

COMMISSION SPÉCIALE CHARGÉE D'EXAMINER LA GESTION DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 PAR LA BELGIQUE

du

VENDREDI 12 MARS 2021

Après-midi

BIJZONDERE COMMISSIE BELAST MET HET ONDERZOEK NAAR DE AANPAK VAN DE COVID-19-EPIDEMIE DOOR BELGIË

van

VRIJDAG 12 MAART 2021

Namiddag

De openbare commissievergadering wordt geopend om 13.37 uur en voorgezeten door de heer Robby De Caluwé.

La réunion publique de commission est ouverte à 13 h 37 et présidée par M. Robby De Caluwé.

Hoorzitting met

- mevrouw **An-Rose Vandewinckele**, algemeen directeur CAW, Antwerpen;

- mevrouw **Tine Daeseleire** mevrouw **Marieke Impens**, *The Human Link*;

- de heer **Tom Van Daele**, directeur **Te Gek!? - vzw Steunpunt geestelijke gezondheid**.

Audition de

- Mme **An-Rose Vandewinckele**, directrice générale CAW, Anvers;

- Mme **Tine Daeseleire**, *The Human Link*;

- M. **Tom Van Daele**, directeur du **Te Gek!? - vzw Steunpunt geestelijke gezondheid**.

De **voorzitter**: We hebben vandaag al een boeiende voormiddag achter de rug en eigenlijk gaan we een beetje verder met hetzelfde onderwerp, namelijk de geestelijke gezondheid.

Wij hebben drie organisaties bij ons. Ik verwelkom mevrouw Vandewinckele, algemeen directeur van CAW Antwerpen, via Zoom.

De dames Daeseleire en Impens van The Human Link zijn fysiek aanwezig hier in Brussel. Ook hen heet ik welkom.

Ten slotte verwelkom ik eveneens via Zoom Tom Van Daele, directeur van het Steunpunt geestelijke gezondheidszorg Vlaanderen.

Jullie hebben vooraf heel veel vragen gekregen van de Parlementsleden, die jullie ook heel uitgebreid hebben beantwoord, waarvoor hartelijk dank. De Parlementsleden hebben die antwoorden uiteraard nog maar net gekregen en gisteren was

er ook een late plenaire vergadering. Daarom vermoed ik dat niet iedereen al alles heeft kunnen lezen. Als een aantal vragen zouden terugkeren, is dat daaraan te wijten, maar u kunt dan gerust verwijzen naar uw schriftelijke antwoorden.

We hebben een vrij strakke timing, want om 16.30 uur komt al onze volgende gast. Ik zou vooral aan de Parlementsleden willen vragen om rekening te houden met die timing.

Ik geef jullie graag de tijd om een korte inleiding te geven. Daarna zullen de Parlementsleden het woord krijgen om eventueel bijkomende vragen te stellen. Ik zal eerst alle Parlementsleden aan het woord laten, zodat jullie gegroepeerd kunnen antwoorden.

Ik geef graag eerst het woord aan mevrouw Vandewinckele, algemeen directeur van CAW Antwerpen.

An-Rose Vandewinckele: Mijnheer de voorzitter, wij hebben gisteren ook een uitgebreide presentatie gegeven met hopelijk heel wat antwoorden op vragen die u hebt gesteld. De presentatie gaf enig inzicht in wat het CAW allemaal doet en vooral ook in de acties die wij hebben ondernomen in de verschillende werkingen en naar de verschillende doelgroepen.

Indien daarover straks nog bijkomende vragen zijn, hoor ik ze graag.

Ik zal nu even kort inzoomen op wat het CAW doet en op onze belangrijkste bevindingen in het hele covidgebeuren alsook op wat op langere termijn voor ons belangrijke aanbevelingen zijn, die wij hier in het huidige forum naar voren willen brengen.

Het CAW biedt hulp bij alle welzijnsvragen voor alle burgers in Vlaanderen en Brussel. Wij zijn

samengesteld uit elf CAW's in Vlaanderen en Brussel. Wij zijn gegroepeerd in een CAW Groep met een directeur. Wij hebben ongeveer 2.677 medewerkers in dienst en hebben bijna evenveel vrijwilligers aan boord in onze werkingen. Wij bereikten ongeveer 110.000 cliënten in 2020 in kortdurende of langdurende trajecten. Wij zitten ongeveer fiftyfifty qua vrouw-manbenadering in het bereik van cliënten. Toch bijna een vierde van ons cliënteel situeert zich binnen de groep van jongvolwassenen van 12- tot 25-jarigen.

Wat doen wij? Algemeen hebben wij een welzijnsopdracht naar iedereen, volwassenen en jongeren. Uiteraard ligt daarbij de focus op de meest kwetsbaren. Wij proberen burgers te helpen bij vragen en problemen rond welzijn. Wij proberen ook hun mogelijkheden te versterken. Het benutten van basisrechten is daarbij belangrijk, namelijk ervoor zorgen dat iedereen die basisrechten kan krijgen. Wij komen op voor een menswaardig leven voor iedereen. Uiteraard bestrijden wij daarbij elke uitsluiting.

Wie zijn de meest kwetsbare doelgroepen waarop wij ons altijd focussen? Dat zijn de dak- en thuislozen, slachtoffers van geweld in het algemeen en van familiaal geweld, kinderen, jongeren en jongvolwassenen en personen in de transitieleeftijd, alleenstaanden, die een steeds groter wordende groep vormen, laaggeletterden, kortgeschoolden, digitaal ongeletterde personen en sowieso heel vaak economisch zwakkere mensen en burgers met heel wat financiële problemen alsook een aanzienlijk bereik van mensen met een andere culturele achtergrond.

In het voorbije coronajaar hebben ook wij expliciet nieuwe groepen bij ons weten te ontvangen, zoals kleine zelfstandigen, mensen uit de vrijetijd- en culturele sector maar ook doorsneegezinnen die door het wegvallen van een of meerdere inkomens in een kwetsbare situatie terecht kwamen.

Dat waren soms heel schrijnende verhalen van mensen die nooit hadden gedacht dat zij ooit de weg naar onze werking zouden moeten vinden.

Bij het mentaal welzijn werken wij altijd op een veelheid aan thema's: zich goed voelen, relatie, gezin, administratie, geld, slachtoffer-daderschap, wonen, werk en vrije tijd, migratie, gezondheid en jongeren. In die hoeveelheid van thema's proberen wij algemeen een heel toegankelijk verhaal te realiseren zodat mensen heel basic bij ons terecht kunnen voor eerste informatie, advies en korte hulp. Wij hebben ook een aantal inloopcentra voor dak- en thuislozen bijvoorbeeld. Indien meer nodig is, kunnen wij mensen ook verder begeleiden in al wat meer gespecialiseerde hulpverlening. Wij

hebben ook crisishulp voor plus 18-jarigen en min 18-jarigen. Wij hebben ook heel wat residentiële opvang binnen die thema's van familiaal geweld, dak- en thuisloosheid maar ook voor jongeren in algemene crisisopvang. Wij proberen in alle deze thema's en naar alle doelgroepen preventief te werken.

Wat zijn acties tijdens de coronacrisis? Hoe hebben wij dat aangepakt? In de uitgebreidere presentatie vindt u heel gedetailleerd naar alle doelgroepen specifieke acties en onze ervaringen ter zake alsook onze aanbevelingen. Ik focus mij hier dus op de belangrijkste.

Voor ons heel belangrijk van bij de aanvang is dat wij hebben geprobeerd voor honderd procent te blijven voortwerken. Zelfs tijdens de eerste lockdown hebben wij geprobeerd ons massaal te heroriënteren naar digitale hulpverlening, zoals beeldbellen, verschillende chats en telefonische hulpverlening. Wij hebben echt geprobeerd het contact met onze cliënten niet te verliezen en hen op een andere manier te ondersteunen. Wij hebben ook snel onze chatpermanentie verruimd in uren en ervoor gezorgd dat onze mailreactie up-to-date was. Ons gratis 0800-telefoonnummer hebben wij geprobeerd extra te bemannen. Wij hebben voor de specifieke groep van gedetineerden ook een 0800-nummer geïnstalleerd.

Na de eerste versoepelingen midden april 2020, zijn wij heel snel overgeschakeld naar opnieuw face-to-face gesprekken met cliënten en naar het 'aantrekken' van nieuwe potentiële cliënten. Wij hebben toen de deuren van onze lageonthaalplekken opnieuw geopend, wat heel belangrijk is gebleken, zeker omdat wij merkten dat in die fase en zelfs nog altijd tot op vandaag sommige diensten heel veel op afspraak werkten en werken en enkel onlinedienstverlening aanboden en aanbieden.

Dat is voor heel wat kwetsbare mensen zeer hoogdrempelig om in te stappen.

In al onze residentiële werkingen in onze opvang voor dak- en thuislozen, voor intrafamiliaal geweld, voor jongeren, zijn wij vanaf dag 1 open gebleven. Wij hebben geprobeerd om ons coronaproof te organiseren. Wij hebben ook alle mogelijke middelen en creativiteit ingezet om onze medewerkers zo optimaal mogelijk te beschermen. Wij hebben ook zelf beschermingsmateriaal gemaakt. In de aanvangsperiode was dat nog zo. Wij hebben zelf mondmaskers gemaakt.

Wij hebben ook heel veel beroep kunnen doen op giften van lokale bedrijven en ons eigen netwerk.

Er was zeer veel solidariteit waarop wij konden rekenen. Dat heeft onze medewerkers en ons als organisatie ook heel erg gesterkt in het realiseren van die opdracht.

Wij hebben ook onze beveiligde opvang verruimd. Eerlijk gezegd, wij moesten eigenlijk buiten de lijntjes kleuren. Wij kregen niet alles conform de VIPA-regels of GDPR-proof georganiseerd in die periode, maar wij hebben wel echt geprobeerd om 100 % de kaart van onze kwetsbare cliënten te trekken.

Een tweede belangrijke element dat wij uit corona halen, is dat de samenwerking met anderen, ook met heel veel nieuwe contacten, organisaties, lokale besturen heel cruciaal is gebleken. Wij hebben onder andere in april en mei zelf een back-up gerealiseerd voor teleonthaal, dat toen door de overheid naar voren werd geschoven. We hebben ook met heel veel lokale besturen intensief samengewerkt om op zoek te gaan naar andere locaties om onze inloop coronaproof te organiseren, maar ook voor maaltijdbedeling en voedselhulp hebben we geprobeerd om samen met alle actoren de handen in elkaar te slaan.

Ook met het netwerk van apothekers, huisartsen en de sociale diensten van de ziekenhuizen hebben wij zeer sterk geïnvesteerd in samenwerking, net zoals met PlantTroost, het psychosociaal aanbod, nabestaanden van COVID-19-overledenen, heel veel initiatieven binnen de retailsector, het Rode Kruis. We hebben ook geprobeerd om heel outreachend en vindplaatsgericht te werken, onder andere met Samenlevingsopbouw, maar die samenwerking stond voor ons heel erg centraal in de gezamenlijk opdracht en uitdaging die corona met zich meebracht.

Wat zijn onze aanbevelingen voor die toekomst, vanuit onze ervaringen? Alle burgers van dit land weten dat als men ziek is, men naar de huisarts kan. Als het dringender is, kan men naar spoed. Ik denk dat onze samenleving zodanig geëvolueerd is dat we het aan onszelf verschuldigd zijn om een vergelijkbaar aanbod uit te bouwen voor het mentale en psychosociale welzijn, zoals we dat nu zo performant georganiseerd hebben voor het hele gezondheidsgebeuren.

Wij zijn er zelf ook van overtuigd dat de intersectorale samenwerking en de multidisciplinaire aanpak in een geestelijke gezondheidscontinuüm heel belangrijk zijn. Ik denk dat niemand er baat bij heeft om in een versnipperd landschap te werken. De samenwerking en de complementariteit van deskundigheden zijn voor ons zeer belangrijk. Dat continuüm, dat gaat van

preventie tot nazorg, is voor heel belangrijk. Men begint aan de basis vanuit zelfzorg met burgers en men bouwt gaandeweg een noodzakelijk gespecialiseerder aanbod, maar in die brede onderlaag kan men zelf al heel wat ondervangen en mensen echt wel ondersteunen bij de zorgen waar ze mee zitten.

Voor ons is ook het principe belangrijk om het geestelijk gezondheidsaanbod heel herkenbaar en heel toegankelijk te maken voor alle burgers. Wij hebben bijvoorbeeld gemerkt dat er door COVID-19 veel meer eenheid van commando is gekomen rond boodschappen vanuit de overheid. Zo werden bijvoorbeeld de onthaalnummers van Tele-Onthaal en Awel heel duidelijk in the picture gezet, wat heeft geresulteerd in een groter aantal oproepen.

Wij denken dat het heel belangrijk is om heel helder, en vaak ook gespecialiseerd, te communiceren naar mensen. Men mag naast een algemeen Tele-Onthaal of een Awel voor jongeren ook wel een 1712 hebben, dat een veel meer gespecialiseerde insteek heeft. Ik denk dat burgers nood hebben aan heel heldere communicatie over de hulpbronnen die ze voor bepaalde mentale issues kunnen inzetten.

De geïntegreerde zorg is voor ons ook wel een aanbeveling. Het gaat over die samenwerking en op het niveau van de eerstelijnszones. Daarop zijn we nu in Vlaanderen georganiseerd. Die hebben volgens ons zeer veel potentieel om heel lokaal een heel performante samenwerking en aanbod uit te bouwen. Dat vraagt uiteraard ook een meer geïntegreerd beleid op de verschillende niveaus in ons land.

Wat voor ons ook belangrijk is, is om voldoende preventieve sporen uit te bouwen in een GGZ-aanbod om ook die meer gespecialiseerde zorg maximaal te kunnen vermijden. Tegelijkertijd vinden wij het ook heel belangrijk dat die meer gespecialiseerde hulp performant en voldoende wordt uitgebouwd. Wij moeten nu immers heel vaak heel veel mensen doorverwijzen omdat de problematiek te ernstig is. We hebben dan zelf ook een probleem om mensen door te verwijzen omwille van de te lange wachtlijsten. De doorstroommogelijkheid moet dus worden ingebouwd.

Het GGZ-aanbod via eerstelijnswork en de CAW's en andere actoren versterken en de wachtlijsten in het gespecialiseerde GGZ-aanbod wegwerken, zijn ook belangrijke aanbevelingen.

Tot slot, op Vlaams niveau hebben wij een Geïntegreerd Breed Onthaal dat toegang biedt tot

de belangrijkste laagdrempelige eerstelijns-voorzieningen. Dat is belangrijk voor een eerste detectie van kwetsbare doelgroepen, voor het bepalen van de aanpak en voor de analyse van de situatie waarin mensen zitten om de psychosociale kwetsbaarheid te kunnen meten en verder gerichte actie te kunnen ondernemen.

