

Reguleringsimpactanalyse voor
Decreet betreffende de geestelijke gezondheid

1 Gegevens van het advies

1.1 Gegevens van de regelgeving

nummer en wetgevingstechnisch advies	taal-	2018/318
bevoegde minister(s) van de regelgeving	van de	De heer Jo Vandeurzen
RIA		8 augustus 2018
JoKER		8 augustus 2018
armoedetoets		8 augustus 2018

1.2 Gegevens van de aanvrager

e-mailadres	Tineke.oosterlinck@zorg-en-gezondheid.be Tom.deboeck@zorg-en-gezondheid.be
organisatie	Agentschap Zorg en Gezondheid
beleidsdomein	Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
entiteit	Team geestelijke gezondheid en psychosociale revalidatie

2 Titel en fase



Voorontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid – principiële goedkeuring

3 Samenvatting

Vlaanderen erkent de steeds toenemende nood aan een grondige hervorming van de geestelijke gezondheidszorg. Door middel van een uitgebreide probleembeschrijving zijn een aantal elementen geïdentificeerd waarop de Vlaamse beleidsaanpak moet kunnen inspelen om het geestelijke gezondheidsaanbod in Vlaanderen te verbeteren. Maar deze noodzakelijke hervormingen blijken niet mogelijk binnen het huidige regelgevende kader. We kunnen de Vlaamse beleidsvisie en -doelstellingen niet operationaliseren als er geen Vlaamse regelgeving beschikbaar is die de kernprincipes van deze hervormingen en een aantal verdere/verdiepende stappen juridisch mogelijk maken. Daarom kiezen we voor de opmaak van een nieuw decreet betreffende de geestelijke gezondheid. Hiermee wil Vlaanderen haar steentje bijdragen tot de realisatie van integrale kwaliteitsvolle zorg voor geestelijke gezondheid in de brede samenleving. Vlaanderen kiest voor netwerken en functies als inhoudelijke ankerpunten van deze hervorming en vertaalt dit in een nieuw wettelijk kader betreffende de geestelijke gezondheid. Een uitgebreide wetenschappelijke onderbouwing is beschikbaar om deze keuze te motiveren. Een ruime consultatieronde heeft vervolgens het noodzakelijke draagvlak gecreëerd voor deze beleidskeuze.

4 Probleembeschrijving

Hieronder worden een aantal elementen die een nieuw Vlaams beleidsaanpak betreffende de geestelijke gezondheid wenselijk en ook noodzakelijk maken, kort toegelicht.

1. Evoluties in de internationale en Belgisch/Vlaamse samenleving

In de internationale, Westerse en ook Vlaamse/Belgische samenleving zijn er een aantal evoluties gaande – sommige reeds decennialang – die de nood aantonen aan een nieuw Vlaams decreet betreffende de geestelijke gezondheid.

Een eerste waarneembare trend is dat de relatieve **impact van psychische aandoeningen** als oorzaak van ongezondheid aan belang wint. Zo tonen cijfers van de WHO aan dat de ziektelast door psychische aandoeningen en verslaving in België al groter geworden is dan de ziektelast door neurologische aandoeningen (WHO, 2016).

Een tweede belangrijke trend is de **vergrijzing**, niet alleen in Vlaanderen maar in alle Westerse samenlevingen, die voelbaar is in de zorgsector door een toenemende vraag naar hulp- en zorgverlening.

Een derde noemenswaardige trend is de intrede van het **biopsychosociaal model** in de gezondheidszorg. Dit model stelt dat het functioneren van de mens niet alleen wordt beïnvloed door biologische factoren, maar ook door psychologische en omgevingsgebonden factoren. De ingang van dit model in de gezondheidszorg botst echter op de dominantie van het biomedische model (dewelke het puur biologische functioneren van de mens centraal



stelt) de daaruit volgende specialisatie en instrumentalisering van het hulpverlenings- en zorgaanbod.

Een vierde trend is dat de laatste decennia **nieuwe visies op beperking** ontstaan zijn. In toenemende mate erkennen samenlevingen dat er veel perspectieven zijn van waaruit men naar lichamelijke, psychische of sociale beperkingen kan kijken. Het gevolg is dat men meer en meer evolueert in de richting van volwaardig burgerschap voor mensen met een (psychische) beperking.

Een laatste, belangrijke trend is de **herstelbeweging** op gang gebracht door mensen met een psychische kwetsbaarheid. Herstel veronderstelt dat er een crisis of ontregeling heeft plaatsgevonden die een blijvende verandering heeft teweeg gebracht (Mentalis, 2016). De term herstel impliceert (de interactie tussen) klinische herstel, maatschappelijk herstel en persoonlijk herstel (Droës & Vreeswijk, 2012). Deze herstelgedachte staat centraal in de hervormingsbeweging rond geestelijke gezondheid die zich in België gemanifesteerd heeft in de netwerken geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen (www.psy107.be).

2. Knelpunten huidige aanbod

Naast de hierboven geschetste elementen, kennen het huidige zorglandschap en zorgaanbod een aantal elementen die op kwalitatieve wijze herdacht moeten worden.

- Het aanbod inzake geestelijke gezondheid is thans georganiseerd in functies en in netwerken geestelijke gezondheidszorg, verantwoordelijk voor een bepaald werkgebied, om continuïteit en integratie van geestelijke gezondheidszorg te realiseren. Dit is projectmatig gestart in 2010, na akkoord tussen de verschillende ministers bevoegd voor het gezondheidsbeleid in België, op de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. Artikel 107 van de Ziekenhuiswet maakt de financiering hiervan mogelijk door reconversie van ziekenhuisbedden, maar biedt verder **geen juridisch kader**. Na jaren van projectmatig werken is het noodzakelijk een passend regelgevend kader te maken, in lijn met de huidige Vlaamse bevoegdheden betreffende de geestelijke gezondheid, dat een antwoord moet bieden op de hieronder beschreven problemen.
- Het aanbod betreffende geestelijke gezondheid is in eerste instantie teveel gericht op **individugerichte zorg**, met focus op de geestelijke gezondheid van individuele personen met een psychiatrische problematiek en hun context. Een volwaardig geestelijk gezondheidsaanbod dient echter de geestelijke gezondheid van de gehele populatie in acht te nemen, niet alleen van mensen met een psychische problematiek. Dit veronderstelt het verminderen van de impact van psychische aandoeningen en verslaving op onze gezondheid, zowel op individueel niveau als op het niveau van de samenleving alsook de verbetering van de waardering van geestelijke gezondheid. Dit vereist een bewustwordingsproces dat zich op het niveau



van de samenleving afspeelt. Om dit te bereiken zijn naast individugerichte zorg ook **acties** nodig die **populatiebreed** werken, met het oog op het verbeteren van de kennis over geestelijke gezondheid en de-stigmatisering van mensen met een psychiatrische problematiek. Deze populatiegerichte insteek ontbreekt in de bestaande regelgeving.

- Een belangrijk probleem betreft de **toegankelijkheid** en **aanvaardbaarheid** van de geestelijke gezondheidszorg. Aanvaardbaarheid van zorg gaat over het feit dat de gebruikers en hun context die zorg kunnen *toelaten* zodat ze kunnen werken aan hun ontwikkeling, genezing en/of herstel. Er is sprake van een echte behandelingskloof wanneer we vaststellen dat mensen met een reële nood of problematiek geen toegang krijgen tot passende zorg of behandeling. Deze onvervulde zorgnoden kennen we niet alleen in Europa en Vlaanderen, maar wereldwijd, zowel bij volwassenen als bij jongeren (Alonso & Lepine, 2007; Coppens, Vermet, et al., 2015; Vanclooster, Vanderhaegen, Bruffaerts, Hermans, & Van Audenhove, 2013). In vergelijking met fysieke problemen zoals bijv. diabetes of astma zijn de onvervulde zorgnoden met betrekking tot psychische problemen zoals depressie of psychose meer uitgesproken. Bij vrouwen, jongeren, alleenstaanden en werklozen is het risico op een psychische aandoening groter en komt co-morbiditeit vaker voor (Alonso & Lepine, 2007). De behandelingskloof heeft niet enkel te maken met de beschikbaarheid en organisatie van de geestelijke gezondheidszorg, maar ook met karakteristieken van personen die psychische problemen ervaren. Internationaal onderzoek toont aan dat de personen die langer wachten dan gemiddeld om hulp te zoeken jong zijn, oud, man, laag opgeleid zijn, in armoede leven of behoren tot een etnische minderheid (Thornicroft & Tansella, 2009; 2014). Voor deze groepen moet extra aandacht besteed worden aan de toegankelijkheid en aanvaardbaarheid van het geestelijke gezondheidsaanbod. We stellen tenslotte vast dat België amper data heeft over de prevalentie van ernstige psychische aandoeningen en geen data heeft over de behandelingskloof bij deze groep van personen. Het verkleinen van de behandelingskloof van personen met een psychische beperking kan op zijn beurt de impact van psychische aandoeningen en verslavingen op onze gezondheid verminderen.
- Het **zorgaanbod is niet steeds relevant** voor de gebruiker en diens context. Het recht op zorg en ondersteuning wordt vaak gekoppeld aan een diagnose in plaats van een zorgbehoefte. De zorg sluit niet steeds aan bij de noden en behoeftes van de gebruiker en diens context en het zorgaanbod wordt nog **te weinig afgestemd op de zelfzorg van de gebruiker en de ondersteuning die binnen zijn context** wordt aangeboden.



- Zorgverleners gaan soms nog te werk vanuit een **probleemgericht deficit-model**. Er is een verschuiving nodig van het deficit-model naar een ontwikkelings-, herstel- en krachtenbenadering die focust op een goede levenskwaliteit van de gebruikers en hun context. Deze benadering vertrekt vanuit de sterktes en eigen kracht van de persoon met een beperking en combineert de diagnostiek van de zorgnoden met de diagnostiek van de sterktes en vaardigheden van de cliënt en diens context.
 - Vanuit het perspectief van de zorgvrager is het historisch gegroeid aanbod op het vlak van welzijns- en (geestelijke) gezondheidszorg **versnipperd** en moeilijk te overzien. Deze situatie bestaat in vele Westerse landen (WHO, Regional Office for Europe, 2013b). Fragmentatie van zorg resulteert in suboptimale zorg, hogere kosten door dubbel werk, en slechtere kwaliteit van zorg (Kodner, 2009). De bestaande fragmentatie van het zorgaanbod alsook het inzetten op zorg voor verschillende levensdomeinen van de gebruiker en zijn context maakt het nodig dat gezondheidszorgorganisaties, publieke gezondheidsdiensten, welzijnsorganisaties, scholen, opleidingsinstituten en werkgevers méér en beter gaan samenwerken (Borgermans & Devroey, 2017). Deze samenwerking is nodig om de toegankelijkheid, de kwaliteit en de continuïteit van gezondheidsdiensten te verbeteren op een efficiënte manier, vooral voor personen met langdurige en ernstige zorgnoden (Armitage, Suter, Oelke, & Adair, 2009; Gröne & Garcia-Barbero, 2001; Kodner, 2009; Suter, Oelke, Adair, & Armitage, 2009; Van den Heuvel, 2014). De persoon die zorg en ondersteuning nodig heeft, denkt immers over zijn zorgnoden of zorgvragen niet na in termen van lijnen of sectoren die ons aanbod fragmenteren.
 - Het huidige geestelijke gezondheidsaanbod is vooral geënt op de expertise en kennis van de professionele zorgverlener. De deskundigheid van **mensen met ervaringskennis** krijgt nog geen volwaardige plaats op het niveau van de directe zorg, noch op het niveau van de netwerken geestelijke gezondheid en voorzieningen, of van het beleid. Nochtans kan de deskundigheid van ervaringswerkers bijdragen tot een kwaliteitsvol geestelijke gezondheidsaanbod.
 - Het huidige zorgmodel kent een aantal processen die reeds in mindere of meerdere mate aandacht krijgen binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en in ontwikkeling zijn. Die processen zijn: de vermaatschappelijking van zorg in al haar aspecten, zorg aanbieden volgens het subsidiariteitsprincipe, en integratie van het geestelijke gezondheidsaanbod. Echter een reorganisatie van het huidige zorgmodel dringt zich op teneinde de intensifiëring van deze processen mogelijk te maken.
3. Zesde staats Hervorming en de overheveling van bevoegdheden



