

Jong N-VA Congres 2021: Commissie Welzijn

Inhoud

Voorwoord	3
Inleiding	4
Thema 1: Organisatie van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)	
1.1. Het communautaire luik	5
1.2. Getrapte zorg.....	5
1.3. Scholen.....	9
1.4. Bedrijfsomgeving.....	10
1.5. Ethiek.....	12
Thema 2: Preventie	
2.1. Algemene situering	13
2.2. Media	13
2.3. Opleiding	14
2.4. Eenzaamheid	15
2.5. Welzijn binnen woonzorgcentra.....	16
2.6. Primaire en tertiaire preventie bij verslaving	17
Thema 3: Verslaving	
3.1. Hospitalisatie.....	19
3.2. Psychiatrische- en ziekenhuisopnames omwille van middelenmisbruik.....	19
3.3. Alcohol, drugs en gokken	20
Bibliografie	23
Afkortingenlijst	25

Voorwoord

De commissie Welzijn behandelt drie subthema's binnen het brede thema dat welzijn is. Deze subthema's zijn tot stand gekomen na onderling overleg en interne afstemming met alle Jong N-VA-leden in de commissie Welzijn. Er werd uitsluitend gekozen voor thema's binnen de geestelijke gezondheidszorg.

De drie gekozen subthema's zijn "Organisatie van de geestelijke gezondheidszorg", "Preventie" en "Verslaving", respectievelijk voorgezeten door Eline Van Kerckhoven, Freek Niesten en Chelsea Schouben. We nodigden sprekers uit om ons te inspireren over de verschillende thema's. Tinneke Oosterlick, raadgever geestelijke gezondheidszorg op het kabinet van minister Wouter Beke, kwam ons toelichting geven over het thema organisatie. Dirk De Wachter, gerenommeerd psychiater, verzorgde een interessante lezing over preventie. Als laatste kwam Dokter Hendrik Peuskens, psychiater bij Alexianen in Tienen, spreken over verslaving. Na elke spreker bespraken we huidige valkuilen in het beleid en mogelijke oplossingen. Teksten bestonden initieel uit diverse ideeën en werden steeds bediscussieert en bijgeschaafd. Uiteindelijk werden na veel onderling overleg de nota's afgeklopt binnen de kerngroep. De leden van de commissie welzijn konden nog opmerkingen indienen.

Deze commissie staat onder het toezien oog van congresvoorzitter Glen De Waele, congresondervoorzitter Simon De Decker en algemeen Jong N-VA-voorzitter Viktor Rooseleer.

Inleiding

Volgens de World Health Organisation (WHO, 2009) is geestelijke gezondheid “een toestand van welzijn waarin het individu zich bewust is van zijn of haar bekwaamheden, de gewone stress van het leven aankan, productief en renderend kan werken, en in staat is een bijdrage te leveren tot zijn of haar gemeenschap.”

België is een land dat sinds oudsher moeilijkheden ondervindt om z'n geestelijke gezondheidszorg evenwaardig te maken aan de fysieke gezondheidszorg. In Vlaanderen is het geloof in het medisch model sterk. Daardoor is er een bepaald stigma op vlak van psychisch welzijn en het logische gevolg hiervan zijn de ondermaatse budgetten die hierin geïnvesteerd worden. De ellenlange wachtlijsten en de buitenproportionele aantallen medicatie die voorgeschreven worden zijn hier spijtige getuigen van.

Naarmate de coronacrisis vordert, stijgt het aantal berichten in de media over huiselijk geweld, alcoholmisbruik, eenzaamheid en andere psychologische problemen. Eens deze gezondheids crisis achter ons ligt, zal de druk op onze ziekenhuizen en onze zorgverleners hopelijk afnemen. De professionals die werken rond mentale gezondheid zullen dan pas de golf aan patiënten over zich krijgen. Zij zullen, of ze het nu willen of niet, de nieuwe “helden van de zorg” worden. Meerdere studies publiceerden al de gevolgen van de quarantaine en de daarbij horende isolatie op mentale gezondheid. We zien een toename van stress, angst, onzekerheid, tekort aan veiligheidsgevoel en angst om besmet te worden, sociale isolatie en eenzaamheid. Hulpbronnen worden grotendeels gelimiteerd en klassieke copingsmechanismen, zeker die die op de aanwezigheid van anderen leunen, verdwijnen maanden aan een stuk. Ook rond het mentaal welzijn van jongeren wordt er aan de alarmbel getrokken.

Het welzijnsbeleid in Vlaanderen is in pandemie-vrije tijden niet klaar om de toestroom aan psychologische klachten en uitdagingen op te vangen, laat staan na een crisis als deze. De eerstelijns hulp zoals we dat in Nederland kennen, schiet in Vlaanderen stevig tekort. Mensen komen, ook met banale klachten, in de meer gespecialiseerde tweede lijn van onze hulpverlening terecht waar ze vaak geconfronteerd worden met hoge prijzen of lange wachttijden. Doordat er overleg met maar liefst negen (!) ministers nodig is blijven de broodnodige veranderingen uit.

Er is nog heel wat werk aan de winkel willen we het niveau van ons psychisch welzijnsbeleid op gelijke voet zetten met onze fysieke hulpverlening. Er zal eerst en vooral meer geld nodig zijn, maar meer geld besteden aan geestelijke gezondheidszorg hoeft geen meerkost te zijn. Niets doen heeft zowel maatschappelijk als financieel een meer gepeperde rekening. Een bevolking die geestelijk gezond is heeft immers een betere levenskwaliteit. Een betere levenskwaliteit vertaalt zich dan weer in een grotere productiviteit en hogere belastinginkomsten.

Met dit document gaan we de uitdaging aan om antwoorden te bieden op bovenstaande bedenkingen. We starten bij het optimale kader dat onze gezondheidszorg moet aannemen, om uiteindelijk te eindigen bij een specifieke problematiek die we verder uitdiepen. Op macroniveau concentreren we ons op de **organisatie van de geestelijke gezondheidszorg**, op mesoniveau suggereren we verbeteringen qua **primaire preventie**, op microniveau staan we stil bij **verslaving**.