De samenwerking tussen lokale welzijns- en gezondheidsactoren is voor ons heel belangrijk. Wij zijn daaromtrent lokaal ook heel wat pilootprojecten aan het opzetten. Die samenwerking verloopt tot ieders tevredenheid, dus zij dient zeker verder te worden uitgebouwd.

Corona heeft zeker ook de *blended* hulpverlening gestimuleerd. Wij blijven zeer veel face-to-facecontacten hebben, maar de *blended* hulpverlening en de digitale contacten willen wij zeker vasthouden in de toekomst. Wij willen zeer expliciet vragen dat in een volgende coronacrisis – die wij hopelijk niet meer moeten meemaken – face-to-facecontacten altijd zouden kunnen doorgaan, want wij hebben gemerkt dat zij zeer cruciaal zijn voor mensen in kwetsbare situaties.

Op Vlaams niveau zijn er al heel wat data beschikbaar. De CAW's en ook veel andere actoren registreren heel veel van de acties die zij doen. Heel wat burgers komen daar in beeld. Wij denken dat er op Vlaams en Belgisch niveau nog te weinig gebeurt met de input van de welzijns- en geestelijke gezondheidsactoren, terwijl dergelijke data in de coronacrisis heel belangrijke elementen blijken te zijn om het beleid te sturen. Wij zijn dus zelf vragende partij om veel meer datagedreven beleid te maken met de data die wij en andere actoren genereren.

De **voorzitter**: Mevrouw Vandewinckele, u haalde het zelf ook aan, u hebt een uitgebreide powerpointpresentatie doorgestuurd, daarin staat veel meer informatie dan wat u nu in dit kort tijdsbestek hebt kunnen toelichten. Wij gaan daar dus zeker en vast nog naar teruggrijpen wanneer wij aan ons eindrapport gaan werken.

Tine Daeseleire: Mijnheer de voorzitter, beste Kamerleden, ik wil u hartelijk danken voor de uitnodiging om mee na te denken over de geestelijke gezondheidszorg, over wat die ondergaan heeft tijdens de covidcrisis. Uit al uw vragen blijkt toch dat het Parlement en de federale overheid ook de geestelijke gezondheidszorg enorm belangrijk vinden.

Wij zijn gespecialiseerd in stress en natuurlijk heb ik een beetje stress om hier deze uitleg te doen, want ik ben hier nog nooit geweest. Ik vind het wel een hele eer om uw vragen te beantwoorden. Ik

heb ook mijn collega Marieke Impens meegebracht. Zij is gespecialiseerd in de kwaliteitsvolle bewaking van alle therapieën, groepstherapieën en psycho-educatieve programma's, die wij ontwikkeld hebben bij The Human Link.

Wat is The Human Link en wat doen wij? Wij zijn allemaal masters in de klinische psychologie. Bij The Human Link werken ongeveer 35 mensen, waaronder 4 administratieve medewerkers. Iedereen heeft een opleiding in ofwel eerstelijnspsychologie, dat is een universitaire opleiding van twee jaar, ofwel cognitieve gedragstherapie, dat is een specialisatie van een therapeutische richting en duurt vier jaar. Onze interventies zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en wij geven les als extern docent aan de KULeuven, de UGent, de VUB, Thomas Moore enzovoort. Wij proberen zoveel mogelijk evidencebased te werken.

Ons hoofddoel is het bevorderen van de mentale gezondheid en gezonde mensen gezond houden, want dat vergeet men vaak in de geestelijke gezondheidszorg. Wij zijn bezig om mensen zoals u en ik de goede psychohygiëneskills te geven om mentaal gezond te blijven. Onze klemtoon ligt op preventie. Wij proberen zoveel mogelijk proactief te werken. Wij wachten dus niet tot mensen naar ons komen, maar zoeken naar de mogelijkheden, naar projecten die wij kunnen verwezenlijken om zoveel mogelijk mensen daarvan bewust te maken.

Wij focussen ons niet alleen op het helpen van individuen, maar wij proberen ook contexten te beïnvloeden. Ik ga daar een voorbeeld van geven. Wij werken veel naar bedrijven. Als iemand daar burn-out geraakt, dan komt niet alleen het individu bij ons terecht, maar gaan wij ook naar het bedrijf om de impact die die persoon heeft ondervonden van de bedrijfscontext, uit te leggen en te zien aan welke koordjes wij daar kunnen trekken om verbetering te brengen, niet alleen voor het individu, maar ook voor de hele organisatie en het team.

Wij zijn eigenlijk vooral gericht op het doorgeven van kennis en vaardigheden. Wij proberen dus niet tot in den treure te behandelen, wij proberen zoveel mogelijk tools en zoveel mogelijk zaken aan mensen door te geven, aan instanties door te geven, aan bedrijven door te geven, zodat zij zelf expertise in geestelijke gezondheidszorg opbouwen om aan te sporen tot zelfredzaamheid. Onze leuze is: word uw eigen therapeut. Wacht niet tot je problemen hebt, maar wees er elke dag van bewust dat je psychohygiënisch met je eigen hoofd en lijf moet omgaan. Wij zitten dus vooral als een dienst op de eerstelijnszorg en hebben ook

specifieke expertisedomeinen zoals stress, angst en trauma. Wij zijn eigenlijk een BVBA, dus wij moeten leven van onze eigen opbrengsten, maar wij proberen ook in te tekenen op zeer zinvolle projecten om de kwetsbare burgers ook te bereiken en de hulpverlening te geven die zij nodig hebben, zonder dat we daar geld voor moeten vragen.

In de volgende slide zien jullie op welke terreinen wij hoofdzakelijk bezig zijn. Elke dag zien wij mensen zoals u en ik om individuele therapie en psychologische zorg te geven of - het gebeurt veel meer dan u denkt, want er is een *overshooting* aan individuele therapie - vooral aan groepsaanpak en grote, psycho-educatieve cursussen te geven rond chronische stress, acute stress, angst, piekeren, slaap, transdiagnostische factoren waarvan het bekend is in de psychologie dat wij tijdens corona meer zijn gaan piekeren en meer medicatie zijn gaan gebruiken om in te slapen en door te slapen.

Dat zijn immers de factoren die meer kans hebben te leiden tot een angststoornis of depressie. Voor bedrijven werken we rond welzijn op de werkvloer, preventie van burn-out en omgaan met schokkende gebeurtenissen. Denk aan de ziekenhuizen tijdens de covidperiode. Wij hebben ongelooflijk veel ziekenhuizen verder geholpen om sleutelfiguren in de eerste golf op te leiden om er op de afdelingen intensieve zorgen en spoed hun collega's te kunnen ondersteunen, psychisch gezond te houden en de opvang te doen van de beelden die zij dagelijks te zien kregen.

Anderzijds zien we de verschuiving in de tweede golf naar de bedrijven. Nu zijn het vooral de mensen die thuis moeten werken en dat al een jaar doen. Vandaag vierten we immers de eerste verjaardag van de covidpandemie. Er zijn mensen die hun collega's al een jaar lang niet gezien hebben. Zij zitten thuis tussen vier muren. Plots komt er een druk op het systeem. We zien, en dat is het goede nieuws, dat 60 % van onze bevolking op dit moment nog geen psychische stoornis ontwikkeld zal hebben omwille van de pandemie. Ze hebben zich aangepast aan de omstandigheden. Maar dat zijn vaak die 60 % die in de juiste psychosociale omstandigheden leven. Ze hebben een huis dat ruim genoeg is om apart te werken, waar voldoende computers zijn zodat kinderen kunnen blijven studeren. We zien dat covid vooral een impact heeft op de gezinnen en de omstandigheden waarop mensen nu worden teruggeworpen, waar de psychosociale omstandigheden minder gunstig zijn.

Wij richten ons vooral op hulpverleners, artsen, eerstelijns werkers. We hebben de mensen van het CAW gezien, evenals de wachtposten van de artsen, die het water aan de lippen voelden staan,

zich afvragend hoe ze dit zouden volhouden. We leren ze aan zelfzorg te doen en tools te hanteren om aan hun doelgroepen de juiste psychische zorg te geven.

Daarnaast is er een groot psycho-educatief project met betrekking tot vluchtelingen, de opvang na traumatische gebeurtenissen, de coronabubbels, hulp aan hulpverleners en mensen in armoede, waar ik het straks nog over zal hebben,

Ik ben de oprichter van The Human Link. Marieke is het langst werkzaam in The Human Link. Wij zijn de oprichters van de eerstelijnspsychologie over de verschillende universiteiten in België en wij proberen zoveel mogelijk een stem te zijn in bepaalde besturen, bijvoorbeeld ook in Europa, met de EABCT. Voor de vragen hebben we samengewerkt met Tom Van Daele van de Thomas More Hogeschool die gespecialiseerd is in e-health, en Dirk Herremans, professor aan de KU Leuven en professor Omer Van den Bergh die gelukkig ook in een COVID-19-commissie zit en gespecialiseerd is in gedragsverandering.

Wat is de impact geweest van COVID-19 op de geestelijke gezondheidszorg? Wat is de weerslag op het mentale welzijn? We hebben het opgelijst in twee kolommen. Allereerst moeten we zien dat we heel wat zaken kunnen afvinken die de overheid heeft gerealiseerd, waarvoor dank. De overheid heeft zich zeer snel moeten aanpassen aan de veranderde omstandigheden. We hebben daarbij wel vastgesteld dat de focus op de fysieke gezondheid lag. Daarin is de overheid erg sterk geweest. Zijdelings hebben we wel over welzijn gehoord en over de zorgen die de overheid en de Belgische regering zich daarover maakte.

We hebben een ongelooflijke factor gemist die nu moest spelen in de bestrijding van de pandemie, namelijk dat de maatregelen vielen of stonden met het gedrag van elke burger.

De focus lag op gedrag.

Wij hebben gemist dat psychologen niet alleen worden gezien naar de curatie en naar wanneer het al mis is en mensen al stoornissen hebben, maar dat psychologen ook betrokken worden en als experts worden gezien, net om gedragsverandering bij mensen teweeg te brengen en er niet een individueel project van te maken. Wij waren immers ook de mening toegedaan dat er heel veel maatregelen zijn gekomen die op de duur wel duidelijker werden geformuleerd door de overheid, maar waarbij ook sancties werden geformuleerd en de aandacht vooral lag bij het leggen van de verantwoordelijkheid bij het eigen individu.

Wat wij hebben gemist en wat nog een uitdaging zou kunnen zijn voor de overheid, is dat er ook een sociaal project komt en dat wij leren sociale normen te laten ontstaan rond veiligheid en vaccinatie. Er is dus toch wel enige aandacht en focus nodig op de mentale gevolgen.

Uit gesprekken met mensen op dit moment merken wij dat 60 % van de mensen die eigenlijk geen psychische stoornissen ontwikkelen, stellen dat zij misschien minder lijden onder de fysieke gevolgen van het virus – vele mensen voelen het immers niet –, maar dat zij vooral lijden onder de mentale gevolgen van het virus voor hen. Zij worden moe.

Een ander punt is dat wij hebben gemerkt dat de overheid fysieke en mentale gezondheid als twee aparte thema's behandelt, die vaak enigszins tegenover elkaar stonden, terwijl wij pleiten voor hand in hand. Wie heeft gelijk? Natuurlijk is fysieke gezondheid belangrijk. Wij kunnen niet zonder. De mentale gezondheid is echter even belangrijk.

Wij hebben een suggestie voor u, maar wij zijn heel praktische mensen en weten niet hoe de overheid functioneert. Maak twee evenwaardige commissies, met een commissie die nadenkt over het mentale welzijn en vooral ziet op welke manier wij de moeilijke boodschappen kunnen blijven communiceren en wat de gevolgen op mentaal gebied zijn van de maatregelen. Wij mogen daarbij de fysieke maatregelen van virussen niet onderschatten, maar moeten erover nadenken op welke manier wij hand in hand die zaken op een gemotiveerde manier kunnen communiceren aan de bevolking.

Dat is gewoon maar een suggestie van ons.

Ik denk ook dat cijfers rond fysieke zaken veel gemakkelijker hard te maken zijn dan cijfers rond die mentale gezondheid. Wij zouden aanraden, en dat zal ik u straks met een structurele maatregel uitleggen, om te investeren in meetinstrumenten rond mentaal welzijn, in barometers die mekaar veel sneller opvolgen, zodat er op basis van die cijfers en data betere analyses kunnen worden gemaakt en acties op het vlak van mentaal welzijn kunnen worden ondernomen.

Over de sancties heb ik het al gehad. Ik denk dat de overheid wel gepraat heeft met burgers, artsen, ziekenhuizen en werkgevers. Misschien de overheid dat wel gedaan, maar we zien dat niet in de media verschijnen, waardoor we denken dat de maatregelen enkel vanuit een ivoren toren worden opgelegd, terwijl er meer betrokkenheid van burgers, hulpverleners en werkgevers moet zijn. Daardoor kunnen mensen meedenken om niet

tegen de keuzes van de overheid, niet tegen de strengheid te zijn, maar om er mee op toe te zien dat de maatregelen kunnen worden opgevolgd op een zodanige manier dat men zich betrokken voelt.

De communicatie omtrent mentaal welzijn was vooral gebaseerd op buikgevoel en er waren een aantal ongelukkige uitspraken. "Wij moeten mensen en burgers op dit moment geen perspectief geven, want dan kunnen zij misschien teleurgesteld geraken." Dit druist volledig in tegen de psychologie van de mens, die net perspectief, voorspelbaarheid en controle nodig heeft om de weg ergens heen te kunnen overbruggen en om gemeenschappelijke doelen bij de bevolking te creëren.

Wij hebben gemerkt dat er wel aparte initiatieven rond welzijn werden genomen, maar het was wat onoverzichtelijk. Wij pleiten ervoor om het mentaal welzijn meer zichtbaar te maken in het straatbeeld en om steun te zoeken en een platform op te richten, zodat door de overheid een gezamenlijke boodschap rond mentaal welzijn wordt gecreëerd.

Wij hebben ook goed nieuws: gelukkig is er psychologische hulp die werkt. Psychologische problemen kunnen in 75 % van de gevallen worden aangepakt. Een op twee van de psychische stoornissen en problemen kan worden aangepakt met een goed resultaat, dus er is goed nieuws. Wij kunnen die problemen voor een stuk verhelpen.

Wij denken dat COVID-19 een probleem heeft uitvergroot en duidelijk gemaakt dat in de geestelijke gezondheidszorg reeds lang aanwezig was. Daarom zal ik nu nog een aantal problemen aanstippen, maar ook proberen u oplossingen aan te reiken. Het zijn uiteraard slechts suggesties.

