

Nationale Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg V.Z.W.

Federatie van Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg

De Nationale Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg, die federatief 60 centra overkoepelt, beschikt over voldoende aanwijzingen om aan de alarmbel te trekken inzake de geestelijke gezondheidstoestand van onze bevolking.

Door de taboe-sfeer waarin de geestelijke gezondheid zich maatschappelijk nog steeds bevindt, dreigen psychische en psychiatrische stoornissen ongemerkt en sluipend de psycho-fysiologische gezondheidstoestand van grote delen van de bevolking aan te tasten.

De aanwijzingen waarover wij beschikken, situeren zich op diverse vlakken:

- het psychofarmaca-verbruik;
- de aangroei van het cliënteel in ambulante diensten voor geestelijke gezondheidszorg en psychiatrische ziekenhuizen;
- de toename van het aantal mensen met problemen, die leven van een vervangingsinkomen;
- de sterke toename van het alcohol-verbruik;
- de grote werkloosheid bij de jongeren;
- de toenemende agressiviteit, die zich o.a. uit tegenover de zwakste groep, met name *de kinderen*.

1. Psychofarmaca-verbruik

Volgens diverse publikaties heeft België het weinig benijdenswaardige wereldrekord van het hoogste medikatie-verbruik.

Niet enkel in het verbruik van medicijnen in het algemeen, maar ook in de konsumptie van psychofarmaca staat België aan de top.

In opdracht van het Institute for Research in Social Behaviour van Oakland, Californië, en van het Amerikaanse National Institute for Mental Health, hebben deskundigen de afgelopen jaren in de Verenigde Staten en in tien Westeuropese landen, waaronder ook België, het gebruik van de zgn. anxiolytica (tranquillizers of kalmerende middelen) onderzocht.

Wij blijken met afstand rekordhouder te zijn in het gebruik van deze anxiolytica, vooral van de zgn. benzodiazepinen, met overbekende vertegenwoordigers als Lexotan, Valium, Librium, Seresta, Temesta, Rohypnol, Mogadon, en noem maar op.

In totaal 17,6 % van onze bevolking neemt jaarlijks voor korte maar meestal voor langere tijd regelmatig kalmeermiddelen, en van deze 17,6 % zijn tweederden vrouwen en een derde mannen.

België wordt op enige afstand gevolgd door Frankrijk (15,9 %) en dan is er een grote kloof met onze buurlanden, zijnde Duitsland (11,3 %) en vooral Nederland, dat met slechts 7,4 % de kleinste verbruiker van kalmerende middelen is.

Bij de Belgische mannen heeft het grootste tranquillizer-verbruik in de leeftijdsgroep van 35 tot 44 jaar (17 %) en boven de 65 jaar (24,1 %) plaats, terwijl dat voor de vrouwen de leeftijdsgroepen van 45-54 en boven de 65 is, beide met 28,9 %. Het gebruik in deze Belgische leeftijdsgroepen is trouwens ook een wereldrekord.

Wij zijn niet alleen de grootste pillenslikkers, maar wij slikken ze ook het langst. In alle onderzochte landen zijn diegenen die kalmeermiddelen gedurende slechts één maand of minder gebruiken in de meerderheid, behalve dan weer in België. Bij ons gebruikt een meerderheid die middelen gedurende liefst één jaar en zelfs langer, gevolgd door de groep die ze gemiddeld drie maanden neemt. Dit werpt vragen op rond het voorschrijfgedrag. De *British Medical Journal* noemde die praktijk ooit 'The freedom to prescribe in ignorance' en de Nederlandse hoogleraar F.A. Nelemans verklaarde enkele weken geleden bij de start van de campagne over geneesmiddelen en reaktievermogen dat de Nederlandse artsen veel te weinig weten over het effect dat geneesmiddelen kunnen hebben op het reaktievermogen. Het zou naïef zijn te veronderstellen dat die 'ignorance' en onwetendheid in België niet zouden bestaan. Of om het met de woorden van de voorzitter van het Vlaams Huisartsen Instituut, dokter Jef De Loof, te zeggen: 'en toch blijven we in de praktijk op onwetenschappelijke wijze farmacotherapie beoefenen. Nog steeds hebben we — en dit geldt niet alleen voor de huisarts — intuïtieve of enkel op traditie gesteunde farmacotherapeutische reflexen. Een groot deel van onze voorschriften stijgt niet uit boven een placebo of wordt in niet geschikte situaties gebruikt. Nog steeds worden kostbare producten met onbewezen werkzaamheid op de markt gebracht.'

Ook de kwalitatieve aspecten van het medicijnen-verbruik kwam onlangs op alarmerende wijze in de pers.

