMSE REGERING

Vlaamse vinger aan de Europese pols

Overzicht van voor Vlaanderen belangrijke EU-dossiers in 2006

Januari 2006

HOORZITTING

over het Groenboek

‘De geestelijke gezondheid van de bevolking verbeteren.

Naar een strategie inzake geestelijke gezondheid voor de Europese Unie’

VERSLAG

**namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
uitgebracht door mevrouw Else De Wachter**

Samenstelling van de commissie:

Voorzitter: de heer Luc Martens.

Vaste leden:

mevrouw Marijke Dillen, de heren Felix Strackx, Erik Tack,
de dames Greet Van Linter, Gerda Van Steenberge;

de heer Tom Dehaene, mevrouw Vera Jans, de heren Luc
Martens, Steven Vanackere;

de dames Margriet Hermans, Anne Marie Hoebeke, Vera
Van der Borgh;

de heren Bart Caron, Kurt De Loor, mevrouw Elke Roex.

Plaatsvervangers:

de heer Erik Arckens, de dames An Michiels, Monique Moens,
de heer Jurgen Verstrepen, mevrouw Linda Vissers;

de dames Cathy Berx, Kathleen Helsen, Trees Merckx-Van
Goey, Sabine Poleyn;

mevrouw Patricia Ceysens, de heer Marc Cordeel, mevrouw
Hilde Eeckhout;

de dames Else De Wachter, Michèle Hostekint, Els Robeyns.

Toegevoegde leden:

mevrouw Mieke Vogels;

mevrouw Helga Stevens.

Zie:

51 (2005-2006)

- Nr. 1: Verslag van de Vlaamse Regering
- Nrs. 2 tot 6: Verslagen over gedachteswisselingen en
hoorzitting

INHOUD

	Blz.
I. Toelichting bij het Groenboek ‘De geestelijke gezondheid van de bevolking verbeteren. Naar een strategie inzake geestelijke gezondheid voor de Europese Unie’	4
I.1. Inleiding door mevrouw Georgina Georgiou, kabinetsmedewerker van Europees Commissaris Markos Kyprianou	4
I.2. Algemene kritische commentaar op het Groenboek door prof. dr. Chantal Van Audenhove (KULeuven, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde – LUCAS)	7
I.3. Vragen van de leden en antwoorden van de sprekers	9
II. Maatschappelijke gezondheidszorg	11
II.1. Uiteenzetting van prof. dr. Lea Maes (Universiteit Gent, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidszorg)	11
II.2. Reacties	13
III. Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG’s)	14
III.1. Uiteenzetting van de heer José De Brouwere (CGG Largo, Roeselare)	14
III.2. Uiteenzetting van de heer Bob Cools (CGG De Pont, Mechelen)	15
III.3. Vragen van de leden en antwoorden van de sprekers	18
IV. Psychiatrie	19
IV.1. Uiteenzetting van prof. dr. Kees van Heeringen (Universiteit Gent – Vakgroep Psychiatrie en Medische Psychologie)	19
IV.2. Uiteenzetting van prof. dr. Hugo D’haenen (Vrije Universiteit Brussel – Dienst Psychiatrie Academisch Ziekenhuis)	20
IV.3. Uiteenzetting van prof. dr. Koen Demyttenaere (Katholieke Universiteit Leuven – Volwassenenpsychiatrie Universitair Ziekenhuis Gasthuisberg)	20

DAMES EN HEREN,

De Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin besliste in het kader van het ‘Verslag van de Vlaamse Regering. Vlaamse vinger aan de Europese pols. Overzicht van voor Vlaanderen belangrijke EU-dossiers in 2006. Januari 2006’ een hoorzitting te houden over het Groenboek ‘De geestelijke gezondheid van de bevolking verbeteren. Naar een strategie inzake geestelijke gezondheid voor de Europese Unie’ van de Commissie van de Europese Gemeenschappen. Deze hoorzitting vond plaats op 9 mei 2006.

I. TOELICHTING BIJ HET GROENBOEK ‘DE GEESTELIJKE GEZONDHEID VAN DE BEVOLKING VERBETEREN. NAAR EEN STRATEGIE INZAKE GEESTELIJKE GEZONDHEID VOOR DE EUROPESE UNIE’

I.1. Inleiding door mevrouw Georgina Georgiou, kabinetsmedewerker van Europees Commissaris Markos Kyprianou

Mevrouw Georgina Georgiou: (in het Engels) Ik zal een toelichting geven bij het Groenboek over geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

Commissaris Kyprianou kon hier vandaag helaas niet zelf aanwezig zijn, maar stelt het initiatief voor deze hoorzitting zeer op prijs.

In zijn beroemde verklaring van 9 mei 1950, stelde Robert Schuman voor om van Europa een veiligere plek te maken, door de integratie van enkele van haar belangrijkste bronnen, namelijk kolen en staal.

De hoorzitting vandaag heeft ook betrekking op een belangrijke bron, namelijk de geestelijke gezondheid en het welzijn van de bevolking.

Het Groenboek ‘De geestelijke gezondheid van de bevolking verbeteren. Naar een strategie inzake geestelijke gezondheid voor de Europese Unie’ werd gelanceerd in oktober 2005. Geestelijke gezondheid wordt beschouwd als een van de belangrijkste aspecten van de openbare gezondheid. De doelstelling van het Groenboek bestaat erin om een debat op gang te brengen over het belang van geestelijke gezondheid voor de EU, de behoefte aan een strategie op EU-niveau en eventuele prioriteiten.

In mijn uiteenzetting wil ik in het bijzonder ingaan op drie boodschappen uit het Groenboek.

Ten eerste: de mentale gezondheid van de bevolking is een essentiële component van openbare gezondheid, en kan een waardevol goed zijn om een aantal strategische doelstellingen van de EU te verwezenlijken, hoewel er ook enkele belangrijke uitdagingen zijn.

Ten tweede: het Groenboek kan een breekpunt zijn in het kader van een strategie voor mentale gezondheid voor de EU, en kan aanleiding geven tot de omzetting van politieke stuwkracht in actie.

Ten derde: het niveau van de EU kan de rol van facilitator vervullen bij de samenwerking inzake geestelijke gezondheid binnen de EU. Het kan bijdragen tot een betere geestelijke gezondheid, door het voorgestelde beleid en door te zorgen voor data en onderzoek.

Ik zal eerst ingaan op de plaats van geestelijke gezondheid binnen de openbare gezondheid, op het belang ervan voor bepaalde strategische Europese doelstellingen, en ik zal enkele uitdagingen schetsen.

De herziene agenda van Lissabon definieerde voorspoed, solidariteit en sociale rechtvaardigheid, evenals veiligheid, als strategische doelstellingen van de EU. Mentale gezondheid draagt bij tot deze doelstellingen. Gezondheid is een waarde en een recht op zich. Een hoog niveau van openbare gezondheid is eveneens het fundament van een voorspoedige samenleving met een grote sociale samenhang.

Binnen de context van openbare gezondheid en andere beleidsvormen, krijgt de mentale gezondheid steeds meer aandacht. De geestelijke gezondheid kreeg traditioneel een assepoesterrol toebedeeld in het gezondheidsbeleid. De groeiende aandacht voor het probleem hangt, helaas, samen met het groeiend besef van de enorme omvang van het probleem en van het bestaan van een aantal uitdagingen.

Uit een recent onderzoek blijkt dat één op vier burgers binnen de EU ooit te maken krijgt met problemen van geestelijke gezondheid. Daarbij wordt dan nog geen rekening gehouden met de geestelijke gezondheid van gezinsleden. Er is sprake van een hoog niveau van ‘co-morbiditeit’. Personen die kampen met problemen met hun geestelijke gezondheid lopen bijvoorbeeld een tienmaal hoger risico op cardiovasculaire aandoeningen. Problemen met de gees-

telijke gezondheid kunnen in extreme – maar niet eens uitzonderlijke – gevallen, leiden tot zelfmoord.

Problemen met de geestelijke gezondheid brengen belangrijke sociale, ethische en economische kosten met zich mee. Gezondheids-, economische en sociale welvaartssystemen worden erdoor aangetast.

Commissaris Kyprianou zei hierover: “Elk jaar krijgt meer dan één op vier Europese burgers te maken met geestelijke gezondheidsproblemen. De kosten ervan lopen op tot vier percent van het BBP, als gevolg van een vermindering van de productiviteit en sociale kosten. Ik ken geen enkele andere ziekte die zo'n bescheiden profiel heeft, terwijl een dermate groot deel van de bevolking erdoor getroffen wordt. Geestelijke gezondheid werd te lang onder het tapijt geveegd. Geestelijke gezondheid is een cruciaal aspect van publieke gezondheid. Het is een belangrijke factor voor het sociaal welzijn en van vitaal belang voor een concurrentiële economie. De Europese Commissie wil dan ook werken aan bewustwording rond dit probleem, en wil de geestelijke gezondheid van de Europese bevolking verbeteren.”

Er moet dringend opgetreden worden. De omvang van het probleem bij kinderen en adolescenten neemt toe. Op dit ogenblik is zelfmoord de belangrijkste doodsoorzaak bij tieners in Frankrijk. De vergrijzing van de Europese bevolking zal leiden tot een toename van bepaalde vormen van geestesziekten.

Het Groenboek benadert de geestelijke gezondheid van de bevolking niet als een last. Ze kan integendeel een waardevolle bron voor ontwikkeling en voor bepaalde aspecten van het sociale leven zijn. Mentale gezondheid is één van de sleutelementen voor welzijn en een kwaliteitsvol leven. Het is essentieel voor de bijdrage van individuen tot het sociale en economische leven.

Het tweede deel van mijn presentatie heeft betrekking op de politieke context van het Groenboek.

In januari 2005 vond de ministeriële conferentie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) over geestelijke gezondheid plaats in Helsinki. Alle lidstaten, waaronder België, en de Europese Commissie – via commissaris Kyprianou – waren vertegenwoordigd.

De conferentie keurde een ambitieus actieplan goed inzake geestelijke gezondheid voor de Europese WGO-regio. De conferentie leverde een indruk-

wekkende getuigenis op van de bestaande gedeelde belangstelling voor geestelijke gezondheid in Europa. Dat zorgde voor een ongekennde politieke stuwning.

In de verklaring wordt de Europese Commissie ertoe uitgenodigd om op te treden binnen de grenzen van haar mandaat en opdracht. Het Groenboek geeft hieraan gestalte.

In het licht van de WGO-benadering, stelt het Groenboek geestelijke gezondheid voor als een zaak van gedeeld belang. Geestelijke gezondheid omvat een belangrijk medisch aspect. Het is van belang om te zorgen voor toegankelijke en effectieve behandeling. Maar dit alles volstaat niet.

Er moet geïnvesteerd worden in de promotie van geestelijke gezondheid, en in een betere sociale inclusie van personen met problemen met hun geestelijke gezondheid. De gezondheidssector alleen kan dit niet.