Op beleidsmatig vlak is de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in Vlaanderen op een keerpunt beland en staat het voor een grote hervorming. **De bevoegdheidsverdeling inzake het gezondheidsbeleid is met de zesde staatshervorming grondig gewijzigd**, niet in het minst wat de GGZ betreft. Met de zesde staatshervorming werden belangrijke onderdelen op het vlak van zorg en gezondheid overgedragen naar de deelstaten. Voor de GGZ betekent dit concreet dat de psychiatrisch verzorgingstehuizen (PVT), de initiatieven beschut wonen (IBW), de revalidatieconventies die verband houden met de GGZ en de Overlegplatforms GGZ onder Vlaamse bevoegdheid gekomen zijn. Deze overdracht van GGZ bevoegdheden op vlak van (langdurige) zorg en revalidatie brengen niet alleen nieuwe opportuniteiten op het vlak van zorg, maar ook de **nood aan een meer coherent beleid** op vlak van zorg met zich mee. Het huidige Vlaamse decreet betreffende de geestelijke gezondheidszorg (1999) beperkt zich in essentie echter tot de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG). Dit decreet bepaalt de erkenningsnormen voor de CGG.

4. Kinderrechten

Vanuit kinderrechten kan nog het volgende worden toegevoegd. Het VN-Comité voor de Rechten van het Kind deed volgende vaststelling en aanbeveling wat betreft de geestelijke gezondheid van kinderen in België (juni 2010). Volgende aanbevelingen worden verwacht tegen februari 2019:

“Het Comité verwelkomt de inspanningen van de Lidstaat om de psychische gezondheid en het welzijn van kinderen te verbeteren, maar is tevens ernstig bezorgd over de toestand van kinderen in de psychiatrische zorg. Het Comité is er in het bijzonder ongerust over dat intern verpleegde kinderen binnen de geestelijke gezondheidszorg maar beperkte mogelijkheden hebben om hun mening kenbaar te maken en ze vaak worden afgesloten van de buitenwereld en slechts beperkte mogelijkheden hebben om hun familie en vrienden regelmatig te zien, terwijl die beperkingen niet duidelijk worden gerechtvaardigd. Het Comité is voorts erg bezorgd over de gerapporteerde slechte behandeling van kinderen die intern verpleegd worden in psychiatrische instellingen, zoals het frequente gebruik van isolatie en de frequente toediening van geneesmiddelen die hun integriteit kunnen beperken. Het Comité is er tevens bezorgd over dat kinderen die nood hebben aan geestelijke gezondheidszorg op lange wachtlijsten terechtkomen. Het Comité is tevens bezorgd over de informatie die erop wijst dat het voorschrijfgedrag van psychoactieve middelen aan kinderen die worden gediagnosticeerd met ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder) op korte tijd erg is toegenomen.

Het Comité roept de Lidstaat op:

- a. De ontwikkeling van alle onderdelen van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren, met inbegrip van de preventie, de behandeling van mentale stoornissen in de eerstelijnsgezondheidszorg en de gespecialiseerde outreach-diensten, voort te zetten zodat de vraag naar plaatsen voor interne verpleging



- binnen psychiatrische instellingen afneemt en aan kinderen zorg verstrekt kan worden zonder ze uit hun familiale omgeving te halen;
- b. Menselijke en financiële middelen op alle niveaus van de geestelijke gezondheidszorg ter beschikking te stellen om de lange wachtlijsten korter te maken en te verzekeren dat de kinderen toegang hebben tot de diensten die ze nodig hebben;
 - c. Te verzekeren dat kinderen die geplaatst worden voor interne verpleging binnen een psychiatrische zorginstelling gepaste informatie krijgen over hun situatie, met inbegrip van de duur van hun verblijf in de psychiatrische zorg, dat ze in contact kunnen blijven met hun familie en de buitenwereld en dat er geluisterd wordt naar en rekening gehouden wordt met hun meningen;
 - d. Het mechanisme van onafhankelijke monitoring van de rechten van kinderen in de psychiatrie te implementeren, in partnership met vertegenwoordigers van het maatschappelijk middenveld, en op een transparante manier alle klachten en aantijgingen over de slechte behandeling van kinderen te onderzoeken;
 - e. Het fenomeen van het te vaak voorschrijven van psychoactieve middelen aan kinderen te onderzoeken en stappen te ondernemen om kinderen die worden gediagnosticeerd met ADHD en daarnaast hun ouders en leerkrachten, toegang te verlenen tot een ruim pakket van psychologische, educatieve en sociale maatregelen en therapieën.”

5 Beleidsdoelstelling

Het Regeerakkoord 2014 van de Vlaamse Regering bepaalt het volgende omtrent de hervorming in de geestelijke gezondheidszorg en de netwerken:

“[We] stimuleren de buitengebruikstelling van bedcapaciteit door uitbreiding van artikel 107 met oog voor een goede spreiding.

We geven ruim aandacht aan de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren en de omgeving van mensen met geestelijke gezondheidszorgproblemen. We werken, samen met de andere overheden, aan de ontwikkeling van zorgcircuits voor kinderen en jongeren, die we in Vlaanderen afstemmen op en, daar waar mogelijk integreren in de integrale jeugdhulp.

*De zesde staatshervorming hevelt de Overlegplatforms Geestelijke Gezondheid, Beschut Wonen en de Psychiatrische Verzorgingstehuizen over naar Vlaanderen. **We stroomlijnen deze nieuwe bevoegdheden conform de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg richting zorgcircuits – en zorgnetwerken.** Ook deze zorgvormen moeten een plaats krijgen de denkoefening die we maken aangaande de woon- en zorgcomponent.”*



De beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2014 bepaalt hieromtrent:

*“Het federale regeerakkoord voorziet een evaluatie van en **verankering in regelgeving** en financiering van de zorgcircuits in de geestelijke gezondheidszorg (de zogenaamde projecten artikel 107). De blinde vlekken in het geografisch aanbod zullen worden weggewerkt. Met de betrokkene deelstaten wordt het aanbod aan geestelijke gezondheidszorg voor kinderen, voor jongeren en voor patiënten met dubbele diagnose aangepast aan de behoeften. Vanuit Vlaanderen zullen we hier actief aan meewerken. Dit blijft een speerpunt in ons beleid. Dergelijke netwerken moeten bijdragen tot een betere geestelijke gezondheidszorg door een gecoördineerde aanpak en andere inzet van het hulpaanbod. Voor volwassenen continueren we de proefprojecten. We sturen die na een evaluatie gericht bij en zorgen voor aansluiting met het preventieve gezondheidsbeleid in het algemeen en met de preventie van zelfdoding en alcohol, tabak en drugs in het bijzonder. Voor minderjarigen initiëren we de zorgcircuits en we zorgen daarbij voor maximale afstemming met de ontwikkeling van integrale jeugdhulp. We gaan ook na hoe het gespecialiseerde aanbod van de geestelijke gezondheidszorg sterker kan ingezet worden in de meest complexe jeugdhulpdossiers. Casemanagement vanuit een netwerk van aanbieders zal daarbij een sleutelrol spelen, net zoals dat ook geldt voor volwassenen met een ernstige psychiatrische aandoening.”*

Hierna wordt een **analyse** gemaakt van de **noodzakelijke hervormingen van het geestelijke gezondheidsaanbod**. Hieruit vloeien de beleidsdoelstellingen van de Vlaamse overheid voort. Deze hervormingen hebben hoofdzakelijk betrekking op volgende domeinen:

A. Het dubbelspoor van de populatiegerichte acties en de individugerichte zorg

Naast individugerichte zorg gericht op de geestelijke gezondheid van individuele gebruikers en hun context zijn ook **populatiegerichte acties** vereist, gericht op de waardering van de geestelijke gezondheid van alle personen in de samenleving. Daarom is het van groot belang dat er ook in Vlaanderen ingezet wordt op verbetering van de mental health literacy in onze samenleving. Ook het verminderen van stigma in de samenleving - publiek stigma - en bij mensen met een psychische problematiek – zelfstigma - is een basisvoorwaarde om de zorg voor mensen met een psychische problematiek in de samenleving mogelijk te maken (van Audenhove, 2017). Het is wenselijk dat alle actoren – gebruikers, hun context en professionals binnen en buiten de (geestelijke) gezondheidszorg - die op één of andere manier betrokken zijn bij individugerichte zorg, bijdragen aan de bevordering van de geestelijke gezondheidscompetenties van burgers en aan destigmatisering van personen met psychische zorgnoden. De populatiegerichte acties dienen immers zo breed mogelijk gedragen en ondersteund te worden, ook binnen de GGZ zelf. De ambitie is om de impact van psychische aandoeningen en verslaving op de gezondheid te kunnen verminderen en



om de samenleving op termijn vrij te kunnen maken van stigma en discriminatie jegens personen met psychische zorgnoden.

B. Verbeteren van de toegankelijkheid en aanvaardbaarheid van het geestelijke gezondheidsaanbod

De toegankelijkheid en aanvaardbaarheid van het geestelijke gezondheidsaanbod heeft speciale aandacht nodig om de behandelingskloof van mensen met een psychische beperking te kunnen verkleinen en zodoende de impact van psychische aandoeningen en verslavingen op onze gezondheid te verkleinen.

Toegankelijkheid uit zich in beschikbaarheid, bereikbaarheid, betaalbaarheid, tijdigheid van zorg en toegang tot informatie voor iedereen, dewelke op hun beurt in vele gevallen **buurtgebonden zorg** veronderstellen (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2017; Bekaert et al., 2016; Van Audenhove & Declercq, 2016). Buurtgebonden zorg impliceert de uitbouw van **generalistische basiszorg** voor geestelijke gezondheid op het niveau van de buurten en de wijken. Een centrale figuur is hier allereerst de **huisarts**. Vervolgens is de **eerstelijnspsycholoog** een belangrijke aanwinst binnen de generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2017; Coppens, Neyens, & Van Audenhove, 2015; Van Audenhove & Scheerder, 2010). Ook de verdere uitbouw van het **online** geestelijke gezondheidsaanbod biedt kansen voor het meer toegankelijk – en ook aanvaardbaar - maken van het geestelijke gezondheidsaanbod. Tenslotte blijft de nabijheid en buurtgebondenheid ook belangrijk op het niveau van de **gespecialiseerde GGZ**. Actief zelf hulp gaan zoeken binnen het individugerichte geestelijke gezondheidsaanbod is afhankelijk van inzicht in de eigen noden, autonomie, plannings- en organisatievaardigheden en motivatie. Dit is voor vele burgers geen evidentie. Daarom zal de gespecialiseerde GGZ die georganiseerd is op regionaal niveau meer ambulant, mobiel en aanklampend aangeboden dienen te worden binnen de leefomgeving van de gebruiker en zijn context. Dit is zeker van belang voor doelgroepen met specifieke psychische zorgnoden, zoals kinderen en jongeren, personen met een ernstige en langdurige psychische aandoening, personen in armoede of met een migratieachtergrond en ouderen met een slechte fysieke gezondheid.