De Belg verbruikt niet alleen voor alles en nog wat stapels medicijnen; hij consumeert ze ook verkeerd, slaat de voorschriften in de wind, combineert zelf op eigen houtje diverse medikamenten.

Van de schadelijke neven-effecten van dit soort zelfmedikatie bracht *Panorama* onlangs nog een schrijnend rapport. Het groot aantal nierdialyse-patiënten vertoont een rechtstreeks verband met het langdurig gebruik van medicijnen, waarin de schadelijke stof fenacetine is verwerkt. Bovendien bleek in deze documentaire dat tal van medicijnen een aantal verslavende middelen blijken te bevatten.

Bovendien treffen wij bij de bevolking het grote misverstand aan dat psychofarmaca 'geneesmiddelen' zijn. In werkelijkheid 'genezen' de meeste psychofarmaca niets; hoogstens zijn het onderdrukkers van angst en spanning. Een juiste patiënt-voorlichting over de aard en de gevaren van psychofarmaca is dan ook dringend gewenst.

2. Aangroei van het cliënteel

Tussen 1979 en 1983 hebben de diensten voor geestelijke gezondheidszorg hun

kliënten-aantal met 50 % zien toenemen. In 1983 hadden deze – meestal in mankracht beperkte equipes – gemiddeld 416 cliënten in behandeling.

De meeste diensten hebben in 1983 hun verzadigingspunt al lang overschreden; terwijl de vragen om hulp blijven toestromen bij elk van de 73 diensten.

We mogen stellen dat in 1984 om en bij de 25.000 cliënten psychologische en/of psychiatrische bijstand hebben gevraagd bij de ambulante diensten. Dit alles voor een sektor, die een budget vertegenwoordigt ter grootte van de begroting van een middelgroot psychiatrisch ziekenhuis. Ook de psychiatrische ziekenhuizen (samen goed voor zowat 16.000 bedden) hebben de laatste twee jaren met een aangescherpte vraag af te rekenen. Eén van de gevolgen daarvan is dat het steeds moeilijker wordt om geïnterneerde en gekollokeerde patiënten opgenomen te krijgen in de psychiatrische ziekenhuizen.

3. Toename van het cliënteel, levend van een vervangingsinkomen

Uit onze registratie blijken enkele interessante evoluties over de periode 1979-1983. Zo zien we dat 10 % (vrouwen) tot 13 % (mannen) minder cliënten hun inkomsten halen uit eigen activiteiten. Heel wat mannen leven nu met inkomsten van hun (eks)-partner (+ 40 % op 5 jaar).

Meest spektakulair is echter de toename van cliënten, die een werkloosheidsvergoeding ontvangen. In 1983 was 17,5 % van de mannelijke cliënten uit onze diensten werkloos. Bij de vrouwen ligt het cijfer lager: 12,7 %.

Houdt men geen rekening met de huisvrouwen (inkomsten van (eks)-partner), dan komt men echter aan 25,8 % werkloze vrouwen.

Maken we de som van alle vervangingsinkomens, dan blijkt dat 20 % van de vrouwelijke en 5,9 % van de mannelijke cliënten van een vervangingsinkomen leven.

In 1983 waren er dubbel zoveel werkloze mannen in het cliënteel van de diensten dan in de Vlaamse bevolking voorkomen.

Werkloosheid en dan vooral langdurige werkloosheid blijkt dus een ernstige risikofactor te zijn inzake psycho-hygiëne. Kwalitatief komen vooral relatieproblemen, alcoholisme, depressie in samenhang met werkloosheid voor.

4. Sterke toename van het alcoholverbruik

Een recente triomfkreet van de brouwerijen bracht aan het licht dat de Belgen in toenemende mate alcohol verbruiken. In een rapport van Van der Linden en A.A.L. van der Vorst, 'Caférapport' – s' Gravenhage, 1983, blz. 31 lezen we: 'In vergelijking met enkele andere Europese landen is de consumptie in ons land het tweede sterkst toegenomen. In 1980 bedroeg deze stijging tegenover 1970 ongeveer 50 %.

Op kop staat Nederland met een toename van 57 %. Uit diverse onderzoeken is gebleken dat het grootste deel van de alcoholconsumptie thuis plaatsvindt en niet in de horeca. Ook is bekend dat in de zogenaamde parakommerciële instellingen (clubs, parochiehuizen, kantines) sprake is van enorme alcoholconsumptie.

5. Grote werkloosheid bij jongeren

Meer dan een kwart van alle werklozen zijn jongeren van -25 jaar. Achter dit koele cijfer gaat een menselijke catastrofe schuil, waarvan de dimensie de beleidsmensen ontgaat.