Een eerste probleem is dat de geestelijke gezondheidszorg, zoals ik al zei, wordt verengd tot het curatieve aspect. COVID-19 heeft ons dat duidelijk gemaakt, want de 60, 70, 80 % die niet in de geestelijke gezondheidszorg verzeild geraakte, werd ook mentaal moe, begon ook te piekeren, begon ook slaapproblemen te vertonen en kreeg nu ook stress. In de hulpverlening, de zorgverlening, de ziekenhuizen, de woonzorgcentra en de CAW's vallen mensen uit.

Moeten wij psychologen niet meer betrekken en de gezondheidszorg op geestelijk vlak uitbouwen op het vlak van de expertise inzake de gedragsverandering en het creëren van motivatie en sociale steun en ook meer de nadruk leggen op het normaliseren van reacties, niet het problematiseren ervan? In de media heb ik gezien – dat is natuurlijk toffer nieuws – dat de mentale gezondheid niet sexy is als het nog niet de vorm

aanneemt van zelfmoord of ernstige escalatie.

Het gewoon piekeren, moeilijker in slaap geraken of moeilijker uit bed geraken vanwege wat depressieve klachten, zijn de normale reacties op de impact van de genomen maatregelen en de covid zelf op onze moraal.

Een tweede punt is dat wij meer belang moeten hechten aan vroegdetectie en laagdrempelige steun. Wij moeten dus in psycho-educatieve cursussen voorzien. Het is onze ervaring dat er op een cursus piekeren zich tachtig mensen tegelijk aandienen. Zij zitten in een zaal zoals deze bijeen om te leren hoe zij beter kunnen omgaan met hun eigen piekergedrag. Het gaat om slechts vier lessen van twee uur. Naderhand vragen deelnemers zich af hoe het komt dat zij die kennis nooit ergens hebben gehoord. Sommige van die deelnemers volgen al vijf jaar therapie, maar hebben nooit voldoende uitleg gekregen om er zelfredzaam mee aan de slag te gaan.

Wij merken nog een ander probleem. Wij zijn de overheid zeer dankbaar voor de evoluties en het vrijgemaakte geld, maar wij vrezen dat u blijft investeren in de traditionele een-op-eenhulpverlening, ook in de eerste lijn. Ik heb de eerstelijns psychologische zorg opgericht en daarin zijn wij juist gefocust op groepen. Wij verenigen mensen, zodat zij, naast zelf aan uw eigen psychische problemen te werken, ook steun krijgen en gemotiveerd worden doordat zij niet alleen staan. Ook vanuit die context kunnen mensen steun verlenen.

De benodigde capaciteit op dit moment wordt zwaar onderschat. Ik vrees – ik schop nu misschien tegen heilige huisjes – dat als de overheid nog meer geld uittrekt en nog meer hulpverleners aanstelt, het probleem toch niet opgelost geraakt. Op dit moment lijden in België zowat 200.000 mensen aan een paniekstoornis. Met de capaciteit van psychologen kunnen wij dat nooit aan. Wij moeten andere methodes hebben.

Ik zie ook dat de eerstelijns psychologische zorg niet doordacht ingevoerd wordt. Het pilootproject, ontstaan onder minister De Block, heeft gedacht dat afgestudeerde psychologen zogenaamd eerstelijnspsychologen zijn. Neen, er is een groot verschil tussen eerstelijnspsychologen die eerstelijns psychologische zorg verlenen, en tweedelijnspsychologen die therapie verlenen. Eerstelijnspsychologie is iets helemaal anders en het vereist ook een andere houding. Eerstelijnspsychologie vereist een tweejarige universitaire studie, waardoor die houding wordt gekweekt. Zodoende werkt de eerstelijnspsycholoog niet klachtengericht,

diepgaand en specialistisch, maar ontdekt die psycholoog de rode draad generalistisch en zet hij vervolgens mensen bij elkaar om hen de tools te geven en om de copingmechanismen flexibeler te maken, zodat die mensen zelfredzaam worden en met de tools zelf aan de slag gaan. In de pilootprojecten zien wij echter dat vooral tweedelijnspsychologen erop hebben ingeschreven, aangezien die alles doen. Voor de behandeling van afzonderlijke stoornissen worden zodoende veel minder goede resultaten verkregen, zo wijst onderzoek uit. De tweedelijnspsychologen zijn veel te weinig gespecialiseerd. Wij vinden geen of te weinig gespecialiseerde tweedelijnspsychologen die bijvoorbeeld echt alleen dwang behandelen, zich enkel in autisme hebben verdiept, of alleen maar eetstoornissen oplossen. Zulke zaken vereisen een specialistische aanpak. De eerstelijns psychologen moeten daarnaast opgeleid worden in zelfredzaamheid.

Onze aanbevelingen ter verbetering zetten in op nood aan meer middelen van de overheid, niet voor een-op-eenbehandelingen, al zijn die natuurlijk ook welkom, maar wel vooral voor preventie, groepsaanpak en grote psycho-educatieve cursussen die voor iedereen toegankelijk zijn. Het daarbij aangereikt materiaal moet ook door de overheid gestimuleerd worden. Op dit moment zijn er geestelijke gezondheidszorgcentra die al die zaken in hun vrije tijd ontwikkelen, zoals ook wij dat doen. Het blijft in dat geval in hun eigen organisatie, maar dat is niet de bedoeling.

Wij moeten dat verspreiden. Wij moeten mensen aanleren om die psycho-educatieve programma's zoveel mogelijk toe te passen en te komen tot een STIP caremodel. Er is een *overshooting* aan individuele therapie, veel mensen die dat volgen en die dat niet nodig hebben en die met een groepscursus al heel wat verder geholpen worden.

Stimuleer selectief en doordacht gebruik van technologie. Nu wordt geld gestoken in standalone-apps en internetprogramma's, en een website vol onlinehulpverlening. Maar degenen die het niet gebruiken, zijn de psychologen zelf, want zij zijn niet opgeleid om blended te werken. Ten tweede zien wij dat standalone-apps en het alleengebruik van internet geen oplossing biedt. Mensen gaan die programma's heel vlug verlaten, dat heeft geen effect, en er is enorm veel drop-out. Een kleine steun van een psycholoog die anders gaat werken en zegt: ik moet het zelf niet allemaal doen, de app zal u helpen en ik zal u zeggen hoe en ik volg het op, dat is de blended care die uiteindelijk wel werkt, zeer goede resultaten geeft en tien keer efficiënter is dan hoe het nu gebeurt. Dus zet in op het aanleren van technologie bij

hulpverleners, zet in op het vormen, het opleiden van eerstelijnspsychologen. Wij doen elke twee jaar een eerstelijnspsychologische opleiding die twee jaar duurt en die nu in Gent bezig is, maar wij hebben een maximumcapaciteit van 40 mensen die daaraan kunnen deelnemen. Dat zou veel groter moeten worden. Wij moeten tegelijkertijd opleidingen kunnen geven en veel meer mensen daarin kunnen opleiden. Maar omdat we het allemaal in onze vrije tijd moeten doen, omdat er geen enkele subsidiëring is, enzovoort, blijft dat bij een minimale invoering. Zet in op psycho-educatieve cursussen. Ik wil jullie toch eventjes iets laten zien. Wij hebben met steun van de stad Antwerpen de kans gehad om psycho-educatieve vormingen rond stress, angst en depressie met telkens vier sessies te doen. De resultaten ziet u op de volgende slide.

Het eerste dat daarbij opvalt, is dat daar heen mensen met milde klachten aan deelnemen. Men zit met 40 mensen in dezelfde les over depressie en daar zitten mensen met ernstige depressieklachten in. Wat ziet men tussen de premeting van de eerste les en de postmeting van de vierde les? Men ziet een klinische significantie, een verbetering van extreem depressief naar matig depressief en van matig depressief naar mild depressief. Bij de follow-up zien we ook dat meer en meer mensen in de range van de normale klinische significantie komen. Zij hebben dus niet meer klinisch significant een angst-, depressie- of stressstoornis hebben.

Ik ga over naar het derde probleem, het financiële probleem. Het grootste deel van de subsidiering gaat nu naar de derdelijn, wat is begrijpelijk, maar dat kost heel veel: ziekenhuizen en een hele entourage die men moet creëren. Wij wachten in België tot het escaleert en het te laat is. Dat kost veel geld.

Soms is er zelfs een *overshooting* van hulpverlening, zeven hulpverleners die met een iemand bezig zijn in de derdelijn omdat het zo precair is. Dat gaat ten koste van de preventieve interventies.

Er is op dit moment geen terugbetaling van specialistische hulp in de tweedelij. Dat bestaat niet. Wij geven 45 euro per uur voor eerstelijnspsychologische zorg die moet worden gegeven. Dat is minder dan mijn loodgieter verdient. Wie komt daar dan op af? Dat zijn de mensen die sociaal zijn gesteld en die vinden dat er een terugbetaling voor de cliënt moet zijn. Vanuit die behoefte doen zij dat, niet omdat ze goede eerstelijns werkers zijn en kortdurend kunnen werken.

Ik zit in een Europese commissie. In buurlanden wordt 95 euro en in Duitsland 115 euro per uur gegeven voor een therapeutische behandeling

omdat een therapeutische behandeling of een psychologische eerstelijnszorg meer inhoudt dan een uur therapie. Men moet bellen met de verwijzer, men moet screenen, men moet een pre- en een postmeting doen, de kwaliteit moet bewaakt worden, men moet in supervisie, men moet de mensen opvolgen, men moet misschien verwijzen naar een verdere hulpverlening.

Het gevolg daarvan in België is dat er mensen in de geestelijke gezondheidszorg gedwongen worden om aan vrijwilligerswerk te doen. En dat vind ik beschamend.

Er is een prachtig project, Tejo, om onze kinderen en jongeren gratis te helpen. *Shame on you!* Hoe is het mogelijk dat we daar niet in investeren? Dat is erg. Psychologen moeten op zaterdag gratis gaan werken, hulpverleners moeten ook gratis gaan werken, en moeten zich intussen bijscholen. Hoe kunnen wij dan de juiste, kwalitatieve hulp aanbieden? Er zijn zeer lange wachtlijsten in gesubsidieerde diensten omdat mensen andere oplossingen niet kunnen betalen en omdat zij daar ook hun werk moeten doen.

De 45 euro is gebaseerd, sorry voor mijn woorden, op zwartwerk. Psychologen werkten vroeger in het zwart omdat we sociaal gevoelig waren, omdat wij het geld niet uit de zakken wilden kloppen van mensen die emotioneel en psychisch moeilijk hebben. Dus heeft Maggie De Block beslist dat het 45 euro zou zijn. Gelukkig zijn er nu terugbetalingen, en ik hoop dat wij naar een witte geestelijke gezondheidszorg gaan, betaalbaar voor iedereen en dat wij als hulpverleners kwaliteit kunnen bieden. Maar dan willen we ook billijk betaald worden.

Het loont de moeite om eens poolshoogte te nemen in de buurlanden. Twee jaar geleden heb ik David Clark uitgenodigd om over therapiewinst te komen spreken door meer geld voor preventieve initiatieven, terugbetaling van groepen... Groepstherapieën worden nu niet terugbetaald, maar als men in een kleine terugbetaling voorziet voor psycho-educatieve groepen waaraan twintig tot dertig mensen kunnen deelnemen, dan zijn de kosten niet zo hoog.

Ik ben geschrokken dat u ons gevraagd hebt of er meer geld moet zijn. Ja, natuurlijk, want meer geld levert winst op: mensen gaan gemakkelijker geïntegreerd geraken, gaan vlugger terug werken, gaan economisch beter functioneren, jongeren gaan betere resultaten halen. Therapie betaalt zichzelf altijd terug.

We moeten een andere mindset kweken.

Ik wil jullie daarom allemaal het boek van David

Clark aanraden. In het Engels heet het *Thrive*, in het Nederlands is het vertaald als *Therapiewinst*. Daar kunnen jullie zien dat er oplossingen zijn voor lange wachtlijsten, late interventies, zodat we niet alleen tijdens de kantooruren mensen kunnen zien, en voor het dropout-probleem.

De piramide van de *stepped care* zou moeten omgedraaid worden. De middelen die nu aan het topje van de ijsberg worden gegeven, zouden eigenlijk naar de laag van de primaire preventie moeten gaan. De oplossing voor mensen die we niet bereiken en niet tot bij de psychologische hulp geraken, zit daar.

Het laatste probleem dat ik wil schetsen, is het structurele probleem van de lange wachtlijsten, waar de spreker voor het CAW het zopas ook had. Er is een onvoldoende structuur, de mensen vinden hun weg niet in de geestelijke gezondheidszorg. Alles is te veel versplinterd en complex. Men ziet door het bos de bomen niet. Mensen kennen het verschil niet tussen een psycholoog en een psychiater. Ze weten niet dat het CAW er is voor de kwetsbare burger en dat de eerstelijnspsycholoog bedoeld is voor wie het makkelijker kan betalen.

Bovendien is er voor veel financieringen geen perspectief op de lange termijn, zodat je je afvraagt of initiatieven zullen worden voortgezet. Er is een gemis aan een structurele en georganiseerde gezondheidszorg, die coherent gericht is op samenwerking en zelfredzaamheid.

Uit de volgende slide blijkt dat mensen die een psychisch probleem hebben, langer dan tien jaar wachten, vooraleer ze psychologische hulp zoeken. Moeten wij dus niet inzetten op de onderste laag van preventie waarbij we mensen bewust maken en proactief op hen toestappen?

We vragen ons af of er niet, zoals in Nederland, een wetenschappelijk en praktijkgericht kenniscentrum moet worden opgericht.

Ik heb het dan over een centrum waar professoren van elke universiteit deel van uitmaken, alsook mensen met een meer praktijkgerichte ervaring. Dat centrum kan informatie verschaffen voor verder onderzoek, praktijkgericht gegevens verzamelen en op basis daarvan een duurzame *stepped care* uitbouwen rond geestelijke gezondheidszorg, die structureel en duurzaam wordt opgezet.

Aan de overheid vragen wij om de middelen correct in te zetten en niet zomaar middelen toe te kennen. Stel ook kwaliteitseisen en eisen op het vlak van output. Wij hebben echt veel aan duidelijkheid, om

meer mensen te kunnen helpen en de proactiviteit aan te wakkeren om de mensen die we nu hebben gemist, die verloren zijn geraakt, die ergens zitten en die we niet meer bereiken, met onze initiatieven te kunnen benaderen. Met ons psycho-educatieve project gaan we naar de arme buurten en naar lokale buurthuizen om mensen daar een kop koffie aan te bieden en ondertussen een opleiding te geven over omgaan met stress.