Er is sprake van aanvaardbare zorg wanneer de gebruikers en hun context die zorg kunnen toelaten zodat ze kunnen werken aan hun ontwikkeling, genezing en/of herstel. Aanvaardbaarheid van zorg impliceert **persoonsgerichte** - dus **vraaggestuurde** - zorg.

Allereerst staat bij **persoonsgerichte zorg** menselijke waardigheid, respect, integriteit en diversiteit centraal. Om dit te kunnen bereiken is het nodig dat het geestelijke gezondheidsaanbod vertrekt vanuit de ervaringen van de gebruiker en dienst context, en de diagnostiek van de zorgnoden combineert met de diagnostiek van de sterktes en vaardigheden van de cliënt en diens context. Daarnaast dient voldoende ingezet te worden op de therapeutische relatie tussen de zorgverlener en de gebruiker en diens context.



Ten tweede staat bij persoonsgerichte zorg de **autonomie van de gebruiker** centraal, (1) zowel in het kiezen van het – voor hem passende - geestelijke gezondheidsaanbod, (2) als in de uitwerking van zijn begeleidingsplan binnen de individugerichte zorg. Keuzevrijheid van de gebruiker impliceert enerzijds kiezen en beslissen in eigen regie en anderzijds kiezen en beslissen in overleg met de zorgverleners (Elwyn, 2012; Van Audenhove, 2015b).

Het zelfbeschikkingsrecht van iedere persoon blijft ook gelden wanneer het zorgsysteem signalen opvangt van niet-geëxpliciteerde of niet-(rechtstreeks)-geformuleerde zorgnoden. In deze situaties wordt – indien dit nodig is - outreachende en aanklampende zorg ingezet.

Ten derde staat bij persoonsgerichte, vraaggestuurde zorg **de relevantie van het zorgaanbod voor de gebruiker en diens context** centraal. De zorgnoden van de gebruiker en diens context zijn vaak gesitueerd op dagdagelijkse domeinen zoals wonen, huishouden, zelfzorg, werk, opleiding, sociale contacten, intieme relaties, zingeving, etc. Het geestelijke gezondheidsaanbod dient gericht te zijn op deze zorgvragen van de gebruiker en zijn context.

C. Veranderingen in de organisatiestructuur van het geestelijke gezondheidsaanbod: evolutie naar een geïntegreerde zorg in netwerken

De geestelijke gezondheidszorg vraagt om een fundamenteel **ander zorgmodel** dat de **paradigmashift** maakt van probleemgerichte naar *doelgerichte* zorg en dus ook van een aanbod-gestuurd naar een *persoons- en behoeftegericht* model (SAR WGG, 2015). De verandering van de organisatiestructuren van de GGZ omvat de intensifiëring van een aantal processen die reeds in meerdere of mindere mate aandacht krijgen binnen de GGZ. Deze zijn:

1. De **vermaatschappelijking** van zorg in al haar aspecten
2. Zorg aanbieden volgens het **subsidiariteitsprincipe**
3. **Integratie** van het geestelijke gezondheidsaanbod

Deze processen worden hieronder verder besproken.

Vermaatschappelijking van zorg

Onder **vermaatschappelijking** van zorg begrijpen we de verschuiving binnen de zorg waarbij het streefdoel is om personen met een (psychische) kwetsbaarheid met al hun mogelijkheden en beperkingen een eigen zinvolle plek in de samenleving te laten innemen, hen daarbij waar nodig te ondersteunen en dit zoveel mogelijk in hun natuurlijke omgeving te doen. Het doel is dat de gebruiker zijn potentieel zo goed mogelijk kan realiseren en dat hij een zinvolle bijdrage kan leveren aan de gemeenschap waartoe hij behoort. De vermaatschappelijking van zorg impliceert dat de zorgvoorzieningen op een evenwichtige manier ingebed zijn in de samenleving – aangepast aan de lokale situatie (Thorncroft & Tansella, 2009)



Er wordt vanuit gegaan dat de zorg die in de vertrouwde omgeving verleend wordt door personen die het dichtste bij de zorgvrager staan, de grootste kansen biedt op kwaliteit van leven (Van den Heuvel, 2014). Om dit te kunnen bereiken veronderstelt vermaatschappelijking van zorg echter ook ingrepen op het niveau van de samenleving en op het niveau van de zorg:

- Aandacht voor maatschappelijke determinanten van beperkingen en problemen.
- Streven naar sociale integratie en inclusie van personen met blijvende beperkingen of chronische ziekten
- Meer samenwerking tussen verschillende organisaties en sectoren, én tussen zorg- en welzijnsprofessionals enerzijds en de personen met zorg- en ondersteuningsbehoeften anderzijds (Hermans et al., 2009).

Subsidiariteitsprincipe

In een zorgmodel dat georganiseerd wordt volgens het **subsidiariteitsprincipe** wordt eerst de meest persoonsgerichte, effectieve, efficiënte, minst ingrijpende en meest kortdurende zorgvorm die mogelijk en nodig is, aangeboden (Van den Heuvel, 2014). Een generalistische aanpak van geestelijke gezondheid in de natuurlijke omgeving van de persoon met psychische zorgnoden maakt daarom een belangrijk en inherent deel uit van het nieuwe beoogde zorgmodel, naast de gespecialiseerde GGZ op regionaal en supraregionaal niveau (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2017; Vandeurzen, 2017).

Kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning is echter ook een verhaal van kwaliteit van samenleven. Iedereen heeft verbinding met zijn sociale context nodig als voorwaarde voor autonomie en zelfbeschikking, en als voorwaarde voor participatie in de samenleving. De **zelfzorg** van alle burgers en de **zorg of ondersteuning die iedereen krijgt binnen zijn eigen context** vormt daarom de basis van het Vlaams zorgmodel (SAR WGG, 2015).

In het Vlaams zorgmodel georganiseerd volgens het subsidiariteitsprincipe wordt de **grootste capaciteit voorzien in de onderste zorgniveaus**. Dat is fundamenteel anders dan de huidige realiteit van de zorg voor geestelijke gezondheid in Vlaanderen, waar de meeste middelen op historische wijze geïnvesteerd zijn in gespecialiseerde zorgvormen in plaats van in generalistische zorg. Daarnaast is dit zorgmodel echter ook complementair met het model van passende zorg (matched care). Passende zorg staat voor het afstemmen van de behandeling op kenmerken van de gebruiker, zoals de ernst van de problematiek, mentale en sociale vaardigheden, omgevingsfactoren en wensen en behoeften van de gebruiker.

Geïntegreerde zorg

Vanuit het perspectief van de zorgvrager in zijn buurt, is het historisch gegroeid aanbod op het vlak van welzijns- en (geestelijke) gezondheidszorg versnipperd en moeilijk te overzien.



Deze situatie bestaat in vele Westerse landen (WHO, Regional Office for Europe, 2013b). Fragmentatie van zorg resulteert in suboptimale zorg, hogere kosten door dubbel werk, en slechtere kwaliteit van zorg (Kodner, 2009). **Ondersteuning van gezondheid, welzijn, wonen, tewerkstelling, opleiding, vrije tijd en contacten met justitie van alle gebruikers door de uitbreiding van de generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid is daarom wenselijk.** De bestaande fragmentatie van het zorgaanbod alsook het inzetten op zorg voor verschillende levensdomeinen van de gebruiker en zijn context maakt het nodig dat gezondheidszorgorganisaties, publieke gezondheidsdiensten, welzijnsorganisaties, scholen, opleidingsinstituten en werkgevers **méér en beter gaan samenwerken** (Borgermans & Devroey, 2017). Deze samenwerking is nodig om de toegankelijkheid, de kwaliteit en de continuïteit van gezondheidsdiensten te verbeteren op een efficiënte manier, vooral voor personen met langdurige en ernstige zorgnoden (Armitage, Suter, Oelke, & Adair, 2009; Gröne & Garcia-Barbero, 2001; Kodner, 2009; Suter, Oelke, Adair, & Armitage, 2009; Van den Heuvel, 2014). Deze samenwerking op organisatorisch niveau wordt aangeduid met de term **'geïntegreerde zorg'**. Geïntegreerde zorg is het op operationeel en organisatorisch niveau samenwerken van alle betrokken (zorg)voorzieningen binnen en buiten het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, en van zorgverleners en initiatieven van vrijwillige en informele zorg of ondersteuning over alle zorgniveaus heen. Geïntegreerde zorg dient te resulteren in het aanbieden van een 'integrale zorg en ondersteuning' gebruiker (Leutz, 1999; Valentijn, Schepman, Opheij, & Bruijnzeels, 2013). **De persoon die zorg en ondersteuning nodig heeft, denkt immers over zijn zorgnoden of zorgvragen niet na in termen van lijnen of sectoren die ons aanbod fragmenteren.** De zorgnoden en zorgvragen van de gebruiker en zijn context vormen het uitgangspunt van geïntegreerde zorg en ondersteuning (WHO, 2015).

6 Opties

→ Nuloptie: voorzetting van een bestaande toestand

Projecten '107'

Het aanbod inzake geestelijke gezondheid is thans georganiseerd in functies gerealiseerd binnen netwerken geestelijke gezondheid, verantwoordelijk voor een bepaald werkgebied, bedoeld om continuïteit en integratie van geestelijke gezondheidszorg te realiseren.

De oprichting van de netwerken is te situeren in de historische evolutie van de institutionele geestelijke gezondheidszorg in de richting van gemeenschapsgerichte zorg (onder meer door het ontstaan van de CGG). Deze hervormingsbeweging in de geestelijke gezondheidszorg kwam er door het besef dat een steeds verdere uitbreiding van het residentiële ggz-aanbod niet ten volle beantwoordde aan de behoeften en concrete



zorgvragen van personen met psychische problemen. De paradigmashift manifesteerde zich aanvankelijk onder meer in de introductie van een moratorium van residentiële bedden, het ontstaan van patiëntenverenigingen en de start van experimenten rond nieuwe specifieke woonvormen voor personen met psychische problemen die geen nood (meer) hadden aan residentiële behandeling, dewelke resulteerden in nieuwe typevoorzieningen (psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven van beschut wonen).

De weg naar de oprichting van de netwerken werd geëffend door een gemeenschappelijke verklaring in 2002 ondertekend door alle ministers bevoegd voor Volksgezondheid, Gezondheidsbeleid en Sociale zaken inzake het toekomstig beleid voor de ggz. De verklaring poneerde dat zowel de acute als de chronische ggz georganiseerd zou worden in zorgcircuits en zorgnetwerken zodat ze zo dicht mogelijk aansluit op de behoeften en zorgvragen van personen met psychische problemen, teneinde de residentiële opnamen zoveel mogelijk trachten te vermijden.