De meest van deze jongeren hebben slechts recht op minimale werklozensteun (\pm 9.000 fr.) en lukken er niet meer in zich op de normale wijze uit hun ouderlijk milieu los te maken. In vele duizenden gezinnen zorgt dit voor eskalerende conflicten - spanningen en schuldgevoelens. Tal van familiale relaties raken hierdoor ontwricht en dreigen te verzieken tot psychiatrische toestanden.

Minstens even erg is de lethargie en de vlucht in irrealisme en nihilisme te weeggebracht bij grote groepen jongeren door de uitzichtloze werkloosheidssituatie.

In de huidige omstandigheden is er geen plaats meer voor de opbouw van een gezonde attitude t.o.v. arbeid. Om de pijn en de verbittering draagbaar te maken wordt 'het niets doen' tot deugd en nieuwe levensstijl gekultiveerd.

Vroegere wetenschappelijke bevindingen toonden reeds aan dat in gevallen van langdurige werkloosheid, de werkloze nood heeft aan een specifieke training om opnieuw geadapteerd te raken aan het arbeidsproces.

Men kan zich dan ook de vraag stellen hoe jongeren, jarenlang vervreemd van het arbeidsproces, ooit de nodige geestelijke en fysieke spankracht en gewoontevorming - noodzakelijk voor het leveren van arbeid - zullen ontwikkelen.

Wat de gevolgen van werkloosheid op de (geestelijke) gezondheid betreft verwijzen we naar een Amerikaans en Engels onderzoek:

Deze studie omvat ondermeer een computermodel van de Amerikaanse socioloog Brenner die naar verbanden tussen de werkloosheid en de volksgezondheid heeft gezocht. De computeranalyse levert ontstellende gegevens op. Brenner gebruikte cijfers uit de belangrijkste industrielanden die sinds vijf jaar meer dan één miljoen werklozen tellen en heeft de situatie op het vlak van de volksgezondheid vergeleken met die in landen die nog een gezonde arbeidsstructuur hebben zoals Zwitserland en de Scandinavische landen. In de landen die door werkloosheid geteisterd zijn, konstateerde Brenner een gemiddelde stijging van het sterftecijfer als gevolg van algemene aandoeningen met vijftigduizend. Verder registreerde hij in de industrielanden met meer dan één miljoen mensen zonder job een verhoging van het aantal hartinfarkten met fatale afloop met 167.000. Het aantal interneringen in psychiatrische instituten steeg in de bestudeerde landen gemiddeld met 63.000.

Men zal tegen dit soort computeranalyses ongetwijfeld inbrengen dat het om een zeer abstrakt model gaat waarin niet alle relevante factoren onder controle gebracht zijn. Maar Brenners resultaten worden bevestigd door een Brits experimenteel onderzoek. 22 families werden gedurende een jaar gevolgd. Ze werden twee maal ondervraagd. De eerste keer zes maanden nadat de vader werkloos geworden was, de tweede keer een jaar later. In die periode stelden de Britse wetenschapslui vast dat niet alleen de gezondheid van de vader maar ook die van de familieleden fors achteruitgegaan was.

Een groot aantal van de ondervraagden leed aan chronische psychische depressies en slikte geneesmiddelen bij de vleet. Sommigen stonden onder be-

handeling van een psychiater. Een groot aantal van de kinderen vertoonde zware gedragsstoornissen. Bij de Belgen gaat het in hoofdzaak om lichamelijke klachten.

6. Toenemende agressiviteit

Het Heizeldrama heeft ons met de ontvullende werkelijkheid van de menselijke explosieve agressiviteit geconfronteerd. Onze psychiatrische- en psychotapeutisch praktijk leert ons dat het gebrek aan toekomstperspektieven, de algemene onmachtservaring van de burger zowel t.a.v. hiërarchische relaties rondom hem als t.a.v. het ongrijpbaar wereldgebeuren de innerlijke agressie van het individu doen toenemen. Steeds vaker zien we deze agressiviteit ontremd worden. Op de Heizel was het schokkend, massaal en spektakulair. Maar dagelijks doet zich dezelfde ontremming voor in de gezinnen.

Belangrijk daarbij is dat de gevoelens van machteloze woede zich vaak kanaliseren tegen de partner in de zwakste positie, met name het kind.

De frekwentie waarmee gevallen van kindermishandeling (en vrouwenmishandeling) worden gesignaleerd is ronduit alarmerend. Om daaraan het hoofd te kunnen bieden hebben onze kinderdiensten terzake een aantal prioritaire opties genomen. We komen er verder op terug.

Algemeen kunnen we stellen dat de angst bij de bevolking het dynamisme en de slagkracht ondermijnen.

