



Vlaams
Parlement

vergadering **C177**
zittingsjaar 2017-2018

Woordelijk Verslag

Commissievergadering

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

van 20 maart 2018

INHOUD

VRAAG OM UITLEG van Vera Jans aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het gebruik van antidepressiva in woonzorgcentra

– 1449 (2017-2018)

VRAAG OM UITLEG van Jan Bertels aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het gebruik van antidepressiva bij ouderen

– 1472 (2017-2018)

3

**VRAAG OM UITLEG van Vera Jans aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het gebruik van antidepressiva in woonzorgcentra
– 1449 (2017-2018)**

**VRAAG OM UITLEG van Jan Bertels aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het gebruik van antidepressiva bij ouderen
– 1472 (2017-2018)**

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Vera Jans (CD&V): Minister, uit een recent gepubliceerde studie van 8 maart 2018 van de Christelijke Mutualiteit blijkt dat bijna 40 procent van de bewoners van woonzorgcentra antidepressiva neemt en dat bijna een op de vijf bewoners, namelijk 19 procent, antipsychotica krijgt toegediend. Minstens even onrustwekkend is dat het om medicatie gaat die niet automatisch wordt aanbevolen voor ouderen, hinderlijke bijwerkingen heeft en vaak voor andere ziektes of aandoeningen wordt voorgeschreven.

Zodra iemand wordt opgenomen in een woonzorgcentrum, stijgt de kans op gebruik van antidepressiva met 18 procent en gebruik van antipsychotica met 40 procent. Vaak gaat het om langdurig tot blijvend gebruik. Bewoners van woonzorgcentra gebruiken meer antidepressiva en antipsychotica dan ouderen met een gelijkaardig zorgprofiel die nog thuis wonen.

Natuurlijk kunnen deze geneesmiddelen voor sommige ouderen in sommige omstandigheden hun nut hebben, maar het mag absoluut geen automatisme worden om bij bepaalde symptomen meteen naar dergelijke medicatie te grijpen.

Positief is dat ook uit het onderzoek blijkt dat er grote verschillen bestaan tussen de onderzochte woonzorgcentra en dat bepaalde woonzorgcentra er al in geslaagd zijn om het gebruik van antidepressiva en antipsychotica sterk terug te dringen. Vaak zetten zij sterk in op intens overleg tussen behandelende artsen, personeel, bewoners en hun familie.

In het Vlaamse regeerakkoord, uw beleidsnota en beleidsbrief spelen preventie, gezondheidspromotie en vroegdetectie een grote rol. U geeft ook aan in te willen zetten op de geestelijke gezondheid van ouderen. Na de gids voor volwassenen, de gids voor kinderen en jongeren, hebt u in uw Vlaams Actieplan Geestelijk Gezondheid de gids voor ouderen in het vooruitzicht gesteld.

Hierbij geeft u aan: "We kiezen ook hier voor een generalistische en integrale, maar evenzeer een gespecialiseerde zorg voor ouderen met psychische problemen met focus op ondersteuning en begeleiding in de eigen woon- en zorgomgeving. Mantelzorgers krijgen extra aandacht en ondersteuning. We gaan actief in overleg met de andere gemeenschappen en de federale overheid met het oog op de realisatie van een toekomstige gids met basisprincipes en beleidsuitwerking geestelijke gezondheid bij ouderen. De toekomstige KCE-studie 'Organisatie en optimalisering van geestelijke gezondheidszorg voor ouderen in België' is een eerste belangrijke opstap. We gaan na of en hoe we de conclusies van deze studie naar het Vlaamse beleid kunnen vertalen."

Minister, hoe evalueert u de cijfers en bevindingen uit de CM-studie naar het gebruik van antidepressiva en antipsychotica bij bewoners in woonzorgcentra? Welke initiatieven en maatregelen kunt u nemen om de stijging van oneigenlijk gebruik van deze middelen bij bewoners van woonzorgcentra te laten afnemen?

Hoe kunnen we de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg vergroten en meer ouderen toeleiden, zodat ze de best mogelijke behandeling krijgen? Hebt u zicht op de stand van zaken van de genoemde KCE-studie (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg)? Wanneer worden de resultaten verwacht? Welke stappen hebt u reeds genomen in de realisatie van een toekomstige gids met basisprincipes en beleidsuitwerking geestelijke gezondheid bij ouderen? Welke zullen er op korte termijn nog volgen?

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp.a): Minister, ik verwijs eveneens naar de studie van de Christelijke Mutualiteit waaruit blijkt dat 39 procent van de rusthuisbewoners in 2016 gedurende minstens dertig opeenvolgende dagen een vorm van antidepressiva nam. Een op vijf de bewoners in de woonzorgcentra nam ook antipsychotica. Dat zijn schokkende cijfers, maar helaas zijn ze niet nieuw. Uit de vorige monitoring van de Christelijke Mutualiteit die betrekking had op het jaar 2013, bleek dat ook toen 40 procent van de rusthuisbewoners antidepressiva nam en 20 procent antipsychotica.