Moeten wij niet een radicale verandering doorvoeren, waarmee wij veel verder gaan dan tot nu toe het geval was?

Tom Van Daele: Mijnheer de voorzitter, ik zou willen beginnen met mijn excuses aan te bieden, ten eerste, omdat ik niet over een Powerpointpresentatie beschik en, ten tweede, omdat het de eerste keer is dat ik een dergelijk publiek toespreek en daardoor behoorlijk zenuwachtig ben. Ten derde wil ik mij verontschuldigen, omdat ik u moet tegenspreken. U kondigde mij namelijk aan als de directeur van de vzw Steunpunt Geestelijke Gezondheidszorg. Dat klopt niet. Het is de vzw Steunpunt Geestelijke Gezondheid. Wij komen dus nooit tussen wanneer het gaat om zorg. Daar hebben de vorige twee sprekers veel meer zinnige antwoorden over kunnen geven. Tot slot heb ik in mijn voorbereiding niet geantwoord op jullie vragen. Ik kon die zeer concrete vragen moeilijk concreet beantwoorden. Ook daarvoor wens ik me te verontschuldigen. Toch zal ik trachten jullie wat meer te vertellen over geestelijke gezondheid. Ik zal daarbij proberen niets te herhalen wat de vorige sprekers al hebben gezegd.

Ik wil jullie een retorische vraag stellen. Hoe gaat het met jullie? Het is immers nodig dat mensen elkaar deze vraag stellen: hoe gaat het. Jullie hebben een voorbeeldfunctie, net zoals de mensen in de zorg en het is belangrijk dat wij ook samen zorg dragen voor elkaar. Dus nogmaals de retorische vraag: hoe gaat het met jullie. Denk er gerust eens over na en als het wat lastiger is, bespreek het dan gerust met collega's, familie of vrienden. Het is nodig in deze periode.

Ik zal niet herhalen wat mevrouw Daeseleire al heeft verteld, maar weet wel dat ik het voor een groot stuk met haar eens ben wat de financieringsmechanismen betreft. Ik zou wat dingen willen aanhalen, waarvan ik denk dat ze nuttig zouden kunnen zijn naar de toekomst.

Eerst en vooral hebben we tijdens deze periode kunnen vaststellen dat heel veel mensen zich gigantisch hebben ingezet. Niet alleen in de politiek maar ook bij alle burgers hebben we een enorme inzet gezien, en ik wil toch zeker benadrukken dat

wij die inzet waarderen.

Ten tweede wil ik het ook wetenschappelijk benaderen. In het advies van de Hoge Gezondheidsraad, u welbekend, zijn heel zinnige dingen gezegd. Omdat u het wellicht kent, heb ik er ook The Lancet Psychiatry even bijgehaald waaruit ik u enkele dingen wil meegeven, om ervoor te zorgen dat we op termijn allemaal geestelijk gezonder zijn.

We moeten in cocreatie werken met ervaringsdeskundigen en hun familie. Dat is een eerste belangrijk punt uit The Lancet Psychiatry.

We moeten ook de gemeenschaps capaciteit durven aanspreken. Zoals daarnet gezegd, heeft niet iedereen een psycholoog, een psychiater of therapeut nodig. De gemeenschaps capaciteit aanspreken kan een besparing zijn van middelen op andere niveaus, zoals daarnet ook aangehaald in de piramide.

Het volgende punt is alle segmenten van het maatschappelijk bestel checken op de elementen van geestelijke gezondheid. Wij noemen dit *mental health in all policies*. Het gaat dan over huisvesting, armoede, financiën, enzovoort. Het is heel belangrijk om hierbij ook de elementen van geestelijke gezondheid te betrekken. We doen dit in onze organisatie Te Gek!? vanuit een visie die ik u wil meegeven omdat ik ze zo belangrijk vind voor de toekomst. Onze visie is gestoeld op die wetenschappelijke documenten.

Wij zijn een klein team van een twintigtal mensen. Daarmee kunnen we vrij dynamisch ageren en het psychisch welzijn van mensen versterken rond drie woorden: verbinden, versterken en vernieuwen. We willen mensen verbinden met elkaar, zoals het daarnet al verschillende keren naar voor is gebracht. We willen niet enkel mensen verbinden maar ook sectoren. We werken intersectoraal, zoals dat met een moeilijk woord heet.

We willen ook versterken en vernieuwen. Zoals daarnet vermeld in de warme oproep van mevrouw Daeseleire moeten we het gezondheidssysteem waar we nu in zitten toch durven herdenken. Dat is voor mij de grootste meerwaarde van corona. Corona heeft op dit moment nog niets veranderd. Het heeft geen nieuwe problemen gemaakt, enkel de problemen die er waren verscherpt en versterkt. Nu is het ons zaaks om één en ander opnieuw te verbeelden en opnieuw op te bouwen.

Ik spreek een beetje voor mijn beurt. Op 20 maart 2021 wordt de Staten-Generaal opnieuw georganiseerd. We hebben de voorbije jaren gewerkt met de Staten-Generaal. De Staten-

Generaal bestaat uit 40 organisaties die door samenwerking proberen te komen tot nieuwe inzichten en nieuwe aanbevelingen voor de politiek. Zij hebben dat gedaan in vier werkgroepen: perverse financieringssystemen, transitieleeftijd, de wachttijden, en arm maakt ziek, ziek maakt arm.

De documenten die ik u bezorgd heb, bevatten een link naar de Staten-Generaal. De conclusies die we op zaterdag 20 maart 2021 zullen trekken kan ik u uiteraard nog niet meegeven, maar ik wil toch een warme oproep lanceren om eraan deel te nemen.

Wij zien enkele mogelijke oplossingen om de geestelijke gezondheid te versterken in België.

Ten eerste, 6 % van de middelen van het gezondheidszorgbudget zijn bestemd voor geestelijke gezondheid. Ik heb de laatste geschriften gelezen vanuit de federale overheid. De ambitie is om dit op te trekken tot 12 %. Ik kijk daar samen met u naar uit. In onze buurlanden gaat het om 10 tot 11 %. Ik ben heel benieuwd of dit er komt.

Dan zouden we erin moeten slagen om een deel van die middelen in de gespecialiseerde zorg te steken, maar vooral de maatschappelijke draagwijdte veel groter te maken. Zo kunnen we de eerstelijnszorg danig versterken zodat we veel meer mensen met veel minder middelen kunnen helpen.

Ik weet dat preventie geen federale materie is, maar ook daarover wil ik zeggen dat slechts 1 % van de middelen bestemd is voor preventie. Het is volgens mij heel belangrijk om ook daarop te durven inzetten.

De vermaatschappelijking van de zorg is vandaag broodnodig. Dat betekent dat de maatschappelijke veerkracht wordt ingezet, zodat mensen heel snel heel laagdrempelige hulp kunnen hebben, bijvoorbeeld in hun wijk, zodat gespecialiseerde hulp niet altijd nodig is.

We moeten durven evolueren van een residentieel gegeven naar een gemeenschapsgericht gegeven. Het is een en-en-verhaal, het is nooit of-of.

We zijn blij met de afgebakende zorggebieden die we nu kennen in de eerste lijn. We menen dat de zorgzones veel mogelijkheden in zich dragen.

We moeten ook inzetten op datamanagement. Het feit dat we hier te weinig cijfers naar voren kunnen schuiven moeten we ter harte nemen. Wat daarnet gezegd werd inzake (...), misschien is dat ook een mogelijkheid om daar werk van te maken.

We moeten ook meer mensen als normaal durven beschouwen, het gaat er niet alleen om dat het woordje normaal verdwijnt van de shampoo van Unilever. Ik meen dat ook wij er goed aan zouden doen om normaal veel breder te gaan zien. Dit vergt een behoorlijke mentaliteitswijziging.

Meer mildheid, ook voor jezelf. Ook dit is gemakkelijker gezegd dan gedaan. Ik meen dat de federale communicatie op dit moment helpend is. Een polemiek is weinig helpend voor het welzijn van mensen. We moeten dus verbindend durven communiceren. Voor alle duidelijkheid, dat betekent niet dat we allemaal hetzelfde moeten menen, het betekent alleen dat we in de verschillen dynamiek moeten durven zien en dat verbinden met mekaar.

We moeten extra aandacht durven geven aan bepaalde leeftijdsgroepen, zoals dat staat in de adviezen van de Hoge Gezondheidsraad en in The Lancet Psychiatry, zijnde jongeren en ouderen. Men moet kunnen afstemmen op hun noden want die twee groepen verdienen extra aandacht. Een voorbeeld daarvan is de regelgeving van de federale overheid die bepaalt dat mensen ouder dan 65 niet meer welkom zijn bij de mobiele teams. In een regelluwer kader zouden er veel meer mogelijkheden zijn.

Ik wil nog even aangeven dat ik het heel belangrijk vind dat onze organisatie resultaten boekt. Daarom geef ik nog even mee wat wij al gedaan hebben. Het is niet zo veel maar we zijn er best wel trots op. We hebben dat met 20 mensen gedaan. Wij hebben de website De ZorgSamen waarmee we op dit moment ongeveer 90.000 van de 360.000 zorgverstrekkers in Vlaanderen hebben bereikt. Dat is niet weinig. Verder hebben we de Coronakriebels verspreid en hebben we online wandelingen aangeboden waarop heel veel mensen hebben ingetekend. Al onze activiteiten zoals herstelacademie en kwartiermaken werden online aangeboden.

We hebben in een opleiding voorzien voor de mobiele teams Infectiepreventie van de Vlaamse overheid inzake veerkracht, geestelijke gezondheid en voorzieningen. We hebben virtuele infobeelden voor scholen georganiseerd. We hebben de organisatie van *We blijven binnen*, het liedje van Clouseau en Kommil Foo, verzorgd. We hebben verschillende artikels en tips over corona verspreid, niet het minst via De ZorgSamen, met heel concrete tips voor mensen in de zorg en uiteraard ook daarbuiten. Bovendien hebben we webinars georganiseerd over piekeren en stress en over het omgaan met slaapproblemen. Zoals ik daarnet zei, hebben we weldra ook de staten-generaal. Tevens is er de buddywerking en de

campagne inzake verslaving. Dit najaar starten we met de campagne inzake depressie. We proberen hierbij zoveel mogelijk informatie te geven op de website.

Tot slot hebben we ook een muts geplaatst op het Atomium, waarmee we aandacht vragen voor de geestelijke gezondheid en voor ons hoofd. De draadjes van de muts zijn een verbinding tussen mensen. Het is aandacht voor het hoofd, bereidheid om het gesprek te voeren met elkaar en het was vooral 700 vierkante meter stof tot nadenken. Dat willen we graag doen, samen met u blijven nadenken over de verbetering van onze geestelijke gezondheid.

De **voorzitter**: Mijnheer Van Daele, u moet zich zeker niet schuldig voelen omdat u geen powerpointpresentatie had. Dat is zeker niet verplicht. Het document dat u hebt doorgestuurd met wat toelichting is zeker en vast zinvol.

Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, beste sprekers, ik dank u voor uw bevrologen uiteenzettingen.

De CAW's betreffen uiteraard Vlaamse materie. Ik dank u voor uw toelichting. Het is steeds interessant als federaal parlementslid om over de werking te horen. Ik ga de vragen echter overlaten aan mijn collega's in het Vlaams Parlement. Zij kunnen verder met u samenwerken. Zoals u weet, houden wij heel erg aan de bevoegdheden van de deelstaten en ik ga dat hier consequent toepassen.

Mevrouw Daeseleire van The Human Link, u bent naar eigen zeggen in de eerste golf ook door een aantal ziekenhuizen aangesproken om daar de zorgverstrekkers te gaan ondersteunen. Dat was absoluut noodzakelijk. Wie was daar uw opdrachtgever? Wie betaalde u? U zegt dat The Human Link een bvba is. Gebeurde de betaling door het ziekenhuis of kwam de overheid tussen in de onkosten?

Met betrekking tot de aanbevelingen sprak u over de communicatie vanuit de motivatiepsychologie. Ik ben het daarmee eens. Wij hebben heel moeilijk gecommuniceerd. De overheid heeft daar toch wel wat fouten gemaakt. Kunt u een voorbeeld geven van communicatie die vanuit de motivatiepsychologie is gebeurd?

Dan gaat het ook over vroegdetectie en vroeginterventie. Ook uit de studies van het KCE konden we heel duidelijk concluderen dat daar werk aan de winkel is en dat we veel sneller moeten kunnen ingrijpen. Hoe kunnen we dat concreet aanpakken? In hoeverre beschikken we op vandaag over de middelen om huisartsen te

begeleiden, zodat die vroegdetectie sneller kan plaatsvinden?

Wat het pilootproject rond eerstelijnspsychologie betreft, ben ik eigenlijk een beetje gechoqueerd. Ik dacht dat dit veel beter liep dan hoe u aan ons verklaart. Het is absoluut belangrijk om dit mee te nemen in de onderhandelingen over de nieuwe conventie die momenteel worden gevoerd. U stelt dat dit echt geen succes is. Kunt u dat nogmaals bevestigen, of heb ik dat verkeerd begrepen?

De psychologen zouden niet gespecialiseerd zijn in eerstelijnspsychologie. Wat kunnen wij concreet en op korte termijn doen om dat aan te pakken? Een opleiding is immers niet op vijf minuten geregeld. Als commissie zijn we heel erg bezig met die nieuwe conventie en met het feit dat de 200 miljoen euro die bijkomend is uitgetrokken voor geestelijke gezondheidszorg optimaal moet worden besteed, maar ik hoor hier toch een verhaal dat mij zorgen baart.

Wat de aanbevelingen betreft, België is een heel moeilijk land. Het is een feit dat we meer moeten inzetten op preventie, maar dat is een Vlaamse bevoegdheid. Wij zullen dat dus zeker doorgeven aan onze Vlaamse collega's. U had het over de individuele praktijk versus groepsessies. Welke mogelijkheden ziet u om het onderscheid te kunnen maken tussen welke patiënt individuele begeleiding zou moeten hebben en welke patiënt naar de groepsessies zou moeten? Wie zal dat bepalen?

Wie zou volgens u het protocol moeten invullen? Ik veronderstel dat er eerst een diagnose moet worden gesteld en dat er daarna een protocol moet worden gehandhaafd wanneer een patiënt naar een groepsessie of een individuele sessie gaat. Welke criteria zou u hiervoor vooropstellen? Bestaan die criteria?

Ik heb uit de hoorzitting met de kinderpsychiater deze ochtend opgemaakt dat er zeer weinig standaardisering is, zowel in het rapporteren in het medisch dossier als in het rapporteren onderling tussen de eerstelijns en tweedelijns geestelijke gezondheidszorg.

Zijn we er klaar voor om die protocollen volledig te standaardiseren en toe te passen?