Thema 1: Organisatie van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)

1.1. Het communautaire luik

Om van geestelijke gezondheidszorg een topprioriteit te maken op beleidsniveau moeten de structuren dringend aangepakt worden. Momenteel beslissen zes regeringen, zes parlementen en zeven verantwoordelijke ministers, elk met hun eigen visie (en partijkleur). Deze complexe staatsstructuur zorgt voor onnodige kosten voor de sector én de overheid. Dit versnipperd beleid moet efficiënter. Wie betaalt, bepaalt en legt er verantwoording voor af.

Dit onderdeel telt **3 resoluties**.

2.1. Om een efficiënt welzijnsbeleid te voeren, worden alle gerelateerde bevoegdheden en financiële middelen overgeheveld naar het Vlaamse niveau.

2.2. Zolang het Belgische model geldig is, dienen de deelstaten evidence-based te werk te gaan. Hier voert de Kamer controle op uit, waardoor er ook verantwoording dient afgelegd te worden. Als cijfermatig blijkt dat een regio stelselmatig initiatieven promoot die niet evidence-based zijn en het beleid niet wordt bijgestuurd, dan kan een afname van de financiële solidariteit plaatsvinden. Op deze manier responsabiliseren we de deelstaten wat hun welzijnspolitiek betreft.

2.3. We veranderen de naam van de ministerpost "welzijn" naar "fysiek en mentaal welzijn". Op deze manier benadrukken we het belang en de gelijkwaardigheid van mentaal en fysiek welzijn.

1.2. Getrapte zorg

Getrapte zorg wil zeggen dat de behandeling in verhouding dient te zijn tot de zorgbehoefte an de patiënt. De World Health Organisation (WHO, 2009) stelt getrapte zorg voor als een piramide. Zorg met een lage specialisatie en een lage kostprijs heeft een hoge beschikbaarheid.

Zorg met een hoge specialisatie, anderzijds, heeft een hoge kost en zou daarom slechts voor zij die het echt nodig hebben beschikbaar moeten zijn.

In België staat de piramide op zijn kop. Na koploper Japan volgt België met 1,37 psychiatrische bedden per 1.000 inwoners. Het gevolg is een kostelijke en slecht toegankelijke zorg. In wat volgt gaan we dieper in op de problemen in de verschillende lijnen.

Dit onderdeel telt **22 resoluties**.

2.4. Momenteel gaat er 6% van het gezondheidszorgbudget naar de geestelijke gezondheidszorg. Wij hanteren de OESO-richtlijn die stelt dat 10% van het gezondheidsbudget naar de geestelijke gezondheidszorg moet vloeien, als absolute minimum.

2.5. Om in deze transitie naar minder 3^e lijn en meer 1^e lijn te slagen willen wij een tijdelijke verhoging (boven de 10%) van het totale gezondheidszorgbudget om te investeren in de eerste lijn.

De **0^{de} lijn** bestaat uit vrijwillige initiatieven. Hier is vanuit de overheid weinig tot geen budget voor voorzien. Desondanks maken deze initiatieven regelmatig lokaal een groot verschil. Ook mantelzorgers behoren tot deze lijn. Vaak worden zij onvoldoende geïnformeerd doordat hulpverleners gebonden zijn aan beroepsgeheim. Zij worden niet gezien als volwaardige partners in de zorg.

2.6. Voor zelfhulporganisaties en patiëntenverenigingen moeten er meer regionale ondersteuningscentra komen. Het kan niet dat voor bv. een West-Vlaamse zelfhulporganisatie het dichtstbijzijnde ondersteuningscentrum in Leuven te vinden is.

2.7. Voor vrijwilligersorganisaties met meer dan 100 leden wordt een vertrouwenspersoon aangesteld die, onafhankelijk van het bestuur, klachten behandelt, onderzoekt en medieert met betrekking tot pestgedrag en psychische, seksuele en fysieke intimidatie en andere vormen van grensoverschrijdend gedrag. Bij voorkeur heeft deze persoon affiniteit met deze thema's dankzij een diploma of relevante werkervaring. Hij is zelf geen (kern)bestuurslid van de organisatie. De vertrouwenspersoon in kwestie volgt een erkend opleidingstraject bij een organisatie als Pimento of de Ambrassade. Jong N-VA geeft hierin het goede voorbeeld.

De **1^e lijn** kreeg in 2019, onder Maggie De Block, een eerste versterking. Psychologen konden zich intekenen om aan 45 euro per gesprek aan de slag te gaan. Aangezien het gemiddelde

tarief in Vlaanderen 55 euro per gesprek bedraagt was dit een slag in het gezicht van veel psychologen. Ter vergelijking: de Nederlandse collega's werken aan een gemiddeld tarief van 95 euro per gesprek. Psychologen hebben lang moeten strijden om een autonoom gezondheidszorgberoep te worden naast arts, apotheker, tandarts, ... De psycholoog werd rechtstreeks toegankelijk en mocht autonoom zorg verstrekken, waarvoor hij of zij werd opgeleid. Toch werden patiënten onder de wet van Maggie De Block verplicht om eerst langs de huisarts te passeren voor een doorverwijzing.

Door het ontbreken van een degelijke 1^e lijn stapelen de wachttijden zich op in de **2^e lijn**. De gesubsidieerde voorzieningen als Centra voor Geestelijke Gezondheid (CGG) kampen vaak met jarenlange wachtlijsten.

2.8. Een psycholoog heeft het recht om autonoom zorg te verstrekken. Een doorverwijzing via de huisarts mag geen voorwaarde zijn tot terugbetaling.

2.9. Om als psycholoog of psychotherapeut te genieten van het recht op terugbetaling voor de cliënt/patiënt worden zij verplicht tot accreditatie, analoog aan de artsen. De accreditatie zal toegekend worden voor erkende, evidence-based opleidingen met als doel de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de kost op de (geestelijke) gezondheidszorg te beperken tot het noodzakelijke.