We hebben toen al gezegd dat dit verontrustende cijfers zijn die al onze aandacht verdienen. Het is dan ook een beetje spijtig dat we moeten vaststellen dat er op een periode van drie jaar geen enkele noemenswaardige daling is inzake het gebruik van deze medicatie.

Minister, ik heb u daarover al bevraagd via schriftelijke vraag nr. 274, en in uw antwoord beaamt u dat de overconsumptie van medicatie in de woonzorgcentra een gekend probleem is en een probleem waar de coördinerend raadgevend arts een belangrijke rol kan en moet in spelen. De doelstelling van minder medicatiegebruik of het terugdringen van het gebruik van psychofarmaca was aldus niet als specifieke doelstelling opgenomen binnen het Vlaamse beleid, maar gelukkig bleken er wel enkele initiatieven te bestaan. De vraag is echter of dat er met de vaststelling dat er op het terrein weinig verandert, er geen bijkomende of andere initiatieven nodig zijn of dat die breder moeten worden uitgesmeerd.

Minister, kunt u beamen dat er te weinig evoluties zijn inzake het gebruik van antidepressiva en psychofarmaca in de woonzorgcentra? Als u dat beaamt, blijft u dan ook verontrust? Vermoedt u oneigenlijk gebruik van antidepressiva en/of psychofarmaca in de woonzorgcentra? Beaamt u dat het langdurig gebruik van antidepressiva en psychofarmaca niet vrij is van bijwerkingen of van risico's, en dat enige terughoudendheid bij het langdurig voorschrijven op zijn plaats is of zou moeten zijn? Dringt er zich geen specifieke actie op om het gebruik van psychofarmaca in de woonzorgcentra terug te dringen? Zult u hiervoor inspiratie putten uit de 'best practices' waarnaar u ook verwees in uw antwoord op mijn schriftelijke vraag? Kunnen deze acties uitgesmeerd worden over heel Vlaanderen?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Dames en heren, ik heb kennis genomen van de studie die de CM heeft uitgevoerd. De studie werd gerealiseerd door CM-studiedienst in samenwerking met de medische directie van de CM. De populatie bij deze studie omvat CM-leden die minstens 30 dagen in een woonzorgcentrum verbleven. Enkel de woonzorgcentra waar minstens 20 andere CM-leden verbleven, zijn meegerekend. De CM beschikt niet over informatie over de gezondheidstoestand van de leden waarmee het zou kunnen beoordelen of het gerechtvaardigd is dat zij die geneesmiddelen voorgeschreven krijgen.

Aangezien de studie niet kan worden beschouwd als een sluitende monitoring van het gebruik van psychofarmaca in woonzorgcentra, kan er op het vlak van evaluatie van de resultaten van de studie niet onmiddellijk antwoord gegeven worden. Dat wil niet zeggen dat de studie niet verdienstelijk is. Ze maakt duidelijk dat het

gebruik van antidepressiva en antipsychotica in woonzorgcentra een belangrijk aandachtspunt is, niet het minst voor de voorschrijvende artsen. Maar onderzoek in Vlaanderen, internationaal gepubliceerd, toont aan dat het tot stand komen van voorschriften in woonzorgcentra een bijzonder complex proces is. Bovendien is het niet enkel een aandachtspunt in de residentiële ouderenzorg, maar eveneens in de thuiszorg en ziekenhuiszorg.

Belangrijk is aan te geven dat de cijfers uit de studie van de CM Belgische cijfers zijn en dat er een significant verschil blijkt te zijn in het gebruik van antidepressiva en in mindere mate van psychofarmaca tussen de verschillende gemeenschappen. Men observeerde in de studie een groter gebruik in Wallonië en Brussel ten opzichte van Vlaanderen, zowel in de woonzorgcentra als in de thuiszorg. Er zijn op het vlak van antidepressiva ook verschillen tussen de gemeenschappen wat betreft het algemeen gebruik ervan in de volwassen bevolking.

Als overheid zijn we ons bewust van dit hoge gebruik, ook in woonzorgcentra. Het is daarenboven ook bekend dat sommige antidepressiva en antipsychotica niet aanbevolen zijn voor ouderen omdat de potentiële risico's bij gebruik groter zijn dan de baten voor hun gezondheid.

Verschiedende initiatieven die gericht zijn op het sensibiliseren van een verantwoord gebruik van geneesmiddelen en op een beter medisch-farmaceutisch beleid, worden zowel vanuit de federale als de Vlaamse overheid gestuurd of ondersteund.

De bevoegdheidsverdeling tussen de federale overheid en de gemeenschappen is overigens niet helemaal zwart-wit omtrent deze problematiek. Vlaanderen zet vooral in op de burger, de federale overheid op de voorschrijver. Er is echter altijd overlap. Door acties te ondernemen op verschillende terreinen bundelen we de krachten om het gebruik van antidepressiva en antipsychotica bij bewoners te laten afnemen.