Over het financiële luik, u stelt dat de tweedelijnspsychologie niet wordt terugbetaald. Daarover krijg ik toch graag wat meer uitleg.

Marie-Colline Leroy (Ecolo-Groen): Je vous remercie bien pour les interventions extrêmement intéressantes. J'avais envie de revenir sur ce que

vous avez évoqué en termes d'objectifs communs. Au début de l'intervention, il a été question de se dire que ça faisait partie aussi des critères de bonne santé mentale de la société de pouvoir avoir des projets communs et qu'il était important de les rendre visibles et de rendre visible aussi la possibilité d'avoir des projets communs. C'est en fait le sentiment de là où j'étais, très éloignée du terrain par rapport à vous. C'est un peu l'impression que j'ai eue au tout début de cette crise.

Au moment où on a annoncé ce qui était en train de se passer, il y avait un mélange d'anxiété et d'angoisse, mais en même temps un vrai mouvement résilient de la part de beaucoup de gens. Ils se disaient que c'était peut-être là le début de quelque chose d'autre. J'ai eu l'impression que dans les objectifs communs – c'était peut-être très bête –, la question de l'absence de masque a quand même créé des espèces de mouvements collectifs très solidaires et porteurs de sens pour les gens qui, face à cette crise sans précédent où on ne savait pas très bien comment réagir... Il y a quand même beaucoup de gens qui se sont mobilisés autour de la fabrication de ces masques. Il y a ceux qui les fabriquaient, il y a ceux qui trouvaient le matériel et il y a ceux qui les livraient. Dans ma région, je l'ai vu très fort, et sur les réseaux sociaux, il y avait une espèce de mouvement créatif et solidaire qui avait l'air de donner une impulsion. Ça nous rassurait, probablement, ça nous permettait de faire projet commun.

La crise n'a pas du tout évolué vers ça. Plein de gens s'imaginaient qu'on allait recréer – et nous les premiers – une société nouvelle, à faire de choses différentes. Finalement, progressivement, on a vu s'installer plutôt un peu plus d'immobilisme, un peu plus de retrait sur soi sur un plus petit cocon, alors qu'on était quand même très confinés au début. Pourtant, on arrivait à faire société en étant éloigné de ça. J'ai l'impression, et j'avais envie d'avoir votre ressenti sur le terrain, qu'il y a aussi cette évolution où on se retranche plutôt un peu plus sur soi. Si ce ressenti est partagé, quelle explication donnez-vous ou percevez-vous depuis le terrain?

J'en viens à la question de la première ligne très investie, mais du coup aussi très sensibilisée, et soutenue, financièrement notamment. Ce qui fait que la deuxième ligne l'est probablement un peu moins. J'évoquerai aussi la pyramide inversée que vous évoquiez. Je trouve cela très important et je me demandais si vous aviez eu l'opportunité de faire état de cette nécessité de réorganiser le partage du soutien. Avez-vous l'impression d'être entendue?

La question des soins de santé mentale est-elle aujourd'hui perçue dans une réflexion plus holistique dans la question plus générale des soins de santé? Par exemple, je me souviens de la fédération des maisons médicales et de Fanny Dubois, pour ne pas la citer, qui avait évoqué l'intérêt, pour les maisons médicales, d'avoir une vue holistique qui répondrait justement à la question de la sensibilisation et de la facilité d'accès. C'est-à-dire qu'un médecin généraliste pourrait effectivement, comme l'expliquait M. Van Daele, poser la question à une personne: "Comment ça va?" parce qu'il sentirait qu'à un moment donné, il y a peut-être un problème, qui doit être pris en charge. Ce serait pour éviter qu'on mette dix ans à se rendre compte qu'en fait, il y a une difficulté liée à la santé mentale qu'on ne règle pas. J'aurais donc voulu avoir votre avis sur cette proposition qui est faite dans les maisons médicales. Elle consiste à dire: l'intérêt d'une maison médicale, c'est d'avoir une vision plus holistique du bien-être d'un patient, et de pouvoir, assez rapidement et assez facilement, proposer une alternative de soin quand on perçoit qu'un autre type d'intervention serait intéressant, de type psychologique par exemple.

Je pense qu'il y a une dernière chose. Vous avez évoqué le fait que l'on connaissait finalement assez mal les soins de santé mentale. J'ai aussi la perception d'une connotation actuellement assez négative autour de la question du bien-être. Il est indispensable dans une société comme la nôtre, faite de performance et de sur-performance, de toujours aller bien. Là aussi, n'a-t-on pas parfois le sentiment que l'on va traîner à dire que cela ne va pas, à dire que l'on a besoin d'aide et qu'on ne tient pas le coup? En effet, il n'est pas nécessairement bien vu, dans nos sphères respectives, de craquer et d'avoir besoin d'une aide. Est-ce, selon vous, quelque chose qui peut aussi faire l'objet de ce que vous avez évoqué en termes de sensibilisation? Ne faut-il pas aussi une sensibilisation beaucoup plus globale? Comme on fait aujourd'hui des plans d'inclusion, des plans de sensibilisation à des problématiques, ne serait-il pas aussi intéressant de faire un plan lié à la communication autour de ce qu'est la santé mentale? On devrait aussi pouvoir dire à des gens: "Il est aussi normal de ne pas aller bien par moments. Il y a aussi des périodes de la vie ou de l'année, où on est susceptible de se sentir psychologiquement moins bien, sans avoir l'impression qu'on est en train de sombrer". C'est aussi l'autre travers. On se dit "Ça y est, je perds pied", alors qu'en fait, c'est peut-être lié à une période, à un moment qui l'explique. Et parfois, c'est rassurant de se dire que ce sont des facteurs extérieurs qui provoquent un sentiment de mal-être. En modifiant un élément ou en attendant quelques heures ou quelques jours, ces états

peuvent passer. Voilà mes questions. Je vous remercie de prendre le temps de nous éclaircir sur tous ces éléments qui nous permettent de poursuivre nos travaux.

Patrick Prévot (PS): Mesdames, messieurs, je vous remercie pour ces présentations très intéressantes. J'aimerais revenir vers vous avec quelques questions et considérations. Certaines ont trait directement à votre sphère de compétences, d'autres sont un peu plus périphériques mais je pense intéressant qu'on puisse avoir votre avis sur ces différents sujets.

J'aurais aimé que vous puissiez revenir sur la prise en compte de la dimension de santé mentale dans le cadre de la gestion de cette crise. On sait la diversité et la multidisciplinarité que revêt le secteur. On sait également que certains experts ont déploré le fait qu'il n'y ait aucun spécialiste du comportement dans le sous-groupe de travail du GEES chargé des questions de santé mentale. Quels spécialistes, quels acteurs de terrain devraient-ils avoir leur place dans les groupes qui conseillent les autorités dans le cadre d'une crise sanitaire comme celle-ci?

Cela a été évoqué tout à l'heure. On a parlé des professionnels de la santé, eux, comme beaucoup de personnes qui travaillent justement au sein des hôpitaux sont soumis à une pression extrêmement forte. Je serais tenté de dire que c'était déjà le cas avant la crise du coronavirus. Comment, de façon générale, permettre une prise en charge adaptée de toutes ces personnes dans le cadre de la gestion d'une crise future notamment sanitaire et peut-être de façon préalable? C'est plutôt une réflexion sur les professionnels de santé et les personnes qui travaillent au sein des hôpitaux.

Lors des auditions que nous avons pu avoir en commission de la Santé, il a été mis en avant la nécessité d'accorder une attention spécifique aux patients qui ont été infectés par le virus et qui ont dû parfois séjourner pendant une très longue période dans un service de soins intensifs. Ces patients ont été confrontés à des circonstances extrêmes qu'on peut qualifier de traumatisantes. Cela montre aussi la nécessité de lier beaucoup plus étroitement la santé somatique et la santé mentale. Cela a déjà été abordé ce matin. Sur ce sujet précisément, comment penser l'avenir? Que mettre en place concrètement pour ces patients qui ont fait des séjours plus ou moins longs et traumatisants au sein d'unités de soins intensifs?

Pour le dernier volet de mon intervention, je voudrais revenir sur la communication. Nous l'avons dit, nous le savons: elle a fait défaut. Il faut reconnaître qu'elle continue parfois, ça et là, à faire

défaut. Nous avons vu que cette communication défailante a entraîné une baisse dans l'adhésion de la population, notamment au niveau des mesures. Une rupture de confiance avec les décideurs s'est installée au fil du temps, justement parce que cette communication a été parfois extrêmement chaotique, dès le début de la crise. Je ne reviendrai évidemment pas sur le tout début de cette crise avec notamment la minimisation de la pandémie.

J'aurais aussi voulu vous entendre sur comment cette communication doit être pensée à l'avenir. Avec qui doit-elle justement être pensée pour être efficace? Comment toucher l'ensemble de la population? Des plus jeunes, dont nous avons beaucoup parlé aujourd'hui, aux personnes les plus âgées, mais également avec une attention pour tous les groupes les plus vulnérables.

Quand je reprenais les réponses que nous avons reçues pour les auditions du jour, il était notamment question de tabler sur les ressources motivationnelles de la population en matière de contrôle et d'autonomie, mais également en matière de cohésion et d'inclusion. Je pense d'ailleurs que c'était une réflexion de M. Yzerbyt que nous avons entendu ce matin. Là aussi, plus généralement, pourriez-vous peut-être nous donner votre avis sur cette réflexion?

Mesdames, monsieur, merci d'ores et déjà pour les réponses que vous allez encore nous accorder.

Dominiek Sneepe (VB): Mijnheer de voorzitter, ik dank de sprekers voor hun zeer enthousiaste uitleg. Wij hebben weer zeer veel bijgeleerd. Ik heb nog enkele vragen, maar niet te veel, want vanochtend zijn al heel wat vragen beantwoord. Ik wil zeker niet in herhaling vallen.

Over het CAW werd gezegd dat het hulp biedt aan iedereen bij alle welzijnsvragen. Vinden ook zorgverleners hun weg naar het CAW?

U sprak ook over het gebruik van data om het beleid daarop te enten. Mevrouw Daeseleire sprak ook even over de cijfers. Hebben wij voldoende cijfers waarop wij het beleid kunnen enten? Zijn er voldoende gegevens of moeten zij worden bijgeschaafd? Hoe doen wij dat dan het best? Of zijn er misschien wel cijfers, maar worden die niet in een centrale databank verzameld?

Het zal misschien wat raar klinken, maar ik denk dat heel wat mensen een bepaald beeld hebben van psychiaters en psychologen als zorgverleners in witte jassen in kille en kale ziekenhuizen. Moet men niet inzetten op de verandering van dat beeld? Men heeft immers vaak het idee dat, als men een

psychologisch probleem heeft, men in een gesloten instelling zal terechtkomen, wat niet altijd zo is. Het is wat zoals bij de piramide: men moet niet alleen de financiering omdraaien, maar ook de beeldvorming. Gaat u ermee akkoord dat dat een deel van het probleem is en, zo ja, hoe lossen wij dat op?

Een andere vraag is of u genoeg bekend bent, niet alleen bij de bevolking, maar ook bij andere zorgverstrekkers. Als ik mij bijvoorbeeld niet goed in mijn vel voel en ik naar de huisarts ga, dan zal die mij onderzoeken en nagaan of bijvoorbeeld mijn hart en mijn psychosomatische toestand in orde zijn. Hopelijk zal hij dan niets vinden. Hij zal misschien ook de vraag stellen of men mogelijke problemen thuis heeft of dat er nog iets is wat men wil vertellen. Als ik daar twijfelend op antwoord, dan zal hij zeggen dat hij daar niet veel aan kan doen of zal hij mij Temesta voorschrijven en een week later een nieuwe afspraak geven. Dat beeld heb ik toch in mijn hoofd.

Zijn onze huisartsen voldoende opgeleid om, ten eerste, dergelijke signalen op te vangen en, ten tweede, dan ook om de patiënten onmiddellijk naar de juiste persoon door te verwijzen? Graag wat uitleg daarover.

Ik hoor graag zeggen dat voorkomen beter is dan genezen en dat we dus beter moeten inzetten op preventie. Ik heb dat al heel veel keren gehoord, daarom begrijp ik niet goed waarom het beleid daar niet meer op inzet. Als dat er maar voor 1 % op preventie wordt ingezet, dan is dat eigenlijk beschamend. Ik maak de koppeling met de coronacrisis. Eigenlijk zien we dat in de beheersing van die crisis ook een stuk terugkeren. We zitten natuurlijk in een crisis, die moet worden beheerst, dus voor preventie is het al wat te laat, maar toch. Van bij het begin zei men dat we in ons kot moesten blijven, terwijl we vanochtend hoorden dat we niet in ons kot moesten blijven, maar naar buitengaan en er vitamine D opdoen. Vooral voor kinderen luidt de boodschap dat ze zich absoluut vuil moeten maken, om hun immuniteit op te krikken. Ik had graag daarover uw visie gehoord.

De oproep van mevrouw Daeseleire is alleszins aangekomen, toch bij mij. Ik zit in de oppositie en zal uiteraard alle initiatieven steunen die de geestelijke gezondheidszorg ten goede komen. Bent u op de hoogte van bepaalde initiatieven? Wordt u uitgenodigd voor overlegmomenten of de bespreking van bepaalde projecten? Graag had ik daarvan een actuele stand van zaken.

Michel De Maegd (MR): Monsieur le président, à mon tour, je voudrais remercier les intervenants au nom de mon groupe pour leur présence et leurs

exposés. Je retiens quelques lignes de force: la prévention est essentielle en matière de santé mentale. On ne s'en préoccupe pas assez. Comme l'a dit Mme Cautaeers, les soins de santé mentale sont généralement limités à l'aspect curatif. Or, l'intérêt de la prévention est évidemment prépondérant pour la détection précoce des problèmes de santé mentale, avec cette suggestion des cours d'éducation psychologique.

M. Van Daele exprimait également ce souci pour la prévention, en demandant qu'on redouble d'efforts à ce sujet. Même si ce n'est pas une compétence fédérale, cela rejoint ce qu'on a toujours entendu dans ces auditions de la commission spéciale COVID; la séparation du curatif et du préventif est manifestement une limite réelle à l'efficacité de notre système de santé. Il faudrait évidemment que notre commission puisse formuler des recommandations en ce sens.

Je retiens aussi qu'en matière de prévention, comme l'a dit M. Van Daele, il faut plus d'attention à deux groupes d'âge en particulier. Je partage ce point de vue. Il y a d'abord les jeunes (ça rejoint de ce que nos invités ont dit ce matin), mais aussi les personnes âgées. Ces deux groupes-cibles sont plus vulnérables et de nature à recevoir des soins de santé mentale plus proactifs.