Daarnaast stellen we een aftakeling vast van de draagkracht van de primaire sociale netwerken (familie, burens, vrienden), die vroeger meer solidariteit wisten te mobiliseren. Individualisme en sociaal isolement vergroten nog ekstra de angst tegenover de bedreigde existentie. De Nationale Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg, vraagt dan ook met de meeste urgentie een opgedreven politieke aandacht voor de problemen inzake de geestelijke volksgezondheid.

De ambulante diensten voor geestelijke gezondheidszorg, die preventief en kuratief – in samenwerking met de huisartsen en de psychiatrische ziekenhuizen – een dam proberen op te werpen tegen een oprukkende psychische ellende, vragen met aandrang *een verhoging van hun budget naar een realistisch niveau*. In vergelijking met de ons omringde landen werkt onze ambulante sektor nog steeds met een primitief middelenpakket. Als het met de afbouw van de dure psychiatrische bedden menens is, kan een deel van die geldstroom omgebogen worden naar de gespecialiseerde hulpverlening buiten de muren.

Onze federatie ondersteunt dan ook de plannen van Gemeenschapsminister De Wulf om het Koninklijk Besluit van maart '75 op de diensten voor geestelijke gezondheidszorg te aktualiseren op basis van de nieuwe noden.

Het nieuwe ontwerpbesluit legt de aksenten, die ook in het werkveld als prioritair worden beschouwd: d.w.z. een grotere bereikbaarheid van de diensten buiten de kantooruren, lokale en regionale samenwerkingsverbanden rond preventie en crisisinterventie, het uitbouwen van beschutte woonvormen.

Deze keuze voor een goed gespreide, gedifferentieerde en goed bereikbare geestelijke gezondheidszorg is slechts realiseerbaar via een budgettaire opwaardering van deze sektor tenminste à rato van de meer-vraag, die in het nieuwe Besluit vervat ligt. De diensten voor geestelijke gezondheidszorg zijn nu reeds overvraagd. De vraag naar hulp en begeleiding kan met het huidig personeelsbe-

stand niet worden bijgehouden. Sinds geruime tijd zien de centra voor geestelijke gezondheidszorg zich dan ook verplicht nieuwe cliënten op een wachtlijst te plaatsen. Het behoeft geen nadere uitleg dat dergelijke wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg funest zijn.

Onze pluralistische Federatie van de centra voor geestelijke gezondheidszorg wenst tevens te benadrukken dat een aanpak van de geestelijke gezondheidsproblemen niet beperkt mag blijven tot een budgettaire opwaardering van deze sector. Een diepte-aanpak vereist tevens *opgedreven politieke aandacht en de realisering* van enkele structurele beleidsaksenten: o.a. een dringende aanpak van de jeugdwerkloosheid, een gekoördineerde aanpak van de nieuwe armoede (omvattende maatregelen rond de huurprijzen, scholing, preventieve gezondheidszorg, aanpassing van de vervangingsinkomens aan een reëel socio-vitaal minimum), preventie-pakketten in de onderwijsprogramma's.

Teneinde optimaal tegemoet te komen aan de noden inzake geestelijke gezondheid heeft onze Federatie zelf ten aanzien van de diensten een aantal evoluties versneld:

- Het realiseren van een *optimale bereikbaarheid van de centra* voor geestelijke gezondheidszorg.

Daartoe worden de centra gestimuleerd tot regionale samenwerkingsverbanden, tot uitbreiding van de openingsuren buiten de kantooruren. Ook rond crisisinterventie worden regionale of lokale samenwerkingsverbanden gekonstrueerd. Enkele van die modellen worden nu uitgetoet in Antwerpen (KI-NA) en in Dendermonde;

- Het op gang brengen van een evolutie naar een *volledig kosteloze ambulante geestelijke gezondheidszorg*;

- Verdere kwalitatieve uitbouw van vlotte samenwerkingsverbanden met de *eerstelijnsgezondheidszorg, in casu met de huisartsen*, zodat bij stoornissen in een aanvangsstadium snel en preventief kan opgetreden worden.

- Het uitbouwen van *beschutte woonvormen* voor personen met een verminderde sociale weerbaarheid, die — na ontslag uit een instelling (psychiatrie, gevangenis, bijzondere jeugdzorg) — nog behoefte hebben aan ondersteuning en begeleiding. Hiermede wil de ambulante geestelijke gezondheidszorg vermijden dat patiënten nodeloos zouden hervallen in de dure residentiële sector, omwille van een gebrek aan tussenvoorzieningen.

- De kinderdiensten voor geestelijke gezondheidszorg hebben met betrekking tot *kindermishandeling* een dubbele taak op zich genomen:

- a.* directe opvang en begeleiding van kindermishandelingssituaties,

- b.* inbreng en participatie in vertrouwensplatforms waarin zowel de hulpverleners als mensen uit de juridische wereld vertegenwoordigd zijn.

L. Bursens
Juni '85