Het gaat om een gedeelde verantwoordelijkheid. Overheden, educatieve instellingen en werkgevers kunnen bijvoorbeeld allen een bijdrage leveren om zelfmoord te voorkomen. Bij chronische geestelijke ziektes is het van zeer groot belang om de ziekte in een vroeg stadium op het spoor te komen, en om tijdig door te verwijzen naar professionele hulp. Dit vereist echter een minimale ‘geletterdheid’ op het vlak van gezondheid, die vandaag vaak afwezig is.

Het Groenboek bevat een aantal voorbeelden van mogelijke ‘evidence based’-acties in verschillende omgevingen, zoals de school en de werkplek. Een recent rapport van de Commissie met de naam ‘Geestelijke gezondheidspromotie en preventie van geestesziekten in de Europese lidstaten: een verzameling van verhalen in verschillende landen’ heeft een aantal initiatieven van regionale overheden, van scholen en sociale partners samengebracht. Het bevat voorbeelden van verscheidene boeiende activiteiten in Vlaanderen, bijvoorbeeld met betrekking tot de preventie van zelfmoord en depressie.

Een ander terrein waar uitwisseling en samenwerking nuttig zouden kunnen zijn, is dat van de sociale inclusie. Een belangrijk aspect in dit verband is de beweging van geïnstitutionaliseerde zorg naar zorg die gebaseerd is op de gemeenschap. Dit is een belangrijk element bij de hervormingen op het vlak van de geestelijke gezondheid in verschillende landen. Er bestaan heel wat bewijzen dat, in het algemeen, op

de gemeenschap gebaseerde diensten, mogelijkheden bieden voor een hogere levenskwaliteit voor mensen met problemen op het vlak van geestelijke gezondheid.

Voor beleidsbeslissingen op al deze terreinen, is een degelijke basiskennis onontbeerlijk. Het Groenboek promoot daarom de creatie van een vergelijkbare database binnen de EU met betrekking tot geestelijke gezondheid, en het gebruik van het zevende kaderprogramma voor onderzoek om onderzoekscapaciteit op te bouwen.

Samengevat, legt het Groenboek de nadruk op de promotie van geestelijke gezondheid, de preventie van geestesziekten, sociale inclusie en het zorgen voor gegevens en onderzoek. Deze aangelegenheden behoren tot het werkterrein van de Commissie, in overeenstemming met het subsidiariteitsbeginsel.

Het is van belang om te onderstrepen dat het niet de bedoeling is om de diversiteit binnen de 25 lidstaten te negeren. Deze diversiteit kan integendeel leiden tot een constructieve uitwisseling en samenwerking, om gezamenlijke uitdagingen aan te gaan.

Het derde deel van mijn uiteenzetting heeft betrekking op de mogelijke bijdrage van de Commissie tot de verbetering van de openbare gezondheid binnen de EU.

Het Groenboek is bedoeld om te worden geraadpleegd. De EU-instellingen, lidstaten en 'stakeholders' kunnen hun visie geven op de wijze waarop het EU-niveau een duurzame en gestructureerde samenwerking kan ondersteunen die kan leiden tot een verbetering van de geestelijke gezondheid bij de EU-burgers.

De Commissie zou drie taken kunnen vervullen.

Ten eerste kan de Commissie zorgen voor een organisatorisch kader voor samenwerking en coördinatie tussen de overheden. Andere belanghebbenden moeten daarbij worden betrokken. Op deze wijze worden gemeenschappelijke benaderingen mogelijk voor sleutelaangelegenheden. Dit kan leiden tot formele aanbevelingen voor de Raad: het Groenboek vermeldt in dit verband als voorbeeld aanbevelingen inzake de promotie van de geestelijke gezondheid en de preventie van depressies en zelfmoordgedrag.

De Commissie kan ten tweede openbare geestelijke gezondheid steunen via haar eigen beleid.

De Commissie kan ten slotte zorgen voor vergelijkbare gegevens inzake geestelijke gezondheid op het niveau van de Gemeenschap en in de lidstaten. Ze kan onderzoek ondersteunen over geestelijke gezondheid en kennis verspreiden over 'evidence based practices'.

Bovengenoemde voorstellen worden in het Groenboek voorgelegd voor een openbaar onderzoek.

Wij hopen dat de reacties naar aanleiding van deze procedure, en het werk in de werkgroepen, de weg open zullen maken voor een strategie die de grondslag kan vormen voor een gedeelde analyse, doelstellingen en methode voor samenwerking.

Wij verwachten dat een gedeelde strategie tot tastbare resultaten kan leiden voor een aanzienlijk aantal burgers.

Het openbaar onderzoek loopt nog tot 31 mei 2006. Problemen met geestelijke gezondheid treffen elk jaar meer dan 27 percent van de Europese volwassenen. Ze zijn verantwoordelijk voor het merendeel van de jaarlijks 58.000 doden door zelfmoord. Dit aantal is hoger dan het aantal doden als gevolg van gemotoriseerde verkeersongelukken.

Geestesziekten kunnen bovendien een significante invloed hebben op de economische en sociale welvaart van een samenleving. Nochtans werd de belangstelling voor dit thema tot voor kort overschaduwed door andere aspecten van openbare gezondheid. De Commissie heeft een uitgebreid debat over het onderwerp op gang gebracht, om het belang van geestelijke gezondheid in de verf te zetten en om te onderzoeken hoe het best een omvattende EU-strategie kan worden ontwikkeld inzake geestelijke gezondheid.

Ik dank u omdat u het initiatief heeft genomen om dit debat in uw parlement te voeren.

1.2. Algemene kritische commentaar op het Groenboek door prof. dr. Chantal Van Audenhove (KU Leuven, Academisch Centrum voor Huisartsgerneeskunde – LUCAS)

Professor Chantal Van Audenhove: Het Groenboek is relevant en waardevol als eerste aanzet tot de ontwikkeling van een EU-strategie voor een betere geestelijke gezondheidszorg. Het is van belang dat met name depressie wordt erkend als een belangrijk probleem. Een dergelijke strategie biedt een raamwerk voor uitwisseling en samenwerking tussen lidstaten,

kan leiden tot coherentie van maatregelen en is het aangewezen niveau voor onderzoek en monitoring van veranderingen.

Voor Vlaanderen zie ik de volgende prioriteiten. In de eerste plaats is er de preventieve actie, meer bepaald het bevorderen van de geestelijke gezondheid in alle sectoren van de samenleving – dus niet alleen binnen de geestelijke gezondheidszorg – evenals het voorkomen van psychische ziekten door doelgroepgerichte acties. Een tweede topic is innovatie in de geestelijke gezondheidszorg. Op dit vlak is er de laatste jaren trouwens al veel in beweging. We stellen vast dat het aantal ziekenhuisbedden voor geestelijke gezondheidszorg sterk is afgenomen de laatste twintig jaar. Terwijl de residentiële zorg afneemt, nemen ambulante zorg en thuiszorg toe. Dit is niet louter een verplaatsen van de zorg naar de thuissituatie. Er is ook sprake van inhoudelijke veranderingen in de zorg zelf, andere attitudes en werkvormen: een vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg. Die vermaatschappelijking gaat bovendien gepaard met maatschappelijke veranderingen als de aandacht voor sociale determinanten van psychische ziekten en het bestrijden van stigma en discriminatie. Op dat stuk lopen de evoluties soms achter.

In de eenentwintigste eeuw blijken zich volgens de WGO zowat in alle landen de volgende trends voor te doen. De grootschalige instituten worden vervangen door kleinschaliger voorzieningen. De daling van het aantal ziekenhuisbedden zwakt in vele landen af. De vraag is of dat ook voor België het geval is, aangezien de afbouw van ziekenhuisbedden in de omringende landen reeds veel sterker is doorgevoerd in de voorbije jaren. Voor de rol van de familie komt er een toegenomen erkenning. Tegelijk neemt de persoonlijke bijdrage in behandeling en zorg toe. De nadruk komt te liggen op efficiëntie en kostenbeperking. Er komen meer hulpverleners in de thuiszorg. Een nieuwe nadruk op teamwerking wordt verwacht. Voorts neemt de belangstelling toe voor evidence based practice in alle domeinen die te maken hebben met geestelijke gezondheidszorg. Tot slot groeit de bekommernis voor de autonomie van de patiënt. Het controlerende aspect van de psychiatrie vermindert in vergelijking met de vorige fasen. Het blijft een belangrijke opdracht om het juiste evenwicht te vinden tussen dwang en controle enerzijds en de autonomie en de rechten van de patiënt anderzijds.

Tot welke nieuwe noden leiden deze evoluties op internationaal vlak? In elk geval is er nood aan

meer deskundigheid in de eerste lijn, met name bij de huisarts en in het algemeen welzijnswerk. Samenwerking tussen de lijnen wordt een veel belangrijker aandachtspunt, waarbij wordt gezocht naar nieuwe vormen. Verdere aandachtspunten zijn het voorkomen van burn-out bij personeel en mantelzorgers en de strijd tegen stigmatisering en discriminatie.

Specifiek voor Vlaanderen is er nood aan een totaal-aanpak van psychische problemen. Andere actiepunten zijn meer samenwerking, meer evidence based werken en een krachtigere implementatie van innovaties. Voor wat het eerstgenoemde betreft, is de primaire preventie een nieuw thema voor onderzoek en acties in de geestelijke gezondheidszorg. De tienstappencampagne van de minister is een zeer vernieuwend voorbeeld daarvan. Maar er is ook nood aan integratie van maatregelen in diverse sectoren. Geestelijke gezondheid is niet een kwestie van de gezondheids- en welzijnssector alleen. Men moet ook rekening houden met de impact op grote doelgroepen van maatregelen in sectoren als werkgelegenheid en onderwijs. Het komt erop aan de structurele oorzaken en determinanten van depressie in de samenleving aan te pakken. Het is goed om depressie medisch als een ziekte te bekijken, maar op zich onvoldoende. Een bredere biopsychosociale visie moet gehanteerd worden. Tot slot heeft Vlaanderen behoefte aan sociale inclusie en discriminatie- en stigmabestrijding. Mensen met beperkingen een kwaliteitsvol leven in de samenleving bieden, wordt in de wereld van fysieke handicaps al vanzelfsprekend beschouwd. Er zijn nu ook meer acties nodig tegen discriminatie en stigma in de geestelijke gezondheidszorg.

Op het vlak van meer samenwerking worden gelukkig al stappen gezet. Het gaat om samenwerking tussen de lijnen, tussen huisarts en psychiatrie of geestelijke gezondheidszorg.