Het netwerkmodel werd verder geconcretiseerd in 2010 in de Gids 'Naar een betere ggz door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken' (hierna: 'gids' genoemd). De gids stelt een model voorop dat de integratie van de middelen van de ziekenhuizen en de middelen van de (ambulante) diensten die in de gemeenschap bestaan beoogt. Het model behelst dat alle actoren binnen een bepaald, afgebakend gebied bij de organisatie van dat model moeten betrokken zijn en dat zij strategieën moeten uitwerken om een oplossing te bieden voor alle geestelijke gezondheidsnoden die bij de bevolking in dat gebied leven. De implementatie van de gidsen impliceert een geleidelijke aanpassing van het zorgaanbod die de complementariteit binnen het zorgaanbod beoogt te versterken, ten voordele van zowel de patiënten als van de zorgactoren. Het model dat de gids voorstaat moet een aantal minimale functies invullen, die zich gaandeweg ontwikkelen binnen zorgnetwerken, die afgestemd zijn op individuele noden. De doelstelling is dat mensen in hun thuisomgeving kunnen blijven en zo hun eigen sociale weefsel/contacten kunnen behouden. De gids stelt ook de uitbouw van een laagdrempelige eerstelijns hulp voorop teneinde ervoor te zorgen dat de geestelijke gezondheidszorg toegankelijker wordt. De gids definieert een netwerk als bestaande uit samenwerkingsvormen tussen structuren en middelen. Aan de partners in de zorg legt het netwerk een werkwijze, gemeenschappelijke doelstellingen en een einddoelstelling vast. Het netwerk zorgt voor een efficiënte opvolging van patiënten, verzekert de continuïteit van de zorg en staat in voor een beter aanbod en kwaliteit van de zorg.

De wettelijke basis voor de organisatie van zorgcircuits en netwerken is momenteel enkel te vinden in federale wetgeving, in de artikels 11 en 107 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen van 10 juli 2008 (hierna: gecoördineerde wet op de ziekenhuizen genoemd).



Art. 11. §1. Ziekenhuiswet

Voor de toepassing van deze wet wordt verstaan onder :

1°netwerk van zorgvoorzieningen: een geheel van zorgaanbieders, zorgverstrekkers, instellingen en diensten, die, wat de organieke wetgeving betreft, niet ressorteren onder de bevoegdheid van de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130 of 135 van de Grondwet en die samen voor een door hen nader te omschrijven doelgroep van patiënten en binnen een door hen te motiveren gebiedsomschrijving, één of meerdere zorgcircuits aanbieden, in het kader van een instellingoverschrijdende juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst.

Art. 107 (vroeger 97ter) Ziekenhuiswet

De Koning kan in specifieke financieringswijzen voorzien om, op experimentele basis en beperkt in de tijd, een prospectieve en programmegeoriënteerde financiering van zorgcircuits en netwerken mogelijk te maken.

Artikel 107 maakt het mogelijk voor psychiatrische en algemene ziekenhuizen om bedden buiten gebruik te stellen en de vrijgekomen werkmiddelen en personeelsinzet in een bepaald werkingsgebied in te zetten om het bestaande ggz-aanbod voor personen met psychische problemen verder aan hun behoeften en zorgvragen aan te passen via een transmuraal aanbod en mobiele teams. Deze financieringstechniek behelst geen structurele financiering, maar projectmatige financiering. De middelen worden besteed aan de netwerkcoördinator, de werkmiddelen en de medische functie.

De uitbouw van een aantal minimale functies binnen een netwerk aan voorzieningen vanuit een globale visie vormt het uitgangspunt van de hervorming van het geestelijke gezondheidsaanbod. Deinstitutionalisering, inclusie, de-categorisatie, intensifiëring en consolidatie zijn de kernbegrippen van de hervorming voor volwassenen. De Gecoördineerde wet op de ziekenhuizen maakt de financiering van deze netwerken en zorgcircuits mogelijk, **maar biedt verder geen inhoudelijk kader.**

Deze hervorming beperkte zich in een eerste fase tot de leeftijdsdoelgroep van de volwassenen en jongvolwassenen vanaf 16 jaar. De 'Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren' bouwt voort op het kader en de ervaringen van de gids voor jongvolwassenen en volwassenen en houdt rekening met de specificiteit van de doelgroep van 0 tot 18-jarigen. De Gemeenschappelijke Verklaring voor de realisatie van netwerken en zorgcircuits in de GGZ voor kinderen en jongeren' goedgekeurd op 10 december 2012 en de 'Aanvullende Gemeenschappelijke Verklaring op de Gemeenschappelijke Verklaring van 10 december 2012 voor de realisatie van netwerken en zorgcircuits in de GGZ voor kinderen en jongeren' goedgekeurd op 24 februari 2014 vormden belangrijke mijlpalen op de weg naar de oprichting van de netwerken geestelijke gezondheid kinderen en jongeren.



Zowel de netwerken geestelijke gezondheid voor volwassenen als voor kinderen en jongeren zijn geconcipeerd als een functioneel en organisatorisch samenwerkingsmodel tussen verschillende partners. Het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid gaat uit van een globale, behoeftegestuurde en geïntegreerde aanpak van alle zorgcomponenten. Het beleid houdt rekening met het belang van samenwerking en afstemming met alle partners betrokken op de geestelijke gezondheid. Alle zorgverleningsvormen moeten op elkaar worden afgestemd zodat een complementariteit en continuïteit van de zorg mogelijk wordt. Ziekenhuisbehandeling moet worden voorbehouden voor acute situaties waar thuisbehandeling niet mogelijk of niet wenselijk is. Er is bovendien nood aan meer gespecialiseerde en beter gedifferentieerde zorg die in de thuisomgeving kan worden aangeboden, inzonderheid voor crisis- en urgentiesituaties maar evenzeer voor meer langdurige zorg.

Ondanks de hervorming is het netwerkmodel nog steeds gebaseerd op een model van **aanbodgestuurde en voorzieningengerichte zorg, beperkt tot individugerichte zorg** (geen populatiegerichte acties). De bestaande regelgeving is immers zeer aanbodgestuurd opgezet, met verschillende taken en normen per soort voorziening, niet per soort functie.

Alhoewel de gidsen een kader hebben geschetst dat breed gedragen is (door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid bekrachtigd) en we daarop in elk geval willen verder bouwen, kunnen we de Vlaamse beleidsvisie niet operationaliseren als er geen Vlaamse regelgeving beschikbaar is die de kernprincipes van deze hervormingen (nl. organisatie in netwerken en functies) en een aantal verdere/verdiepende stappen juridisch mogelijk maken.

→ **Optie 2: nieuwe beleidsmaatregel(en) – gekozen optie**



Het aanbod inzake geestelijke gezondheid organiseren in functies en in netwerken

Naast hervormingen op organisatorisch vlak is ook de heroriëntering van een aantal principes die de zorg voor personen met een psychische kwetsbaarheid en hun context vormgeven noodzakelijk, die o.a. in de consultatieronde door verschillende stakeholders werden aangegeven. Het betreft de volgende zorgprincipes:

1. Het geestelijke gezondheidsaanbod is ontwikkeling-, herstel- en krachtgericht. De vermaatschappelijking van zorg impliceert namelijk een verschuiving van het deficit-model naar een ontwikkelings-, herstel- en krachtenbenadering die focust op een goede levenskwaliteit van de gebruikers en hun context.
2. Het gebruik van dwanginterventies wordt zoveel mogelijk voorkomen en vermeden. Dit wordt ook specifiek vanuit het oogpunt kinderrechten gevraagd (zie infra, pg 6).



3. De individugerichte zorg vindt plaats binnen de triade en wordt afgestemd op de zelfzorg van de gebruiker en de zorg of ondersteuning die aangeboden wordt door zijn context.
4. Ervaringsdeskundigheid draagt bij tot kwaliteitsvolle individugerichte zorg en populatiegerichte acties.

Deze principes kunnen we in een nieuw decreet opnemen en aldus reglementair verankeren. Specifiek m.b.t. ervaringsdeskundigheid kan een nieuw decreet engagementen toeschrijven aan de Vlaamse Regering om de nodige initiatieven te nemen om dit verder uit te bouwen.

Het geestelijke gezondheidsaanbod wordt thans georganiseerd binnen geestelijke gezondheidsnetwerken om continuïteit en integratie van zorg binnen de gezondheidszorg en andere sectoren van de samenleving te realiseren. Een optimale afstemming met de reeds bestaande samenwerkingsverbanden in de GGZ en de bredere gezondheidszorg is het uitgangspunt. Dit betreffen o.a. de netwerken geestelijke gezondheidszorg volwassenen, de netwerken geestelijke gezondheid kinderen en jongeren en de netwerken internering, die vanuit de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid zijn vormgegeven. Gewenste veranderingen die in een nieuw decreet kunnen worden uitgevoerd, zijn:

- Een uitbreiding van de opdrachten van de netwerken t.o.v. de netwerkguiden. Zo zijn ook populatiegerichte functies nodig, naast individugerichte functies.
- De inbedding van het geestelijke gezondheidsaanbod en functies in de bredere eerste lijn als eerste zorgniveau. Dit komt in de gidsen niet expliciet aan bod.
- Een andere invulling van de bestaande functies. Uit de voorbije projectjaren waarin de gidsen voor volwassenen alsook voor kinderen en jongeren werden geïmplementeerd, zijn een aantal leerpunten te destilleren. Ook zijn er verschillen tussen de functies in de gids voor volwassenen en de functies in de gids voor kinderen en jongeren. Een globale en vernieuwde indeling in functies is wenselijk.
- De functies van de netwerken volwassenen zijn gelinkt aan type voorzieningen, dit wensen we los te laten.
- We willen de functies ook positioneren ten aanzien van de verschillende zorgniveaus.
- Andere aansturing van functies en netwerken / aanbieders van functies. Er is nood aan inhoudelijke aansturing van de zorg op basis van werkingsprincipes, dewelke explicieter moeten worden benoemd.
- Meer aansturing vanuit de overheid. De bestaande netwerken voor volwassenen en voor kinderen en jongeren daarentegen zijn meer bottom-up gegroeid, een volgende fase van stroomlijning en reglementaire verankering is noodzakelijk.

Om de beleidsdoelstellingen, beschreven in hoofdstuk 5, te kunnen realiseren, moeten in een nieuw decreet volgende maatregelen worden uitgewerkt:



- Om het dubbelspoor van de populatiegerichte acties en de individugerichte zorg te introduceren, moeten er functies voorhanden zijn die niet enkel focussen op de zorg voor een individuele gebruiker en zijn/haar individuele noden, maar ook functies die focussen op het versterken van de geestelijke gezondheid van de totale bevolking.
- Om de toegankelijkheid en aanvaardbaarheid van het geestelijke gezondheidsaanbod te verbeteren, moet er meer ingezet worden op de generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid. Dit is ook een duidelijke vraag vanuit het oogpunt kinderrechten. Meer generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid die ambulant, mobiel of online kan aangeboden worden, kan ervoor zorgen dat het aantal residentiële opnames van minderjarigen kan dalen en enkel indien nodig en zo kort mogelijk kan worden toegepast, dat de minderjarige passende zorg krijgt in de eigen omgeving en dat de wachttijden tot gespecialiseerde zorg kunnen dalen. Allereerst is daarvoor nodig dat dit zorgniveau concreet omschreven wordt en duidelijk gepositioneerd ten opzichte van andere zorgniveaus. Daarnaast is het nodig dat het geestelijke gezondheidsaanbod ook kan aangeboden worden door een divers scala aan partners, die daartoe bijdragen in de generalistische basiszorg. Een nieuw decreet kan en mag niet beperkt zijn tot (gespecialiseerde) geestelijke gezondheidszorg. We beschreven in hoofdstuk 5 ook de noodzaak aan het verhogen van de aanvaardbaarheid van zorg. Dit impliceert persoonsgerichte - dus vraaggestuurde - zorg. Op heden is de beschikbare regelgeving zeer aanbodgestuurd opgebouwd. We hebben nood aan een decreet dat vertrekt vanuit zorgnoden en de inhoud van zorg (functies genaamd), niet vanuit types van voorzieningen.
- Tenslotte werd in de beleidsdoelstellingen ook duidelijk dat een hervorming van de organisatie van het geestelijke gezondheidsaanbod nodig is. De gewenste verandering van de organisatiestructuren omvat de intensifiëring van een aantal processen die reeds in meerdere of mindere mate aandacht krijgen binnen de geestelijke gezondheidszorg, nl. vermaatschappelijking van zorg, zorg aanbieden volgens het subsidiariteitsprincipe en integratie van het geestelijke gezondheidsaanbod. Om vermaatschappelijking van zorg en geïntegreerde zorg te bekomen, is meer samenwerking tussen verschillende organisaties en sectoren nodig, én tussen zorg- en welzijnsprofessionals enerzijds en de personen met zorg- en ondersteuningsbehoeften anderzijds. Dat kan gebeuren middels het samenwerken in een geestelijke gezondheidsnetwerk. Daarom ook is die keuze reeds verschillende keren genomen door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. Nu is de tijd rijp om hiervoor een passend, Vlaams, decretaal kader voor te voorzien. Het subsidiariteitsprincipe kan beter bewerkstelligd worden wanneer het zorgmodel vertrekt van de zelfzorg van de gebruiker en de zorg of ondersteuning die iedereen krijgt binnen zijn eigen context. De generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid dient duidelijk gepositioneerd, meer zichtbaar en meer uitgebouwd te worden qua capaciteit en samenwerking.