De Vlaamse overheid heeft sinds 2015, naar aanleiding van de zesde staatshervorming, het project 'Een effectiever en efficiënter beleid rond psychofarmaca' van het woonzorgcentrum Leiehome overgenomen van het Federaal Fonds voor de bestrijding van Verslavingen. Binnen dat project wordt ingezet op een rationele afbouw van benzodiazepines, antidepressiva en antipsychotica. In het woonzorgcentrum Leiehome daalde het psychofarmacagebruik tijdens de afgelopen vier projectjaren van 72 procent naar 48 procent. Daarnaast bleek uit getuigenissen van bewoners en de resultaten van de toepassing van de methodiek 'betekenisvolle dagen' dat er een toename was in de deelname aan activiteiten van bewoners en in hun tevredenheid hieromtrent. Ze ervoeren een hogere participatie en hadden meer sociale contacten.

Deze innovatieve en succesvolle aanpak werd daarop in een draaiboek gegoten en uitgetest door vijf pilootwoonzorgcentra. Voor de ontwikkeling van het draaiboek werd, naast de expertise van het woonzorgcentrum Leiehome, eveneens een beroep gedaan op de expertise vanuit Vilans in Nederland, waar al enkele jaren een gelijkaardig maar grootschaliger project loopt. Uit de pilootfase in vijf woonzorgcentra blijkt de door het woonzorgcentrum ontwikkelde methodiek te leiden tot een gemiddelde afname van het psychofarmacagebruik met 10 procent. Men heeft hierrond ook een e-learningtraject ontwikkeld dat online en zonder login kan worden gevolgd. De problematiek van slaap- en angststoornissen, depressie en moeilijk hanteerbaar gedrag in woonzorgcentra en hoe die aangepakt kunnen worden, worden geduid met als centraal uitgangspunt de levenskwaliteit van de bewoner.

In 2018 zal de overdracht van de methodiek naar de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) plaatsvinden, met het oog op de integratie van deze methodiek in het project 'Procesbegeleiding van voorzieningen en diensten in zorg en welzijn bij het voeren van een preventief gezondheidsbeleid'. Binnen dit project

zullen procesbegeleiders met betrekking tot verschillende thema's voorzieningen in zorg en welzijn helpen bij het uitbouwen van een beleid. Er wordt daarbij gestart met woonzorgcentra en met de thema's mondzorg, valpreventie, psychofarmaca en ondervoeding. Daarnaast heeft de VAD sinds 2016 het thema 'psychoactieve medicatie' als onderwerp in de beheersovereenkomst. Dit heeft als resultaat een aanbod aan informatie over psychofarmaca voor burgers via de website DrugLijn en uitgebreide informatie voor intermediairs. Voor burgers bestaat tevens een kennis- en een zelftest rond slaap- en kalmeringsmiddelen. Met die zelftest kan men zelf nagaan of er sprake is van riskant gebruik van benzodiazepines.

In het kader van het Vlaams indicatorenproject woonzorgcentra is het medicatiegebruik geselecteerd als een van de kwaliteitsindicatoren. Momenteel is deze indicator 'on hold' geplaatst en wordt die in 2018 geëvalueerd en bijgestuurd door de onderzoekers en experts. Een mogelijk denkkader is een subindicator te ontwikkelen waar de cijfers van antidepressiva en antipsychotica mee worden opgevraagd. Het achterliggende doel is om het medicatiegebruik, waaronder ook het gebruik van deze geneesmiddelen in woonzorgcentra, in kaart te brengen en alle betrokkenen te sensibiliseren en aan permanente kwaliteitsverbetering te kunnen doen.

In de woonzorgcentra met een bijkomende erkenning als rust- en verzorgingstehuis heeft de coördinerende en raadgevende arts (CRA) onder andere als opdracht, in overleg met de behandelende artsen, de coördinatie van het zorgbeleid. Voor de geneesmiddelen omvat dat ten minste het opstellen en het gebruik van een geneesmiddelenformularium. We kunnen en mogen ervan uitgaan dat de coördinerende en raadgevende arts, samen met zijn collega's, ook bijzondere aandacht geeft aan het voorschrijven van antidepressiva en psychofarmaca. In de actuele opleiding voor CRA's is dit alvast een prominent aandachtspunt.

Ik verwijs in dit verband ook naar de conceptnota Residentiële Ouderenzorg die binnenkort ter definitieve goedkeuring zal worden voorgelegd aan de Vlaamse Regering en ter bespreking binnen deze commissie, waarin het voorstel is opgenomen om in woonzorgcentra naast de coördinerende en raadgevende arts ook een coördinerende raadgevende apotheker aan te stellen, in overleg met partners uit de eerstelijnszone.