Meer samenwerking ook met de doelgroep en de mantelzorgers. Er zijn verschillende visies op dezelfde realiteit. De stem van de gebruiker verdient een grotere weerklank in het beleid, zoals in de omringende landen. Tot slot is meer samenwerking nodig tussen de actoren in de gezondheidszorg inzake preventie en beeldvorming, tegen de versnippering van initiatieven, en meer integratie van curatiedenken en preventiedenken in opleidingen en praktijk.

De versterking van het evidence based werken is een andere invalshoek voor het beleid. Op dat gebied is in Vlaanderen nog heel wat vooruitgang mogelijk. Dit

houdt onder meer in de evaluatie van preventie-initiatieven en acties door een precieze voor- en nameting bij de doelgroep. Dat zou meer als een routine moeten worden ingebouwd.

Ook in de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg zijn verbeteringen op het vlak van evidence based werking mogelijk. Er kan nog heel wat vooruitgang geboekt worden inzake methodisch werken, inzake het zich afstemmen op richtlijnen en inzake programma's van getrapte zorg. In die programma's kan duidelijk omschreven worden welk aanbod door verschillende sectoren geleverd wordt.

Indicatoren om de effectiviteit te toetsen zijn een ander belangrijk aspect. Om de effectiviteit van bepaalde beleidsmaatregelen op te volgen, is het belangrijk dat er indicatoren zijn die systematisch bepaalde trends of evoluties kunnen beschrijven. Dat zou beter georganiseerd kunnen worden. Het is immers niet zo dat er in Vlaanderen geen of onvoldoende registraties zijn, het is eerder nodig om een beperkt aantal indicatoren die internationale vergelijkingen toelaten, op een betrouwbare manier te meten. Het is ook nodig om over de resultaten feedback te geven aan de organisaties die de indicatoren verzamelen. Zo wordt het voor hen relevant om nauwkeurig te meten.

Voor het onderzoek van de randvoorwaarden in Vlaanderen baseren we ons vaak op internationaal onderzoek. Dat is goed, maar een specifieke focus op de implementatie van bepaalde evidence based procedures en processen in Vlaanderen is een belangrijk aandachtspunt. Europa zou dat kunnen stimuleren. Voor de systematische samenwerking tussen onderzoek en beleid, is het belangrijk dat het beleidsgericht onderzoek op een meer continue basis kan samenwerken met de overheden.

De voorwaarden voor de succesvolle invoering van vernieuwingen in de geestelijke gezondheidszorg zijn niet steeds vervuld. Daarom is het nodig om de organisatorische veranderingen te stimuleren en te steunen. Innovatie heeft een prijs. Soms is er dus een tijdelijke meeruitgave wenselijk en nodig. Soms zijn er parallelcircuits nodig om te voorkomen dat bepaalde doelgroepen tussen wal en schip vallen. Daarnaast is een bezielde leiderschap in de sectoren zelf belangrijk bij het innoveren. Het is immers nodig dat veranderingen gesteund worden door de leiders van de voorziening. Zij kunnen beoordelen wat er werkt en wat niet, en visies terugkoppelen naar de werkvloer om

te voorkomen dat goedbedoelde innovaties na korte tijd in de vergeethoek raken. De ontwikkeling van het leiderschap in de gezondheidszorg verdient meer aandacht en ondersteuning om de nodige innovaties te kunnen realiseren.

Bij veranderingen moet er aandacht gaan naar vorming en opleiding. Het vormings-, trainings- en opleidingsbeleid in voorzieningen is een belangrijke schakel. Dat kan beter gestimuleerd worden. Ook in basisopleidingen dienen de pakketten en curricula afgestemd te zijn op nieuwe behoeften.

Tot slot heb ik getracht een aantal prioriteiten af te bakenen, zodat het Europese beleid zo goed mogelijk kan inspelen op de behoeften in Vlaanderen. Een eerste cruciale vraag is hoe we zonder kwaliteitsverlies noodzakelijke transformaties en innovaties kunnen doorvoeren. De geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen is zeer goed en heeft lange tijd model gestaan voor andere landen in Europa. Wegens die hoge kwaliteit is het in Vlaanderen minder gemakkelijk om te verbeteren.

Bij een toenemende vermaatschappelijking van de zorg is het belangrijk om te voorkomen dat er kwaliteitsverlies optreedt. Het is mijns inziens een aandachtspunt voor het Europees beleid om de landen in die positie te stimuleren om te innoveren. De verschillende regio's kunnen op dat vlak veel van elkaar leren. Het is ook belangrijk dat de innovaties gestimuleerd worden, zoniet bestaat het risico dat andere landen, die nu nog weinig specialistische GGZ ontwikkeld hebben, over tien jaar een betere kwaliteit van zorg in de thuissituatie opgebouwd zullen hebben. Ik denk hierbij aan sommige Oost-Europese landen als Litouwen, die onder meer door de Vlaamse overheid zijn geholpen om de kwaliteit van hun zorgsystemen te verbeteren. Deze landen hebben nu nog weinig voorzieningen en het is dus gemakkelijker om nieuwe voorzieningen en netwerken uit te bouwen die beantwoorden aan de mooie modellen die vanuit de WGO worden voorgesteld.

Een volgend aandachtspunt voor een Europees beleid is het realiseren van intersectorale samenwerking inzake geestelijke gezondheid en preventie. Voorts zijn er de vermaatschappelijking van de zorg, de strijd tegen discriminatie en het streven naar sociale inclusie van personen met psychische problemen.

Een bijkomend aspect is de implementatie van innovaties. Ik zei al eerder dat het stimuleren van inno-

vatie nodig is, projecten zoals de Europese Alliantie tegen Depressie zijn zeker nodig. Voor een degelijke monitoring en evaluatie is het opstellen van goede indicatoren voor interregionale vergelijkingen zeker een Europees streefdoel. Ten slotte is de participatie van de doelgroep zelf belangrijk. Het opleiden van gebruikers om op een meer professionele wijze een rol te kunnen spelen in het beleid, is hierbij een belangrijk spoor.

I.3. Vragen van de leden en antwoorden van de sprekers

Mevrouw Greet Van Linter: Hoe ziet professor Van Audenhove de grotere deskundigheid van de eerste lijn en het algemene welzijnswerk in de praktijk? Wat bedoelt ze precies met meer acties van de gebruikersorganisaties?

Professor Chantal Van Audenhove: Op dit ogenblik zijn er veel initiatieven om de huisarts te steunen en zijn deskundigheid inzake detectie, diagnostiek en behandeling van psychische problemen te verbeteren. Depressie is een prototypisch probleem dat daarenboven goed op de eerste lijn te behandelen is. Het komt immers vaak voor en de huisarts krijgt er vaak mee te maken. Er zijn daarnaast ook acties voor andere sleutelfiguren die te maken krijgen met depressie en het risico op suïcide, zoals apothekers en personeelsleden van de CGG's. Die projecten kunnen model staan voor vele subregio's.

Maar ook welzijnswerkers die geconfronteerd worden met psychische problemen, moeten begeleid worden. Als er minder residentiële voorzieningen zijn of de patiënten minder lang in die voorzieningen blijven, zullen ze ook vaker aankloppen bij de eerstelijns hulp zoals de CAW's.

Gebruikersverenigingen in Vlaanderen hebben weinig mogelijkheden om professioneel te participeren aan het overleg en het beleid. In andere landen klinkt de stem van de gebruikers veel krachtiger. Dat is bijvoorbeeld het geval in Groot-Brittannië en in Nederland. Hun kijk biedt een ander, waardevol perspectief, ik pleit dus voor acties op het stuk van empowerment en participatie van gebruikers. Het is een moeilijke opdracht. De pogingen die in Vlaanderen zijn gedaan, waren niet altijd succesvol maar daaruit kunnen wel lessen getrokken worden. Ik heb het hierbij zowel over zelfhulpgroepen als mantelzorgverenigingen. De visie van beide valt immers niet noodzakelijk samen.

Mevrouw Vera Van der Borgh: Burn-out is een voorloper van depressie en komt veel voor bij verzorgende beroepen. Is dat probleem specifiek voor Vlaanderen?

Professor Chantal Van Audenhove: Ik denk niet dat het probleem specifiek is voor Vlaanderen. De zorg voor mensen met ernstige en langdurige psychische problemen in beschut wonen bijvoorbeeld is intens en langdurig. Hulpverleners moeten gesteund worden om dat goed te kunnen blijven doen. Onderzoek wijst uit dat de Vlaamse situatie niet dusdanig verschilt van andere landen. De vereisten om dergelijk werk goed uit te voeren, verschillen niet. Ondersteuning en een degelijk trainings-, vormings- en opleidingsbeleid zijn nodig. Het vergt veel overleg.

Mevrouw Vera Jans: Het Groenboek is algemeen. Dat is eigen aan dergelijke documenten, ik ben dus blij dat de politieke context geschetst wordt. Ik begrijp dat het vooral gaat over het verzamelen van gegevens en het streven naar een uniforme gegevensuitwisseling tussen de 25 lidstaten. Ik kan me voorstellen dat er op het vlak van de GGZ in de lidstaten zeer grote verschillen zijn in aanpak, cultuur, omgang en opvang. Zelfs in ons land wordt er op verschillende manieren gedacht over en omgegaan met GGZ. Het is dus een moeilijke, maar waardevolle en zinvolle opdracht.

Uit een Europese studie blijkt dat veel mensen met een depressie fout gediagnosticeerd of doorverwezen worden. Hoe kan het ontbreken of het niet adequaat ageren van de eerste lijn verholpen worden?

Dat we daar meer aandacht moeten voor hebben in de opleiding van alle artsen, krijgen we vaak als antwoord. Hoe kunnen we de eerste lijn, die bijzonder belangrijk is, nog meer betrekken bij wat er allemaal in Vlaanderen bestaat?

De samenwerking tussen de verschillende lijnen is inderdaad cruciaal. Ik vermoed dat we hier in Vlaanderen over bijzonder veel initiatieven en voorzieningen beschikken maar dat de doorverwijzing vaak ontbreekt. Is dat een juist aanvoelen of meent u dat andere zaken belangrijker zijn?

Professor Chantal Van Audenhove: Het antwoord op de eerste vraag, speel ik graag door naar de persoon die dat Europese onderzoek heeft verricht: professor Demyttenaere.

