

# ONTWERP VAN DECREET BETREFFENDE DE ORGANISATIE EN ONDERSTEUNING VAN HET GEESTELIJK GEZONDHEIDSAANBOD

## MEMORIE VAN TOELICHTING

### A. Algemene toelichting

#### 1. Samenvatting

Vlaanderen erkent - net zoals andere overheden in ons land - de steeds toenemende nood aan een grondige hervorming van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De laatste decennia zijn er een aantal evoluties gaande - zowel op internationaal, Europees als Vlaams niveau - die zorgwekkend zijn; andere ontwikkelingen bieden opportuniteiten. Deze evoluties worden toegelicht. Speciale aandacht gaat hierbij naar verschillende uitdagingen die reeds decennialang bestaan met betrekking tot de toegankelijkheid van passende GGZ in hoge inkomenslanden, en dus ook in Vlaanderen. Ook de recente concrete aanleiding voor de uitwerking van een nieuw Vlaams decreet, met name de veranderingen in de bevoegdheden van Vlaanderen voor de GGZ door de 6<sup>de</sup> staatshervorming, komen aan bod. Tenslotte wordt de doelstelling van dit ontwerp van decreet toegelicht. Deze volgt uit de beschreven zorgwekkende evoluties en opportuniteiten die zich de voorbije decennia hebben voorgedaan.

#### 2. Situering

##### 2.1. EVOLUTIES IN DE INTERNATIONALE EN VLAAMSE SAMENLEVING

###### *De impact van psychische aandoeningen op ongezondheid neemt toe*

Wereldwijd wint de relatieve impact van psychische aandoeningen als oorzaak van ongezondheid aan belang. Deze impact wordt gemeten - zoals aangegeven door de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) - a.h.v. het aantal levensjaren dat een bevolkingsgroep verliest ten gevolge van vroegtijdig overlijden of beperking veroorzaakt door een ziekte (*disability adjusted life years* of *DALY's*). In 2010 bedroeg het aantal *DALY's* ten gevolge van psychische aandoeningen en verslaving 7,4% van het totale aantal *DALY's* (d.i., ten gevolge van alle ziektes). Dit is een stijging van 37,6% tussen 1990 en 2010 (Whiteford et al., 2013). Het aantal *DALY's* ten gevolge van psychische aandoeningen en verslaving is de voorbije decennia ook in België gestegen. In 1990 bedroeg het aantal *DALY's* ten gevolge van psychische aandoeningen en verslaving in België 7,4%, en in 2015 8,8% van het totale aantal *DALY's*. Deze cijfers impliceren o.a. dat de ziektelast door psychische aandoeningen en verslaving in België al groter geworden is dan de ziektelast die het gevolg is van neurologische aandoeningen - dementie, multiple sclerose, migraine, epilepsie, ... (WHO, 2016).

###### *De impact van de vergrijzing op de zorgsector*

De zorgsector is in het algemeen gekenmerkt door een toenemende vraag naar hulp- en zorgverlening. Dit heeft onder meer te maken met de vergrijzing, die niet alleen in Vlaanderen maar in vele hoge-inkomens landen een belangrijke trend is. In 2010 was in Vlaanderen 18% van de bevolking ouder dan 65 jaar. Voor 2030 verwacht men een toename tot 24%, en in 2060 tot 27 of 28% (Studiedienst van de Vlaamse Regering, 2010). De vergrijzing brengt met zich mee dat meer personen in de laatste decennia van hun leven één of meerdere chronische ziektes ontwikkelen, waardoor nieuwe zorgnoden ontstaan. Bevorderen van kwaliteit van leven - door de WGO *active ageing* genoemd (2002) - komt meer centraal te staan in de context van chronische ziekten.

Met de stijgende leeftijd veranderen de zorgnoden. Ze zijn niet altijd acuut van aard en vragen niet altijd om technologisch complexe behandelingen. Het zijn vaak vragen over

het dagelijks leven die zich kunnen situeren op verschillende levensdomeinen tegelijkertijd. De complexiteit van de zorgnoden zit hier dus in de context, in relaties of het gebrek daaraan, in het samenbrengen van informele en formele zorg, in het vinden van een goede 'fit' tussen gebruiker en zorgverlener; dit alles om tot aanvaardbare en passende zorg te komen (SAR WGG, 2015).