De Vlaamse overheid zet tevens maximaal in op een betere registratie en deling van zorggegevens in het kader van het plan eGezondheid. Op het vlak van medicatie zet Vlaanderen in op de digitalisering van het medicatieproces aan de hand van het Vitalink-medicatieschema. Voorheen werd het medicatiegebruik meer door individuele zorgverleners beheerd, zonder dat er een echte uitwisseling tussen verschillende zorgverleners plaatsvond. Het Vitalink-medicatieschema maakt het mogelijk voor zorgverleners om actuele informatie te krijgen over het medicatiegebruik van een bewoner of patiënt, en om deze informatie ook te delen met verschillende andere zorgverleners. De juiste informatie over het medicatiegebruik leidt immers tot een beter aangepast medicatiebeleid en meer zorgkwaliteit voor de bewoner of patiënt.

Hierbij moet niet alleen worden gekeken naar de technische randvoorwaarden voor gegevensdeling, maar ook naar de pijnpunten op het vlak van change management bij de betrokken zorgverleners. Vanuit het eenlijn.be-project en het transEL-project zal er verder worden ingezet op multidisciplinaire opleidingen voor huisartsen, apothekers en woonzorgcentra rond het gebruik van het Vitalink-medicatieschema.

Een belangrijk federaal onderzoek in verband met het voorliggende onderwerp is de studie Collaboratieve approach to Optimise MEducation use for Older people in Nursing homes (COME-ON). De resultaten van dit onderzoek opzet vanuit het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) werden eind vorig jaar bekendgemaakt en op mijn kabinet door de onderzoekers begin dit jaar toegelicht

aan de koepels van de woonzorgcentra. De onderzoeksvraag van deze studie was: hoe kan het geneesmiddelengebruik in woonzorgcentra geoptimaliseerd worden? Het onderzoeksrapport omschrijft richtlijnen voor goede praktijken bij geneesmiddelengebruik en bevat diverse aanbevelingen, zoals: universiteiten of hogescholen waar artsen, apothekers of verpleegkundigen afstuderen, moeten in hun curriculum een lessenreeks of deel van een lessenreeks in verband met het oordeelkundig gebruik van medicatie bij ouderen aanbieden als vast onderdeel van de bachelor- of masteropleiding; om interdisciplinaire samenwerking met betrekking tot het medicatienazicht te versterken, zijn interprofessionele trainingen noodzakelijk, waarbij artsen, apothekers, verpleegkundigen en andere zorgverleners kunnen leren over, van en met elkaar; de e-learning-modules en het educatief materiaal, ontwikkeld binnen de COME-ON-studie, moeten ter beschikking worden gesteld van alle zorgverleners; lokaal overleg op niveau van het woonzorgcentrum over het oordeelkundig gebruik van specifieke geneesmiddelenklassen en alternatieve niet-farmacologische aanpak bij ouderen moeten minstens éénmaal per jaar georganiseerd worden; het Interdisciplinaire Patiënt Overleg (IPO) met betrekking tot medicatie moet verankerd worden in een breed en continu proces van interdisciplinair overleg en samenwerking rond de zorg voor wzc-bewoners en moet niet beperkt worden tot een bespreking van medicamenteuze aspecten.

De FOD Volksgezondheid heeft vanuit zijn bevoegdheid inzake het voorschrijfgedrag van artsen in het verleden verschillende acties ondernomen, zoals het Belgian Psychotropics Expert Platform (BelPEP). BelPEP is een multidisciplinair platform en heeft tot doel het adequaat gebruik bevorderen van psychoactieve medicatie, waaronder slaap- en kalmeringsmiddelen, antidepressiva en antipsychotica. Zo was er de recente campagne rond slaap- en kalmeringsmiddelen.

Op federaal niveau wordt het medicatieschema verder uitgewerkt naar een medicatiedossier van een patiënt, het VIDIS-project (Virtual Integrated Drug Information System). In verschillende fases wordt gewerkt aan een coherente samenhang tussen alle nu apart aangestuurde modules van diensten die betrekking hebben op het medicatiebeheer van patiënten, onder andere het medicatieschema, Recip-e, Gedeeld Farmaceutisch Dossier en het journaal. Op termijn zullen voorschrijven en afleveren van medicatie voornamelijk gestuurd worden vanuit het medicatieschema, eerder dan op basis van individuele voorschriften. Deze evolutie moet zeker bij woonzorgcentra beter aansluiten op hun manier van werken.

Naast het medische aspect spelen uiteraard ook de omgevingsfactoren in een wzc een cruciale rol bij de gezondheid en het welzijn van de senioren. Omgevingsfactoren, zelfbeslissingsrecht en activiteiten georganiseerd in het wzc zijn factoren die heel bepalend zijn voor het wel-voelen van de bewoners. Het wzc kan, bijvoorbeeld door het opzetten van zinvolle activiteiten die zijn afgestemd op de behoeften van de bewoner, ervoor zorgen dat de bewoners actief blijven, zowel lichamelijk, geestelijk als sociaal.