2.10. We verhogen het gemiddelde inkomen van de psycholoog tot eenzelfde loon als onze noorderburen en maken de opsplitsing tussen psychologen (master psychologie) en psychotherapeuten (master psychologie + afgeronde therapieopleiding). Hiervoor gebruiken we conventionering, naar analogie met de artsen. Een geconventioneerde psycholoog kost 75 euro per gesprek. Een geconventioneerde therapeut 95 euro per gesprek. Het is, naar analogie met de artsen, mogelijk om niet te conventioneren en een hoger ereloon te vragen.

2.11. Psychologische begeleiding of psychotherapie moet toegankelijk zijn voor iedereen. Alle geconventioneerde klinisch psychologen of psychotherapeuten worden terugbetaald. Er moet een studie komen naar totale kostprijs van deze maatregel. Afhankelijk hiervan zal de prijs per sessie bepaald worden. Wij stellen een getrappt systeem voor: sessie 1 is gratis, sessie 2 tot 5 aan 10 euro per sessie, 6 tot 10 aan 15 euro per sessie, aanvullende sessies aan 25. En dit voor psychologen uit de 1^e en 2^e lijn. Het tarief voor niet geconventioneerde psychologen zal hoger liggen.

2.12. Sessies bij een psycholoog of psychotherapeut worden terugbetaald voor alle leeftijden. Tot voor de coronacrisis was de terugbetaling voorbehouden voor 18 tot 65 jarigen.

2.13. Zorgverleners zijn evenwaardig aan elkaar. Ze staan niet meer hiërarchisch geschikt in een piramide met de arts bovenaan, maar naast elkaar als in een margriet. Dit werd vastgelegd in KB 78, maar vertaalt zich niet in de praktijk. Hiervoor worden concrete stappen gezet.

2.14. De opleidingsonderdelen over psychologie in de opleiding tot huisarts bedragen momenteel niet meer dan 20 op de 480 studiepunten. Dit wordt sterk uitgebreid om conform met de wet van 10 Mei 2015, de gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, artsen het recht te laten behouden tot de diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen.

2.15. Door de grote groep psychologiestudenten zijn de practica eerder beperkt. Er moet meer ingezet worden op praktijk en diagnostiek vanaf het tweede jaar, om de kloof met de praktijk te verkleinen.

2.16. Het extra jaar stage bij de psychologen moet gelijkwaardig gefinancierd worden aan de stagejaren in de opleiding tot arts.

2.17. Een arts mag geen antidepressiva voorstellen zonder psychische opvolging.

2.18. We vragen dat de overheid een platform ter beschikking stelt om informatie tussen hulpverleners makkelijk en gratis uit te wisselen. Verslagen over de patiënt van diverse hulpverleners worden bijgehouden in het Globaal Medisch Dossier. De huisarts behoudt de regie en geeft hulpverleners toegang tot eventuele voorgaande verslagen mits toestemming van de patiënt.

2.19. Ook (zelfstandig) psychologen en psychologisch consulenten worden ingeschakeld in de continuïteit van zorg. We stellen voor om GGZ medewerkers deel te laten uitmaken van de huisartsenwachtpost en in wachtdiensten in de ziekenhuizen.

2.20. Er is nood aan een overzichtelijke en bij het brede publiek bekende website en (nood)nummer waar zowel mensen die op zoek gaan naar psychische hulp als professionals terecht kunnen. Dit kan de vorm aannemen van een stevige opwaardering van de Sociale Kaart, een online platform waar alle initiatieven met betrekking tot psychisch welzijn in voor (horen te) komen. Lokale besturen worden verantwoordelijk voor het toevoegen van de initiatieven in hun steden en gemeente over de verschillende lijnen.

2.21. Er moet een duidelijk kader en erkenning komen voor de psychologisch consulenten.

2.22. In het kader van vermaatschappelijking van de zorg moet er meer geïnvesteerd worden in buurthuizen (vergelijkbaar met OverKopthuizen maar dan voor volwassenen). Mensen kunnen hier terecht voor geïntegreerde zorg door, lotgenoten, maatschappelijk werkers, psychologisch consulenten, ...

Ook in de **3^e lijn** kampt men met dit probleem. Door het ontbreken van degelijke ambulante hulpverlening worden patiënten vaak opgenomen in de erg kostelijke residentiële hulp.

2.23. Wij willen de middelen van de 3^e lijn op termijn trachten af te bouwen en meer investeren in de 1^e lijn. Wij zien deze afbouw over een periode van minimum 10 jaar.

2.24. De positie van psychologen in de ziekenhuizen wordt versterkt. Onze voorkeur gaat uit naar een zelfstandige positie van de ziekenhuispsycholoog analoog aan de ziekenhuisartsen. Alternatief zou een aanpassing van de nieuwe IFIC-classificatie (functieclassificaties voor de social profitsectoren) zijn. Er zijn hier immers grote problemen voor psychologen in loondienst vastgesteld: enerzijds komt de nieuwe functie-indeling niet overeen met het werk dat in de praktijk wordt uitgevoerd, anderzijds zijn er problemen met de bijhorende loonschalen.

2.25. Er moet meer ingezet worden op re-integratie in de maatschappij en dit al vanaf het begin van de begeleiding. Vrijwilligerswerk kan hierin een tussenstap zijn.

1.3. Scholen

In de **scholen** wordt momenteel nog te weinig aandacht besteed aan welzijn en mentale weerbaarheid van de leerlingen. De leerlingbegeleiders en de zorgcoördinatoren spelen hierin een cruciale rol omdat zij vaak de contactpersoon zijn voor zowel de leerkracht als de ouders en het CLB. Als tussenpersoon zijn zij geschikt om de informatiedoorstroming efficiënt te laten verlopen. Doordat leerlingenbegeleiders en zorgcoördinatoren fysiek aanwezig zijn in de scholen, zijn zij een laagdrempelig aanspreekpunt voor de leerlingen. Ten slotte hebben zowel de leerlingbegeleider als de zorgcoördinator de taak om op geregelde tijdstippen samen te zitten met de CLB medewerkers.