### *Het biomedisch model blijft hoog aangeschreven in de gezondheidszorg*

Het biopsychosociaal model bestaat reeds decennialang (e.g., Engel, 1977, 1980). Dit model stelt dat het functioneren van de mens niet alleen wordt beïnvloed door biologische factoren, maar ook door psychologische en omgevingsgebonden factoren. De validiteit en bruikbaarheid van dit model in de klinische context is uitgebreid aangetoond (e.g., Wade & Halligan, 2017). Het WGO internationale classificatiesysteem van functioneren (WHO, 2002b) is hierop gestoeld.

Nochtans blijft dit model tot op heden in verschillende gezondheidssectoren moeilijk ingang vinden (Lane, 2014; Wade, 2015). Het biomedisch model blijft hoog aangeschreven. De dominantie van het biomedisch model en de daaruit volgende specialisatie en instrumentalisering van het hulpverlenings- en zorgaanbod, leiden de aandacht echter af van onderliggende patronen – anders dan de puur biologische – die onwelzijn en ongezondheid veroorzaken (Visser, 2013). In de context van de sterke toename van het aantal chronische ziektes worstelen de biomedische gezondheidszorgsystemen met de verbetering van de behandelingsresultaten zoals deze gerapporteerd worden door de cliënten zelf (Wade & Halligan, 2017). De blijvende dominantie van het biomedisch model bemoeilijkt zodoende het aanbieden van een integraal antwoord op een zorgvraag die bijdraagt tot een betere levenskwaliteit (SAR WGG, 2012, 2015), of meer nog, tot een betere levenszin (De Dijn, 2017). Zeker in het kader van chronische zorgnoden schiet het biomedisch model hier tekort. Er is nood aan een nieuw zorgmodel, met een andere visie op beperking en herstel.

### *Nieuwe visies op beperking*

Wereldwijd ontstaan er de laatste decennia nieuwe visies op beperking. In toenemende mate erkennen samenlevingen dat er veel perspectieven zijn van waaruit men naar lichamelijke, mentale, psychische of sociale beperkingen kan kijken. Vooral de visies op veerkracht en sterkte, en nieuwe soorten van competenties, komen op de voorgrond te staan en openen perspectieven voor inclusie en participatie (Devlieger, Miranda-Galarza, Brown, & Strickfaden, 2016; Van Audenhove, 2017). Zeker in de hoge inkomenslanden evolueert men meer en meer in de richting van volwaardig burgerschap voor personen met een (psychische) beperking. Zij hebben dezelfde rechten als elke burger, met name als een volwaardig lid kunnen participeren in de samenleving in al haar aspecten (Kmita, 2005; Lasalvia et al., 2012; Van Audenhove, 2017; Van Weeghel, 2010). Alle burgers willen kunnen participeren in de beslissingen die belangrijk zijn voor de eigen kwaliteit van leven (SAR WGG, 2015). In 2008 vaardigde de Verenigde Naties de 'Convention of the Rights of Persons with Disabilities' (CRPD) uit. Dit betekende een stevige stimulans om wereldwijd de wetten die verband houden met lichamelijke, psychische en sociale beperkingen aan te passen. De CRPD garandeert het recht van personen met een beperking om te leven en te participeren in de samenleving, en verzekert het recht van deze personen op onderwijs, opleiding, gezondheid, tewerkstelling, woonst en sociale bescherming (United Nations, 2007).

### *De herstelbeweging uitgaande van personen met een psychische kwetsbaarheid*

De voorbije decennia is in de hoge inkomenslanden een herstelbeweging op gang gebracht door personen met een psychische kwetsbaarheid. Het begrip herstel betekent in deze context iets anders dan genezen. Het verwijst naar "een intens persoonlijk en uniek proces dat iemands attitudes, waarden, gevoelens, doelen, vaardigheden en rollen verandert. Het is een manier om een hoopvol leven te leiden dat voldoening geeft en waarin personen ook bijdragen tot de samenleving" (Anthony, 1993). Een persoon herstelt niet van een ziekte, maar herstelt zijn leven. Leamy en collega's (2011) ontwikkelden op basis van 87 studies

een kader om de sleutelbegrippen van herstel te definiëren. De herstelprocessen die het meest relevant zijn voor onderzoek en praktijk zijn te vatten in het CHIME model: verbondenheid opbouwen, hoop en optimisme over de toekomst opbouwen, (her)installeren van zelfcontrole, persoonlijke zingeving zoeken en empowerment. Uit kwalitatief onderzoek bij personen met psychische zorgnoden in België vinden we bevestiging voor dit kader. Er komen vooral twee krachtlijnen van het herstelproces naar voor (Van Audenhove, 2015a):