We stellen vast dat er met betrekking tot ouderen steeds meer geïnvesteerd wordt in samenwerking tussen geestelijke gezondheidszorg en ouderenzorg. De centra voor geestelijke gezondheidszorg (cgg's) hebben bijvoorbeeld een aanbod ambulante geestelijke gezondheidszorg voor ouderen. De ouderenteams in de cgg's staan enerzijds in voor directe begeleiding en behandeling van ouderen, en anderzijds voor outreach naar onder andere de wzc's. Op die manier ondersteunen ze het personeel in de wzc's bij het omgaan met bewoners met psychische problemen. We weten dat er ook intensieve intersectorale samenwerkingsverbanden uitgebouwd zijn tussen een wzc en psychiatrische ziekenhuizen of een psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis (PAAZ) om de expertise-overdracht te garanderen. Daarbij worden soms personeelsleden op de beide werkplekken ingezet. Dit heeft allerhande voordelen in verband met expertiseoverdracht, maar ook in verband met continuïteit van zorg bij doorverwijzingen.

Daarnaast merken we dat de wzc's de laatste jaren allerhande initiatieven opstarten om te komen tot een geïntegreerde zorg voor ouderen met psychische problemen. Er zijn bijvoorbeeld verschillende wzc's die een deel van de capaciteit van het wzc vrijmaken voor ouderen met ernstige langdurige psychische problemen. Het betreft in deze situaties ouderen die al geruime tijd verbleven hebben in een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrisch verzorgingstehuis. De intersectorale samenwerking tussen voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg en in de ouderenzorg zijn zeer belangrijk voor het slagen van dergelijke projecten.

In 2010 zijn de verschillende overheden van start gegaan met de hervormingen van de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen. In 2015 volgde de hervorming voor kinderen en jongeren met de ondertekening van de 'Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren'.

De netwerken geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen, de zogenaamde 'netwerken 107', richten zich momenteel naar volwassenen tot 65 jaar.

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) voert momenteel een onderzoek naar de wenselijkheid om geestelijke gezondheidsnetwerken op te richten voor de doelgroep ouderen, en naar de vraag of de doelgroep van 65-plussers geïntegreerd kan worden in de netwerken geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen. Het advies van het KCE wordt eind maart 2018 verwacht. Dit advies zal, zodra het wordt vrijgegeven, worden besproken in de taskforce Geestelijke Gezondheidszorg waarna de verschillende bevoegde ministers voor Volksgezondheid in België in de schoot van de interministeriële conferentie Volksgezondheid een beslissing zullen nemen over de verdere stappen die genomen moeten worden om het nieuwe beleid inzake geestelijke gezondheid voor ouderen te implementeren.

Ik ben ervan overtuigd dat de wzc's meer en meer het medicatiegebruik, waaronder ook antidepressiva en andere psychofarmaca, van bewoners onder de loep nemen en dat artsen, verpleegkundigen en hoofdverpleegkundigen inspanningen leveren om het medicatieschema samen met bewoners te bespreken en te evalueren om zodoende en indien mogelijk het geneesmiddelengebruik te verminderen.

Wat betreft de incentives tot overleg tussen zorgverleners en bewoners over het gebruik en de bijwerkingen van geneesmiddelen verwijs ik naar het Vlaamse indicatorenproject woonzorgcentra, de digitalisering van het medicatieproces, het preventieproject en de procesbegeleiders die we daarvoor inzetten. Door middel van deze projecten willen we het medicatiegebruik transparant en bespreekbaar maken op het niveau van de bewoner, de zorgverleners en de voorziening.

Projecten zoals dat van Leiehome zetten in op de bewustwording inzake de mogelijke alternatieven die er zijn voor psychofarmaca. Er gaat specifieke aandacht uit naar nieuw opgenomen bewoners. Daarbij wordt in het zorgafstemmingsgesprek het luik psychofarmaca nadrukkelijker opgenomen. Door de implementatie van richtlijnen voor het bespreekbaar maken van het medicatieprofiel zet men bijkomend in op niet-farmacologische initiatieven die ten goede komen van de gezondheid en het welzijn van de bewoner. De resultaten laten zien dat deze inspanning de bewoner wel degelijk ten goede komt.

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Vera Jans (CD&V): Minister, dank u voor uw antwoord. Ik stelde deze vragen inderdaad op basis van een studie van één mutualiteit, enkel bij haar leden. Het geeft geen wetenschappelijk gevalideerd beeld, maar het geeft ons wel de tendens van het gebruik van antipsychotica en antidepressiva bij deze precare doelgroep.

Minister, ik vind het positief dat u duidelijk aangeeft dat u zich bewust bent van dat gegeven en dat u met de nodige partners wilt streven naar een afname. U

hebt de huisartsen genoemd, de apothekers, de verpleegkundigen. De levenskwaliteit van de bewoners is een heel sterk uitgangspunt. Daarom lijkt het me goed dat we meer intersectoraal samenwerken met de cgg's en de ouderenzorgsector. Daar is nog heel wat te winnen want de cijfers zijn niet positief. De wzc's die erop inzetten, boeken op korte termijn goede resultaten.