Fundamentele keuzes decreet geestelijke gezondheid

De bovenstaande noodzakelijke hervormingen van het geestelijke gezondheidsaanbod omvatten meteen ook de fundamentele keuzes en klemtonen die we willen verankeren in een nieuw Vlaams decreet betreffende de geestelijke gezondheid. Vlaanderen wil met een nieuwe decreet betreffende de geestelijke gezondheid een antwoord bieden op de geformuleerde hervormingen en een toekomstgericht reglementair kader creëren.

Tenslotte verwijzen we nog naar hoofdstuk 14, waarin we verduidelijken welke aansturingsinstrumenten we willen bekomen middels een nieuw decreet. Het gaat concreet om erkenningsvoorwaarden, een comité geestelijke gezondheidsnetwerken en partnerorganisaties.

Referenties

Agentschap Zorg en Gezondheid (2017). Conferentie eerstelijnszorg: Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn.

Alonso, J. & Lepine, J. P., the ESEMeD/MHEDEA 2000 Scientific Committee. Overview of the key ESEMeD data. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68 (suppl.2), 3-9.

Armitage, G. D., Suter, E., Oelke, N. D., & Adair, C. E. (2009). Health systems integration: State of the evidence. *International Journal of Integrated Care*, 17. Geraadpleegd op 9 november 2017 via <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.316/>

Bekaert, A., Denys, B., De Muynck, J., De Vriendt, T., Foriers, L., Moons, S., Peeters, T., Plas, G., Sablon, W., Teugels, H., Theys, F., Tomsin, W., Verhoeven, I., Vervaeke, C., Verté, D. (2016). *Buurtgerichte Zorg: De actief zorgzame buurt als toekomstmodel voor Vlaanderen en Brussel*. Brussel: VVDC & Kenniscentrum Woonzorg Brussel.

Borgermans, L. & Devroey, D. (2017). A Policy guide to integrated care (PGIC). Lessons learned from EU project INTEGRATE and beyond. *International Journal of Integrated Care*, 17, 1-12. Doi: <https://doi.org/10.5334/ijic.3295>

Coppens, E., Neyens, E., & Van Audenhove, C. (2015). *Onderzoek naar de invoering van een eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen: Onderzoeksrapport*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.



Coppens, E., Vermet, I., Knaeps, J., De Clerck, M., De Schrijver, I., Matot, J. P., & Van Audenhove, C. (2015). Adolescent mental health care in Europe: State of the art, recommendations, and guidelines by the ADOCARE network. Brussels.

Droës, J., & Vreeswijk, K. (2012). Toolkit: Ondersteuning van maatschappelijk herstel met de individuele rehabilitatie benadering (IRB). Utrecht: Mens en Maatschappij.

Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., ..., & Barry M. (2012). Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General and Internal Medicine*, 27, 1361-1367.

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en leefmilieu (2014). Gids naar een nieuwe geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren.

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu (2010). Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken.

Gröne, O., & Garcia-Barbero, M. (2001). Integrated care: a position paper of the WHO European office for integrated health care services.

Hermans, K., De Coster, I., Demaerschalk, E., Michelini, S., Zelderloo, L., & Van Audenhove, C. (2009). Quality approaches for assuring the quality of training and service provision. European Center for the Development of Vocational Training: Thessaloniki.

Kodner, D. L. (2009). All together now: A conceptual exploration of integrated care. *Health Care Quarterly*, 13, 6-15.

Leutz, W. N. (1999). Five laws for integrating medical and social services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly*, 77, 77-110.

Mentalis (2016). De kracht van de herstelblik en -praktijk in de geestelijke gezondheidszorg: Een uitdagend paradigma voor de zorg en ondersteuning omtrent geestelijke gezondheid. Geraadpleegd op 25 oktober 2016 via www.mentalis.be

Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13. Geraadpleegd op 10/11/2017 via www.ijic.org.

Vanclooster, S., Vanderhaegen, J., Bruffaerts, R., Hermans, K., & Van Audenhove, C. (2013). Inschatting van de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg. Leuven: LUCAS.



SAR WGG (2015). Visienota Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst.

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2009). Better mental health care. Cambridge: Cambridge University Press.

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2014). Community mental health care in the future: Nine proposals. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202, 507-512.

Vandeuren, J. (2017). Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019. Vlaams kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Van den Heuvel, B. (red.) (2014). Netwerkgorg. Nieuw organisatieconcept voor personen met een complexe, langdurige zorg- en ondersteuningsvraag. Leuven: ACCO.

Van Audenhove, C. (2017). De geestelijke gezondheidszorg: Een nieuwe mindset? *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 47, 5-18.

Van Audenhove, C., & Declercq, A. (2016). *Zorg voor de buurt*. Leuven: LUCAS.

Van Audenhove, C. (2015b). *Medische keuzes: Praktische gids voor overleg tussen zorgverstreker en patiënt*. Leuven: LannooCampus

Van Audenhove, C., & Scheerder, G. (2010). Conferentie eerstelijnsgezondheidszorg: Eindrapport werkgroep 6 Geestelijke gezondheidszorg.

WHO (2015). WHO global strategy on people-centered and integrated health services: Interim report. Geraadpleegd op 7 september 2017 via http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf

WHO, Regional Office for Europe (2013b). Strengthening people-centered health systems in the WHO Europe Region. Geraadpleegd op 20 juni 2017 via http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/231692/e96929-replacement-CIHSD-Roadmap-171014b.pdf?ua=1



7 Analyse van de effecten

Achtergrond

Bij de analyse van de effecten zijn volgende overwegingen belangrijk

1. Het voorliggend ontwerp van decreet is een kaderdecreet. Concreet cijfermateriaal over de effecten is hierdoor niet beschikbaar.
2. De huidige netwerken bestaan reeds, maar zijn projectmatig en divers georganiseerd, in verschillende groottes van werkgebied losstaand van de grootte van de projectfinanciering en in verschillende betrokkenheid van partners. Dat is te wijten aan de bottom-up benadering van het ontstaan en ontwikkeling van deze netwerken en de historisch ongelijke spreiding van het geestelijke gezondheidsaanbod in Vlaanderen. Concreet en vergelijkend cijfermateriaal over de huidige netwerken is niet voorhanden.

Doelgroepen

De volgende doelgroepen worden geïdentificeerd:

- De overheid
- Zorgvoorzieningen
- Zorggebruikers (patiënten/cliënten/bewoners)
- Kinderen en jongeren -> *komt aan bod in de Joker-toets, hoofdstuk 8*
- Personen in armoede -> *komt aan bod in de armoedetoets, hoofdstuk 11*
- Mantelzorgers
- Patiënten- en familieorganisaties

Nuloptie

Vergelijkingstabel van alle effecten

doelgroepen	voordelen	nadelen
	omschrijving	omschrijving



De overheid	Geen nieuwe initiatieven dus geen investeringen nodig.	<p>Geen impact op de organisatie van de zorg, geen mogelijkheden om de organisatie van de zorg te hervormen en te vernieuwen. Aansturing via netwerken kan enkel projectmatig gebeuren, er is geen structureel kader voorhanden.</p> <p>Geen uitvoering mogelijk van beleidsvisie rond ervaringsdeskundigheid, zelfzorg en ondersteuning van de context, netwerken en functies, ondersteunende structuren.</p> <p>Geen aansluiting mogelijk bij de parallelle beleidsvisie betreffende eerstelijnszorg en ouderenzorg.</p> <p>Continuering van de aanbodgestuurde organisatie van zorg, enkel handvatten voor aansturing in verouderde en/of sectorale regelgeving.</p>
-------------	--	---



<p>Zorgvoorzieningen</p>	<p>Organisatiegebonden financiering, duidelijk wetgevend kader.</p>	<p>Rigide wetgevend kader, weinig ruimte voor nieuwe initiatieven. Verouderde wetgeving, strookt niet met de praktijken in het werkveld (binnen de bestaande netwerken) of met internationale tendensen. Onduidelijke richtlijnen in hoe er samengewerkt moet worden met andere zorgvoorzieningen. Frustratie over de hiaten in het aanbod, de 'draaideur'-patiënten, gebrek aan overzicht in het totale aanbod in het werkingsgebied, gebrek aan een globale zorgstrategische planning.</p>
--------------------------	---	---



<p>Zorggebruikers</p>	<p>Geen integrale zorg, geen gedeeld dossier dus meer privacy rond problematiek.</p>	<p>Zorg bepaald door het aanbod in de regio, geen gelijke toegang voor iedereen. Zorgmodaliteiten worden per voorziening bepaald (aanbodgestuurd), niet vraaggestuurd. Bestaande netwerken zijn projectmatig en onduidelijk aangestuurd, geen duidelijkheid over hun opdrachten en voordelen voor de zorggebruiker zelf. Klachten over het gebrek aan continuïteit bij de overgang tussen verschillende soorten zorgaanbod. Geen integrale zorg. Te weinig generalistische zorg, te weinig ondersteuning van zelfzorg. Extra belasting door stigmatisering van geestelijke gezondheidsproblemen. Te weinig aansluiting van het zorgaanbod bij de noden en wensen van de zorggebruiker (aanvaardbaarheid van de zorg). Versnippering, complexe en ondoorzichtige organisatie, dus te weinig toegankelijke zorg.</p>
-----------------------	--	--



Mantelzorgers	Positie van mantelzorgers in de geestelijke gezondheidszorg is 'onzichtbaar', dus meer vrijheid om al dan niet betrokken te willen zijn.	Inzet van mantelzorgers wordt te weinig onderkend. Mantelzorgers krijgen geen positie in het hulpverleningstraject (duale relatie zorggebruiker-hulpverlener in plaats van triade). Mantelzorgers krijgen te weinig ondersteuning in de zorg die ze bieden. Klachten over zorgvoorzieningen die geen traditie en verplichtingen hebben om mantelzorgers in het hulpverleningstraject te betrekken.
Patiënten- en familieorganisaties	Op ad hoc basis werken legt de verwachtingen laag. Er is geen structureel kader dus er kan niet verwacht worden dat patiënten- en familievertegenwoordiging overal in Vlaanderen en zowel op micro-, meso- en macroniveau gegarandeerd is.	Op ad hoc basis werken betekent dat patiënten- en familievertegenwoordigers afhankelijk zijn van de interesse van de voorziening of van het netwerk om hun rol invulling te geven. Dat zorgt ook voor zeer grote verschillen in de aanwezigheid van patiënten- en familieorganisaties op het terrein en hun effectieve inbreng. Geen globale sterke stem voor patiënten- en familieorganisaties. Patiënten- en familieorganisaties krijgen onvoldoende mandaat van de overheid om een duidelijke positionering in te nemen.