Professor Koen Demyttenaere, KULeuven: Op Europees vlak – en de Belgische cijfers zijn niet anders dan

die van andere Europese landen – zoekt slechts ongeveer 40 procent van de mensen die aan een depressie lijden, hulp. Van diegenen die hulp zoeken, krijgt inderdaad nog niet iedereen adequate hulp. Tegelijk krijgen heel wat mensen van wie niet aangetoond is dat ze moeten behandeld worden, wel hulp. Er is dus tegelijkertijd onderdiagnostiek en overdiagnostiek, en er wordt tezelfdertijd te weinig en te veel voorgeschreven. Sommige mensen gaan geen hulp zoeken, terwijl ze die wel kunnen gebruiken. Informatie moet breder maatschappelijk doorgegeven worden. Omgekeerd moeten artsen beter getraind worden om de juiste diagnose te stellen. Er zijn al heel wat initiatieven. Tot voor een aantal jaren had iemand die zeven jaar geneeskunde gestudeerd had, geen stage in de psychiatrie doorlopen. Leuven is de laatste in de rij om een verplichte maand stage in de psychiatrie in te bouwen. Dat is een heel belangrijke stap naar betere kennis van de psychiatrie en naar destigmatisering van psychiatrische problemen bij dokters. Het aantal uren psychiatrie dat gedoceerd wordt, is bovendien beduidend laag in vergelijking met de prevalentie van die aandoeningen. Misschien moet er ook een soort nieuwe nomenclatuur of een nieuw nomenclatuurnummer komen voor artsen die een bijkomende training hebben genoten in psychiatrische diagnostiek en behandeling eerste lijn.

De voorzitter: Dat is een zinvolle opmerking maar dit hoort niet tot de bevoegdheid van het Vlaams Parlement en de Vlaamse Regering: de centen zitten in hoofdzaak op het federale niveau.

Professor Chantal Van Audenhove: De bedenking van mevrouw Jans is zeer terecht. Ik plaats zelf ook heel wat vraagtekens bij de ‘sectorisering’ van de zorg. Op dat vlak zijn er al heel wat voorstellen gedaan in de context van beleidsgericht onderzoek om toch eens te denken over de herstructurering van gezondheidszorg, welzijnszorg en de verschillende echelons die los van elkaar gereguleerd zijn en ook grotendeels los van elkaar werken. Dat kan niet zonder slag of stoot. Dit is een kwestie van veranderings- en besluitvormingsprocessen, op verschillende niveaus.

Mevrouw Georgina Georgiou: Het Groenboek is inderdaad een algemeen document, dat door de Commissie is geschreven om het debat te openen voor het publiek. U hebt zeker bijgedragen tot dat debat. Wat ik niet gehoord heb, is de kwestie van preventie. Die is nochtans zeer belangrijk in het Groenboek. Jonge mensen die nog school lopen, moeten leren omgaan met problemen, met onzekerheid over

de school of de thuissituatie. Daarom stellen we de lidstaten een betere schoolstructuur voor: er moet met kinderen gesproken worden voor ze de probleemleeftijd bereiken. Een tweede belangrijke factor is de levensstijl. De Commissie bereidt een communicatie voor over alcohol. Ze kan niet wetgevend optreden inzake volksgezondheid. Dat behoort tot de exclusieve bevoegdheid van de lidstaten. We kunnen wel strategieën voorstellen maar uiteindelijk is het aan de lidstaten om, afhankelijk van hun structuur en hun sociale omgeving, die zaken in te voeren. We richten ons op alcoholmisbruik, drugsgebruik, de levensstijl in het algemeen en we combineren dat met andere mededelingen om de jongeren te beschermen voordat ze een leeftijd bereiken waarop ze geconfronteerd worden met een depressie of suïcidaal gedrag. Om te weten hoeveel zelfmoordpogingen er in Europa zijn, moet je het aantal zelfmoordgevallen met drie vermenigvuldigen. Dat is dus een zeer ernstige kwestie.

Vlaanderen heeft inderdaad een goed systeem. Maar een van de doelstellingen van de Europese Unie is vermijden dat mensen in een ziekenhuis of in een instelling terecht komen. We willen al het mogelijke doen om mensen in deze maatschappij te integreren. Mensen met een depressie kunnen werken, mensen die lijden aan onzekerheid kunnen wel zekerheid krijgen binnen hun arbeidsomgeving. Daarom richten we ons op scholen en werkplaatsen en tot regeringen en dus niet enkel op ziekenhuizen. Ik ben het met u eens dat er meer hulp nodig is binnen een ziekenhuisomgeving, maar onze bedoeling is te werken op die vlakken waar er nog niet gewerkt is.

Zodra we voldoende commentaren hebben, zal dit Groenboek aan alle lidstaten worden meegedeeld.

Minister Inge Vervotte: Professor Van Audenhove legt nogal sterk de nadruk op evidence based werken en stelt dat daarvoor een set van indicatoren nodig is. De vraag is dan wat we gaan meten. Gaan we op het niveau van de organisaties, op het individuele, het maatschappelijke, het wetenschappelijke niveau meten?

Professor Chantal Van Audenhove: We moeten op de eerste plaats een aantal zeer basale zaken goed meten. Zo is het bijvoorbeeld heel moeilijk om zicht te krijgen op hoeveel psychiatrische bedden er precies in Vlaanderen of België zijn. Er zijn verschillende statistieken en statistieken met soms heel bizarre curves. Aan onze universiteiten komen die in de prullenmand terecht, maar ze staan wel in de Europese statistieken,

hoewel ze niet kloppen. Als onderzoekers worden we daarover met vragen geconfronteerd. Vooraleer we complexe vragen gaan stellen, moeten we dus eerst een aantal basics verzamelen en het er over eens maken dat iedereen de gegevens betrouwbaar gaat verzamelen, over de tijd heen. Ik denk bijvoorbeeld aan het aantal bedden. Een volgende stap kan zijn: om welke mensen gaat het, aan welke categorieën beantwoorden die? We hebben registratiesystemen maar de vraag is hoe we ze op een goede manier kunnen hanteren voor onderzoek. DSMIV is bijvoorbeeld een zeer belangrijke parameter als het gaat over geestelijke gezondheidszorg. Daar hebben we een aantal assen die goed kunnen worden ingezet om de doelgroep te omschrijven in termen van psychiatrische classificatie. Ik blijf doelbewust bij de basics, omdat ik met de onderzoeksprojecten stevast weer op moeilijkheden bots. Die moeilijkheden hebben te maken met onvoldoende betrouwbaarheid en dus bruikbaarheid van de basisgegevens. Als men verschillen tussen regio's wil vergelijken, is het belangrijk dat de basics betrouwbaar zijn, zoniet is het vastgestelde verschil misschien te wijten aan meetfouten.

De voorzitter: Dat is een pleidooi voor betrouwbaarheid. Maar kan u enkele voorbeelden van basics geven?

Professor Chantal Van Audenhove: In elk geval: het soort van zorgvoorzieningen, het aantal personen dat daar gebruik van maakt, ook doorheen de tijd, het soort problematiek en de link met de kostprijs. Er zijn al een aantal goede initiatieven, zoals projecten rond de RAI (resident assessment instrument) in de ouderenzorg, die mogelijk ook gebruikt kunnen worden in de andere sectoren, waar zorgmodules ook op een goede manier in kaart kunnen worden gebracht. Wanneer men dit aan elkaar kan linken, kan men ook heel goed bijsturen en bijvoorbeeld de impact van bepaalde veranderingen meten op het budget en op de kwaliteit van leven.

II. MAATSCHAPPELIJKE GEZONDHEIDSZORG

II.1. Uiteenzetting van prof. dr. Lea Maes (Universiteit Gent, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidszorg)

Professor Lea Maes: Net als de vorige spreekster vind ik het Groenboek een goed basisdocument. Het bevat goede informatie. Ik ben het helemaal

eens met de elementen weergegeven in punt vijf van het Groenboek. Ik ben het zeker eens met de klemtoon op preventie van mentale ziekten en geestelijke gezondheidsbevordering. Dat zijn twee verschillende preventiestrategieën. In het Groenboek wordt daar onvoldoende op gewezen. Het Groenboek stelt dat de Raad een aanbeveling zou moeten opstellen. Ik kan niet goed inschatten wat de betekenis en de kracht zijn van zo'n aanbeveling.

Een tweede belangrijk punt is de verbetering van de levenskwaliteit van mensen met een mentale aandoening: het stigma verminderen en deze doelgroep kansen op werk geven. De good practice zal gepromoot worden. Het Groenboek benadrukt ten slotte ook het belang van onderzoek en van een interface tussen beleid en onderzoek.

Tegelijk ben ik van oordeel dat het Groenboek een aantal zaken onvoldoende beklemtoont. Er moet meer aandacht zijn voor een intersectoraal beleid en facetbeleid. We zouden ook kunnen nadenken over de invoering van geestelijke gezondheidseffectenrapporten. We moeten daar eens goed over nadenken om te vermijden dat het dezelfde weg opgaat als enkele andere effectenrapporten. Andere beleidsdomeinen moeten aandacht opbrengen voor de eventuele negatieve gevolgen van hun maatregelen. Het Groenboek schenkt voorts te weinig aandacht aan de rol van maatschappelijke organisaties. Er zou ten slotte meer aandacht moeten gaan naar werkgerelateerde geestelijke gezondheid.

Ik ben actief in de sector van de volksgezondheid. Al te vaak werkt de sector met cijfers over mortaliteit. Een belangrijke nieuwe maat in de sector van de volksgezondheid zijn de Disability Adjusted Life Years (DALY's). DALY's komt overeen met het aantal levensjaren dat we met beperkingen of handicaps moeten leven. Beide lijsten zijn verschillend. DALY's verwijst naar het belang van levenskwaliteit op het einde van het leven. Unipolaire depressies staan bovenaan de DALY's-lijst. We moeten meer aandacht schenken aan DALY's.

Om de geestelijke gezondheid te verbeteren moeten we een aantal determinanten bestuderen. Er is een hele reeks risicofactoren en beschermende factoren voor geestesziekte. Een hele reeks sociale determinanten, omgevingsdeterminanten en economische determinanten heeft impact op geestesziekte. Dat geeft meteen aan hoe complex dit probleem is.

Hetzelfde geldt voor de individuele determinanten en de gezinsdeterminanten. Ook op dit niveau zijn

er heel wat risicofactoren en beschermende factoren die op hun beurt verwijzen naar sociale en economische factoren. Het is op deze factoren dat we een antwoord moeten vinden, willen we de mentale gezondheid bevorderen.

Het uitgebreide karakter van risicofactoren en beschermende factoren – tussen beide bestaat bovendien een complexe interactie – toont aan dat diverse beleidssectoren een bijdrage zullen moeten leveren. De sector van de gezondheidszorg kan dit probleem niet alleen aanpakken. Samenwerking en coördinatie tussen verschillende beleidsdomeinen is niet eenvoudig, maar in deze context zijn beide onontbeerlijk.

Er zijn verschillende strategieën mogelijk. Elke strategie is op een andere visie gebaseerd. We zullen moeten kiezen en nagaan waarop we de klemtoon zullen leggen. De vraag is dus hoe ons algemeen beleid eruit zal zien.

In grote lijnen moeten we kiezen tussen twee strategieën: ons richten op hoogrisicostategieën of populatiestrategieën. In het eerste geval concentreren we ons op de groepen met een zichtbaar risico. We moeten proberen het risico te verlagen. In het tweede geval richten we ons op de hele populatie. We proberen het risico te verschuiven binnen de volledige bevolking. Vanuit het standpunt van de volksgezondheid is het niet goed om voor één van de twee strategieën te kiezen. Het zijn complementaire strategieën. We moeten op zoek naar een evenwicht tussen beide.