De 'awareness' of het bewustzijn rond deze problematiek sijpelt hoe langer hoe meer overal door. Ik ben ervan overtuigd dat ook de KCE-adviezen, die we wel dra verwachten, en de interministeriële conferentie die erover zal gaan alleen maar een pluspunt zullen zijn in de strijd voor een beter afgestemd gebruik en voorschrijfgedrag.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp.a): Minister, dank u voor uw omstandige antwoord. Ik sluit mij bij mevrouw Jans aan wat betreft de methodologische opmerkingen. Maar los daarvan kunnen we niet om de belangrijke vaststelling die de studie maakt heen. Wij kunnen ons er niet zomaar bij neerleggen, ondanks alle door u genoemde projecten die worden opgezet voor voorschrijvers en/of burgers, met de verschillende bevoegde overheden van dit land.

Ik wil mij nu focussen op de wzc's. Minister, u verwees zelf naar het goede voorbeeld van Leiehome en naar de vijf pilootprojecten. Met betrekking tot de resultaten van die pilootprojecten titelde een Vlaamse krant: 'Minder slaapmiddelen, meer gelukkige ouderen'. Dat was een simpele samenvatting van het feit dat de psychofarmaca met 10 procent kunnen worden verminderd. Dat kon volgens die krant gemakkelijk in de pilootprojecten waarnaar u verwees. Minister, we zijn het er allemaal over eens dat we geen wzc's of geen personeel van wzc's moeten blameren of met de vinger wijzen. Maar we moeten misschien toch zoeken naar de diepere oorzaken van het overmatige gebruik van antidepressiva of psychofarmaca en waarom er verschillen zijn tussen de wzc's. Er is geen eenduidig beeld dat zegt dat het overal zo hoort te zijn.

Minister, u weet dat de wzc's zelf ook aangeven dat er alternatieven zijn om het gebruik te verminderen als er overleg wordt georganiseerd tussen artsen, personeel, bewoners en familieleden. Maar dat overleg kost tijd, en dat is nuttige tijd voor het welbevinden van de zorgbehoevenden. U verwijst zelf naar het interdisciplinaire patiëntenoverleg dat er binnenkort komt. Wat ons betreft, moet het worden uitgebreid met de niet-medische actoren, die u de omgevingsfactoren noemt: de bewoners en de familieleden. Zij kunnen ook een rol spelen. Beamt u dat dat nuttige tijd is, minister? Moet u dan niet meer tijd geven aan de zorgactoren in de wzc's om meer welbevinden te creëren voor onze zorgbehoevende ouderen?

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Lies Jans (N-VA): Deze problematiek is hier al meermaals aan bod gekomen. Dat is goed, want het gaat om een heel belangrijk aspect dat het leven van ouderen in wzc's beïnvloedt. Het is zeker de moeite waard om daarover naar aanleiding van deze studie te debatteren.

Minister, ik stel in de praktijk vast dat er stilaan een kentering komt. Zowel in de wzc's als bij de huisartsen komt er een omslag in het denken over medicatiegebruik. Dat gaat echter zeker nog niet ver genoeg. U hebt het hier over de introductie van een coördinerende raadgevende apotheker (CRAP), een controlerende apotheker in de wzc's. Dat is een goede evolutie. Maar voor ons blijft het op dit moment nog onduidelijk hoe de verhouding tussen de verschillende actoren zal zijn. Er is de coördinerende en raadgevende arts (CRA), en er is de CRAP. We hebben de preventiecoaches of de procesbegeleiders. Ook de VAD gaat blijkbaar een rol spelen. Die hebben allemaal hun expertise en inbreng, maar dat moet

natuurlijk op een goede manier worden gestroomlijnd, met als doel de bewoners zo goed mogelijk te ondersteunen.

Een tweede element waarop ik de nadruk wil leggen, is het feit dat niet alleen het medicatiegebruik belangrijk is, maar dat ook de psychische begeleiding van die bewoners essentieel is. Ondanks het feit dat u wijst naar de studie van het KCE en de netwerken rond geestelijke gezondheidszorg, denk ik dat daar zeker nog een tandje bij moet worden gestoken. Want als men naar de woonzorgcentra gaat, stelt men toch vast dat die expertise bij de verpleegkundigen en de verzorgenden nog onvoldoende aanwezig is. Zij moeten dat ook allemaal niet kunnen. Men zou daar dus veel meer moeten gaan samenwerken met de geestelijke gezondheidszorg en met psychiatrische ziekenhuizen. Ik denk dat we daar vanuit de overheid nog een belangrijke rol te spelen hebben. Alles wat daar tot een betere samenwerking kan leiden, is zeer belangrijk.