In de scholen wordt momenteel nog onvoldoende gesproken over hoe jongeren kunnen communiceren over hun emoties en hoe ze deze kunnen uiten. Veel leerlingen spreken niet over het welbevinden of pestgedrag op school. Dit zorgt ervoor dat ze zich afsluiten en dat dit steeds erger wordt. Ze weten niet met wie ze hierover kunnen praten en wie hen kan helpen.

Dit onderdeel telt **6 resoluties**.

2.26. We vullen de rol van leerlingenbegeleider en zorgcoördinator in door iemand die een diploma tot psycholoog, maatschappelijk werker, toegepast psycholoog of orthopedagoog is of een postgraduaat/BaNaBa zorgleraar/Zorgverbreding en/of Remediërend Leren op zak heeft naast een lerarenopleiding.

2.27. De leerlingenbegeleider en zorgcoördinator dienen maximaal de schakel te zijn tussen de diverse stakeholders (ouders, CLB, leerlingen, ...).

2.28. De overheid bundelt de "best practices" (methodieken, toegepaste cases, ...) van scholen omtrent hoe omgaan met emoties, hoe omgaan met pesten, ... en communiceert dit naar het onderwijsveld.

2.29. We zetten in op coöperatief leren (samen leren) om de leerlingen weerbaarder te maken, hun communicatieve vaardigheden te versterken en naar elkaar te leren luisteren.

2.30. In de lerarenopleiding moeten didactische methodes rond mentaal welzijn aan bod komen. Deze methodieken moeten rekening houden met leeftijds- en ontwikkelingsniveaus van kinderen. Kennisoverdracht blijft de norm. Leerkrachten die affiniteit voelen met het thema van mentaal welzijn krijgen de ruimte om dit te integreren in de lessen.

2.31. In de lerarenopleiding dient er ingezet te worden op het (h)erkennen van signalen, zodat een leerlingenbegeleider of zorgcoördinator tijdig ingezet kan worden. Wanneer iemand het mandaat van klastitularis krijgt, hoort deze persoon uit te blinken in deze vaardigheid.

1.4. Bedrijfsomgeving

In **bedrijven** wordt momenteel primair de focus gelegd op het preventieve luik wanneer het om fysieke integriteit gaat, zoals het voorkomen van arbeidsongevallen en het verbeteren van een ergonomische werkplek. Aspecten als psychisch welzijn en mentale veerkracht blijven vaker wel dan niet onderbelicht.

De preventieadviseur krijgt niet de nodige opleidingen en tools om hiermee aan de slag te gaan. Door de hoge werkdruk worden psychosociale aspecten als laatste behandeld. Dit wordt eveneens doorgetrokken naar de toekenning van budgetten.

Ten slotte mag dit geen verhaal worden van dader en slachtoffer. Bij een bore-out en burn-out is er meestal een samenloop van omstandigheden en mag er niet (exclusief) gewezen worden naar de werkgever of de werknemer.

Dit onderdeel telt **5 resoluties**.

2.32. Tijdens de basisopleiding die preventieadviseurs volgen, wordt een belangrijk luik rond (psychisch) welzijn geïmplementeerd zodat zij proactief aan de slag kunnen gaan met het thema. Hieronder verstaan we zeker de volgende (maar niet exhaustieve) lijst aan aspecten: aanpak pestgedrag, burn-out, bore-out, werkbaar werk (zware beroepen, taakrotatie, ...), flexibel werken (ploegwerk, nachtwerk, ...), wisselen van vroege naar late shift of omgekeerd (klokrotatie), work-life balance (overuren, thuiswerk, ...).

2.33. De vormingen voor een preventieadviseur moeten een verplicht karakter krijgen met afwisseling. Bijvoorbeeld: je moet minstens een opleiding rond welzijn, één rond arbeidsongevallen en één rond ergonomie per 2 jaar volgen (zelfde systeem als Code 95 voor vrachtwagenchauffeurs).

2.34. De overheid verzamelt cijfers van bedrijven die inzetten op welzijn en zet een campagne op om de (positieve) resultaten hiervan te promoten. Op deze manier maken we duidelijk dat hierop inzetten niet enkel positief is voor het welzijn van de werknemers, maar ook voor bedrijfsresultaten. De "best practices" worden, hand-in-hand met onderzoek, gebundeld in brochures. Hierbij wordt een voorbeeld genomen aan soortgelijke initiatieven in de provincie Antwerpen.

2.35. Er moet veel meer aandacht gegeven worden aan de aanpak van pesten op het werk en de gevolgen hiervan. Dit moet uitgewerkt worden in een campagne die aan de preventieadviseurs en de bedrijfsleiders wordt aangeboden. Wie de campagne volgt en concrete zaken hieromtrent uitwerkt kan hiervoor een label krijgen van "Fijne Werkplek".

2.36. Bij bore-out en burn-out moet gefocust worden op het aspect dat dit niet (exclusief) de schuld is van de werknemer of de werkgever, maar dat er samen naar een oplossing moet worden gezocht. Via de berekening van het 'verzwaard risico' wordt de preventie van arbeidsongevallen aangemoedigd. Analoog pleiten wij voor een 'verzwaard risico' door psychische aandoeningen. Vanaf het bereiken van de drempelwaarde zal een psycholoog ingeschakeld worden om mee te gaan zoeken naar de oorzaken en een oplossing.

1.5. Ethiek

In theorie bestaat euthanasie voor ondraaglijk psychisch lijden, maar het proces Tine Nys maakt dit in de praktijk bijna onmogelijk. Artsen durven zich sindsdien amper wagen aan een positief advies of de uitvoering ervan, uit angst voor juridische represailles.

Dit onderdeel telt **3 resoluties**.

2.37. We pleiten voor het recht op euthanasie voor ondraaglijk psychisch lijden, mits volgende punten eveneens geïntegreerd worden.