Optie 2: nieuwe beleidsmaatregel(en) – gekozen optie

Vergelijkingstabel van alle effecten

doelgroepen	voordelen	nadelen
	omschrijving	omschrijving
De overheid	<p>Antwoord op de globale uitdagingen en knelpunten.</p> <p>Integratie met andere lopende beleidsinitiatieven is mogelijk.</p> <p>Meer aansturingmogelijkheden, eigen Vlaams beleid, o.a. rond ervaringsdeskundigheid, zelfzorg en ondersteuning van de context, netwerken en functies, ondersteunende structuren.</p> <p>Structurele aansturing van netwerken wordt mogelijk.</p> <p>Omslag naar vraaggestuurde zorg die sectoroverstijgend is, wordt ingezet.</p>	<p>Nieuw wetgevend kader moet uitgevoerd worden. Er moet geïnvesteerd worden in het opmaken van uitvoeringsbesluiten en monitoren van de nieuwe wetgeving.</p> <p>Nieuwe beleidsinitiatieven noodzaken ook extra financiële investeringen.</p>



<p>Zorgvoorzieningen</p>	<p>Meer gedeelde expertise in de netwerken, betere onderlinge afstemming, gebundelde krachten.</p> <p>Meer duidelijkheid over het totale aanbod in een regio (wie doet wat en onder welke voorwaarden).</p> <p>Mogelijkheid om tot een globale zorgstrategische planning te komen.</p> <p>Vernieuwende initiatieven zijn mogelijk en worden decretaal ondersteund. Initiatieven die internationale tendensen volgen en wetenschappelijk onderbouwd zijn.</p> <p>Regelgeving meer aangepast aan huidige praktijken (bestaande netwerken), niet meer verouderd, toekomstgericht.</p> <p>Regelgeving biedt een duidelijk kader over wat een overheid van een netwerk precies verwacht en dus ook meer zekerheid voor de netwerkpartners.</p>	<p>Meer verwachtingen, aanpassing in de cultuur voor voorzieningen die nog niet in netwerken georganiseerd zijn, samenwerking opbouwen, vertrouwensband tussen organisaties opbouwen, mogelijks herorganisatie van bestaande netwerken.</p> <p>Aansturing op netwerkniveau en evolueren naar vraaggestuurde zorg waarbinnen de patiënten- en familievertegenwoordiger een duidelijke plaats krijgt, betekent ook dat een zorgvoorziening minder een eiland vormt, minder vrijheid heeft om soloslim te beslissen over het eigen aanbod.</p>
--------------------------	---	---



<p>Zorggebruikers</p>	<p>Zorg gericht op participatie en kwaliteit van leven van zorggebruikers, op beslissen in eigen regie, op herstelgericht en krachtgericht werken, op het vermijden van afzondering en fixatie.</p> <p>Sterkere stem voor zorggebruikers middels het uitbouwen van ervaringsdeskundheid en patiëntenvertegenwoordiging.</p> <p>Decretaal verankerde principes moeten het zorgaanbod meer toegankelijk en aanvaardbaar maken voor de zorggebruiker.</p> <p>Regionale netwerken vergroten het overzicht van het beschikbare aanbod, de toeleiding en toegankelijkheid.</p> <p>Er wordt meer ingezet op generalistische zorg, ondersteuning van zelfzorg, vermaatschappelijking van zorg, continuïteit van zorg en destigmatisering van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen.</p>	<p>Wijziging van het zorglandschap kan een aanpassingsperiode vragen waarin er eerst meer aandacht is voor organisatiestructuren en niet meteen de meerwaarde duidelijk is voor de zorggebruiker.</p>
-----------------------	---	---



Mantelzorgers	Mantelzorgers krijgen een duidelijke positie in het zorg- en ondersteuningsmodel, hun bijdrage in de zorg wordt meer onderkend en ondersteund. Voorzieningen worden gestimuleerd om de context van zorggebruikers meer te betrekken en beter te informeren (triade). De mantelzorger krijgt een sterkere stem middels het uitbouwen van ervaringsdeskundheid en familievertegenwoordiging.	Meer verwachtingen dan in het huidige kader, hun ondersteuning wordt erkend, maar het wordt ook meer verwacht, ze krijgen een explicietere opdracht die minder vrijblijvend is.
Patiënten- en familieorganisaties	Participatie wordt decretaal verwacht, het decreet bevat de nodige hefboomen om dit veel sterker op de kaart te zetten. Participatie is niet langer afhankelijk van de goodwill van voorzieningen of netwerken.	Het decreet creëert de verwachting dat patiënten- en familieorganisaties zich meer professionaliseren om de vertegenwoordigingsopdrachten kwaliteitsvol uit te voeren.

8 Joker-toets

Het decreet betreffende de geestelijke gezondheid richt zich tot elke burger in Vlaanderen. Dit ontwerp van decreet richt zich dus niet specifiek tot kinderen en jongeren. Het is in de eerste plaats een kaderdecreet, waarin kinderen en jongeren in alle beleidsinitiatieven zijn geïncorporeerd, zij het dat ze niet specifiek worden benoemd. In de uitvoeringsbesluiten kan er wel worden gedifferentieerd via een specifieke aanpak op maat van kinderen en jongeren.

Die aanpak op maat van kinderen en jongeren manifesteert zich momenteel reeds in het bestaan van aparte netwerken voor volwassenen enerzijds en kinderen en jongeren anderzijds. In functie van de noden van de doelgroep zitten andere partners aan tafel in de netwerken voor volwassenen in vergelijking met de netwerken voor kinderen en jongeren.

Een voorbeeld van een beleidsinitiatief met specifieke aandacht voor kinderen en jongeren, situeert zich op het vlak van ervaringsdeskundigen en ondersteunende structuren. Op het niveau van de patiëntenvertegenwoordiging wordt er reeds een stem gegeven aan kinderen



met psychische problemen. Momenteel wordt in die context een projectmatige subsidie aan Cachet vzw gegeven. Cachet vertegenwoordigt minderjarigen in de jeugdhulp maar heeft minder ervaring met het vertegenwoordigen van jongeren met psychische problemen. Met deze projectsubsidie kunnen zij hun ervaring en expertise hierin opbouwen. Cachet werd ook geconsulteerd in het traject om tot een voorontwerp van decreet te komen (zie hoofdstuk 15). Deze projectmatige subsidie is nog maar een eerste, verkennende stap om de vertegenwoordiging van minderjarigen met psychische problemen en hun participatie op verschillende niveaus verder uit te bouwen. Indien deze eerste stap succesvol is, moet de Vlaamse overheid hier in blijven investeren en een groeipad mogelijk maken. Dit is reglementair mogelijk binnen de contouren van het nieuwe decreet en de bepalingen rond ervaringsdeskundigheid enerzijds en vertegenwoordiging van gebruikers anderzijds (bijv. bij de uitwerking van het comité geestelijke gezondheidsnetwerken of de partnerorganisaties), die niet specifiek op maat van één leeftijdsgroep zijn geschreven.

Dit is de context waarin de jongere als specifieke doelgroep aansluit bij dit ontwerp van decreet. Samen met het internationaal kinderrechtenverdrag, het decreet rechtspositie van de minderjarige in de jeugdhulp en decreet Integrale jeugdhulp vormt dit voorontwerp van decreet een solide basis om de jongere voldoende inspraak en beslissingsrecht te geven om de zorg af te stemmen op zijn/haar specifieke wensen.

➔ **Optie 1: de nuloptie, een ongewijzigd beleid**

Doelgroepen	Voordelen	Nadelen
	Omschrijving	Omschrijving
Baby's	Vertrouwde structuren zijn gekend en blijven bestaan (voordeel voor ouders). Er bestaan solide structuren die het globaal functioneren van baby's opvolgen.	Geen integratie van de bestaande structuren (Huizen van het Kind, eerstelijnszorg, gespecialiseerde zorg) Subsidiariteit is moeilijk te implementeren. Voor meer complexe geestelijke gezondheidsproblemen is het aanbod weinig toegankelijk georganiseerd, ondoorzichtige structuren, te weinig afstemming tussen aanbodsvormen. Ouders vinden hun weg moeilijk in de veelheid aan intakes, exclusiecriteria, wachtlijsten, enz.



<p>Peuters Kleuters</p>	<p>& Vertrouwde structuren zijn gekend en blijven bestaan (voordeel voor ouders).</p>	<p>Integratie van de geestelijke gezondheidszorg in de jeugdhulp blijft onduidelijk aangezien de netwerken voor kinderen en jongeren geen structurele aansturing krijgen. Subsidiariteit is moeilijk te implementeren. Voor meer complexe geestelijke gezondheidsproblemen is het aanbod weinig toegankelijk georganiseerd, ondoorzichtige structuren, te weinig afstemming tussen aanbodsvormen. Ouders vinden hun weg moeilijk in de veelheid aan intakes, exclusiecriteria, wachtlijsten, enz. Geen geïntegreerde zorg, ouders moeten zelf de puzzel leggen.</p>
<p>Tieners</p>	<p>Geen.</p>	<p>Versnippering welzijn en gezondheidszorg is mogelijks een hinderpaal op de ontwikkeling. Er bestaat voldoende evidentie over het feit dat vele psychische stoornissen zich ontwikkelen in de adolescentie, er is een grote nood aan vroegdetectie en laagdrempelige en snel inzetbare vroeginterventies. Dit kan niet structureel ontwikkeld worden.</p>



Jongvolwassenen	De toeleiding naar het aanbod vereenvoudigen en gericht op de noden inspelen kan ook meer aanklappende zorg verantwoord. Zorgnoden staan niet steeds gelijk aan de zorgvragen van de jongvolwassene (weerstand). Dit is een voorbeeld waarom dit ontwerp van decreet bewust spreekt over zorgnoden i.p.v. over zorgvragen. Sommige personen met psychische zorgnoden hebben immers geen zorgvraag.	Specifieke aandacht voor de 'scharnierleeftijd' ontbreekt. Geen aansturing over hoe netwerken volwassenen en netwerken kinderen en jongeren hierrond moeten samenwerken. Jongvolwassenen moeten zelf naar de zorg toestappen, vinden vaak hun weg niet en haken dan af met grote potentiële negatieve gevolgen (grote behandelingskloof). Eerder onderzoek toonde aan dat het huidige zorgaanbod deze doelgroep ondermaats bereikt (te weinig toegankelijk en aanvaardbaar).
Jeugd armoede in	Geen.	Zeer veel verschillende zorgaanbieders die onvoldoende afgestemd werken betekenen nog een extra drempel voor een doelgroep die reeds verschillende drempels ervaart tot zorg.

