Stuk **2065** (2003-2004) – Nr. 1

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

Zitting 2003-2004

29 januari 2004

**MET REDENEN OMKLEDE MOTIE**

**– van mevrouw Riet Van Cleuvenbergen, mevrouw Sonja Becq en mevrouw Ilse Van Eetvelde –**

**tot besluit van de op 27 januari 2004 door mevrouw Riet Van Cleuvenbergen in commissie gehouden interpellatie tot mevrouw Adelheid Byttebier, Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen, over de problematiek van de kinderpsychiaters**

Het Vlaams Parlement,

– gehoord :

1° de interpellatie van mevrouw Riet Van Cleuvenbergen ;

2° het antwoord van minister Adelheid Byttebier ;

– gelet op :

1° de wachtlijsten in de kinder- en jeugdpsychiatrie die veroorzaakt worden door een gebrek aan capaciteit, vooral in de ambulante kinderpsychiatrie, en door het ontbreken van alternatieve opvanginitiatieven voor psychiatrische problemen in de regio ;

2° de wachttijden voor kinderen en jongeren met een vraag voor psychiatrische hulp in de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG's) die nu 11 tot 43 dagen bedragen tussen de aanmelding en het intakegesprek, en zelfs tot 92 dagen vooraleer een behandeling effectief start (cf. vraag van het Rekenhof) ;

3° het feit dat nu ongeveer een derde van de aanmeldingen van de CGG's doorverwezen moeten worden wegens "volledig bezet", waardoor men wel uit de wachtlijst verdwijnt, maar geen zorggarantie heeft ;

4° het feit dat de wachttijden beïnvloed worden door het specifieke, tijdsintensieve karakter van de psychiatrische hulpverlening aan kinderen en jongeren, waarvoor onder andere een grotere capaciteit en meer overleg met de netwerken rond de kinderen en de jongeren nodig is, dan in de volwassenenteams, om een zelfde aantal cliënten te helpen ;

5° de bestaande wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg, die regelmatig in het Vlaams Parlement aangeklaagd werden, en waarover een federale beleidsnota (2001) stelde dat deze "een groot probleem (vormen) en crisissituaties (doen) escaleren tot zware problemen" (De psyche : mij een zorg ? Geestelijke gezondheidszorg door participatie en overleg, Brussel, maart 2001) ;

6° het gebrek aan capaciteit dat mee veroorzaakt wordt door onder andere :

a) een te beperkt aanbod aan kinderpsychiaters om aan de maatschappelijke behoeften te voldoen, ondanks de stijging van het aantal studenten dat nu toegelaten wordt tot de richting kinderpsychiatrie ;

b) de recente ontwikkeling, waardoor in de opleiding voor kinderpsychiaters meer theoretische vakken komen en minder stages, waardoor de financiële compensatie voor de stageplaats nog verder zal afnemen ;

c) de opleidingsproblemen die te maken hebben met de stageplaatsen. Door de negatieve financiële implicaties voor alle stageplaatsen en de verouderde erkenningsregels wordt een stage in de ambulante sector bijna uitgesloten en nemen de druk en de financiële gevolgen op de stageplaatsen en stagemeesters toe, omdat de vergoeding gebaseerd is op nomenclatuurprestaties ;

d) de instroom in het beroep in Vlaanderen die enerzijds bemoeilijkt wordt door de actieve wervingsacties vanuit Nederland, met een interessanter jobaanbod en een betere verloning, en anderzijds door het te klein aantal voltijdse vacatures in de ambulante kinderpsychiatrie in Vlaanderen. Een volwaardige opdracht als kinderpsychiater in de centra geestelijke gezondheidszorg is zo goed als onmogelijk door de te kleine kinderteams, en de weinige uren per vestigingsplaats voor de kinderpsychiater ;

e) een te lage financiële vergoeding wegens een niet-aangepaste nomenclatuur voor kinderpsychiatrie en de afwezigheid van vergoedingen voor overleg ;

f) de beroepstevredenheid die negatief beïnvloed wordt door het gebrek aan tijd voor de functie cliëntgericht overleg, wat nefaste gevolgen heeft voor de kinderen en jongeren en de volwassenen uit hun omgeving die om psychiatrische hulp vragen ;

g) de stiefmoederlijke behandeling van de hele kinderpsychiatrie en zeker de ambulante sector, terwijl de ontwikkeling in de maatschappij de sector zwaar onder druk zetten ;