2.38. Er is een degelijk wettelijk kader nodig voor euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden. De huisarts is hierin een centrale speler om het overzicht te behouden over het aantal en duur van de behandelingen. We laten euthanasie voor ondraaglijk psychisch enkel toe wanneer alle hulpbronnen zijn uitgeput. We rationaliseren wanneer deze grens bereikt is, zowel qua duur, aantal (en soort) doorlopen therapievormen als qua specifieke problematiek/klachten. Experts moeten zich daarom buigen over de vraag wanneer alle hulpbronnen zijn uitgeput. Het juridisch kader dat zij hiervoor opstellen moet dit "meetbaar" maken.

2.39. Een zorgvolmacht voor euthanasie bij dementie is momenteel maar 5 jaar geldig. Wij willen dit levenslang maken.

Thema 2: Preventie

2.1. Algemene situering

Ons voornaamste uitgangspunt voor dit onderdeel is kort samen te vatten met een citaat van N-VA voorzitter Bart De Wever: "Elke euro die je in preventie investeert, levert er op den duur twee op". Preventie is immers gebaseerd op het principe dat voorkomen beter is dan genezen. Met onze voorstellen beogen we menselijk leed en onnodige kosten maximaal te voorkomen. We streven naar een beleid dat fundamenteel menslievend en efficiënt is, telkens vanuit een invalshoek die evidence-based is.

Dit onderdeel telt **1 resolutie**.

2.40. Inzetten op primaire preventie betekent een besparing op lange(re) termijn. We zetten maximaal in op primaire preventie door de budgetten te verhogen. Uiteraard gaan deze middelen naar evidence-based technieken en instanties die op basis daarvan werken.

2.2. Media

Het voornaamste vehikel om aan primaire preventie te doen, zijn en blijven onze (sociale) media. Van televisiespotjes, praatprogramma's, Instagram- en Facebookposts tot krantenartikels: met diverse kanalen en aangepaste boodschappen bereiken we een zo groot mogelijk aantal mensen.

Dit onderdeel telt **4 resoluties**.

2.41. De media spelen een belangrijke rol in de beeldvorming. Ook in het geval van fictie steken TV-makers een tandje bij om een correct beeld van een psychisch/psychiatrisch traject te schetsen, wanneer de verhaallijn dat uiteraard toelaat. Hiervoor wordt een directe lijn gelegd met (een) erkende eerste, tweede en derdelijnsinstantie(s).

2.42. We verlagen de drempel om aangifte te doen voor (psychisch) geweld en het volgen van een ondersteunend psychologisch traject door BV's en andere rolmodellen te laten getuigen die zelf in aanraking kwamen met (psychisch) geweld en psychische problemen.

2.43. We pleiten voor gedegen onderzoek naar potentieel copycat-effect en hoe mediaraapportage dit effect kan versterken of doen afzwakken (verkrachting, automutilatie, ...). Als blijkt dat hier sprake van is, dan worden richtlijnen opgesteld omtrent berichtgeving, naar voorbeeld van de richtlijnen die de Zelfmoordlijn1813 uitschrijft.

2.44. We leggen een extra focus op moeilijk te bereiken groepen of groepen met een hogere prevalentie (mensen met niet-Belgische roots, al dan niet enkele generaties in dit land, regenbooggemeenschap, ...). Er wordt binnen minderheidsgroepen actief gezocht naar mensen met een bepaalde aankijk/status om hen te betrekken in (al dan niet lokale) campagnes.

2.3. Opleiding

Uit internationaal onderzoek blijkt dat Vlamingen niet snel beroep doen op psychische hulpverlening, weinig probleemoplossende vaardigheden hebben en weinig praten over wat hen dwars zit. Zowel kennis als (ruimte hebben om te) experimenteren kunnen taboedoorbrekend zijn. Dit onderdeel concentreert zich op kennisoverdracht, enerzijds vanuit het oogpunt van de zender, anderzijds die van de ontvanger.

Dit onderdeel telt **4 resoluties**.

2.45. Nog steeds naar voorbeeld van de Zelfmoordlijn1813 versterken we de samenwerking tussen opleidingen die kaderen binnen de (geestelijke) gezondheidszorg en diensten die (grotendeels) gebaseerd zijn op vrijwilligerswerk. Dit kan de vorm aannemen van een keuzevak, een gastcollege, een uitstap, ...

2.46. Voor het behalen van eender welk attest in het jeugdwerk, uitgereikt door de Vlaamse gemeenschap, moet er ook een basiskennis zijn van het vlaggensysteem (voor

het inschatten van seksueel adequaat of overschrijdend gedrag) van Sensoa. Dit komt ook (beknopt) aan bod in andere opleidingen gericht op het werken met kinderen.

2.47. We versterken assertiviteit en sociale vermogens bij jongeren door dit vlaggensysteem te vertalen naar hapklare informatie, aangepast aan hun leeftijd. Dit systeem wordt geïntegreerd in de lessen seksuele opvoeding. Zo stimuleren we jongeren om niet enkel bij de fysieke, maar ook bij de psychische gevolgen van seksuele handelingen stil te staan en verminderen we seksueel grensoverschrijdend gedrag.

2.48. We integreren een vak als L.E.F. (een algemeen vormend vak omtrent Levensbeschouwing, Ethiek en Filosofie) in het curriculum of organiseren informatieve namiddagen waarbij hulpverleners uit de regio informatie geven omtrent hun vakgebied en manier van werken. Dit geeft de mogelijkheid om naast filosofische en levensbeschouwelijke thema's ook psychisch welzijn aan te snijden. Er kan informatie gegeven worden over bepaalde problematieken (denk aan veel voorkomende zaken als depressie, maar ook middelengebruik), de impact op het fysieke en psychische functioneren en een uitwisseling over plaatsvinden om het taboe rond deze gevoelige thema's te doorbreken.