M. Van Daele dit également que 6 % du budget santé sont alloués aux soins de santé mentale. Ce montant sera relevé mais il faudra renforcer la première ligne pour atteindre plus de patients.

J'ai une série de questions complémentaires à poser à nos intervenants.

Quelles pourraient être vos recommandations en ce qui concerne la communication publique en matière de santé mentale? Il est vrai que la communication n'a pas toujours été efficace, c'est une évidence. Donc, quelles sont vos recommandations pour une communication claire et apportant des perspectives aux citoyens?

Par rapport aux mesures mises en place en matière de santé mentale, avez-vous rencontré des difficultés dans la recherche des informations publiques dont vous aviez besoin? Dans d'autres secteurs, les médecins ont organisé des groupes privés WhatsApp pour se partager des informations durant la crise; en effet, Sciensano n'a pas toujours eu une communication très claire sur les informations dont elle disposait. Est-ce que vous avez rencontré ce genre de difficultés pour pouvoir vous informer entre praticiens?

Avez-vous constaté une évolution de la communication tout au long de la gestion de cette

crise?

Et puis, nous le disons souvent dans cette commission, l'adhésion du public aux mesures se désagrège de plus en plus. Quel sentiment personnel en retirez-vous? Comment optimiser cette adhésion? Quelles en sont les conditions, selon vous?

Enfin, madame Daeseleire, vous évoquiez la délivrance d'allocations - allant de 90 à 125 euros - dans certains pays voisins, mais si nous en élargissons le spectre, quelle est la situation psychologique là-bas? Est-elle comparable à la nôtre? Justement, une étude comparative est-elle envisageable à ce sujet? Je vous remercie.

Nawal Farih (CD&V): Ik heb momenteel geen bijkomende vragen. De uiteenzettingen waren zeer duidelijk voor mij. Ik dank de sprekers voor hun bijdragen en concrete aanbevelingen.

Thierry Warmoes (PVDA-PTB): Ik dank alle sprekers voor de uitgebreide uiteenzettingen en de interessante kijk op de gezondheidszorg, de herfinanciering ervan, de eerstelijnsgezondheid, de zorg inzake mentale gezondheid, de digitalisering en alle aanbevelingen voor de toekomst. Ik meen dat wij al die zaken moeten meenemen, ook in de commissie voor Gezondheid, die ik voorzit. Het is een materie die ik minder goed ken. Ik heb dus alleszins veel bijgeleerd.

Mevrouw Vandewinckele, dank voor uw uiteenzetting. Ik heb op voorhand gekeken naar jullie website. Ik heb daar een opvallende uitspraak teruggevonden: "Welzijn in gevaar, voor Beke geen bezwaar". Kunt u daarover toelichting geven? Het gaat dan natuurlijk over de Vlaamse regering, maar mentale gezondheid en wat er in het hoofd gebeurt, is niet afhankelijk van het federale of regionale niveau. Op de vooravond van de covidpandemie was minister Beke van plan om 5 miljoen euro te besparen in de sector. Uiteindelijk is dat na de protesten "slechts" 3 miljoen geworden. Welke concrete gevolgen heeft dat gehad voor uw werking en voor de maatschappij? Zijn de bestaande problemen daardoor nog groter geworden? Hoe zijn jullie daarmee omgegaan?

Mevrouw Daeseleire, ook u bedankt. We hebben een duidelijke oproep gehoord om de eenzijdige focus op de fysieke gezondheid van de bevolking van de regering of de media ten aanzien van de bevolking te wijzigen. U onderstreepte het belang van een systematische sensibilisering rond de geestelijke gezondheid, maar die blijft uit. U wijst op het belang om psychologen en anderen uit de sector aan het woord te laten. Zij moeten de

bevolking informeren, vooral om gedrag van de bevolking te normaliseren in plaats van dat te stigmatiseren. We zijn ook van mening dat de erkenning broodnodig is.

Aangezien uw werking heel hard gericht is op preventie, sensibilisering en het ter beschikking stellen van tools aan bedrijven en organisaties, hoe zou volgens u de regering concreet moeten hebben gehandeld of moet zij handelen om tegemoet te komen aan de maatschappelijke nood aan aandacht voor mentaal welzijn?

Ik ondersteun jullie van ganse harte in jullie mening en visie over de herfinanciering van de geestelijke gezondheidszorg. Die moet gebaseerd zijn op eenheid, duurzaamheid, samenwerking en toegankelijkheid. Van uw uiteenzetting heb ik ook onthouden dat de piramide moet worden omgedraaid. Onze partij pleit daar ook al langer voor en blijft erop aandringen om samen met de sector te bekijken hoe we de zaak anders kunnen organiseren. Er is nood aan een radicale verandering, die veel verder gaat dan de huidige hervormingen.

Mijnheer Van Daele, van Steunpunt Geestelijke Gezondheid Vlaanderen, ook bedankt voor uw uiteenzetting. U hebt een duidelijke vraag geformuleerd naar vermaatschappelijking van de zorg en inzet op digitalisering. Dat zijn zeer fragiele onderwerpen in de maatschappij. Vermaatschappelijking van de zorg mag voor ons toch zeker geen compensatie zijn voor besparingen in de bestaande gezondheidszorg.

Voor ons moet dat een en-enverhaal zijn. Op zich is vermaatschappelijking van de zorg positief, maar dat mag niet worden aangewend voor besparingen, zoals wel eens naar voren komt in politieke uiteenzettingen. Mijnheer Van Daele, deelt u die bezorgdheid?

Ik had de indruk dat u sterk wil inzetten op digitalisering en onlinehulpverlening. Dat is positief en mooi en wij kunnen dat ondersteunen. De vraag is dan wel hoe uw organisatie ervoor zal zorgen dat de meest kwetsbaren, de oudere mensen, de meest achtergestelde mensen, die niet altijd toegang hebben tot informatica en die niet aan de digitalisering kunnen deelnemen, niet achterblijven?

Robby De Caluwé (Open Vld): Beste sprekers, ik wil jullie danken voor uw heel duidelijke aanbevelingen. Wij kunnen daarmee heel concreet iets doen bij de opmaak van ons eindverslag.

Mijnheer Van Daele, misschien was uw aanbeveling het meest concreet. Wij kunnen er

allemaal iets mee doen, namelijk gewoon eens aan mensen vragen hoe het met hen gaat. Velen doen dat veel te weinig maar dat is zeker en vast een terechte bemerking.

Wij hebben vanochtend reeds een hoorzitting gehad over geestelijke gezondheid, met onder andere professor dokter Yzebyt, hoogleraar psychologie. Ik had hem een vraag willen stellen, maar dat is niet gelukt door tijdsgebrek. Ik wil ze graag nu even stellen. Misschien kan iemand van u een antwoord geven.

Psychologen geven vaak aan dat het beter is om mensen te motiveren of perspectief te bieden op basis van criteria dan op basis van een datum. De heropening van de horeca ligt nu vast op 1 mei. Dat is op basis van een datum en niet zozeer op basis van een doelstelling. In het verleden zijn er reeds pogingen geweest om te werken met bepaalde drempels, maar wij hebben gezien dat wij ter zake toch op grenzen botsen.

Er werd eerder bijvoorbeeld gesteld dat er zou kunnen versoepeld worden, als het aantal besmettingen en het aantal ziekenhuisopnames onder een bepaald niveau daalt. In de realiteit bleek dat wij op een hoog plateau gedurende een lange periode zaten. Men ziet dan dat er heel veel vermoeidheid optreedt en dat mensen vragen om toch reeds te beginnen te versoepelen, mogelijk om verschillende redenen. Ik ben geen psycholoog, maar het kan zijn dat zij de indruk hebben dat de maatregelen niet meer helpen, omdat het aantal besmettingen toch niet meer daalt. Het kan ook zijn dat ze zeggen dat het stabiel is en dat wij dus weer de teugels kunnen lossen.

Hoe moeten wij dat precies aanpakken? Ik ben het eens met psychologen, dat lijkt mij ook logisch, dat men beter met de doelstellingen werkt, met bepaalde drempels waar de cijfers onder moeten dalen. Als men dan echter zo'n lange periode van stagnatie heeft, hoe houdt men dan de mensen toch nog gemotiveerd en zorgt men ervoor dat die schreeuw naar versoepelingen, die misschien niet altijd helemaal verantwoord is, toch kan tegengehouden worden en dat men de mensen gemotiveerd kan houden?

Tom Van Daele: Ik wil me zeker niet in de plaats stellen van professor doctor Yzerbyt, maar ik zal een poging doen om de vraag die u aan hem niet kon stellen, te beantwoorden. Mijns inziens klopt het dat men perspectief moet bieden op basis van criteria. Mevrouw Daeseleire had het ook over perspectief in haar toelichting. Het is ook altijd goed om een plan te communiceren, in de plaats van data. Dus, als dit dan dat.

Het is misschien kort door de bocht gesteld, maar ik denk dat ook al is iedereen vermoed, iedereen wel nog steeds doet wat hij of zij moet doen. We mogen dus blij zijn met wat er allemaal nog gebeurt. Ik denk dat dat een belangrijk signaal is. Bij ons doen er zich geen situaties voor zoals in Nederland of situaties die heel excessief zijn. Ik denk dat dat voor een stukje te maken heeft met de communicatie vanwege de federale overheid. Ik doe voor alle duidelijkheid geen politieke uitspraken, maar het feit dat een federale overheid neen durft te zeggen, zorgt voor duidelijkheid en perspectief. Ook de handhaving heeft daarin zijn rol gespeeld. Die verbindende communicatie tussen enerzijds eerste minister De Croo en anderzijds minister Vandenbroucke, zijn bijvoorbeeld zaken die zeker hebben meegespeeld in de motivatie van de mensen. Iedereen kan dit vanop het eigen niveau zeker versterken en dat is volgens mij ook gebeurd.

Mevrouw Snelpe, mevrouw Leroy, wat de beeldvorming betreft, we worden daarvoor door Vlaanderen gesubsidieerd. Wij vinden beeldvorming belangrijk. Wij hebben nog geen Waalse tegenhanger, maar er zijn gesprekken aan de gang met CréSaM, omdat men zich eventueel zal baseren op 'Te Gek!?' om ook in het zuidelijke landsgedeelte en eventueel daarbuiten mee te werken aan de verbetering van de beeldvorming. Ook vanuit Nederland kwamen er daaromtrent vragen.

We doen dat onder meer via onze ambassadeurs. Er is terecht aangegeven dat de globale bewustmaking op verschillende vlakken moet gebeuren. Dat vergt een plan van communicatie. Een van de zaken daarin er is nooit slechts één oplossing - is dat de communicatie verloopt via bekende en minder bekende Vlamingen.

Er staan intussen behoorlijk wat BV's achter het initiatief. Guy Swinnen en Selah Sue zijn bijvoorbeeld peter en meter. Zij durven in de pers duidelijk aan te geven dat ze ook een depressie doorgemaakt hebben, dat ze ook nu nog medicatie nemen. Die openheid vanwege bekende Vlamingen helpt, dat merken we ook in het onderzoek dat we voor onszelf opgezet hebben. We hopen dat we dat op korte termijn naar het Waalse landsgedeelte kunnen overbrengen.

Mevrouw Snelpe heeft nog een bijkomende vraag gesteld rond beeldvorming en de cijfers daaromtrent. Vijftien jaar geleden waren we bekend bij ongeveer 5 % van de bevolking. In 2019 was dat bij 35 %. Onze ambitie is om in 2022 bij 50 % bekend te zijn. Uit ons onderzoek blijkt dat mensen die Te Gek!? kennen, gemakkelijker en sneller de juiste stap zetten naar de juiste zorg. Via

de communicatie en de beeldvorming is het dus mogelijk om de mensen te betrekken bij het geheel.

Bij de zorgverstrekkers zijn we ongetwijfeld nog te weinig bekend. Daar ligt nog een uitdaging voor ons. In Vlaanderen ontkennen we graag dat er een probleem is, we zeggen liever dat we gewoon doordoen. Daar gaat het niet alleen over financiële drempels of over onvoldoende bekend zijn, maar vooral over de ontkenning van het probleem. En dat is nog slechter bij zorgverstrekkers.

U zegt: kinderen, maak u maar eens goed vuil. Ik ben het daarmee volledig eens, maar het is een en-verhaal. Het mag niet worden gepolariseerd. We moeten ons kunnen vuilmaken. Ik geef een anekdotisch voorbeeld. Als ik mijn neefje zie, zegt hij: "nonkel Tom, afstand houden, want we mogen nog niet knuffelen". Ook dat is een en-verhaal, waar we met elkaar een samenleving opbouwen. Op dat vlak ben ik het helemaal eens. Ik stel niet voor om samen in de modder te gaan rollen, maar u hebt gelijk dat dit een belangrijk punt is.

Dan vraagt u ook de actuele stand van zaken van onze betrokkenheid. Actueler dan dit kan het niet, want ik zit nu samen met u aan de tafel, waar ik heel blij om ben. Ik vind dat heel veel mensen op het juiste moment gevraagd zijn. Ik denk ook dat andere mensen bijkomend aan verschillende tafels kunnen worden gevraagd. We merken ook dat het groeit. Ik kan ook voor mijn eigen organisatie spreken. Dankzij corona worden we nu veel meer gevraagd. Daar kan ik blij om zijn, maar ik moet daar ook ongelukkig om zijn, want er is wel een pandemie. Ik kan alleen maar blij zijn dat de aandacht voor geestelijke gezondheidszorg meer en meer maatschappelijk gedragen wordt.

Dan vraagt u nog naar aanbevelingen inzake communicatie. Dat is onze core business, dus ik antwoord daar met heel veel plezier op. Er bestaat niet een oplossing die op zichzelf staat. We hebben daar een communicatieplan voor, waar we op verschillende dingen inzetten. Ik denk dat dat bij u niet anders is in uw communicatie. Zowel binnen de federale overheid als binnen de partijen denk ik dat u heel goed weet dat er op verschillende nagels moet worden geklopt. Daarvoor hebben wij communicatieplannen om zo veel mogelijk mensen te bereiken.

De volgende vraag van de persoon van de MR, zijn naam verscheen niet op het scherm, ging over het gemeenschappelijk project rond weerbaarheid. Er is inderdaad een heel groot verschil tussen de eerste lockdown en de tweede lockdown. In de eerste lockdown was alles nieuw. Het zou enkele weken duren en mensen genoten van wat vrijheden en rust. Het beeld was genuanceerd:

sommige mensen met een psychisch beeld zeiden dat ze dit gewoon waren en dat ze het fijn vonden om wat meer rust te hebben. Wij moeten op woensdag niet naar de muziekschool, voetbal en ballet rijden.