Het Groenboek maakt volkomen terecht een onderscheid tussen de bevordering van de geestelijke gezondheidszorg en preventieve maatregelen om geestelijke gezondheidsproblemen aan te pakken. Het verschil tussen beide strategieën zit in de doelstellingen. Geestelijke gezondheidsbevordering organiseert onze maatschappij op een zodanige wijze dat de mentale gezondheid bevorderd wordt. Men probeert het ontstaan van risicofactoren te vermijden. Preventieve maatregelen zijn erop gericht risicofactoren in een vroeg stadium te ontdekken om er onmiddellijk op in te spelen. De eerste strategie onderzoekt waarom, ondanks identieke omstandigheden, de ene ziek wordt en de andere niet. De tweede strategie onderzoekt waarom iemand ziek wordt. Binnen de geestelijke ziektepreventie maken we nog een onderscheid tussen verschillende types. Belangrijk is dat geestelijke gezondheidsbevordering meestal gepaard gaat met populatiestrategieën.

Wat zijn de voor- en nadelen van de hoogrisicostategieën? Voordelen zijn dat er gezocht wordt naar

risicogroepen waarop vervolgens wordt ingespeeld. De interventie zal goed aansluiten op de individuele problemen. Het individu zal gemotiveerder zijn om mee te werken aan een strategie die op hem gericht is. De motivatie van de zorgverleners is ook groter. Het is een kosteneffectieve strategie gezien de beperkte middelen. De verhouding tussen voordeel en risico is gunstig voor het individu.

Er zijn echter een aantal belangrijke nadelen. Het kan dat men niet de juiste groep bereikt wegens een slechte screening. Het is niet altijd duidelijk wanneer we van een hoog risico mogen spreken. Waar ligt de grens precies? Om groepen duidelijk af te lijnen moeten we breed screenen wat kostelijk is. De begeleiding is eerder palliatief en tijdelijk. De instroom blijft omdat men fundamenteel niets oplost. Het is gedragswetenschappelijk niet correct omdat een beperkt probleem als normaal wordt aanvaard. De strategie heeft een beperkt potentieel om het gebrek aan mentale gezondheid weg te werken.

Ook aan de populatiestrategieën zijn er voor- en nadelen verbonden. Het is een meer radicale strategie. Er wordt fundamenteeler gewerkt. Het is gedragswetenschappelijk correcter. Bovendien heeft het een groot potentieel voor de bevolking.

Een nadeel is dan weer dat het effect ervan voor het individu klein is. Bovendien bestaat er bij het individu vaak een geringe motivatie: als het individu het probleem nog net zelf ervaart, is de motivatie vaak niet groot om er iets aan te doen. Er is eveneens sprake van een geringe motivatie bij de zorgverlener. Ten slotte slaat de voordeel/risico-verhouding vaak snel om in negatieve richting.

Een vraag die we vaak krijgen is of populatiestrategieën wel zinvol zijn binnen de sector van de GGZ.

Er is gebleken dat de omvang en de spreiding van het probleem van de GGZ voldoende groot zijn voor de toepassing van populatiestrategieën. Daartoe zijn er voldoende cijfers beschikbaar, onder meer in het Groenboek.

Ook de menselijke en de sociale kosten van GGZ zijn voldoende groot. Ook daarover bestaan er voldoende cijfers, onder meer in het Groenboek.

Bovendien zijn de factoren die een invloed hebben op GGZ-problemen zeer divers. Ook dat is een voorwaarde voor de toepassing van populatiestrategieën.

Een andere voorwaarde waaraan voldaan wordt is dat mentale problemen moeilijk voorspelbaar zijn of vroegtijdig kunnen opgespoord worden.

Bovendien zijn veel voorkomende GGZ-problemen eerder een kwantitatieve dan een categorische aandoening. Er bestaat een grote 'range' aan symptomen. Ik kan in dit verband verwijzen naar het werk van de auteur Geoffrey Rose.

Een vraag die we ons allen stellen is wat het breekpunt is tussen 'normaal' en 'psychiatrisch'. Dit is een heel moeilijk punt. Ook om deze reden is het zinvol om te werken met populatiestrategieën.

Een ander element dat in het Groenboek aan bod komt, is de nood aan meer onderzoek binnen de GGZ.

Er bestaat nood aan een consensus, het liefst op Europees niveau, over indicatoren van succes van preventieprogramma's. Hierover bestaat er momenteel nogal wat discussie. Er is bovendien nood aan monitoring. Het onderzoek naar effectieve preventieprogramma's moet worden opgevoerd.

Wat zijn onze inhoudelijke aanbevelingen voor Vlaanderen op korte termijn?

Er moet nadruk worden gelegd op vroege interventies: tijdens de kinder- en schooltijd. Dit betekent natuurlijk niet dat er geen programma's voor volwassenen nodig zijn.

Vier Vlaamse ministers hebben een goed initiatief genomen voor een schoolgezondheidsbeleid. Dit moet worden ondersteund. De commissie die in dit verband functioneert beschikt slechts over zeer beperkte middelen.

Opvoedingsondersteuning aan gezinnen en ouders moet worden ondersteund. Ook in dit kader werden er reeds goede initiatieven genomen.

Er moet een consensus bereikt worden over een sociaal vaardigheidsprogramma dat in de scholen kan worden geïmplementeerd. Veel van de bestaande programma's zijn vrij uitgebreid. Dit bemoeilijkt de implementatie. Het bestaan van een programma is niet voldoende, het moet ook effectief worden geïmplementeerd. Leerkrachten en andere schoolactoren moeten getraind worden in het aanleren van sociale vaardigheden. In sommige scholen werd gestart met de implementatie. Het is echter voor sommige scholen moeilijk om vol te houden. Er moet ook gezorgd worden voor monitoring. Er moet worden nage-

gaan of de programma's worden toegepast zoals het hoort.

De recente campagne 'Fit in je hoofd, goed in je vel' is een uitstekend initiatief. Dat is echter nog niet voldoende.

Er moet een internetcursus worden ontwikkeld en geïmplementeerd. Er moet ook gezorgd worden voor een advies over geestelijke gezondheid voor adolescenten.

Ook op structureel vlak heb ik enkele aanbevelingen. Er moet een ondersteuningspunt komen voor GGZ-preventie. Dat bestaat nog steeds niet. Er moet bovendien een inventaris worden opgesteld van bestaande preventie-initiatieven. Wat er al is moet benut worden. Dit moet vertaald worden naar specifieke doelgroepen en thema's. De krachten moeten worden gebundeld binnen alle sectoren, om goede programma's te ontwikkelen op het vlak van GGZ.

II.2. Reacties

Mevrouw Georgina Georgiou: Ik ben verheugd over de grote belangstelling voor de GGZ.

Tijdens de raadplegingsprocedure van het Groenboek hebt u de kans om aan te geven wat er volgens u zou moeten gebeuren. Hebben de universiteiten opmerkingen geformuleerd bij het Groenboek?

Alle belanghebbenden kunnen dat overigens doen, niet alleen wetenschappers en politici.

De periode om opmerkingen te formuleren werd verlengd tot 31 mei 2006, omdat we minder opmerkingen hebben gekregen dan we hadden verwacht.

De heer Luc Martens: Professor Maes heeft erop gewezen dat een geïsoleerde benadering van de GGZ niet aangewezen is. Er moet rekening worden gehouden met een veelheid aan beleidssectoren.

Vanuit de Europese Commissie hoor ik dat Europa weinig te zeggen zou hebben over deze aangelegenheid.

Binnen het onderwijsdomein werd de tewerkstellingsproblematiek gehanteerd als hefboom om toch nog veel te kunnen zeggen over onderwijs.

Organisaties als het VBO in België besteden wel aandacht aan fysieke, maar veel minder aan geestelijke gezondheid.

Waarom hanteert de Europese Commissie de hefboom van de budgetten voor economie en tewerkstellingsprogramma's niet meer om het probleem aan te pakken? De budgetten zijn nu zeer beperkt, terwijl de impact zeer groot is.

Mevrouw Georgina Georgiou: Een van de Lissabon-doelstellingen is meer en betere banen. Daar gaat dan ook heel wat geld naartoe. Maar het verdrag staat niet toe dat de EU legifereert over gezondheid. Daarom zei ik in mijn inleiding dat wij de geestelijke gezondheid proberen te bereiken langs andere domeinen als onderwijs, werkgelegenheid, justitie of veiligheid. Zo proberen wij bijvoorbeeld prostitutie in de nieuwere lidstaten aan te pakken als oorzaak van zelfmoord.

Wat de indicatoren betreft, financiert de EU lidstaten binnen het volksgezondheidsprogramma om indicatoren in te voeren, ook al is het budget daarvoor beperkt. Maar elke lidstaat kan dus een aanvraag indienen om zich te laten subsidiëren voor de invoering van indicatoren.

III. CENTRA VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (CGG'S)

III.1. Uiteenzetting van de heer José De Brouwere (CGG Largo, Roeselare)

De heer José De Brouwere: In de inleiding van het Groenboek wordt stilgestaan bij het belang van de geestelijke gezondheid voor de burgers, de samenleving en het beleid. Voor ons, die dagelijks in de praktijk van de zorg staan, is dit vanzelfsprekend. De aandacht van de Europese Commissie is daarom verheugend.

In de eerste plaats is een effectieve en kwalitatief hoogstaande en toegankelijke geestelijke gezondheidszorg voor alle mensen met geestelijke gezondheidsproblemen van groot belang. Daarnaast wordt er in het Groenboek terecht op gewezen dat het eveneens nodig is om sociale factoren te beïnvloeden. Dit vergt een veelomvattende aanpak waarin meerdere maatschappelijke sectoren betrokken zijn, zoals bijvoorbeeld het onderwijs en het tewerkstellingsbeleid.

In het deel over mogelijke maatregelen van het Groenboek wil ik dieper ingaan op enerzijds de preventieve maatregelen en anderzijds de sociale integratie, waarmee ik als verantwoordelijke van een ambulante CGG dagelijks te maken heb.

In het preventieve luik wordt terecht het voorkomen van depressie en zelfmoord naar voor geschoven. Daarnaast mag echter ook de preventie van de verslavingsproblematiek niet uit het oog verloren worden. Dit zijn de twee thema's waaraan de CGG's in Vlaanderen al meerdere jaren werken. Respectievelijk worden acht voltijdse medewerkers in de CGG's ingezet bij de implementatie van strategieën voor zelfmoordpreventie en twintig voltijdse medewerkers voor de preventie van alcohol en drugsmisbruik.