Ik wil ook de nadruk leggen op de dagopvangcentra. We spitsen het nu toe op de woonzorgcentra, maar die problematiek bevindt zich natuurlijk ook in de dagopvangcentra. We moeten bekijken hoe die ondersteuning en begeleiding die binnen woonzorgcentra wordt uitgerold, ook binnen dagopvangcentra aan bod kan komen.

De voorzitter: De heer Anseeuw heeft het woord.

Björn Anseeuw (N-VA): Bedankt voor uw antwoord, minister. Ouderenzorg, de zorg voor hun welzijn en welbevinden, is natuurlijk meer dan alleen maar een somatische aangelegenheid. Het is dan ook goed dat psychisch welzijn ook aan bod komt, niet alleen met deze vraag, maar ook in uw beleid.

Het klopt dat we hier niet het proces moeten maken van een of ander woonzorgcentrum. Het is wel belangrijk dat we bekijken welke factoren, waaronder het soort setting, welke effecten hebben op het welbevinden en het welzijn van ouderen, en dat we in functie daarvan keuzes maken over hoe we ouderenzorg gaan organiseren. Medicatiegebruik verminderen is wat mij betreft geen doel op zich. Ik hoor hier collega's spreken over het overmatige gebruik van medicatie, maar ik denk niet dat het aan ons is om daar een oordeel over te vellen. Het is aan ons om er te kunnen van uitgaan dat de cijfers daarover minstens een indicatie kunnen zijn van dat welzijn en dat welbevinden van de ouderen, en dat we in functie daarvan keuzes moeten maken. Maar dan moeten we natuurlijk een antwoord kunnen formuleren op de vraag waarom voorschrijvers bijvoorbeeld in een woonzorgcentrum sneller het gevoel hebben dat ze psychofarmaca moeten voorschrijven, terwijl dat in andere settings minder het geval is. Daar kunnen natuurlijk ook andere factoren een rol bij spelen, maar het is belangrijk dat we daar een zicht op krijgen en in functie daarvan, met het oog op dat welzijn en dat welbevinden van de ouderen, goede keuzes kunnen maken. Ik denk dat dat onze taak is.

Dat is ook mijn vraag aan u, minister. In welke mate hebben we er vandaag zicht op welke factoren daar allemaal een rol in spelen, zonder dat we eenvoudigweg van bovenaf aan voorschrijvers moeten gaan opleggen dat ze iets minder moeten gaan voorschrijven? Ik denk niet dat dat het doel moet zijn. Het doel moet zijn: hoe kunnen we zorgen voor meer welzijn en meer welbevinden voor die ouderen, ook als het gaat over hun psychisch welzijn?

De voorzitter: De heer Persyn heeft het woord.

Peter Persyn (N-VA): Ik wil me aansluiten bij alle vorige sprekers. Ik dank ook de twee vraagstellers.

Een beetje in lijn met wat collega Anseeuw aankaart: we hebben onlangs een schrijnend geval gehad van een echtpaar dat naar een woonzorgcentrum was gegaan, maar dan toch terug naar huis is gegaan en daar dan in schrijnende

omstandigheden aan het levenseinde is gekomen. Onlangs was er op de radio een gesprek met professor emeritus De Cock, een gerontopsychiater, die aangaf dat we het traject van de verlieservaringen bij ouder wordende landgenoten – een fenomeen dat in alle samenlevingen plaatsvindt, maar zeker in onze snel evoluerende en productieve maatschappij – niet mogen onderschatten. Dat begint natuurlijk al thuis: verlies van job, verlies van partner, verhuis van woning. Dat is een soort van continuüm.

Ik weet dat u daar veel oog voor hebt, minister, met de zorgzame buurten. Ik hoop dat dat ook in het nieuwe Woonzorgdecreet voldoende aandacht zal krijgen, want dat is niet iets dat zomaar een aanvang neemt van bij de intrede in het dagverzorgingscentrum of in het woonzorgcentrum. Dat is een heel continuüm. De Vlaming stopt met werken rond 59 jaar en dan ligt er nog 30 of 40 jaar voor hem, maar dat begint spijtig genoeg met fysieke verlieservaringen, met relationele tegenslag. We weten ook dat die groep vatbaar is voor meer alcoholmisbruik. Daar zijn ook duidelijke cijfers over.

Het is belangrijk dat we dat als een continuüm beschouwen en dat we dat ouderbeleid heel breed zien. U weet dat ik dat een warm hart toedraag. De situatie in de woonzorgcentra moet worden aangepakt. Dat project met die CRAP (coördinerend raadgevend apotheker) vind ik een stap in de goede richting. Maar het begint natuurlijk veel vroeger. Er moet in het nieuwe Woonzorgdecreet dus ook voldoende aandacht zijn voor die holistische, globale aanpak.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Dat laatste kan ik alleen maar bevestigen. We hebben die visie op de toekomstige positionering van onze residentiële ouderenzorg met heel veel overleg gemaakt. Die is ondertussen naar de adviesraden verstuurd. Ik denk dat ik mag zeggen dat die daar globaal genomen zeer goed ontvangen is. Dat gaat nu terug naar de regering. Een van de daaropvolgende stappen is dat we een protocol afsluiten tussen de verschillende betrokkenen, om een aantal transities in onze woonzorgcentra stap voor stap mogelijk te maken.