Dat hebben we in de eerste lockdown zeker gezien. Omdat het nu zo lang duurt, wordt het nu uiteraard op een andere manier ingevuld en gezien. Op dat vlak moeten we durven zeggen dat perspectief belangrijk is. Ik verwijs naar mijn uitleg rond perspectief bieden en daarrond een plan communiceren.

Er waren vragen over standaardisering en kwaliteitseisen. Ik ben helemaal voorstander van kwaliteitseisen, maar standaardisering mag niet alleen vanuit een biomedisch model vertrekken. We merken dat binnen de geestelijke gezondheid ook andere dingen heel belangrijk zijn en dat standaardisering op dat vlak niet zo evident is. Bij een gebroken been is het duidelijk hoeveel dagen het duurt voor dat genezen is, maar een depressie is niet altijd opgelost bij twaalf contacten. Op dat vlak is standaardisering op een andere manier nodig dan in een biomedisch model en moeten we daar verschillende modellen durven naast elkaar leggen om tot kwaliteitseisen te komen. Kwaliteitseisen mogen en moeten er zeker wel zijn.

De heer Prévot vroeg wie een plaats moet krijgen. Ik wil mij excuseren dat ik daar niet op zal antwoorden. Misschien kunnen mijn collega's dat beter. We kunnen uiteraard niet iedereen overal plaatsen. Ik heb er alle begrip voor dat daar keuzes moeten worden gemaakt. Op dat vlak kan ik alleen maar hopen dat er met zo veel als mogelijk maatschappelijke invloeden en inzichten wordt rekening gehouden. Bij uw bijkomende vraag kan ik wel aangeven dat we uiteraard, als het gaat over ziekenhuisopnames en hoe we de veerkracht bij coronapatiënten zelf kunnen verhogen, met het algemeen model zitten. Daarin zien we uiteraard eerst dat de veerkracht van de patiënt zelf, en ook nadien de omgevingsfactoren van de patiënt, heel belangrijk zijn om daar zelf uit te klauteren. Dan komen we bij de 10% mensen die echt nood hebben aan doorgedreven hulp en een groep daarvoor. Daar moeten we op inzetten. Niet alle mensen die een opname met corona hebben doorgemaakt, al dan niet op intensive care, zullen allemaal psychologische hulp nodig hebben. Het moet wel toegankelijk gemaakt worden en er moet over worden gecommuniceerd.

Een volgende vraag kwam van de heer Warmoes en gaat over de vermaatschappelijking van de zorg. Laat het duidelijk zijn. Toen ik daarnet heb gesproken over het optrekken van 6 % naar 12 %, gaat het niet over een besparing. Ik heb niet

gesproken over een besparing maar over het optrekken van de zorg. Wel ben ik van mening dat het omkeren van de piramide, zoals mevrouw Tine Daeseleire heeft aangegeven, op sommige terreinen wel tot besparingen kan leiden en dat door investeringen op andere domeinen veel meer mensen kunnen worden geholpen met hetzelfde budget. Dat is iets waar ik achter kan staan.

Ook heel belangrijk is dat de overheid uiteraard niet allesbepalend is. Een overheid heeft ook beperkte middelen. Wij bestaan en zijn blij dat wij op die manier bestaan. Wij mogen werken met overheidsmiddelen. Op dat vlak is het heel belangrijk dat wij de middelen heel resultaatgericht inzetten. Het is mijn en uw geld waarmee ik van de overheid mag werken. Op dat vlak is het heel belangrijk dat die tussenstructuren bestaan, maar dat ze ook niet met te veel en niet te groot zijn. Dat is ook belangrijk. Het eerste soort middelen moet immers naar de zorg zelf gaan. Dat is spreken tegen de eigen winkel, maar dat doe ik heel graag. Eerst moeten er middelen naar de zorg gaan en nadien naar tussenstructuren die heel resultaatgericht de zorg kunnen ondersteunen.

Ik herhaal dat het niet om een besparing in haar totaliteit gaat maar over een verschuiving van middelen, waarop op sommige vlakken kan worden bespaard en waarvoor op andere vlakken meer moeten worden geïnvesteerd om meer mensen te helpen.

Ik wou ook nog vriendelijk het volgende tegenspreken. Ik heb geen pleidooi gehouden voor een volledige digitalisering. Het is niet mijn pleidooi om alles te digitaliseren. Integendeel, ik heb een poging gedaan om mee te geven wat wij aan digitale omschakeling hebben gedaan tijdens de coronaperiode. Ik hoop echter heel sterk dat ik nog opnieuw concerten en toneelvoorstellingen kan organiseren met mijn team en met bekende Vlamingen, zodat wij in Vlaanderen aan geestelijke gezondheidszorg op alle terreinen kunnen doen. Het is een en-enverhaal, ook op dat vlak. Wat daarnet is gezegd over blended zorg, is zowel voor hulpverlening als voor beeldvorming belangrijk. Ik hoop dat ik het misverstand rond digitalisering nog even mocht rechtzetten.

Ik meen aldus op de aan mij gestelde vragen een antwoord te hebben geformuleerd.

De voorzitter: Mijnheer Van Daele, wij zullen het straks nog even aan de leden vragen. Ik zal nu eerst uw collega's het woord geven.

Tine Daeseleire: Ik weet eigenlijk niet goed waar ik moet beginnen, want het is allemaal zo interessant.

Misschien toch heel even voortgaan op de vele vragen die u hebt gesteld naar motivatie en communicatie. Een voorbeeld van ongelukkige communicatie is bijvoorbeeld "Blijf in uw kot". Op dat moment was het natuurlijk enorm belangrijk om de mensen duidelijk te maken dat er belangrijke maatregelen moesten worden genomen, maar ik denk dat het "Blijf in uw kot"-principe is blijven hangen en dat er daardoor veel meer jongeren en kinderen in den duik in hun kot zijn gebleven met bubbels die iets of veel groter waren omdat ze dat buiten niet durfden te laten zien.

Onze communicatie was deels gericht op sanctioneren, vandaar dat wij niet motiverend bezig waren. Motiveren is niet een gedrag niet stellen omdat men schrik heeft om betrappt te worden, bij intrinsieke motivatie gaat het erover dat men iets begrijpt en een zinvolle uitleg krijgt waarom bepaalde zaken worden gezegd.

Er was ook de uitspraak "Wij willen geen jojo-effect." Het kan geen kwaad om soms een jojo-effect te hebben en om bepaalde regio's en bepaalde scholen te moeten sluiten en iedereen te moeten testen. Mensen zijn niet lomp. Zij begrijpen dan wel dat er iets aan de hand is en dat het eventjes strenger moet om daarna opnieuw in een veilige context te kunnen functioneren.

Ik zou hier een hele cursus motivationele psychologie kunnen geven, maar wat is daar belangrijk? Duidelijke communicatie.

Waar vindt men duidelijke communicatie? Wij hebben vooral gecommuniceerd via de pers en het nieuws.

Er is het voorbeeld van een kind van tien jaar dat aan andere kinderen uitlegt welke de COVID-19-maatregelen zijn, of het kanaal Youtube wordt gebruikt om informatie te verspreiden. Ik denk dat er in het begin heel wat mensen waren die niet precies wisten welke de maatregelen waren. Mensen worden het COVID-19-nieuws beu. Ze kijken of luisteren ook niet meer naar het journaal. Dan hoort men dat mensen eigenlijk niet meer weten welke maatregelen er momenteel van kracht zijn.

Het is heel belangrijk om een zinvolle uitleg te geven. Kunnen we een zinvolle uitleg geven? Had de overheid misschien tijd kunnen maken om een lijst op te stellen met Frequently Asked Questions? Bijvoorbeeld, waarom is het mogelijk dat een alleenstaande wel bij een koppel op bezoek mag, maar dat een koppel dat in de andere richting niet mag. Het zijn maar een paar voorbeelden van hoe we een zinvolle uitleg kunnen geven aan bepaalde

zaken. Hoe kunnen we ons in de schoenen van jongeren verplaatsen om hen te zeggen welke de mogelijke hindernissen zijn die ze zullen tegenkomen bij het volgen van bepaalde maatregelen. Denk maar aan Kerstmis, waar gezinnen samen wilden vieren, maar waar er gezegd werd om het beter niet te doen. Wat zijn de hindernissen? En hoe gaat men daarmee om?

Ik heb prachtige praktijkvoorbeelden gezien. Ouders die hun kinderen allemaal apart op een bankje in het park hebben gezien om hen een zalig kerstfeest te wensen. Ik heb ook verhalen gehoord van gezinnen die met 10, 12 of zelfs 20 personen zijn samengekomen om kerstmis toch niet te moeten missen. Welke zijn de hindernissen en hoe kunnen mensen daarmee omgaan?

Het is ook belangrijk van een keuze te hebben. In plaats van data, die geen keuze bieden en waaraan we niets kunnen verhelpen, is het goed van doelstellingen voorop te stellen en deze te koppelen aan kleinere gebieden, zodat mensen het gevoel hebben dat ze het verschil kunnen uitmaken.

Dat is het wellicht wat professor Yzerbyt bedoelde toen hij zei 'koppel het aan doelstellingen in plaats van aan data'.

Ik denk dat er inderdaad een heleboel zaken zijn die op het vlak van motivatiepsychologie en communicatie kunnen worden meegenomen. We kunnen nagaan of dit via andere kanalen kan.

Ik ga even in op de eerste vragen. Wie betaalt ons als wij naar ziekenhuizen gaan? Dat gebeurt zeer laagdrempelig. Wij hebben onze bijdragen gepromoot als spoedcursussen en de ziekenhuizen hebben die zelf betaald. Ziekenhuizen zijn bereid om voor hun personeel te zorgen, zodat het personeel er zelf niet voor hoeft te betalen. Vandaar dat wij graag met bedrijven werken. Er zit immers meer psychopathologie in bedrijven dan men zou verwachten. Dus eigenlijk bereiken we via maatregelen op het vlak van welzijn in bedrijven een heleboel mensen die niet in therapie gaan of niet bij psychologen terechtkomen.

Huisartsen zijn al veel meer mee in de niet-medicamenteuze aanpak, maar ik merk dat ze ook door snelheid worden ingehaald tijdens de crisis. Uit onderzoek blijkt dat er op dit ogenblik veel meer slaapmedicatie wordt voorgeschreven. Die artsen krijgen zo veel oproepen, die zij snel telefonisch moeten behandelen, en dan wordt er al sneller teruggerepen naar gemakkelijke oplossingen, in plaats van een niet-medicamenteuze uitleg te doen, terwijl veel jonge artsen daar enorm in

geïnteresseerd zijn en er ook zeer goed in worden.

Nu kom ik bij de vraag over het pilootproject van de eerstelijnspsychologen, en de bewering dat het geen succes zou zijn. Ik zou dat niet durven stellen. Het is natuurlijk wel een succes. Er zijn psychologen ingestapt, maar de geest van de eerste lijn kan niet bereikt worden in dit concept. Wat betekent dat? Eigenlijk is het in de eerstelijnspsychologie de bedoeling om mensen zelfredzaam te maken, maar ook om andere hulpverleners te betrekken en ervoor te zorgen dat we op één lijn zitten. Als dat in de eerste lijn niet lukt, dan moet er gemakkelijk kunnen worden doorverwezen, om mensen met de gepaste hulpverlening in contact te brengen.

Toen ik supervisie deed bij de eerstelijnsmedewerkers, hadden zij ten eerste geen model om kortdurend te werken. Daarom schoven zij de sessies steeds op: dit jaar vier sessies en dan volgend jaar nog eens vier sessies, want zo blijft er een terugbetaling. Zo ben je natuurlijk niet kortdurend bezig.

Voorts zeiden ze dat ze voor een vergoeding van 45 euro geen tijd hadden om ook de huisarts te bellen. Maar de huisarts is natuurlijk de eerste persoon met wie je binnen de eerstelijnszorg moet overleggen. Psychologen kunnen immers geen medicatie voorschrijven, dus dat moet besproken worden. Er moeten een gedeelde ziekte-theorie en behandelingsstrategie zijn ook om huisartsen aan te sporen dat men niet helemaal psychisch moet hersteld zijn, alvorens mensen kunnen in hun bedrijf gere-integreerd kunnen worden of weer naar school kunnen. Er is dus geen tijd om de context bij de therapie te betrekken, om groepen te organiseren, en daar zit precies de gemiste kans op het vlak van de eerstelijnsacties. Daar ligt dus nog een grote uitdaging voor ons.

Welke patiënten zijn geschikt voor individuele sessies en welke voor groeps sessies? Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat resultaten geboekt kunnen worden via groeps sessies en grote psycho-educatieve groepen, zelfs bij een zware problematiek. Bij zware depressies zijn er enorm goede resultaten met psycho-educatieve sessies. Langs die weg wordt de toegang tot individuele hulpverlening ook vergemakkelijkt. Beide gaan dus hand in hand. Het is niet: of individuele hulpverlening, of groeps sessies.

Als mensen ons vragen naar individuele therapie, doen we een kort consult. Chantal Van Audenhove van kenniscentrum LUCAS heeft twintig jaar geleden al gezegd dat psychologen goede indicatiestellingen moeten doen.

Dat doet men niet door elke patiënt van in het begin naar individuele therapie, groepstherapie dan wel naar psycho-educatieve therapie te verwijzen. Men moet een oriëntatiegesprek doen, een kort consult, zoals een huisarts, en dan bepalen op gebied van motivatie of iemand nog een groepscursus kan volgen. Groeps cursussen hebben veel meer voordelen dan individuele therapie soms kan bieden. Ze hebben echter ook nadelen, het ene vervangt het andere dus niet.

Zeer veel evidencebased onderzoeken concluderen dat groepstherapie en psycho-educatie een keuze kunnen zijn in de psychische hulpverlening, dat mensen dan ook meer steun hebben en met minder stigma en taboe gepaard gaat.

Er werd gevraagd of wij reeds klaar zijn om protocollen toe te passen. Ja, er bestaan protocollen. Ja, er zijn voldoende onderzoeksrapporten. Ja, wij kunnen prognoses doen, wij kunnen de prognose doen dat een gemiddelde behandelingsduur bij een paniekstoornis tien sessies bedraagt. Ja, wij kunnen prognoses doen over hoeveel sessies men gemiddeld nodig hebt bij een trauma, welke therapieën daarvoor evidencebased zijn en welke therapieën resultaten hebben. Die informatie bestaat.

In Engeland is er het IAPT-programma van David Clark. Men heeft daar een hele opsomming gedaan van evidencebased therapieën gelinkt aan de juiste psychische problematiek. Dat werkt zeer goed. Wil dat zeggen dat elke therapie voor elke patiënt werkt? Neen, net zoals in de medische wereld kunnen wij één op twee goed vooruithelpen, als mensen de juiste hulp krijgen.