Zelfmoord is een belangrijk maatschappelijk probleem dat sinds enige tijd de nodige aandacht krijgt. De cijfers zijn bekend. De situatie in Vlaanderen is nog zorgwekkender: elke dag sterven in Vlaanderen drie personen door zelfmoord. De ernst van het probleem wordt nog duidelijker wanneer het aantal pogingen wordt toegevoegd. Dat wordt geschat op minstens het tienvoud.

In 1998 nam de Vlaamse minister die toen bevoegd was voor het gezondheidsbeleid, het initiatief om de CGG's een specifieke opdracht te geven op dit vlak. Dit is vandaag uitgegroeid tot een brede waaier van preventiestrategieën, onder meer vorming van gezondheidswerkers. Ook andere actoren hebben op dit terrein sindsdien initiatieven genomen. Dit leidde eind 2002 tot een Vlaamse gezondheidsconferentie waarvan de aanbevelingen omgezet worden in een actieplan 2006-2010, met de ambitie om het sterftecijfer door zelfmoord te verminderen met 8 procent. Dit actieplan houdt rekening met de ervaring in het buitenland, waar wetenschappelijk onderzoek gebeurde. Het strookt volledig met de voorstellen uit het Groenboek en wil ook andere maatschappelijke actoren betrekken. Het ligt nu voor, maar moet nog door de Vlaamse Regering en het Vlaams Parlement bekrachtigd worden. Ik doe hierbij een oproep om dit proces te bespoedigen en de middelen uit te trekken voor de realisering.

Het plan moet nog goedgekeurd worden door de regering en het parlement. Ik roep eenieder op om dat snel goed te keuren.

De tweede maatregel uit het Groenboek waar ik even bij stilsta, is de sociale integratie van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen, meer bepaald personen met een geestelijke handicap of een chronisch geestelijk gezondheidsprobleem.

De transitie van grote psychiatrische ziekenhuizen naar gemeenschapscentra heeft de sociale integratie bevorderd. Dat proces van desinstitutionalisering is

wereldwijd en ook in Europa al enkele decennia aan de gang. Ook in Vlaanderen is het proces op gang gekomen, maar het is nog niet af. In vergelijking met andere lidstaten is bij ons het aantal ziekenhuisbedden in verhouding nog steeds te groot.

Het proces van verdere reductie van ziekenhuisbedden in psychiatrische ziekenhuizen en tegelijk de verdere uitbouw van gemeenschapsvoorzieningen is noodzakelijk. Met gemeenschapsvoorzieningen bedoel ik voorzieningen in de gemeenschap, dicht bij de bevolking, die zich bezighouden met thuiszorg, woonopvang, activering, crisisopvang en vorming. Ook hier kan het Groenboek een stimulans zijn.

Een belangrijke belemmerende factor is de bevoegdheidsverdeling van het GGZ-beleid tussen het federale en het Vlaamse niveau. U kent het probleem ongetwijfeld. Niettegenstaande interministeriële conferenties blijft het moeilijk. We hebben de indruk dat de Vlaamse overheid een te afwachtende houding aanneemt. Ze durft zich niet te engageren in de verdere uitbouw van een GGZ op maat van de patiënten en de families. Nochtans beschikt de Vlaamse overheid via de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg over de nodige hefboomen om dat beleid te ontwikkelen, zelfs zonder verdere stappen in de staats-hervorming. Het is daarvoor nodig om de CGG's substantieel te versterken. Een omvattend Vlaams meerjarenplan voor de GGZ is een dringende noodzaak. Ik hoop dan ook dat het Groenboek een duw in de rug kan zijn.

III.2. Uiteenzetting van de heer Bob Cools (CGG De Pont, Mechelen)

De heer Bob Cools: De titel van mijn uiteenzetting is 'Hoe ver-drijven we de GGZ?'. Ik ga daarbij uit van vier vragen: vanwaar komen we; waar staan we; wat mogen we verwachten; wat kunnen we doen met de EU-aanbevelingen?

In de Belgische GGZ zijn er drie mijlpalen. In 1850 kregen de krankzinnigen een eerste erkenning in de krankzinnigenwet. In 1948 werd de bevoegdheid over psychiatrie overgedragen van justitie naar volksgezondheid. In 1990 werd de reconversie gestart. Momenteel wordt de laatste restgroep in de GGZ, namelijk de geïnterneerden, eindelijk overgeheveld van justitie naar volksgezondheid. Hopelijk wordt een verdere integratie in de samenleving mogelijk.

Vanaf 1990, door de differentiatie van de ziekenhuisafdelingen en de behandelingsmogelijkheden is de kwaliteit van de zorg verbeterd. Momenteel staan we voor de uitdaging van een verdere integratie van psychiatrische patiënten zowel intern als extern. Het is daarbij niet alleen de bedoeling ze te bewaken, te bewaren of te behandelen maar er ook mee samen te leven.

In 1990 was er de eerste stap naar een interne integratie door het creëren van psychiatrische verzorgings-tehuizen en beschut wonen, waarbij de zorg meer in de samenleving ingebed werd. Door het opstarten van de overlegplatforms is men voorzieningsoverschrijdend gaan denken. Nu proberen we de interne integratie voort te zetten door in functie van de doelgroepen de nodige netwerken uit te werken.

De uitdaging van de interne integratie in de sector is in de eerste plaats structureel. De explosie van allerhande proefprojecten en overlegorganen zal voor problemen zorgen, onder meer bij de komende transversale projecten. Ik heb het dan nog niet over de administratieve rompslomp die gepaard gaat met de indiening van de projecten, laat staan met de evaluatie.

Een tweede punt van interne integratie ligt op het vlak van het personeel. Multidisciplinaire samenwerking is er niet zolang bepaalde beroepsgroepen, zoals psychologen en psychotherapeuten, niet erkend zijn en dus strikt genomen illegaal werken in de voorzieningen. Het derde aspect, de participatie van patiënten en families, is een zwak broertje in de GGZ.

Externe integratie betekent dat psychisch gehandicapten in onze samenleving dezelfde mogelijkheden krijgen als fysiek gehandicapten. De slagzin 'de patiënt centraal' is een belediging voor de vorige generaties van hulpverleners en religieuzen, die uiteraard ook de patiënt centraal stelden. Het samenleven met de psychiatrische patiënt als buur, als collega, als babysit, is de eigenlijke uitdaging. Het gaat dus niet om het activeren van patiënten, zoals de voorbije jaren bepleit is in activeringsprojecten. De samenleving moet geactiveerd worden om plaats te maken voor psychiatrische patiënten. De tolerantie is onvoldoende, het actief ondersteunen is nodig.

Het is natuurlijk belangrijk om professionele netwerken te ontwikkelen, maar het is nog veel belangrijker dat er sociale netwerken ontwikkeld worden. Zo kunnen psychiatrische patiënten opgevangen worden.

Cijfers zijn belangrijk maar geven slechts een gedeeltelijke waarheid. GGZ gaat over wetenschap en waarden en dat impliceert politieke en financiële keuzes.

Waar staan we nu met de GGZ? De globalisering heeft ook impact op de GGZ. Globalisering houdt in dat grenzen tussen landen, culturen en religies relatief worden, maar ook dat de commercialisering toeneemt en de overheidssturing vermindert. Voorts is er de toename van instantcommunicatie zoals internet en een betere toegang tot wetenschappelijke informatie en technologie. Dat leidt tot een algemenere benadering van ethische kwesties, doordat informatie over ecologische problemen of ethische kwesties aan de andere kant van de wereld beschikbaar is. Tevens zijn er soepelere organisatiestructuren, zoals multinationals en grotere netwerken.

Die trends hebben ook een invloed op de GGZ. Allochtonen hebben net zo goed geestelijke problemen, maar ze wenden zich zelden tot de CGG's, de psychiatrische ziekenhuizen of de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. We moeten ons dringend bezinnen of de werk- en behandelingsmodellen aangepast zijn aan de multiculturele realiteit.

Er is een enorme markt van privétherapeuten. De voorzieningen doen alsof die niet bestaat. Ik pleit voor een actieve samenwerking met de privésector. Dat is een sleutel om de problemen met de wachtlijsten aan te pakken, op voorwaarde natuurlijk dat de privésector bereid is om tegen schappelijke prijzen te werken. Zo werken bepaalde internationale organisaties samen met grote bedrijven die zich engageren om werknemers binnen 48 uur na het vaststellen van een depressie aan psychische hulp in de eigen regio te helpen.

Welbepaalde vormen van psychotherapie of psychoeducatie voor bepaalde aandoeningen kunnen ook aangeboden worden op internet. Ik verwijs naar TeleOnthaal, dat sinds enkele maanden experimenteert met chatten en zo een andere populatie bereikt. De empowermentbeweging ligt voor mij in het verlengde van de mensen- en patiëntenrechten. De ontwikkeling van netwerken wordt ook in onze sector een realiteit.

Het Groenboek past in een Europese evolutie die sinds 1993 aan de gang is. Op het vlak van promotie, preventie, monitoring en gezondheidseconomische aspecten verwacht ik de komende tijd degelijk materiaal en richtlijnen van Europa.

Er zijn twee zeer interessante instrumenten die in sommige landen uitgetest worden en die gepromoot worden door de EU, namelijk de ESEMeD-studie en de Eurobarometer. Die bieden goede epidemiologische gegevens, maar de studies gaan vooral over volwassenen en ouderen en niet over kinderen en jongeren. Ik pleit ervoor om op Europees vlak meer aandacht te besteden aan kinderen en jongeren, onder andere door meer te investeren in goede epidemiologische studies. Zo ontstaat er een beeld van verschillende dimensies, niet alleen inzake psychopathologie en DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) maar ook op het vlak van competenties en zorgaanbod. Ik merk dat de EU geregeld zinnige onderzoeksprojecten opstart, zoals onder meer de Europese alliantie tegen depressie. Die projecten sluiten dicht bij de praktijk aan. Zo loopt het LUCAS-project in samenwerking met de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.

Uit de WHO-atlas blijkt dat België aan de wereldtop staat voor het aantal psychiatrische ziekenhuisbedden. Vlaanderen scoort nog hoger. Die middelen zouden anders geïnvesteerd kunnen worden.

Ik ben ervan overtuigd dat het aantal bedden tot een kwart zou kunnen herleid worden, op voorwaarde dat het geld op een andere manier ingezet wordt, onder andere door in elk algemeen ziekenhuis een psychiatrische afdeling op te zetten. Het gewenste zorgaanbod in Vlaanderen is weinig dure, gespecialiseerde residentiële zorg en veel, goedkope en snel toegankelijke eerstelijnszorg. De realiteit is echter precies omgekeerd. Zo blijkt uit de verdeling van de middelen: 58 percent voor de vierde lijn, de psychiatrische ziekenhuizen, 28 percent voor de derde lijn, onder andere de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, en 13 percent voor de tweede lijn, waarvan slechts 3 percent op Vlaams vlak. De investeringen in de eerste en nulde lijn zijn verwaarloosbaar.

