

SCHRIFTELIJKE VRAAG

nr. 562
van **SUZY WOUTERS**
datum: 7 april 2021

aan **WOUTER BEKE**

VLAAMS MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID, GEZIN EN ARMOEDEBESTRIJDING

Personen met een dissociatieve identiteitsstoornis (DIS) - Begeleiding

Seksueel misbruik, geweld en verwaarlozing op vroege leeftijd kan een enorme impact hebben op de rest van het leven van de slachtoffers. In sommige gevallen kan dit psychotrauma in de vroege jeugd zelfs leiden tot een dissociatieve identiteitsstoornis. In de DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) worden de kenmerken beschreven van deze psychische aandoening. Zo hebben personen die lijden aan de aandoening twee of meer persoonlijkheden en nemen die identiteiten het gedrag van de persoon soms helemaal over.

De aandoening dient dan ook behandeld te worden. In Vlaanderen kan men daarvoor terecht bij Umoja. Zij werken met mensen met een complexe traumagerelateerde problematiek. Tijdens de behandeling wordt er gefocust op veiligheid en stabilisatie aangezien dat noodzakelijk is om het opgelopen trauma te kunnen verwerken. Er wordt toegewerkt naar het erkennen van het verleden om zo de impact op het dagelijkse leven van de personen te verkleinen.

In de praktijk blijkt echter dat er een zeer lange wachtlijst bij Umoja is voor deze problematiek. Helaas is er een capaciteitstekort om in een effectieve werking van de afdeling te voorzien. Dat leidt ertoe dat mensen noodgedwongen weg moeten van de afdeling. Daarnaast kunnen personen met de problematiek in de toekomst nergens meer specifiek terecht.

Het Vlaamse regeerakkoord stelt de uitbreiding van het aanbod in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) voor mensen met psychische problemen voorop. Aangezien de problematiek zeker niet nieuw is en zo'n specifieke zorg vereist, moet er ook in geïnvesteerd worden.

1. Kan de minister toelichten hoe het komt dat er zo weinig aandacht is voor deze problematiek?
2. Zal de minister initiatieven nemen om te investeren in een specifiek aanbod voor personen met DIS in Vlaanderen?
3. Zijn er cijfers over het aantal personen die eraan lijden?
4. Erkent de minister dat deze doelgroep een specifieke zorg nodig heeft?
5. Is de infrastructuur van de opvangplaatsen genoeg aangepast aan het onveiligheidsgevoel van de cliënten?

ANTWOORD

op vraag nr. 562 van 7 april 2021

van **SUZY WOUTERS**

1. Ik heb hier geen specifieke verklaring voor. De meest recente cijfers (psychiatrische ziekenhuizen (PZ), psychiatrische afdelingen algemeen ziekenhuizen (PAAZ), Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)) tonen aan dat de diagnose DIS slechts voorkomt bij een klein percentage van het totaal aantal aanmeldingen/opnames.

	2014	2015	2016	2017	2018
PAAZ	62	59	61	54	39
PZ	56	58	62	60	51
Totaal	118	117	123	114	90
% van totaal	0,14%	0,14%	0,14%	0,13%	0,10%

CGG			113	100	91
% van totaal			0,23%	0,21%	0,21%

Op overheidsniveau wordt niet bepaald welke voorzieningen welke zorg moeten leveren. Het is aan de voorzieningen zelf om invulling te geven aan hun specifieke aanbod.

2. Het Vlaams geestelijk gezondheidsbeleid focust zich eerder op doelgroepen en niet zozeer op specifieke diagnoses of problematieken. Naast diagnose zijn er veel andere elementen die het beleid sturen, zoals behandelduur en zorgzwaarte, afstemming van zorgvraag en -aanbod, afstemming met andere welzijnssectoren en maatschappelijke tendensen (bijvoorbeeld vermaatschappelijking van zorg).

Zoals u aangeeft is DIS vaak het gevolg van een psychotrauma in de vroege jeugd, als gevolg van seksueel misbruik, mishandeling, ernstige ziektes of affectieve verwaarlozing. Volgens klinici en ervaringsdeskundigen zijn er vaak op jonge leeftijd al kenmerken die kunnen wijzen op DIS. Het is dus belangrijk om op jonge leeftijd al voldoende aandacht te hebben voor deze problematiek. Kinderen en jongeren zijn dan ook een prioritaire doelgroep in mijn beleid en het is sowieso mijn keuze om hierin extra te investeren op allerlei zorgniveaus (JAC's, Overkophuizen, 1 Gezin 1 Plan, crisisjeugdhulp, programma vroegdetectie en -interventie in ggz, CGG, residentiële jeugdhulp, zorgvormen jongvolwassenen...).