2.4. Eenzaamheid

Uit onderzoek blijkt dat 1 op 2 Belgen zich regelmatig eenzaam voelt. Bij bepaalde specifieke groepen, zoals jongeren en ouderen, blijkt dat cijfer gemiddeld hoger te liggen. Dit cijfer heeft een belangrijk impact op het welzijn, zowel fysiek als psychisch, en is een belangrijke factor voor het hoge aantal zelfmoorden waar we mee kampen.

Dit onderdeel telt **4 resoluties**.

2.49. Woonzorgcentra denken na over hoe ze bewoners op een creatieve manier met elkaar in contact kunnen laten treden. Een belangrijke rol hiervoor is weggelegd voor de animator.

2.50. Dieren kunnen een belangrijke rol spelen in de strijd tegen eenzaamheid. Initiatieven als Villa Samson (waarbij dieren langsgaan bij bewoners) worden financieel ondersteund. Mensen in serviceflats mogen dieren houden, mits dit niet voor overlast zorgt voor andere bewoners.

2.51. Thuiswonende ouderen voelen zich een pak minder eenzaam dan zij die in zorgcentra wonen. We stimuleren maximaal zo lang mogelijk zelfstandig wonen en zetten meer in op hulp-aan-huis dan de rusthuiscapaciteit te vergroten.

2.52. Jongeren die actief zijn bij een jeugdbeweging, een (sociale) hobby hebben en als vrijwilliger aan de slag gaan zijn gemiddeld veel minder eenzaam dan leeftijdsgenoten die zich hier niet in verdiepen. Lokale overheden organiseren in samenwerking met scholen één of enkele namiddagen per jaar waar jongeren kennis kunnen maken met bovenvermelde tijdsbestedingen.

2.5. Welzijn binnen woonzorgcentra

Het mentaal welzijn binnen de woonzorgcentra (WZC) is een problematiek met vele facetten. Onder geïnstitutionaliseerde ouderen ligt het gebruik van antidepressiva erg hoog. De psycholeptica staan op plaats een met 68% gevolgd door de laxativa met 50%. De top drie wordt vervolledigd door antidepressiva 46%. Dit is dubbel zo hoog als het thuisgebruik. Polyfarmacie, het gebruik van vijf of meer geneesmiddelen per dag, is eerder de regel dan de uitzondering. Als we kijken naar de Vlaamse suïcidecijfers van 2017 valt het op dat een op vier ouder is dan 65j (23% mannen en 25,6% vrouwen).

Dit onderdeel telt **3 resoluties**.

2.53. Polyfarmacie bij geïnstitutionaliseerde ouderen is te vaak de norm. Medicatie wordt te courant opgestart en achteraf niet meer geëvalueerd. Denk maar aan slaapmedicatie en het hieraan gekoppeld valrisico. Jong N-VA pleit ervoor om een 6 maandelijks systematisch overleg te hebben tussen de apotheker, Coördinerend en Raadgevend Arts (CRA) en verpleegkundige om deze problematiek te bespreken. Vanuit het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid worden hiervoor budgetten vrijgemaakt.

2.54. Het personeel binnen de woonzorgcentra (WZC) heeft meer tijd nodig om effectief in gesprek te gaan met de bewoners. Want zorg is veel meer dan alleen het fysieke aspect. Vanuit de overheid moet er ondersteuning komen om enerzijds de personeelsnorm te verhogen, anderzijds moet men ook inzetten op het kleinschalig wonen waarbij bewoners in kleinere leefgroepen verblijven met vast personeel om zo een vertrouwensband op te bouwen. Zo kunnen instellingen deel worden van de buurt zoals bepaald in het WZC decreet.

2.55. Het valt op dat specifieke expertise niet in elke instelling aanwezig is (bvb: jongdementie). Binnen het Vlaams zorglandschap heb je sinds vorig jaar de eerstelijnszones (ELZ). Hierbij moet men extra ondersteuning krijgen van lokale besturen om structurele samenwerking te promoten met de ziekenhuisnetwerken. Ook zal er moeten worden ingezet in het delen van specialisaties tussen elk WZC.

2.6. Primaire en tertiaire preventie bij verslaving

In Vlaanderen zijn er reeds verschillende initiatieven die zich inzetten omtrent het ruimere thema "verslavingen". Op jonge leeftijd komen onze Vlaamse jongeren al in contact met verslavende middelen als alcohol, drugs, sigaretten en gokken. We merken dat zeker alcohol en sigaretten een deel van onze cultuur zijn geworden. Het is in de mode om eens een glaasje te veel te drinken, maar ook drugs gebruiken is voor veel Vlamingen genormaliseerd. Jongeren zijn nog onvoldoende op de hoogte van de effecten die verslavende middelen kunnen hebben, zowel op korte als lange termijn.

Dit onderdeel telt **5 resoluties**.

2.56. We zetten meer in op campagnes om te sensibiliseren en hapklare informatie te geven omtrent dit thema aan de gehele bevolking.

2.57. We promoten initiatieven als de DrugLijn, Cannabishulp en Alcoholhulp. Deze bijzonder nuttige infokanalen dienen breder bekend gemaakt te worden in onze samenleving.

2.58. Wij zijn van mening dat elk evenement zichtbaar dient in te zetten op preventie. Elk evenement dient rekening te houden met het welzijn en de gezondheid van hun gasten. Dit kan de vorm aannemen van het voorzien van alcoholvrije alternatieven (mocktails, bier 0%) en het ter beschikking stellen van alcoholtesten. Op evenementen met luide muziek of geluiden moeten er verplicht oordopjes aangeboden worden op een zichtbare plaats zoals de kassa.

2.59. We zijn voorstander van het jaarlijks uitkeren, door hogescholen en universiteiten, van een budget aan de studentenkoepels die werken rond preventie bij verslavingen.

Zo kunnen zij bijvoorbeeld een spreker uitnodigen omtrent het thema verslavingen en/of verslavende middelen.