België heeft in vergelijking met de andere Europese landen een onevenwichtig uitgebouwde GGZ. Het staat, zoals al gezegd, aan de top qua bedden. Er is echter te weinig ambulante zorg en geen echte eerstelijns-GGZ. Er is te weinig participatie van patiënten en families. We staan ook aan de Europese top qua aantal psychiaters en huisartsen per inwoner. Psychologen en psychotherapeuten 'bestaan' hier echter niet. We staan aan de top op het vlak van consumptie van psychotrope medicatie.

Het federale beleid is voor mij een reus op lemen voeten. Men blijft verder werken vanuit een verouderd

financieel en programmatorisch kader en blijft telkens weer diversifiëren. Ik heb daarnet al mijn bedenkingen geuit bij de nieuwe therapeutische en transversale projecten. Ondertussen blijven we dromen van netwerken en zorgcircuits, die er uiteraard nooit gaan komen zolang we vanuit dat oude kader blijven denken. Vlaanderen blijft onvermijdelijk klein duimpje met grote ambities. We hebben een beginnende aandacht voor geestelijkegezondheids promotie; dat blijkt uit de eerste serieuze stap die er gezet is, met de actie 'Fit in je hoofd'. We nemen een aanloop tot preventie. Die is redelijk goed uitgebouwd voor drugs en zelfmoord. Andere thema's, zoals vroege detectie van psychose, beginnen stilaan uit de startblokken te komen. Maar algemeen hebben we nog geen echte GGZ-preventie. We hebben ook een aanzet tot ambulante zorg. We kunnen niet zeggen dat onze Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg voldoende zijn uitgebouwd. Vlaanderen heeft dus veel ambitie en regels maar te weinig bevoegdheden en geld, hoewel Vlaanderen heel wat degelijke beleidsinstrumenten heeft klaar liggen, zoals de zorgregio's, het kwaliteitsdecreet, de strategische planning enzovoort. Men heeft te weinig financiële middelen en geeft te weinig politieke prioriteit aan GGZ. Bovendien worden heel wat Vlaamse bevoegdheden federaal uitgehold. Ik pleit dus voor een verdere 'communautarisering' van die bevoegdheden.

Wat mogen we verwachten? We leven in een tijdgeest van een wat overdreven bio-optimisme: men hoopt het gen te vinden van heel wat aandoeningen. Maar tegelijkertijd heerst er een psychosociaal pessimisme: we zullen minder aandoeningen kennen maar we zullen onszelf en elkaar wellicht meer aandoen vanuit intrafamiliaal geweld, opgekropte frustraties en te weinig tolerantie ten aanzien van mensen die anders zijn. Ik verwacht daarom een algemene toename van de zorgvraag. Uit onderzoek blijkt dat het aantal biologisch bepaalde stoornissen constant blijft, maar de detectie ervan is wel veel gevoeliger. Er is wel een toename van cultureel bepaalde stoornissen zoals depressie, psychotrauma enzovoort. Zo is er de spectaculaire toename van de psychische invaliditeit: op zeven jaar tijd is die met 34 percent toegenomen. Het gaat om de grootste groep van invaliden. De stijging doet zich vooral bij de oudere werknemers voor. Mijn hypothese is dat mensen die vroeger in het brugpensioen een uitweg vonden, die nu zoeken in een invaliditeitsstatuut.

De aanbevelingen van het Groenboek heb ik samengevat in drie stellingen. De eerste stelling betreft meer

kennis vergaren en bundelen. Dat is heel relevant voor Vlaanderen. Dat betekent dat er meer moet worden geïnvesteerd in onderzoek over geestelijke gezondheidszorg en vooral in niet-medisch onderzoek. Psychotherapie en rehabilitatie komen bijvoorbeeld te weinig aan bod. Onderzoek richt zich enkel op psychofarmaca. Eindelijk moet er werk gemaakt worden van een Vlaams kenniscentrum. Dat is meer dan wat we nu kunnen waarmaken met de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg, het betekent op zijn minst een stevige academische verankering.

De tweede stelling van het Groenboek is meer GGZ-promotie en -preventie. Laat ons werk maken van de uitvoering van het preventiedecreet. Minister Vervotte is daar mee bezig. Naast het VIG is er ook plaats voor een VIP, een Vlaams Instituut voor Preventie. De zesde gezondheidsdoelstelling is grotendeels uitgewerkt en is inhoudelijk sterk, de aarzeling om ze goed te keuren is vooral budgettair. De derde stelling, meer gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg, betekent voor mij absoluut de uitbouw van de ambulante CGG's, met prioriteit voor kinderen en jongeren.

Ik pleit zeer sterk voor het opsplitsen van 'cure' (behandeling) en 'care' (zorg). Mensen met een ernstige psychische problematiek mogen we niet in de eerste plaats als zieken beschouwen, maar als psychisch gehandicapten. Dat opent een totaal nieuw perspectief: mensen met voornamelijk acute psychische stoornissen horen thuis binnen de gezondheidszorg, mensen met psychische of psychiatrische invaliditeit moeten meer vanuit de welzijnszorg benaderd worden. Ik sluit me aan bij het pleidooi van professor Van Audenhove dat we vooral de GGZ-expertise moeten integreren in de welzijnszorg, de bijzondere jeugdzorg, justitie, scholen. In die zin ben ik absoluut tegen een categoriale geestelijke gezondheidszorg. Radicaal doorgedacht betekent dit dat psychiatrische gehandicapten ook een veel duidelijker plaats binnen het Vlaams Fonds zouden moeten krijgen. Zoals er bijvoorbeeld beschut wonen bestaat voor fysiek gehandicapten, zou dat ook voor psychiatrische gehandicapten mogelijk moeten zijn. Dat betekent opnieuw een overheveling van de bevoegdheid van het federale naar het Vlaamse niveau.

Ik sta volledig achter de oproep van minister Vervotte aan de sector om mee te werken aan een globaal beleidsplan voor de geestelijke gezondheidszorg. Ik pleit voor meer GGZ-expertise in de eerste lijn, de

algemene ziekenhuizen en in de welzijnssectoren en de randsectoren, voor meer ambulante geestelijke gezondheidszorg, minder psychiatrische ziekenhuisbedden, echte participatie van patiënten en families, de erkenning van psychologen en psychotherapeuten, meer middelen voor preventie en promotie en dus een regionalisering van de geestelijke gezondheidszorg.

Mijn antwoord op de vraag ‘hoe ver-drijven we de geestelijke gezondheidszorg?’, is: niet isoleren en negeren, maar meer integreren en investeren.

III.3. Vragen van de leden en antwoorden van de sprekers

De heer Bart Caron: Ik heb een overtuigend pleidooi gehoord. Als u dit document naar de minister stuurt, hebben we al voor drie kwart ons globaal plan voor de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen.

Vlaanderen heeft het grootste aantal klassieke residentiële psychiatrische ziekenhuisbedden ter wereld. In andere sectoren in de samenleving kost een ambulante zorg een achtste van een residentiële zorgverlening. Betekent dat dan dat als we drie kwart van de residentiële bedden afbouwen, we op één been het globale plan in Vlaanderen kunnen realiseren? Welke maatschappelijke motieven beletten dan die omslag? Ik vind dat zeer merkwaardig.

Mevrouw Greet Van Linter: U wijst op een teveel aan administratie, gecombineerd met een tekort aan personeel. Er gaat veel tijd naar overleg en te weinig tijd naar de cliënt. Gaat dat dan ten koste van de gesprekken met de cliënten? Hebt u andere opties?

Een ander pijnpunt is dat er te weinig structuur en te veel projecten zijn, onder meer ook op federaal vlak, waar er ook te veel regels zijn. Wat is uw oplossing daarvoor, buiten uw pleidooi voor de regionalisering van de geestelijke gezondheidszorg, dat ik uiteraard kan bijtreden?

De heer Kris Van Dijck: Ik ben geen lid van deze commissie maar het onderwerp interesseert me: het zal in de toekomst belangrijk zijn. Ik ben geschrokken dat het aandeel residentiële bedden nog hoger ligt in Vlaanderen dan in Wallonië. Eind 2004 heeft minister Demotte vooral in Vlaanderen een aantal projecten van eerste- en tweedelijnszorg stopgezet, ten voordele van de residentiële zorg. Als we de middelen doelgericht willen inzetten, moeten we dat

‘communautariseren’. Moet, ook voor deze sector, de gezondheidszorg niet volledig ‘gecommunautariseerd’ worden?

De heer Bob Cools: Het knelpunt is inderdaad onze federale staatsstructuur. Dat we er niet in slagen om de bedden capaciteit om te zetten in ambulante capaciteit, hoewel minister Vervotte dat ook wil, heeft alleen daar mee te maken. Het geld en de bevoegdheid zitten op federaal niveau, terwijl de ambulante bevoegdheid een gemeenschapsmaterie is. Men kan dan inderdaad best de volledige gezondheidszorg overdragen naar de gemeenschappen.

De cijfers die de heer Caron gaf, kloppen: één psychiatrisch ziekenhuisbed kan men omzetten in acht plaatsen beschut wonen. Ambulant werken is nu eenmaal goedkoper dan psychiatrisch werken.

In 2004 wou de federale minister voor Volksgezondheid, de heer Rudy Demotte, de activeringsprojecten stopzetten. Een van de redenen was het feit dat deze projecten in Vlaanderen minder waren uitgebouwd. Dankzij een interventie van Vlaams minister Vervotte zijn die projecten uiteindelijk toch geïntegreerd in de initiatieven voor beschut wonen, die bedoeld zijn voor chronische psychiatrische patiënten. Vroeger lag de nadruk uitdrukkelijk op alleen wonen. Ik ben blij dat we van die beschutte woonplaatsen rehabilitatiecentra maken waarin activering een plaats krijgt.

De heer Kris Van Dijck: Is het niet zo dat veel van die patiënten niet in staat zijn om opnieuw te gaan werken? Sommige mensen hebben op lange termijn zorg nodig. Reactiveren is een nobele doelstelling, maar is niet altijd mogelijk.

De heer Bob Cools: Uiteraard moet het van twee kanten komen. We moeten patiënten stimuleren om opnieuw te werken. Tegelijk moeten we de samenleving stimuleren om deze mensen een plek te geven door middel van aangepaste tewerkstelling. Dat het mogelijk is, hebben de fysiek gehandicapten ons geleerd.

Mijn kritiek moet gezien worden in de context van de nieuwe therapeutische en transversale projecten van federaal minister Rudy Demotte. De manier waarop die projecten ingediend moeten worden en de gehanteerde evaluatiecriteria zijn enorm duur voor de samenleving. Het is onvoorstelbaar hoeveel overleg er al gepleegd is over deze projecten. Ik vrees dat de projecten veel te breed zullen zijn. Men zal ze nooit kunnen integreren. Ik pleit voor een duidelijke thematische aansturing.