➔ **Optie 2: zorg georganiseerd in netwerken**

Doelgroepen	Voordelen	Nadelen
	Omschrijving	Omschrijving



Baby's	<p>Zorg voor baby's is bij uitstek het terrein voor integrale zorg. De basis van een gezond leven wordt tijdens de eerste levensjaren gesmeed. Integratie en betere afstemming tussen de bestaande structuren zorgt voor een meer heldere toeleiding tot zorg en meer vraaggestuurde zorg. Ouders worden ondersteund in het vinden van de passende zorg, ook bij meer complexe geestelijke gezondheidsproblemen.</p>	Ouders moeten zich aanpassen aan veranderingen in de organisatie van de gekende zorgstructuren.
Peuters & Kleuters	<p>Integratie en betere afstemming tussen de bestaande structuren zorgt voor een meer heldere toeleiding tot zorg en meer vraaggestuurde zorg. Ouders worden ondersteund in het vinden van de passende zorg.</p>	Ouders moeten zich aanpassen aan veranderingen in de organisatie van de gekende zorgstructuren.
Tieners	<p>Het decreet biedt belangrijke hefboomen om meer in te zetten op vroegdetectie en -interventie, middels een sterkere focus op generalistische zorg, op het ondersteunen van zelfzorg, op populatiegerichte acties in functie van destigmatisering, enz.</p>	Geen.



Jongvolwassenen	<p>Een structurele aansturing van de netwerken volwassen en de netwerken kinderen en jongeren biedt meer mogelijkheden om duidelijke verantwoordelijkheden af te spreken betreffende deze doelgroep, zodat ze minder tussen wal en schip vallen.</p> <p>Principes in het decreet benadrukken toegankelijkheid en aanvaardbaarheid van de zorg, wat noodzakelijk is om het bestaande zorgaanbod meer op maat van de specifieke wensen en noden van deze doelgroep aan te bieden.</p>	<p>De toeleiding naar het aanbod vereenvoudigen en gericht op de noden inspelen kan ook meer aanklappende zorg verantwoorden. Zorgnoden staan niet steeds gelijk aan de zorgvragen van de jongvolwassene (weerstand). Dit staat specifiek bij de doelgroep jongvolwassenen vermeld, omdat we m.b.t. deze leeftijdsdoelgroep vaststellen dat er een kloof is tussen hun zorgnoden enerzijds en hun zorgvragen anderzijds. Dit kan aangepakt worden door de zorg meer aanvaardbaar te maken voor deze doelgroep, maar ook door meer aanklappend te werken.</p>
Jeugd armoede	<p>in Een efficiënte en effectieve samenwerking tussen zorgaanbieders in een afgebakende regio is een voorwaarde om laagdrempeligheid van het aanbod maximaal te realiseren.</p> <p>Precaire gezinssituaties zijn gekend door de verschillende actoren en kunnen doeltreffender door samenwerken gemonitord worden.</p>	Geen.

9 Vergelijking van de opties

Optie 1: de status quo is niet gewenst omdat op deze manier geïntegreerde en integrale zorg niet kan bewerkstelligd worden en er dus geen antwoord komt op de verschillende uitdagingen die we vaststellen. Bovendien blijven de netwerken dan bottom-up en projectmatig gestuurd, terwijl aansturing vanuit een decretaal kader aangewezen is. Ook de



opportunities van de zesde staatshervorming worden in deze optie onvoldoende benut. Er is sectorale regelgeving, maar om tot vraaggestuurde zorg te komen vanuit hedendaagse werkingsprincipes is een sectoroverstijgend wetgevend kader nodig. De stem van de zorggebruiker en zijn context blijft te zwak uitgebouwd, kan geen structurele rol van betekenis op zich nemen.

Optie 2: voorkeursoptie. De persoon met een zorgnood staat centraal en krijgt de zorg- en ondersteuning die hij nodig heeft. De persoon met een zorgnood en diens context hebben ook een sterke stem om die noden duidelijk te maken en een impact te hebben op de organisatie en de inhoud van de zorg. Ook de zorgaanbieders hebben voordeel bij efficiëntere samenwerkingsvormen door minder overlegstructuren, doch meer duidelijkheid en zekerheid betreffende wat er van een netwerk precies verwacht wordt. De zorgaanbieders zien hun waardevolle initiatieven groeien en bestendigd worden in een moderne regelgeving. De overheid zetten stappen vooruit in het uitvoeren van de Vlaamse beleidsvisie op het zorgaanbod inzake geestelijke gezondheid en kan dit afstemmen met andere lopende beleidlijnen in welzijns- en gezondheidszorg. De bestaande ondersteunings- en overlegstructuren worden beter afgestemd en dus efficiënter en effectiever georganiseerd. De kwaliteit van zorg neemt toe.



Optie 2 formuleert hierdoor een antwoord op de belemmerende factoren en knelpunten die we vanuit de studie van de internationale en wetenschappelijke literatuur door het Steunpunt WVG konden vaststellen en zet stappen vooruit die ook internationaal en wetenschappelijk bekrachtigd worden. Integrale en geïntegreerde zorg is volgens nationale en internationale bronnen immers het enige correcte antwoord op de exponentiële toename van het aantal en de complexiteit van de zorgvragen.

10 Uitvoering

De verdere uitvoeringsprocedures zullen vastgelegd worden in besluiten van de Vlaamse Regering.

De afstemming met de stakeholders zal verder gegarandeerd blijven middels het Structureel Overleg Geestelijke Gezondheid (zie hoofdstuk 15) en het nieuw op te richten Comité geestelijke gezondheidsnetwerken (zie hoofdstuk 14).

Sommige voorbereidende stappen worden reeds ondernomen. Zo is de Vlaamse overheid momenteel in overleg met bestaande organisaties met ondersteunende taken ten aanzien van de voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg om hun opdrachten te heroriënteren, beter onderling af te stemmen en meer efficiëntie te bekomen (middels fusietrajecten). Dergelijk traject is nodig ter voorbereiding van de organisatie van



ondersteunende structuren die in het nieuwe decreet betreffende de geestelijke gezondheid gecreëerd worden en de Vlaamse beleidsvisie daaromtrent.

11 Armoedetoets

OESO en WHO duiden het verband tussen gezondheid en een lage socio-economische status. Mensen in armoede zijn het meest kwetsbaar onderaan de sociale gradiënt in gezondheid. Investeren in gezondheid is primordiaal in de armoedereductie: een slechte gezondheid is voor mensen in armoede een belangrijk economisch struikelblok. Omgekeerd zal armoede mensen verhinderen adequaat gebruik te maken van het beschikbare geestelijke gezondheidsaanbod. Een goed onderbouwd armoedebeleid zal een positieve impact hebben op de gezondheid.

Chronische aandoeningen zijn niet enkel een gezondheidsprobleem, zij hebben ook een impact op de werk- en thuisomgeving, op ondersteuning van sociale diensten en familie netwerken. Kwetsbare en sociaal minder begoede groepen dragen een grotere last bij chronische aandoeningen: dimensies van sociale ongelijkheid overlappen en verstevigen elkaar.

We weten dat 10 à 15% van de chronische zieken risico hebben dat er niet wordt tegemoetgekomen aan hun zorgbehoeften, of nieuwe behoeften zich voordoen doordat ze hun autonomie verliezen en/of doordat de multimorbiditeit toeneemt. Deze behoeften vertalen zich in een noodzaak aan meer interventies en/of coördinatie, bovenop de reeds aangeboden zorg. De aard en de intensiteit van deze interventies hangen af van de behoeften, maar ook van de autonomiegraad van de patiënten, van hun sociaaleconomische situatie, van hun fysieke, psychische en mentale capaciteiten, van de aanwezigheid en beschikbaarheid van mantelzorgers ...

Internationale bronnen tonen ook het verband aan tussen de sociale gradiënt en meer of meer chronische geestelijke gezondheidsproblemen. De aangetoonde knelpunten onderbouwen de keuzes die in dit voorontwerp van decreet worden gemaakt.

Bijv. internationaal onderzoek toont aan dat de personen die langer wachten dan gemiddeld om hulp te zoeken jong zijn, oud, man, laag opgeleid zijn, in armoede leven of behoren tot een etnische minderheid (Thornicroft & Tansella, 2009; 2014). Voor deze groepen moet extra aandacht besteed worden aan de toegankelijkheid en aanvaardbaarheid van het geestelijke gezondheidsaanbod.

Ook moet er meer generalistisch aanbod voorhanden zijn voor geestelijke gezondheid, zodat mensen in armoede ondersteuning kunnen vinden in voor hen laagdrempelige en vertrouwde omgevingen, bij vertrouwde hulpverleners. De gespecialiseerde zorg moet meer outreachend, ambuland of mobiel aanwezig kunnen zijn.



Opdat de beschikbare middelen op de beste en zo efficiënt mogelijke manier worden aangewend, is het belangrijk om op nauwkeurige wijze de verschillende risico's bij zorggebruikers te kunnen identificeren. Deze risico's hebben niet alleen betrekking op de gezondheidstoestand van patiënten (bv. risico's op complicaties, bijwerkingen, enz.), maar hebben ook betrekking op factoren in verband met hun persoonlijke socio-economische situatie: leeftijd, opleidingsniveau, inkomen, gezinssituatie, enz. Op die manier kunnen de verschillende middelen die worden ingezet om tegemoet te komen aan de noden en behoeften van patiënten, per ziektebeeld/pathologie sterk verschillen. Een nauwkeurige analyse (stratificatie) van de risico's moet het mogelijk maken deze middelen, die verbonden zijn aan de ontwikkeling van een geïntegreerd zorgsysteem, in de toekomst beter in te zetten

Om prioriteiten te kunnen definiëren is het nodig om de beoogde doelpopulatie te stratificeren (naar demografische, medische, socio-economische, zorgconsumptie karakteristieken), maar ook om het bestaande aanbod aan diensten in kaart te brengen. Zo kan er een identificatie gebeuren van prioritaire middelen en diensten die nodig zijn om te voldoen aan de huidige en toekomstige nood van de populatie.

In het traject tot het tot stand komen van dit voorontwerp van decreet is er afstemming gezocht met het Netwerk tegen Armoede (zie hoofdstuk 15). Ook bij het uitwerken van uitvoeringsbesluiten zal hun inbreng steeds gevraagd worden en gegarandeerd middels hun betrokkenheid in het Structureel Overleg Geestelijke Gezondheid.

Voor de beleidsvisie en decretale bepalingen met betrekking tot ervaringsdeskundigheid is er sterk gekeken naar het huidige kader en de ervaringen rond het inzetten van ervaringsdeskundigen in armoede. Daarin bestaat immers al een veel langere traditie, waarvan we alleen maar kunnen leren. Op die manier worden de noden en aandachtspunten van mensen in armoede via hun vertegenwoordigers maximaal meegenomen in de ontwikkeling en uitvoering van dit nieuwe decreet.

12 Administratieve lasten

In de opstart zal er een extra administratieve inspanning worden gevraagd, maar er heerst de veronderstelling dat de administratieve lasten op langere termijn niet substantieel zullen toenemen.

Deze nieuwe vorm van samenwerken in de zorg zal een cultuurverandering induceren die de tijd vereist.

We verwachten op termijn ook meer transparantie en minder administratieve overlast op de verschillende organisatorische niveaus.



13 Handhaving



We voorzien in het nieuwe decreet dat de Vlaamse Regering het toezicht organiseert op de naleving van de bepalingen in dit decreet en zijn uitvoeringsbesluiten.

Zorginspectie is bevoegd om toezicht te houden, zowel inhoudelijk als financieel, op erkende organisaties. Toezicht is bijv. mogelijk op erkende geestelijke gezondheidsnetwerken en erkende ondersteunende structuren, naast uiteraard het toezicht op erkende zorgvoorzieningen en in het kader van klachtenbehandeling.

Zorg en Gezondheid is bevoegd voor de handhaving en het opvolgen van de inspectierapporten die door Zorginspectie worden opgesteld.