2.60. We maken het principe van spuitenruil en pill testing bekend bij een breder publiek. Spuitenruil heeft als doel om de schade te beperken wanneer mensen drugs injecteren, zoals het voorkomen van aids door een spuit te laten rondgaan. Daarnaast is het geven van psycho-educatie (één of enkele sessies over wat een probleem inhoudt, waar het uit ontstaat en wat eraan te doen) aan deze kwetsbare groepen een doelstelling. Op deze manier komen deze kwetsbare groepen in contact met lokale initiatieven en kan er ingezet worden op een re-integratie in onze maatschappij.

Thema 3: Verslaving

3.1. Hospitalisatie

Tot op heden bieden hospitalisatieverzekeringen geen tussenkomst wanneer men opgenomen wordt omwille van een zelfmoordpoging, alcoholisme, toxicomanie of misbruik van geneesmiddelen. Als maatschappij zetten we in op een actieve en geïntegreerde bevolking. Helaas is preventie, therapie of behandeling geen waterdichte garantie op succes, is de weg naar hulpverlening moeilijk te vinden en kunnen hoger genoemde aspecten nog steeds voorkomen.

Dit onderdeel telt **2 resoluties**.

2.61. We zijn van mening dat hospitalisatieverzekeringen verplicht dienen tussen te komen in de kosten van een zelfmoordpoging.

2.62. We zijn van mening dat hospitalisatieverzekeringen verplicht dienen tussen te komen in de kosten van een alcoholisme, toxicomanie en verslaving aan geneesmiddelen.

3.2. Psychiatrische- en ziekenhuisopnames omwille van middelenmisbruik

Psychiatrische- en ziekenhuisopnames zijn veelvoorkomend in Vlaanderen. Ook op onze spoeddiensten zien we een hoog aantal patiënten met psychische, mentale en/of sociale problemen. Verder is ook overmatig alcoholgebruik een nog (te) veelvoorkomende opnamereden, zowel bij jongeren, (jong)volwassenen als bij ouderen.

Ondanks de inspanningen in het kader van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg, zien we dat het aantal opnamedagen in psychiatrische instellingen tussen 2000 en 2016 sterk

toegenomen is. Verder zijn de ongeplande heropnames binnen de 30 dagen na een eerdere opname in een psychiatrische instelling toegenomen. Dit kan wijzen op een vroegtijdig ontslag, maar vermoedelijk nog meer op een gebrek aan continuïteit van de zorg en de lange wachtlijsten.

Ook in 2020 vonden er heel wat orgaantransplantaties plaats. De kosten van deze operatie worden verdeeld tussen het RIZIV, de patiënt en de eventuele hospitalisatieverzekering. Momenteel wordt er een levertransplantatie uitgevoerd bij mensen die minstens 6 maanden volledig alcoholvrij zijn en bij wie een psychologische evaluatie uitwijst dat het risico op herval miniem is. Toch merken we op dat na een orgaantransplantatie, er geen verplichte nazorg is en er een herval in oude gewoontes is. Er worden slechts enkele aspecten afgeraden na een orgaantransplantatie zoals roken en het gebruik van alcohol.

Dit onderdeel telt **4 resoluties**.

2.63. We zijn van mening dat elk (psychiatrisch) ziekenhuis in Vlaanderen via hetzelfde platform zoals hoger vermeld info dient te delen. Op deze manier is er een transparante werking mogelijk en zijn (psychiatrische) ziekenhuizen, maar ook ambulante/mobiele hulpverlening, steeds op de hoogte omtrent de reeds gevolgde therapieën of behandelingen.

2.64. We zetten in op laagdrempelige, ambulante en mobiele hulpverlening, zodat een naadloze overgang van residentiële zorg naar mobiel/ambulante zorg mogelijk is, herval beperkt wordt en wachtlijsten minder lang zijn. Op deze manier wordt de kans op herval significant verkleind.

2.65. In het geval van meer dan één spoedopname omwille van overconsumptie van verslavende middelen in een algemeen ziekenhuis, wordt een psycholoog aangesteld om een gesprek met de patiënt aan te gaan. Op deze manier kan deze psycholoog de noden van de patiënt inschatten en indien nodig doorverwijzen naar de geschikte mobiele/ambulante hulpverlening.

2.66. Wanneer er een orgaantransplantatie plaatsvindt omwille van een vorm van middelenmisbruik, dient er verplichte nazorg aanwezig te zijn.

3.3. Alcohol, drugs en gokken

Alcohol consumeren op restaurant, café of thuis is een vanzelfsprekendheid in onze cultuur. Een glaasje en andere verslavende middelen als drugs, gokken en sigaretten brengen nochtans heel wat negatieve effecten met zich mee. Het kost de overheid handenvol geld door bijvoorbeeld verkeersongevallen, maar ook de daarmee gelinkte gezondheidsproblemen zoals kanker en orgaanfalen leveren een hoge factuur op.

Het is wetenschappelijk bewezen dat de hersenen zich ontwikkelen tot de leeftijd van 25 jaar. Door het (overmatig) gebruiken van deze middelen zullen bepaalde functies als zelfcontrole, doelgericht handelen, redeneren en problemen oplossen moeilijker verlopen of uitgeschakeld worden. Momenteel ligt de leeftijd voor het verkopen, schenken of aanbieden van alcohol op 16 jaar en het verkopen en schenken of aanbieden van sterke dranken op 18 jaar. Verder mogen dranken die ter plekke op restaurant of op café geconsumeerd worden ongeacht of ze alcohol bevatten aan 21% btw aangerekend worden.

Niet alleen alcohol of drugs hebben een roeseffect, ook gokken heeft dit. Momenteel is de leeftijd om een casino te mogen betreden 21 jaar. De leeftijd om een wedkantoor te betreden ligt dan weer op 18 jaar.

Gebruiksruimten hebben als doel om de overlast reduceren én zorgen voor gezondheidsbevordering. Op deze manier kan er controle uitgeoefend worden, kan er ingezet worden op resocialisatie en verbetering van de leefomstandigheden.

Dit onderdeel telt **9 resoluties**.