Dat staat inderdaad niet zozeer op zichzelf, zoals de heer Persyn ook zegt. Er is de hele maatschappelijke evolutie van een samenleving waarin mensen steeds ouder en gelukkig ook steeds kwaliteitsvoller ouder kunnen worden. Verlies, het niet meer kunnen doen wat men vroeger deed, het steeds kleiner worden van de cirkel waarin men nog mensen kent enzovoort, dat zijn fenomenen waarmee we aan de slag moeten gaan. Vanuit die ervaringen en die zorgen moeten we ook vertrekken. In dat opzicht denk ik dat de manier waarop het Woonzorgdecreet wordt geüpdatet, daarop inzet en daarin doorgaat.

Het is juist dat levenskwaliteit het referentiekader moet worden. Dat is ook de reden waarom we daar een aantal onderzoeksopdrachten rond hebben: hoe kun je 'quality of life' als een begrippenkader gebruiken om te beoordelen of de inspanningen die gebeuren, ook effectief leiden tot meer levenskwaliteit? Het gaat, zeker in de woonzorgcentra, niet meer zozeer over de vraag 'genezen', maar over: helpt het om levenskwaliteit te realiseren?

We hebben een aantal dingen die daarrond ontwikkeld worden. We gaan ook kijken wat we daaraan kunnen doen naar indicatoren, om dat zichtbaar te maken. Maar er zitten in de aanpak na de goedkeuring van de conceptnota over de toekomstige residentiële ouderenzorg natuurlijk ook een aantal projecten die te maken hebben met bijvoorbeeld de competenties in het woonzorgcentrum, mijnheer Anseeuw. Wij denken dat we dat profiel van de personeelsnorm, zoals die historisch tot stand is gekomen in een zeer sterk medisch model van het rustoord van vroeger, moeten verruimen. Het gaat niet meer over een rustoord, het gaat over een woon- en leefgemeenschap. Daar zullen ook andere competenties nodig zijn,

zoals competenties op het vlak van geestelijke gezondheidszorg. Ook dat project loopt, uiteraard ook in overleg met de syndicale organisaties.

Het project rond de versterking van de personeelseffectieven in functie van de stijgende zorgzwaarte loopt uiteraard. Het aantal rvt-bedden zal stijgen in 2018, en dat is ook zeker voorzien in 2019. Het project van Leiehome zal na de uitrol met een aantal piloten overgenomen worden door de VAD. Eigenlijk is de taakverdeling dat de VAD die knowhow borgt. Zij zijn degenen die de methodiek bewaken en verder kunnen ontwikkelen. En het is dan aan de procesbegeleiders, de mensen die wij ter beschikking stellen van de woonzorgcentra, om dan in een woonzorgcentrum concreet te gaan kijken hoe men die methodiek kan toepassen. Dat is de relatie die tussen die verschillende actoren gebruikt wordt.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp.a): Ik dank de collega's voor hun aanvullende opmerkingen en vragen. Ik denk dat we daar een consensus in kunnen vinden, wat de principes betreft, dat levenskwaliteit de toetssteen moet zijn en ook de doelstelling moet zijn. Ook de minister zegt dat. Het gaat om het welzijn en het welbevinden van de gehele persoon, dus lichamelijk en geestelijk. We moeten de oorzaken detecteren waarom dat nu niet altijd lukt. En we moeten die oorzaken niet alleen detecteren, al dan niet via indicatoren, minister, maar die ook aanpakken, ook binnen de setting van de woonzorgcentra.

Ik ben blij dat u nu hebt gesproken over een dubbele aanpassing van de personeelsnorm in de rvt-omkadering, waar u al een paar keer naar hebt verwezen. We wachten daar met aandrang op. Voor ons mag dat zelfs sneller. U hebt nu ook uitdrukkelijk aangehaald dat de personeelsnorm in het kader van de geestelijke gezondheidszorg – ik neem het heel breed, zoals u dat hebt gedaan – ook moet worden aangepast om die holistische benadering van de zorgbehoevende ouder te kunnen aanpakken, dus welzijn en welbevinden, zowel lichamelijk als geestelijk. Ik denk dat we daar daadwerkelijk snel werk van moeten maken.

Minister, u weet immers dat wij zorgzekerheid willen voor de bewoner. Die moet zorg krijgen voor zijn gehele persoon, de zorg die hij verdient. U weet dat we ook zorgzekerheid willen voor de verzorgenden. Zij moeten de tijd en de middelen kunnen krijgen om aan de zorgbehoevenden die zorg te geven die nodig is. Daar moeten we allemaal, allemaal werk van maken.

De voorzitter: De vragen om uitleg zijn afgehandeld.