- Empowerment: het is kenmerkend voor een herstelproces dat de persoon zelf zijn situatie in handen neemt. In het herstelproces staan persoonlijke waarden centraal.
- Verbondenheid: de betrokken aanwezigheid en ondersteuning van personen, zowel naasten, lotgenoten als professionals die in het herstel geloven en herstel de tijd geven, vormen een belangrijke hefboom voor herstel. Daarnaast maakt het (terug) volwaardig deel uitmaken van de samenleving een belangrijk onderdeel uit van het herstelproces.

## 2.2. UITDAGINGEN MET BETREKKING TOT DE TOEGANKELIJKHEID VAN PASSENDE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG IN VLAANDEREN EN IN ANDERE HOGE INKOMENSLANDEN

### *Behandelingskloof en onvervulde zorgnoden in Europa*

Een belangrijk probleem betreft de toegankelijkheid van de GGZ. Er is sprake van een behandelingskloof wanneer we vaststellen dat personen 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 bv. 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 GGZ, 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.

### *Overbehandeling in Europa*

Tesamen met de behandelingskloof is er sprake van overbehandeling in Europa en in België. België in het bijzonder is een constante wereldleider als het gaat om het aantal psychiatrische ziekenhuisbedden en het aantal opnames per honderdduizend inwoners (Eurostat, 2016; Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2014), voornamelijk in specifieke regio's van het land en voor specifieke doelgroepen. Dit is historisch zo gegroeid, maar daarnaast zijn er geen goede redenen om dit hoge cijfer te verantwoorden. In vergelijking met ambulante/mobiele GGZ voorzieningen (in het Engels *Community Mental Health services* genoemd) leidt residentiële behandeling in zorgvoorzieningen voor de gebruiker tot minder tevredenheid en kwaliteit van leven, minder vervulde zorgnoden, minder therapietrouw, meer stigma, minder stabiliteit op vlak van wonen en een slechtere arbeidsrehabilitatie. Beide vormen van behandelingsaanbod resulteren wel in gelijke symptoomvermindering en verbetering van sociaal functioneren. De residentiële voorzieningen zijn minder toegankelijk voor de gebruiker. Er vinden meer dwanginterventies plaats en schendingen van de mensenrechten in vergelijking met ambulante/mobiele GGZ voorzieningen (Burns, 2001; Pieters et al., 2017; Tyrer, Coid, Simmonds, Joseph, & Marriott, 2003; WHO, 2013).

Een ander voorbeeld waarbij overbehandeling plaatsvindt in België is het gebruik van psychofarmaca. Er kan gesteld worden dat psychofarmaca voorgeschreven worden voor grote groepen van personen die niet lijden aan de ziektebeelden waarvoor anti-depressiva en anti-psychotica wel effectief zijn (Werkgroep Metaforum o.l.v. S. Claes, 2010).

#### *Lagere levensverwachting voor personen met psychische zorgnoden wereldwijd*

Het is reeds lang geweten dat de levensverwachting van personen met psychische zorgnoden substantieel korter is dan deze van de algemene bevolking (Newman & Bland, 1987, 1991). In Scandinavië werd recent een vermindering in levensverwachting gevonden van 15 tot 20 jaar voor gebruikers van GGZ voorzieningen (Wahlbeck, Westman, Nordentoft, Gissler, & Laursen, 2011).

Deze lagere levensverwachting is te wijten aan (Thornicroft, 2011):

- Lifestyle risicofactoren: personen met een psychische aandoening roken vaker, gebruiken meer illegale drugs, hebben een slechtere fysieke conditie, doen meer aan binge-eating en binge-drinking, in vergelijking met personen zonder een psychische aandoening;
- Onnatuurlijk doodsoorzaken: zelfdoding, toevallig of gewelddadig overlijden;
- Gebruik van medicatie voor de psychische aandoening die ook nadelige effecten kunnen hebben voor de persoon;
- Ongelijke behandeling van somatische klachten. O.a. stigma bij zorgverleners uit de GGZ (Corker et al., 2013; Hansson, Jormfeldt, Svedberg, & Svensson; 2011; Lauber, Nordt, Braunschweig, & Rössler, 2006), en stigma en handelingsverlegenheid bij zorgverleners uit de somatische zorg (Adriaensen, Pieters, & De Lepeleire, 2011) leiden ertoe dat personen met een psychische aandoening minder goede somatische zorgen krijgen.