2.67. We verlagen de btw bij het consumeren van non-alcoholische dranken op restaurant of op café naar 6%.

2.68. We opteren voor een einde te maken aan het verkopen van koude alcoholische dranken in tankstations. Op deze manier ontmoedigen we drinken achter het stuur.

2.69. We verhogen de leeftijd van gokken naar 21 jaar, zowel gokkantoren als online.

2.70. Wanneer men een verkeersongeval veroorzaakt onder invloed van alcohol of drugs, zal er naast de straf opgenomen in het strafwetboek ook een sensibiliserende straf opgelegd worden.

2.71. In het geval van positieve test bij een alcohol- of drugscontrole, kan de bestuurder de keuze maken tussen een soortgelijk traject of een inkomensafhankelijke boete.

2.72. Wanneer iemand een vluchtmisdrijf pleegt na een verkeersongeval en onder invloed was, dan kan er door een rechter een werkstraf opgelegd worden die verband houdt met het vluchtmisdrijf, zoals vrijwilligerswerk doen in een revalidatiecentrum.

2.73. We maken gebruik van gebruiksruidtes als geïntegreerde voorzieningen of buurthuizen (zie hoger). Dit betekent dat er op deze locatie ook andere hulp, ondersteuning en zorg aangeboden zal worden door zorgkundigen als psychologen, maatschappelijk werkers en soortgelijke profielen.

2.74. We verhogen de leeftijd om tabaksproducten aan te kopen naar 21 jaar. Vapen blijft toegestaan vanaf 18 jaar, daar dit een gezonder alternatief is.

2.75. We maken gebruik van nudging en andere evidence-based middelen om verslaving tegen te gaan. We gaan hierbij niet blind te werk, maar baseren ons op onderzoek om gedrag geleidelijk aan en onbewust te sturen.

Bibliografie

Introductie. World Health Organisation. (2009). Improving health systems and services for mental health. Geraadpleegd op 1 november 2020 via

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44219/9789241598774_eng.pdf?sequence=1

Introductie. OECD. (2017). Hospital beds. Geraadpleegd op 1 november 2020 via

<https://data.oecd.org/chart/5Aj>

2.7. De Ambrassade. (2021). Q&A: API's in het jeugdwerk. Geraadpleegd op 1 november 2020 via <https://ambrassade.be/nl/kennis/artikel/q-a-api-s-in-het-jeugdwerk>

2.13. Koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen, BS 14 november 1967.

2.14. Wet van 10 mei 2015: Gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, BS 18 juni 2015.

2.26. Onderwijskiezer. (2021). Zorgleerkracht- Zorgcoördinator. Geraadpleegd op 1 november 2020 via

https://www.onderwijskiezer.be/v2/beroepen/beroep_detail.php?beroep=1479

2.26. Eerste hulp voor starters. (2016). Zorgverleners. Geraadpleegd op 1 november 2020 via <http://eerstehulpvoorstarters.weebly.com/zorgverleners.html>

2.34. AP Hogeschool Veiligheidsinstituut. (z.d.). Publicaties. Geraadpleegd op 1 november 2020 via <https://www.provincieantwerpen.be/aanbod/doe/pvi/publicaties.html>

2.61. en 2.62. Federale Verzekering. (z.d.). Collectieve hospitalisatieverzekering. Geraadpleegd op 1 november 2020 via [https://www.federale.be/docs/default-source/default-document-library/ipid/5130315-10-\(ipid-f-care-nl\).pdf?sfvrsn=6b9f7fd7_10](https://www.federale.be/docs/default-source/default-document-library/ipid/5130315-10-(ipid-f-care-nl).pdf?sfvrsn=6b9f7fd7_10)

2.67. Horeca Vlaanderen. (2021). Aanpassing btw-tarieven voor hotel- en logiesuitbaters. Geraadpleegd op 1 november 2020 via

<https://www.horecavlaanderen.be/nieuws/2021/aanpassing-btw-tarieven-voor-hotel-en-logiesuitbaters>

2.67. Horeca Vlaanderen. (2021). BTW-verlaging. Geraadpleegd op 1 november 2020 via <https://www.horecavlaanderen.be/corona-info#:~:text=vanaf%208%20juni%202020%20tot,dan%200%2C5%20%25%20vol.>

2.67. Meesters. (2020). Welke btw tarieven zijn van toepassing in de horeca? <https://meesters.be/btw-horeca-2/>

2.73 VAD. (2014). Gebruiksruimtes: visie vanuit het gezondheidsperspectief. Definitie, doelstellingen, modaliteiten. Geraadpleegd op 1 november 2020 via <https://www.vad.be/assets/2491>

2.73. Belspo. (2018). Haalbaarheidsstudie van druggebruiksruimtes in België. Geraadpleegd op 1 november 2020 via

http://www.belspo.be/belspo/fedra/DR/DR78_DRUGROOM_summary2018_nl.pdf

2.74. Vlaanderen. (z.d.) Rookverbod en regels voor verkoop van rookwaren. Geraadpleegd op 1 november 2020 via <https://www.vlaanderen.be/rookverbod-en-regels-voor-verkoop-van-rookwaren>

2.74. Alles over Kanker. (2020). Is de e-sigaret met nicotine een gezond(er) alternatief voor de gewone sigaret? Geraadpleegd op 1 november 2020 via

<https://www.allesoverkanker.be/zijn-e-sigaretten-een-gezonder-alternatief#:~:text=Bij%20een%20e%2Dsigaret%20vindt,daarom%20nog%20geen%20gezoge%20product>

2.74. Volksgezondheid en Zorg. (2019). Internationale vergelijking alcoholgebruik onder jongeren. Geraadpleegd op 1 november 2020 via

<https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/alcoholgebruik/regionaal-internationaal/internationaal#node-internationale-vergelijking-alcoholgebruik-onder-jongeren>

Afkortingenlijst

World Health Organisation	WHO
Geestelijke Gezondheidszorg	GGZ
Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg	CGG
Woonzorgcentra	WZC
Coördinerend en Raadgevend Arts	CRA
Centrum voor Leerlingenbegeleiding	CLB