7° het wetenschappelijk onderzoek, dat pleit voor meer aandacht voor geestelijke gezondheidszorg bij kinderen en jongeren :

a) het epidemiologisch onderzoek, op grond waarvan het aantal kinderen en jongeren met ernstige psychische stroonissen of aandoeningen in ontwikkeling en functioneren geschat kan worden op ruim 150.000 in Vlaanderen (zie advies Vlaamse Gezondsheidsraad, Jaarverslag 2001, p. 104) ;

b) het bevolkingsonderzoek, waaruit blijkt dat bij nagenoeg 2 op 10 kinderen en jongeren sprake is van emotionele problemen of gedragsproblemen die een negatieve invloed kunnen hebben op de ontwikkeling en het dagelijks functioneren (zie advies Vlaamse Gezondheidsraad, Jaarverslag 2001, p. 104) ;

c) de vaststelling van de Gezondheidsconferentie betreffende preventie van depressie en zelfmoord (3 en 4 december 2002), dat :

i) kinderen en jongeren een risicogroep vormen voor zowel depressie als schizofrenie en middelengebruik, wat vaak de oorzaak is van (pogingen tot) zelfdoding ;

ii) depressies, verslavingsproblemen of neigingen tot zelfdoding op latere leeftijd vaak verbonden zijn met een verkeerde of onvolledige ontwikkeling van het kind of de adolescent ;

d) de genoemde gezondheidsconferentie waarbij de preventie van geestelijke gezondheidsproblemen bij kinderen en jongeren als tweede preventiestrategie werd geformuleerd ;

e) de vaststelling dat vooral gezinnen die in armoede leven en met depressie en psychische problemen te maken hebben, geen behandeling krijgen (prof. Vranken : Jaarboek Armoede in Vlaanderen, 2003) ;

f) de Limburgse studie (2003) waaruit bleek dat slechts 4 % van de jongeren met zelfdodingsgedachten ooit professionele hulp krijgt ;

g) gegevens uit onderzoeken die in het verleden in opdracht van de Vlaamse overheid werden uitgevoerd ; die gegevens werden wel geregistreerd, maar niet op een uniforme manier. Door een personeelstekort bij de administratie Geestelijke Gezondheidszorg werden ze niet verder verwerkt of wetenschappelijk geïnterpreteerd, waardoor ze niet beleidssturend kunnen zijn ;

8° vernieuwende initiatieven die zouden moeten gestimuleerd worden door de Vlaamse overheid. Door een gebrek aan middelen voor de geestelijke gezondheidszorg en voor een volwaardige inzet van kinderpsychiaters wordt de opstart van onder meer de volgende initiatieven bemoeilijkt :

a) het KOPP-project (Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problemen) :

i) waarmee de preventieve aandacht voor de kwetsbare doelgroep van kinderen en jongeren van Ouders met Psychiatrische Problemen moeten worden verhoogd, en dat zal worden opgestart en geëvalueerd in een proefregio (Beleidsbrief Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen – Beleidsprioriteiten 2003-2004, *Parl. St.* Vl. Parl. 2003-2004, nr. 1922/1, 42) ;

ii) waarover het advies van de Vlaamse Gezondheidsraad van 5 december 2003 stelt dat het niet aangewezen is om het project enkel toe te spitsen op de psychiatrische ziekenhuizen, en dat de centra voor geestelijke gezondheidszorg bij uitstek de uitvalsbasis zijn om zowel de residentiële voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg, als de andere hulpverleningssettings voor kinderen en jongeren, de huisarts en de thuissituatie te bereiken ;

b) het project "O2", dat ontstaan is op het overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams-Brabant, en alleen maar resultaat kan boeken als er voldoende middelen zijn voor de kinderpsychiatrie (Van theoretische modellen rond

zorgcircuits, netwerken en samenwerking naar zorgvernieuwing in de praktijk : een oefening in Vlaams-Brabant, Vranckx en anderen, 2002) ;