In 2018 zijn Zorginspectie en Zorg en Gezondheid gestart met het ontwikkelen van een nieuw toezichtmodel. Dat toezichtmodel moet goed aansluiten bij de realiteit van de sector waarvoor het ontwikkeld wordt. Het is duidelijk dat de realiteit van de GGZ-sector zich meer en meer ook op netwerkniveau situeert. Bovendien vormen overgangen tussen zorgvoorzieningen één van de gekende risico's in de zorg, dat vormt een belangrijk aspect om mee te nemen in het toekomstige toezichtmodel.

We voorzien in het nieuwe decreet ook de mogelijkheid om sancties te treffen ingeval een zorgvoorziening ernstig in gebreke blijft om in de zorg respect voor de integriteit van de gebruiker te verzekeren of indien de continuïteit van de zorg ten aanzien van de zorgvragers ernstig in gevaar is. In dat geval kan de Vlaamse regering de kortgedingrechter verzoeken een voorlopig bewindvoerder aan te stellen die gemachtigd wordt om in naam en voor rekening van de zorgvoorziening de nodige maatregelen te nemen om het respect voor de integriteit of de continuïteit van de zorg te verzekeren.

We voorzien ook de mogelijkheid om subsidies geheel of gedeeltelijk in te houden of terug te vorderen als de verplichtingen niet worden nageleefd.

Ook kan een erkenning geschorst worden of ingetrokken als niet of niet meer voldaan is aan de verplichtingen die voortvloeien uit het decreet.

14 Evaluatie

Het nieuwe decreet zal een aantal instrumenten aanreiken aan de Vlaamse overheid voor aansturing en monitoring.

- Er worden erkenningsvoorwaarden bepaald voor geestelijke gezondheidsnetwerken.
- Er worden erkenningsvoorwaarden bepaald voor het uitvoeren van functies.
- Er wordt een Comité geestelijke gezondheidsnetwerken opgericht. In dit Comité zullen vertegenwoordigers van de netwerken zetelen, vertegenwoordigers van de ondersteunende structuren en vertegenwoordigers van de overheid. Dit wordt het formele orgaan dat de overheid in staat stelt om op regelmatige basis overleg te



plegen met de geestelijke gezondheidsnetwerken over het verloop van de opdrachten van de netwerken. Het Comité moet minstens volgende taken vervullen: 1) afspraken maken over het kader, de instrumenten en de procedure die de geestelijke gezondheidsnetwerken moeten gebruiken voor de uitvoering van hun opdrachten; 2) de werking van de geestelijke gezondheidsnetwerken opvolgen en evalueren.

- We onderschrijven vanuit de overheid de noodzaak aan ondersteuning en het creëren van de juiste randvoorwaarden om de noodzakelijke hervormingen te realiseren in de praktijk. Daarom voorzien we ondersteunende structuren met een aantal helder afgebakende opdrachten. De Vlaamse Regering kan ondersteunende structuren erkennen op basis van erkenningsvoorwaarden of er een beheersovereenkomst mee afsluiten op basis van een oproep. Deze structuren zullen ondersteuning bieden op een of meer van volgende vlakken:

1° methodiekontwikkeling:

- a) praktijkondersteuning aanbieden door onder meer methodiekontwikkeling die is gebaseerd op de meest recente wetenschappelijk inzichten, praktijkkennis en ervaringsdeskundigheid;
- b) de implementatie van deze methodieken ondersteunen, onder meer via vorming, advies en dienstverlening;
- c) de evaluatie van deze methodieken ondersteunen;
- d) initiatieven met betrekking tot beeldvorming, geestelijke gezondheidscompetenties en destigmatisering ontwikkelen en uitvoeren.

2° belangenbehartiging van gebruikers en context:

- a) van gebruikers op beleidsniveau, en de uitwisseling van expertise, gebaseerd op de meest recente wetenschappelijk inzichten, praktijkkennis en ervaringsdeskundigheid, ter ondersteuning van de gebruikers en de organisaties die gebruikers verenigen;
- b) van de context van gebruikers op beleidsniveau, en de uitwisseling van expertise, gebaseerd op de meest recente wetenschappelijk inzichten, praktijkkennis en ervaringsdeskundigheid, ter ondersteuning van de context van de gebruikers en de organisaties die de context van gebruikers verenigen;

3° ondersteuning ervaringsdeskundigheid:

- a) de organisatie van de opleidingen tot ervaringsdeskundige, als ook de toeleiding ernaar en de sensibilisering ervoor;
- b) het bewaken van de kwaliteit van de opleidingen;
- c) het scheppen van voorwaarden voor de betaalde tewerkstelling of de inzet op vrijwillige basis van ervaringsdeskundigen, aan de



kant van de ervaringsdeskundigen enerzijds, aan de kant van de zorgvoorzieningen en de geestelijke gezondheidsnetwerken anderzijds.

- 4° ondersteuning van de geestelijke gezondheidsnetwerken:
 - a) programma's binnen de geestelijke gezondheidsnetwerken of over geestelijke gezondheidsnetwerken heen coördineren en uitbouwen;
 - b) samenwerking tussen de netwerkpartners binnen de geestelijke gezondheidsnetwerken en over geestelijke gezondheidsnetwerken heen optimaliseren en realiseren.
- 5° de organisatie van een ombudsfunctie die geen onderdeel uitmaakt van een zorgvoorziening.

15 Consultatie



Om tot een nieuw decreet te komen, is een intensief traject gelopen met inbreng van vele stakeholders. Er is budget vrijgemaakt om ondersteuning hiervoor te krijgen vanuit het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG). Zij hebben allereerst een grondige analyse gemaakt van de probleemsituatie, de noodzakelijke hervormingen en de klemtonen die in internationale literatuur worden aangeraden en wetenschappelijk onderbouwd zijn. Daarnaast hebben de onderzoekers ook een deel van de procesbegeleiding op zich genomen om tot een sterk gedragen visie en memorie van toelichting te komen.

Er zijn vanuit het Steunpunt WVG expertenpanels georganiseerd, om vanuit verschillende invalshoeken input te verzamelen. Volgende groepen van stakeholders zijn bevroegd: 1) GGZ-disciplines (beroepsgroepen); 2) netwerken (volwassenen, kinderen en jongeren, internering); 3) patiënten- en familieverenigingen; 4) belendende sectoren (partners uit welzijn, onderwijs, werk ...); 5) GGZ onderzoekers en docenten; 6) organen die betrokken zijn bij het beleid. De voorbereidende nota van het Steunpunt werd eerst per groep afzonderlijk besproken en daarna in een plenaire vergadering, waarin de belangrijkste standpunten van elke groep aan bod kwamen.

Het Steunpunt WVG heeft de expertenpanels als volgt aangepakt.

Er werd tijdens de expertenpanels gefocust op volgende 2 vragen:

1. Wat zijn voor u de belangrijkste elementen van deze visie voor een toekomstig decretaal kader?
2. Wat zijn voor u de prioritaire actiepunten die nu vorm dienen te krijgen? Waar zou de Vlaamse overheid volgens u nu op de eerste plaats dienen op in te zetten, en hoe?

Doorheen de gespreksmethodiek in aparte groepen en plenair, werd heel wat input verzameld. Vervolgens maakte het Steunpunt WVG een overzicht van thema's die in verschillende groepen terugkwamen versus thema's die in 1 groep aan bod kwam. Op deze



manier kon er een opdeling gemaakt worden in meer of minder prioritaire thema's. Volgende thema's kwamen in meerdere groepen terug en vormden de leidraad voor de verdere uitwerking van een nieuw decreet:

1. Meer nadruk op zorgcontinuïteit en toegankelijkheid van alle zorgniveaus
2. Afstemming tussen de verschillende overheden is van groot belang zodat er geen netwerken en functies naast elkaar gaan bestaan
3. We hebben heldere concepten nodig
4. Ervaringsdeskundigen dienen opgenomen te worden als aparte discipline
5. Data-gestuurde zorg
6. Het GG aanbod voor jongeren en ouderen dient meer aan bod te komen in de visie op de hervorming van het GG aanbod
7. Belang van verminderen van stigma in de samenleving en bij mensen met een psychische problematiek - positieve beeldvorming - populatiegerichte acties
8. Meer nadruk op vroeg-detectie en eerstelijnszorg
9. Triadisch werken is van groot belang
10. Meer nadruk op het biopsychosociaal model en op alle levensdomeinen
11. Er dient meer ingezet te worden op de afstemming met andere beleidsdomeinen.
12. Meer nadruk op de uitbouw van de nulde lijn - meer nadruk op patiënten- en familieverenigingen (co-creatie)
13. Matched care/balanced care als aanvulling op stepped care
14. Hervormingsplannen nu al opnemen in de opleidingen van alle disciplines
15. Belang van samenwerken op casusniveau – op niveau van de buurt
16. Naar één soort van netwerken gaan
17. Nood aan regelluwte om innovatieve vormen van zorg te kunnen uitproberen
18. Ontbrekende termen / ontbrekende principes / ontbrekende klemtonen

Het Steunpunt WVG heeft de input vanuit de expertenpanels neergeschreven in een rapport dat aan de deelnemers bezorgd werd.

Er is een aparte benadering gebruikt om minderjarigen als stakeholder te betrekken bij het vormgeven van het decreet. Hiervoor werd Cachet vzw aangesproken, die zelf het initiatief hebben genomen om met enkele jongerenvertegenwoordigers samen te zitten en hun ideeën door te geven. Zij hebben een verslag bezorgd waarin hun bekommernissen stonden uiteengezet. Ook dit is meegenomen in het rapport van het Steunpunt WVG over de bevraging van verschillende groepen van stakeholders i.k.v. de opmaak van een nieuw decreet betreffende de geestelijke gezondheid.

Daarnaast is het voorbereidende werk van het Steunpunt WVG en het voorontwerp van decreet ook verschillende malen besproken op het Structureel Overleg Geestelijke Gezondheid. De minister neemt het initiatief om dit overlegorgaan te organiseren. Op het Structureel Overleg Geestelijke Gezondheid wordt een stand van zaken toegelicht, input



gevraagd en terugkoppeling gerealiseerd over de genomen beslissingen. In dit overlegorgaan zetelen vertegenwoordigers van volgende organisaties:

Belgische Federatie van Psychologen
Federatie van de Centra voor Ambulante Revalidatie
mutualiteiten
Domus Medica
Familieplatform Geestelijke Gezondheid
Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg
Overlegplatformen Geestelijke Gezondheidszorg
Vlaams Patiëntenplatform
Federatie van Sociale Ondernemingen (SOM)
Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen
Netwerk Tegen Armoede
Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeentes
Vlaams Welzijnsverbond
Vlaamse Vereniging voor Kinder- en jeugdpsychiatrie
Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie
Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg
Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid
Zorgnet-Icuro
Agentschap Zorg en Gezondheid
Zorginspectie
Kabinet van de federale Minister van Volksgezondheid
Vlaamse Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Kabinet van de Vlaamse Minister van Volksgezondheid

Tot slot is er op administratief niveau ook meermaals overleg georganiseerd tussen de verschillende afdelingen van het Agentschap Zorg en Gezondheid (om afstemming te realiseren rond eerstelijnszorg, ouderenzorg en Vlaamse Sociale Bescherming) en met andere administraties (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, departement WVG – welzijn en samenleving, departement WVG – Justitiehuisen ...).

16 Contactinformatie

Tineke Oosterlinck: tineke.oosterlinck@zorg-en-gezondheid.be

Tom De Boeck: tom.deboeck@zorg-en-gezondheid.be