Bepaalde kinderen lopen meer risico op aanhoudende traumatisering en dus op het ontwikkelen van DIS (o.a. gezinnen waar ernstig fysiek geweld, verwaarlozing, misbruik voorkomen of waar één of beide ouders een chronische traumaproblematiek hebben). De Vlaamse overheid wil via de uitrol van de Kindreflex hulpverleners die in contact komen met volwassenen, motiveren om met hen een gesprek te voeren over het thema ouderschap. Ouders krijgen dan de kans om over de kinderen en hun bezorgdheden te praten en waar nodig kan men de ouders ondersteunen in hun rol als moeder of vader. Een tweede doelstelling van de Kindreflex is om verontrustende gezinssituaties te detecteren en de veiligheid zo snel mogelijk te herstellen. En indien nodig reeds hulpverlening op te starten voor de kinderen. We beschouwen dit als een heel belangrijk instrument om preventief, de nodige focus en attitude mee te geven

aan hulpverleners die met volwassenen werken en zo onnodig leed bij kinderen te kunnen voorkomen. Het doel is om volwassenen te versterken in hun rol als ouder, het functioneren van gezinnen te vrijwaren en te versterken, schade te voorkomen bij de kinderen en de kinderen veerkrachtig te maken.

3. Er zijn geen betrouwbare prevalentiecijfers bekend over het voorkomen van dissociatieve stoornissen. Op basis van internationaal onderzoek wordt de life time prevalentie van DIS in de algemene bevolking geschat op 1-3%. Bij psychiatrische patiënten varieert de prevalentie van DIS tussen 1-7%. Het gaat hierbij om zowel opgenomen patiënten als ambulante patiënten. Wereldwijd worden dissociatieve stoornissen in de praktijk veel vaker bij vrouwen dan bij mannen gediagnosticeerd. De indruk bestaat dat mannen (nog) minder snel hulp vragen voor deze problematiek dan vrouwen.
4. Bij patiënten met DIS is de lijdensdruk over het algemeen hoog en kunnen er problemen zijn op het gebied van zelfzorg en volwaardig kunnen deelnemen aan de maatschappij. DIS is ook ingrijpend voor naasten. Het is dus belangrijk om hen ook te ondersteunen (bijvoorbeeld bij het vinden van een balans in de thuissituatie). Naast de individuele behandeling is er dus nood aan begeleiding van de partner/context. Aangezien er in geval van DIS vaak sprake is van complexe, samengestelde problematieken geldt, onafhankelijk van de setting, dat zorgverleners deel moeten uitmaken van een netwerk. Ten behoeve van het herstel zal er bovendien geïnvesteerd moeten worden in samenwerking met of toeleiding naar externe partners die voor continuïteit en maatschappelijk herstel van belang zijn.

De problemen op de afdeling Umoja van PC Karus vormen echter een specifieke situatie. Het aanbod op de afdeling is momenteel niet stabiel. Het ziekenhuis geeft aan dat het huidige behandelprogramma een te hoge inzet vraagt van hun personeel en te veel druk zet op de weerbaarheid van dat personeel. De kwaliteit van de dienstverlening komt zo in het gedrang. Bovendien is de wachtlijst te fel aangegroeid om nog op aanvaardbare termijn aan de wachtenden een aanbod te kunnen bieden. Dat noopt het ziekenhuis om de kwaliteit van het aanbod en de resultaten ervan kritisch te gaan bekijken en bij te sturen. Samen met externe experts en in overleg met de patiënten zelf wil men tot een andere behandelaanpak komen, inclusief een gepaste begeleiding voor zowel de patiënten die momenteel opgenomen zijn als de mensen die reeds op de wachtlijst staan. Niemand zal zomaar op straat worden gezet.

5. De ziekenhuizen proberen hun infrastructuur zo optimaal mogelijk aan te passen aan de specifieke doelgroepen die op de afdeling verblijven. Dat is dus op maat van elk ziekenhuis en de specifieke patiëntenpopulatie per ziekenhuis en zelfs per afdeling van elk ziekenhuis.

Voor sommige aspecten van zorg bestaan er kwaliteitsvereisten op vlak van infrastructuur vanuit de Vlaamse overheid, bijvoorbeeld als het gaat over het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Het aspect infrastructuur in het kader van vrijheidsbeperkende maatregelen werd de afgelopen jaren ondersteund door middel van VIPA-subsidies.

We zullen in deze legislatuur een grote investering doen in de infrastructuur van de psychiatrische ziekenhuizen, in het kader van het relanceplan 'Vlaamse Veerkracht'. Het gaat over een bedrag van 7 miljoen euro voor de komende 30 jaar, dus in totaal 210 miljoen euro. Zo kunnen we een inhaalbeweging maken daar waar de infrastructuur verouderd is en een belemmering vormt voor kwalitatieve zorg. De dossiers die worden ingediend voor een strategisch forfait, zullen getoetst worden aan de volgende criteria:

- In welke mate is de infrastructuur verouderd?
- In welke mate komt de veiligheid (patiënt, medewerker) in het gedrang?
- In welke mate is er een mogelijkheid High Intensive Care (HIC)-werking uit te bouwen?