9° diverse beleidsteksten van de minister en vragen van het Vlaams Parlement, waarin wordt gepleit voor :

a) meer aandacht voor de geestelijke gezondheidszorg van kinderen ;

b) vraaggestuurde integrale zorg op maat ;

c) de optie om zo vroeg en zo licht mogelijk hulp te verlenen aan kinderen en jongeren ;

d) de premisse dat geestelijke gezondheidszorg voor jongeren zo veel mogelijk ambulant moet aangeboden worden en de implicatie dat daartoe de beschikbaarheid van kinderpsychiaters in het aanbod van de centra voor geestelijke gezondheidszorg toereikend moet zijn ;

e) aandacht voor "nieuwe problemen" zoals ADHD, autisme, depressie, zelfdoding, kindermishandeling, forensische jeugdpsychiatrie, enzovoort, die door een gebrek aan een algemeen aanbod van kinderpsychiatrie nu telkens apart moeten worden benaderd ;

10° de verklaring van de minister in haar beleidsbrief 2003-2004 dat "[h]et [...] moeilijk [is] om zorgcircuits enerzijds en integrale jeugdhulp anderzijds ordelijk en overzichtelijke vorm en inhoud te geven, op maat van de gebruiker" (*Parl. St.* Vl. Parl. 2003-2004, nr. 1922/1, 45) ;

11° het protocolakkoord tussen de federale overheid en de gewest- en gemeenschapsministers, goedgekeurd op 20 maart 2003, inzake de ontwikkeling van een geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg, op grond waarvan het huidige op voorzieningen georiënteerde zorgaanbod moet worden omgebouwd naar zorgcircuits per doelgroep, en de aankondiging van de minister dat dit geïntegreerde "GGZ-concept" prioritair zal geconcretiseerd worden voor de doelgroep van kinderen en jongeren tot en met 18 jaar ;

– vraagt de Vlaamse regering ;

1° in het kader van de integrale jeugdhulp de ambulante geestelijke gezondheidszorg te versterken, in het bijzonder voor wat betreft de diagnostiek, advisering, crisisinterventie en behandeling van kinderen en jongeren ;

2° onverwijld werk te maken van het wegwerken van de wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren ;

3° bijzondere aandacht te besteden aan gezinnen die in kansarmoede leven, en daardoor een groter risico lopen om psychiatrische problemen te krijgen, zodat ook zij in de reguliere hulpverlening terecht kunnen ;

4° de problematiek van de wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren te volgen, en beleidssturend te werken op een wetenschappelijk verantwoorde manier ;

5° daartoe zowel de opleiding en stages, als de instroom (voldoende volwaardig aanbod) en uitstroom (zie problematiek uitstroom naar Nederland) van de kinderpsychiaters te volgen, en de maatregelen te nemen die noodzakelijk zijn om in Vlaanderen een volwaardige geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren te kunnen aanbieden ;

6° daartoe toe te zien op de werkbelasting van de kinderpsychiaters en de kinderpsychiatrische teams, onder meer in het kader van de uitvoering van het protocolakkoord inzake de ontwikkeling van een geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg, met het oog op een kwaliteitsvolle zorg ;

7° de centra voor geestelijke gezondheidszorg als uitvalsbasis te nemen voor alle geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen, zowel voor het KOPP-project als voor de zorgcircuits ;

8° op de interministeriële conferentie geestelijke gezondheidszorg aan te dringen op regelmatig overleg over de problemen die de hulpverlening aan kinderen en jongeren met psychiatrische problemen verhinderen, en in

het bijzonder over de problemen van kinderpsychiaters, met respect voor elkaars bevoegdheid.

Riet VAN CLEUVENBERGEN

Sonja BECQ

Ilse VAN EETVELDE