De heer José De Brouwere: De communautarisering van de gezondheidszorg is een politieke discussie die buiten het bestek van deze hoorzitting valt. De Vlaamse overheid beschikt al over middelen en hefboomen om de uitbouw van de geestelijke gezondheidszorg op maat van patiënt en familie te bevorderen. Ik denk hierbij aan de CGG's, mits ze substantieel versterkt worden.

De heer Bart Caron: Er zijn relatief gezien te veel psychiatrische ziekenhuisbedden. Heeft dat te maken met een verouderde visie op hulpverlening, verzorging en behandeling? Of heeft de beroepsgroep daar belang bij?

De voorzitter: Ik stel voor dat we deze vraag laten beantwoorden door de professoren van Heeringen, D'haenen en Demyttenaere.

IV. PSYCHIATRIE

IV.1. Uiteenzetting van prof. dr. Kees van Heeringen (Universiteit Gent – Vakgroep Psychiatrie en Medische Psychologie)

Professor Kees van Heeringen: Op de vraag van de heer Caron kan ik eigenlijk niet veel antwoorden. De organisatie van de gezondheidszorg valt niet binnen mijn expertisegebied. Ik ben er als arts en psychiater geen voorstander van dat zo veel mogelijk bedden in stand worden gehouden. Zelfs als we heel slecht denken en de financiële incentives voor de arts benadrukken, zullen de artsen nog de voorkeur geven aan ambulante patiënten boven opgenomen patiënten.

Ik zal het Groenboek evalueren vanuit het oogpunt van de zelfmoordpreventie. Ik run de eenheid voor zelfmoordonderzoek aan de UGent. Ik zal een aantal punten uit het Groenboek toelichten aan de hand van de zelfmoordproblematiek.

Hoe belangrijk is de geestelijke gezondheid van de bevolking voor de strategische beleidsdoelstellingen van de EU? Het belang van de geestelijke gezondheid mag niet onderschat worden. Verlies van gezondheid is verlies van vrijheid en vrijheid is uiteindelijk ons hoogste goed. Tegelijk is geestelijke gezondheid een uitermate complexe materie met een veelheid aan oorzakelijke factoren. Preventie en behandeling zullen ook uitermate complex zijn. Als een EU-strategie betekent dat de som meer is dan het geheel der delen, zal iedereen daar wel bij varen.

De Europese dimensie kan een toegevoegde waarde betekenen. Informatie-uitwisseling zal het mogelijk maken om schaarse middelen beter te gebruiken in het licht van de multicausaliteit van geestelijke gezondheidsproblemen. Een aantal EU-landen heeft al een suïcidepreventieprogramma ontwikkeld. De lidstaten kunnen leren van elkaar. Het volstaat te onderzoeken wat de bruikbaarheid van de voorstellen is in Vlaanderen. Het lopende project in verband met Mindfulness-Based Cognitive Therapy voor de preventie van herval van depressie, is een goed voorbeeld.

Een tweede voorbeeld is samen met belanghebbenden naar oplossingen zoeken. Het is immers belangrijk om gebruikers te betrekken. Experts en beleidsmakers zitten op de top van de piramide. Het is belangrijk dat er informatie doorstroomt naar de onderste laag van de piramide waar we de bevolking terugvinden. Nu stroomt maar weinig informatie uit de Europese programma's door naar de gebruikers. Een van de aanbevelingen ten aanzien van het Groenboek zou dan ook moeten zijn dat de doorstroming van informatie beter georganiseerd moet worden.

De toegevoegde waarde van de Europese dimensie is belangrijk gezien de culturele diversiteit. We stellen bijvoorbeeld vast dat de Vlaamse mannen tweemaal zo vaak zelfmoord plegen als de Nederlandse. Een mogelijke oorzaak is de manier waarop Vlaamse jongeren met problemen omgaan. Nederlandse jongeren praten over hun problemen met mensen die potentiële hulpbronnen zijn. Vlaamse jongeren doen dat absoluut niet. Hetzelfde geldt voor suïcidale mensen, die niet in de hulpverlening terechtkomen wanneer dat nodig is. De verschillen tussen Nederland en Vlaanderen zijn markant. Die tussen Italië en Slovenië zijn dat ook. Daar heeft men een interessante hypothese: niet zozeer de cultuur ten aanzien van hulpverlening is belangrijk, wel de genetische factoren.

Hoe komt het dat de Vlaming zo reageert op het behandel aanbod? Ik heb er, eerlijk gezegd, (nog) geen idee van. Na dertig jaar in Vlaanderen, begrijp ik de Vlamingen nog altijd niet helemaal. Belangrijk is wel – en de heer Cools heeft daar ook al op gewezen – dat een huisarts onmogelijk kan verwijzen naar een beroepsgroep of een interventie die niet eens erkend is. Dat is een belangrijke prioriteit op het niveau van België.

Er is nog een ander positief effect voor België van de Europese aanpak. De recentste Belgische zelfmoordcijfers zijn die van 1997. In geen enkele andere EU-

staat is de situatie zo dramatisch. In vele landen stelt men een toename vast van zelfmoord onder jongeren. We weten niet eens of dat ook het geval is in België.

Ik juich het Groenboek en de beschreven doelstellingen toe. Er is een absolute behoefte aan de voorgestelde aanbevelingen om de geestelijke gezondheid te bevorderen en aan het terugdringen van depressie en zelfmoordgedrag. De bijzondere aandacht voor geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg mag er niet toe leiden dat we de geestelijke gezondheid stigmatiseren. Geestelijke gezondheid is een deel van gezondheid in het algemeen. Geestelijke gezondheidszorg is een onderdeel van gezondheidszorg in het algemeen.

IV.2. Uiteenzetting van prof. dr. Hugo D'haenen (Vrije Universiteit Brussel – Dienst Psychiatrie Academisch Ziekenhuis)

Professor Hugo D'haenen: Het Groenboek is een lovenswaardig initiatief. Al wat ook maar enigszins bijdraagt aan de geestelijke gezondheid, moet gesteund worden.

Het Groenboek stelt dat geestelijke en lichamelijke gezondheid nauw met elkaar verbonden zijn. Dat lijkt vanzelfsprekend, al schat men de draagwijdte van deze uitspraak wellicht niet helemaal in.

Het Groenboek besteedt onder meer aandacht aan de destigmatisering van personen uit de GGZ. Het weekblad Knack kopte ooit 'We zijn er niet depressief van geworden – daarvoor hadden we geen tijd'. Dat shockeerde mij, want het wees er nog maar eens op dat depressie niet als een ernstige aandoening wordt beschouwd.

Depressie moet als een ziekte behandeld worden en niet als teken van zwakte. Deze idee moet bij het grote publiek, inclusief de artsen, doordringen.

Depressies komen zeer vaak voor. Depressies hebben een grote impact bij de prognose van aandoeningen. Personen die een myocardinfarct achter de rug hebben en depressief worden, hebben aanzienlijk slechtere vooruitzichten op het vlak van morbiditeit en mortaliteit.

Er wordt een onvoorstelbaar betuttelende houding aangenomen ten opzichte van depressies tijdens de zwangerschap. Een geschikte behandeling tijdens de

zwangerschap wordt vaak geweigerd. Nochtans is de impact ervan op de foetus zeer groot.

Er worden zeer veel projecten opgestart op alle niveaus. Dat verdient zeker ondersteuning. De inspanningen zijn echter zeer versnipperd. Er is onvoldoende feedback van de projecten naar het veld.

Er moet bovendien aandacht besteed worden aan de evaluatie van de impact van projecten.

Longitudinaal onderzoek op zeer lange termijn moet ondersteund worden. Daaraan is er een zeer groot gebrek.

IV.3. Uiteenzetting van prof. dr. Koen Demyttenaere (Katholieke Universiteit Leuven – Volwassenenpsychiatrie Universitair Ziekenhuis Gasthuisberg)

Professor Koen Demyttenaere: Depressie is een ziekmakende en een ziekteonderhoudende ziekte. Twintig percent van de personen met een hartinfarct krijgt later een depressie.

De meeste vrouwen met een postnatale depressie waren eigenlijk al depressief tijdens de zwangerschap.

De muren tussen de geestelijke en de algemene gezondheidszorg moeten gesloopt worden. Daaraan moet aandacht worden besteed tijdens de opleiding van artsen.

De lokale actoren moeten dichter bij het probleem betrokken worden. Onderzoek toont aan dat 'guidelines' tot niets dienen, indien de lokale actoren er niet bij betrokken worden.

In het Groenboek wordt erop gewezen dat het gemakkelijker wordt om hulp te zoeken, indien de bevolking zich bewust wordt van het probleem. In dit kader moeten er aantrekkelijke informatiepakketten voor jongeren worden ontwikkeld. Het secundair onderwijs kan hier belangrijk werk doen.

Ik sta geheel achter het indrukwekkende betoog van de heer Bob Cools.

Hij wijdde onder meer uit over de verhouding tussen gezondheidszorg en justitie. Een voorbeeld in dit verband zijn de gedwongen opnames. Er bestaat geen

Vlaams onderzoek over deze gedwongen opnames. Enkele jaren geleden hadden we het geluk om in dit verband een federaal project binnen te halen om één en ander in kaart te brengen. De kans om gedwongen opgenomen te worden in de verschillende provincies in Vlaanderen is verschillend van één tot achtvoudig. In dit kader is er geen cijfermateriaal voorhanden. Dat is een publieke schande.

Ik hoop dat de nodige politieke moed zal gevonden worden in het dossier over de erkenning.

Ik sluit me ook aan bij de opmerkingen rond de problematiek van de bedden. Enkele weken geleden maakte ik deel uit van een jury die moest oordelen over de opvolging van een belangrijke figuur in de psychiatrische ziekenhuiswereld. Bij alle kandidaten die passeerden merkte de algemene directeur van het ziekenhuis op dat de helft van de bedden gevuld werd met patiënten van de bedoelde arts en dat het hun taak was dat zo te houden. Er wordt geredeneerd vanuit het standpunt dat alle bedden vol moeten.

Uit een doctoraatsonderzoek van één van mijn studenten blijkt dat 20 percent van de personen op spoedgevallen nog geen maand tevoren ontslagen werden uit een residentiële psychiatrische instelling.

Eén van de belangrijkste predictoren van opnieuw op spoedgevallen terecht te komen na een opname, blijkt te zijn dat men na opname niet binnen een week ambulante zorg heeft gekregen. Dit is een kwestie van organisatie van gezondheidszorg.

Ik ben het eens met de opmerking van de heer Cools over het slecht aan elkaar hangend patchwork.

De voorzitter: Ik dank alle sprekers voor hun bijdrage aan deze interessante hoorzitting.

De verslaggever,

De voorzitter,

Else DE WACHTER

Luc MARTENS