Er werden vragen gesteld over het feit dat we in het begin veel meer motivatie en creativiteit en nu meer coronamoeheid zien. Dat klopt inderdaad. Ik zie ook dat de mensen uiteindelijk voor een stuk beginnen te lijden aan chronische stress. Wij hebben inderdaad weinig aandacht besteed aan bewustmaking van het feit dat de maatregelen blijven duren en hoe men *out of the box* toch het mentaal welzijn kan beschermen.

Zoals de affiches om de handen te wassen, had ik graag affiches gezien die aanraadden om naar buiten te komen en met de burens te praten, zij het op veilige afstand. Hou een wandelvergadering in plaats van continu in een zoomvergadering te zitten.

Er zijn een heleboel suggesties die wel nog mogelijk zijn tijdens de covidcrisis, maar die wij heel weinig expliciet hebben gemaakt. Er zouden

zo ook suggesties van het volk zijn gekomen, die ons creatief zouden houden en ons out of the box zouden laten nadenken over mogelijkheden inzake psychische gezondheid die wij binnen de beperktheden wel zouden kunnen toepassen.

Wat de negatieve perceptie betreft in verband met het spreken over psychische klachten, er is inderdaad ter zake nog steeds een taboe, er is nog steeds een stigma. Dat is ook het gevaar als mensen met signalen niet te horen krijgen, psycho-educatief, wat zij hebben en wat het verschil is tussen depressieve klachten en neerslachtigheid, wat het verschil is tussen normaal nadenken en piekeren en wat het verschil is tussen eens een periode wakker liggen en een echt slaapprobleem, waarbij men niet alleen slecht slaapt maar overdag vermoeidheid voelt en niet in staat is de zaken ter hand te nemen die men ter hand zou moeten nemen.

De gewone burger heeft nood aan psycho-educatie, teneinde er taal aan te geven en de schaamte, de ongerustheid en ook de kwaadheid weg te nemen wanneer hij of zij geconfronteerd wordt met de reactie van anderen dat men niet flauw moet doeg en best zwijgt, aangezien anderen het veel erger hebben. Daar is dus nood aan, teneinde de schaamte, het stigma en het taboe door sensibilisering te doen verdwijnen.

Wij pleiten inderdaad voor de omgekeerde piramide en zouden graag zien dat de wijkgezondheidscentra multidisciplinaire en holistische structuren worden, waar er aandacht is voor de medische kant, maar ook een aantal psychologen tewerkgesteld zijn. Daar kunnen maatschappelijke assistenten ook zeer laagdrempelig de sociale en familiale problematiek aanpakken.

Wij moeten streven naar meer buurtwerking, zodat mensen niet denken dat ze al helemaal gek moeten zijn, vooraleer zij naar een psycholoog op zijn kabinet gaan. Wij zijn ook maar normale mensen. We lopen niet rond met witte jassen. Daar moet ook iets aan gebeuren. De bevolking moet weten dat er een mogelijkheid is om op een heel laagdrempelige manier hulp te krijgen.

Marieke Impens: Ik wilde graag nog enkele aanvullingen doen. Als het gaat over de terugbetaling van de eerstelijnspsychologie, is het schrijnend om dat te vergelijken met de loopbaancheques en de bedragen die daarvoor worden vrijgemaakt. Daar zit een gigantisch groot verschil op. De terugbetaling van de eerstelijnspsychologie is volgens mij minder dan de helft dan wat we terugbetaald krijgen voor mensen die begeleiding krijgen met loopbaancheques.

Er heerst volgens mij ook een misvatting. Afgestudeerde psychologen zijn daarom nog geen eerstelijnspsychologen. Net zoals pas afgestudeerde studenten geneeskunde nog niet meteen huisarts zijn, mensen hebben het kader nodig om op die manier te kunnen opereren.

Ik wil nog een punt toevoegen. Als men cursussen op de juiste manier aanbiedt, dan komen de mensen vanzelf. Er hoeven dus geen verwijzers te zijn, als we de informatie op een juiste manier verspreiden. We verzorgen voor de stad Antwerpen bijvoorbeeld cursussen rond angst, stress, depressie, eenoudergezinnen en dergelijke. Als men die op juiste manier neerzet, dan lopen die vanzelf vol. Mensen vinden de weg en geven ook aan dat ze daar dingen geleerd hebben die ze zelfs niet geleerd hadden bij de therapeut die ze eventueel parallel raadplegen.

Anderzijds doen wij zelf ook cursussen rond piekeren en stress en zien wij dat mensen zelfs bereid zijn te betalen om inzicht te krijgen in de manier waarop hun slaappatroon en hun gedachten werken. We zetten dat niet-pathologisch neer. Door mensen die preventieve taal te geven, zullen we het taboe steeds vaker doorbreken.

Het is trouwens jammer dat er wel heel veel gigantisch toffe initiatieven zijn, zoals de koffiekamer, om mensen op alternatieve manieren met elkaar te connecteren, maar dat die niet met elkaar verbonden zijn. Mensen moet daar zelf actief naar gaan zoeken.

Tine Daeseleire: Mijnheer de voorzitter, ik ga daar graag nog heel even op in. Er zijn initiatieven die door de overheid zijn opgezet. Er werd ook gevraagd hoe de hulpverleners het zullen blijven volhouden. Wij hebben met het bestuur van de eerstelijnszorg van de opleiding filmpjes gemaakt voor de zorgsector, die te zien zijn op www.dezorgsamen.be. Dat is trouwens een initiatief van Te Gek!, wat voordien het Steunpunt Geestelijke Gezondheid was.

Dankzij die filmpjes kunnen mensen zelf met hun welzijn aan de slag gaan: zij krijgen een taal en leidinggevendens weten zo hoe zij van welzijn, net zoals van kwaliteit en hygiëne een topic kunnen maken dat ingebed zit in de werkstructuur bijvoorbeeld. Dat moet ook in scholen gebeuren: dat moet door de CLB's worden gebracht in de klas. Wij hebben ook gepleit voor emotieregulering ten opzichte van kinderen: 70 à 80 % van de psychische stoornissen ontstaat vóór de leeftijd van 18 jaar, dus stel ik de vraag waarom psychologische zorg voor volwassenen eerst werd

terugbetaald en die voor kinderen en de jeugd pas later. Dat begin is heel belangrijk. Als kinderen leren dat zij daarover moeten zwijgen of dat er geen weg is of dat er proactief geen opening wordt gemaakt om daar taal aan te geven, het te normaliseren, het uit te leggen en er vat op te krijgen, zijn wij inderdaad aan het dweilen met de kraan open en dan zal men met die stoornissen in een vicieuze cirkel terechtkomen, waar men meer en meer last van zal krijgen als volwassene. En dan zal men heel lang wachten om in therapie te gaan.

Ik wil nog iets zeggen over de mensen die besmet zijn met COVID-19. Ik hoor een heleboel getraumatiseerde verhalen en restverschijnselen die een impact hebben op de psyche, zelfs gaande tot hallucinaties, maar ook over mensen die enorm afzien van wat zij hebben moeten afgeven en die lijden onder het verlies van geur- en smaakzin.

Ik denk dat we daar ook initiatieven kunnen hebben om mensen samen te brengen. Want soms denken mensen dat ze daarin de enige zijn en dat zij de enige zijn die pech hebben. Er zou een initiatief kunnen worden opgestart waarbij mensen die COVID hebben gehad gaan samenwerken met mensen die ernstige, minder ernstige of geen restverschijnselen hebben gehad en hun gestructureerd handvatten geeft hoe ze met de belemmeringen kunnen omgaan, hoe ze kunnen rouwen of hoe ze ervaringen kunnen uitwisselen hoe met de belemmeringen om te gaan. Aan de universiteit van Gent bestudeert men het syndroom van de psychische naweeën na COVID.

Ik weet niet of ik alle vragen heb kunnen beantwoorden. Ook nog over de data: zijn er cijfers? Kijk, er zijn te weinig cijfers en we hollen de feiten achterna. Er zijn geen eenduidige cijfers. De cijfers maken geen onderscheid tussen het feit of mensen last hebben van depressieve klachten dan wel of mensen depressief zijn. Het is voor het grootste gedeelte ook zelfrapportering, waardoor we inderdaad pleiten voor een kenniscentrum dat degelijk onderzoek doet en, bijvoorbeeld, niet alleen peilt naar aanwezigheid van psychische stoornissen, maar ook gaat zien naar de factoren die psychische gezondheid bevorderen, en ook peilt naar de veerkracht bij burgers om daar ook van te leren. Wij zien inderdaad dat er heel wat burgers zijn die op dit moment enorm veel initiatieven nemen om psychisch gezond te blijven en dat kunnen we alleen maar toejuichen.

De **voorzitter**: Mevrouw Daeseleire en mevrouw Impens, bedankt. In de commissie voor Gezondheid wordt er gewerkt aan een resolutie omtrent de langetermijngevolgen van een covidbesmetting. In die context hebben wij de

zonet gevoerde pleidooien ook al gehoord.

Mevrouw Vandewinckele, tot slot geef ik het woord aan u, als u nog zaken toe te voegen hebt.

An-Rose Vandewinckele: De twee vorige sprekers hebben al uitvoerig verscheidene elementen beantwoord.

Ik wil nog even inzoomen op de noodzaak aan een duidelijke en heldere communicatie, welke noodzaak ik onderschrijf. Tegelijk wil ik de aandacht vestigen op het gegeven dat wij heel sterk gemerkt hebben dat de kwetsbare mensen die wij bereiken, zich niet altijd geïnformeerd weten door de klassieke kanalen zoals het nieuws of de radio. Vaak laten onze cliënten zich informeren door de informele kanalen. Daardoor hebben onze cliënten bijvoorbeeld niet altijd zicht op de geldende richtlijnen. Wij hebben getracht heel veel te investeren in het sensibiliseren zodat de geldende richtlijnen op de juiste manier bij die mensen worden gebracht. Dat is toch wel een aandachtspunt.

Dat gaat ook op voor heel het gebeuren inzake de vaccinatie. Gisteren ontstond er bijvoorbeeld onzekerheid over het vaccin van AstraZeneca. In onze residentiële centra zijn wij deze week met vaccinaties gestart. Welnu, gisteravond en deze ochtend opnieuw hebben enkele cliënten zich voor vaccinatie afgemeld op basis van de gisteren verspreide informatie over AstraZeneca. Zulke zaken merken wij heel vaak.

De communicatie is nu helderder, duidelijker en eenduidig, maar een deel van de bevolking laat zich informeren via verschillende kanalen. Ook in een samenleving waarin niet alleen mensen in armoede, maar ook etnisch-culturele minderheden leven, is het belangrijk om ook in te zetten om mensen in hun eigen taal, via eigen ambassadeurs in hun gemeenschappen te informeren.

De heer Warmoes stelde mij een vraag rond de besparingen. Het klopt dat in 2019 de Vlaamse regering, of minister Beke, beslist heeft om een deel te besparen op welzijn. De CAW's hebben dan bespaard op psychosociaal aanbod en op financiële hulpverlening. Naar aanleiding van corona hebben wij dan een klein jaar later de middelen eigenlijk opnieuw verworven, binnen het kader van Zorgen voor Morgen. Wij hebben geprobeerd in te spelen op de noden die door corona naar boven zijn gekomen. Dat waren de gevolgen daarvan voor de CAW's.

Mevrouw Sneppe vroeg of de zorgverleners de weg vinden naar de CAW's. We hebben via de eerstelijnszones toch wel heel wat

samenwerkingen kunnen opzetten. Vanuit de CAW's hebben we heel wat sessies kunnen houden voor verplegend personeel in zowel ziekenhuizen als woon-zorgcentra. Wij hebben daar wel samen op ingezet. Vanuit de CAW's registreren wij veel. Daar zitten nuttige data in, maar de overheid doet daar te weinig mee. Er moet nog veel meer eenduidige dataverwerking komen. Dat moet ook academisch onderbouwd worden. Toch is er best al veel data beschikbaar, ook in onze sectoren.

Het ging ook over het beeld van de psychologische zorg dat moet veranderen en het taboe dat er rond heerst. Er was ook een vraag of ons aanbod voldoende gekend is bij andere zorgverstrekkers. Ik sluit me aan bij Tine en denk ook dat de coronacrisis voor een sprong voorwaarts gezorgd heeft in de samenwerking, er worden nu beter connecties gemaakt. Van de huisartsen krijgen we al veel meer doorverwijzingen naar de CAW's. Samenwerking is dus echt belangrijk.

Om te antwoorden op de vraag van mevrouw Leroy rond het taboe denk ik dat we inderdaad meer moeten inzetten op bewustmaking. Zoals de heer Van Daele zei, is het goed om daar Bekende Vlamingen voor in te zetten om de taboes te doorbreken. Zich eventjes niet goed voelen is oké, en het overkomt iedereen wel eens. Een brede bewustmaking hieromtrent is belangrijk.

Bij de burgers merk ik ook dat tv-programma's rond bijvoorbeeld eenzaamheid zeker taboedoorbrekend werken. De medewerking van bekende personen is niet alleen belangrijk voor jongeren, voor andere groepen zijn rolmodellen even noodzakelijk. Ik merk dat er heel veel wordt ingezet op de gemiddelde bevolking en bekend zijn voor de gemiddelde bevolking. We moeten echt op zoek gaan naar die rolmodellen voor andere burgers in onze samenleving. De diversiteit in de samenleving moet ook daarin weerspiegeld worden.

Ik eindig met een positieve noot. Mevrouw Leroy zei terecht dat er in het begin er een heel sterke, creatieve beweging was, heel *hands-on* met veel helpende handen.

Het klopt dat er veel helpende handen waren, maar gaandeweg is het een stukje genormaliseerd. Het is een beetje het nieuwe normaal geworden. Toch merken wij dat er iets veranderd is. Wij zijn wel hoopvol voor de toekomst, dat er door deze crisis toch ook wel een aantal positieve bewegingen tot stand zijn gekomen, zoals meer samenwerking, waardoor men ook meer potentieel ziet. Dat komt er ook op neer dat jullie er samen met ons moeten voor zorgen dat we dat in handen houden en

bestendigen in de toekomst.

Tot daar mijn korte aanvullingen.

De **voorzitter**: Dank u, mevrouw Vandewinckele. We hebben heel uitgebreide antwoorden gekregen. Ik zie dat niemand nog het woord vraagt. Dan sluiten wij deze vergadering af.

Ik wil onze vier sprekers van harte bedanken voor de heel boeiende toelichting die jullie hebben gegeven. Ik denk dat dit een belangrijk thema is, waarvoor we zeker ook aandacht moeten hebben in onze aanbevelingen. Dank u wel en ik wens jullie nog een heel goed weekend.

La réunion publique de commission est levée à 16.08 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.08 uur.