#### *Stigma en discriminatie van personen met psychische zorgnoden wereldwijd*

Alle wetenschappelijke evidentie suggereert dat personen met psychische zorgnoden van over heel de wereld stigma en discriminatie ervaren, zoals geïllustreerd wordt door recente studies bij personen met schizofrenie en een majeure depressieve stoornis (Lasalvia et al., 2013; Thornicroft, Brohan, Rose, Sartorius, & Leese, 2009).

Stigma heeft belangrijke negatieve gevolgen zoals verminderde toegang tot opleiding en werk, tot passende gezondheidszorg, tot wettelijke beschermingsmaatregelen, tot sociale relaties of sociale participatie en inclusie (Thornicroft, 2006). Dit onderhoudt op zijn beurt de psychische problematiek van deze personen (Foresight, 2008). Daarenboven lijkt – tenminste in hoge inkomenslanden - de vermaatschappelijking van de zorg nog niet zoveel impact gehad te hebben op het stigma dat ervaren wordt door personen met psychische zorgnoden. Er bestaat immers evidentie dat in de Verenigde Staten van Amerika en in het Verenigd Koninkrijk het stigma tot voor kort is toegenomen (Henderson et al., 2012), hetgeen te maken kan hebben met een recente toename van biochemische verklaringen voor psychische ziektes en met recente grotere economische besparingsmaatregelen (Mehta, Kassam, Leese, Butler, & Thornicroft, 2009; Pescosolido et al., 2010; Warner, 2004). Daar tegenover staat dat er in Europa en Vlaanderen meer evidentie komt voor het feit dat lokale anti-stigma interventies kennis, attitudes en gedrag m.b.t. stigma kunnen verbeteren, zeker wanneer ervaringsdeskundigen een actieve bijdrage leveren tot deze anti-stigma acties (bv. Clement et al., 2012; Coppens, Vermeulen, Neyens, & Van Audenhove, 2014; Henderson et al., 2012; Henderson & Thornicroft, 2009).

### 2.3. NIEUWE BEVOEGDHEDEN VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG DIE DOOR DE 6<sup>DE</sup> STAATSHERVORMING OVERGEKOMEN ZIJN NAAR VLAANDEREN

Op beleidsmatig vlak is de GGZ van 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. Waar de vroegere tekst van artikel 5, §1, I, BWHI slechts uit twee punten bestond, met name het beleid betreffende de zorgverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen en de

gezondheidsopvoeding alsook de activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg, is de nieuwe tekst veel langer en geherstructureerd:

*"I. Wat het gezondheidsbeleid betreft :*

*1° onverminderd datgene wat bepaald is in het eerste lid, 2°, 3°, 4°, 5° en 6°, het beleid betreffende de zorgverstrekkingen in en buiten de verplegingsinrichtingen met uitzondering van :*

- a) de organieke wetgeving, met uitzondering van de investeringskost van de infrastructuur en de medisch-technische diensten;*
- b) de financiering van de exploitatie, wanneer deze geregeld is door de organieke wetgeving en dit onverminderd de bevoegdheden van de gemeenschappen bedoeld onder a);*
- c) de basisregelen betreffende de programmatie;*
- d) de bepaling van de voorwaarden en de aanwijzing tot universitair ziekenhuis overeenkomstig de wetgeving op de ziekenhuizen;*

*2° het beleid betreffende de verstrekkingen van geestelijke gezondheidszorg in de verplegingsinrichtingen buiten de ziekenhuizen;*

*3° het beleid betreffende de zorgverstrekkingen in oudereninstellingen, met inbegrip van de geïsoleerde geriatriediensten;*

*4° het beleid betreffende de zorgverstrekkingen in geïsoleerde diensten voor behandeling en revalidatie;*

*5° het beleid inzake long term care revalidatie;*

*6° de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en de ondersteuning van de gezondheidszorgberoepen van de eerste lijn;*

*7° wat betreft de gezondheidszorgberoepen :*

- a) hun erkenning met naleving van de door de federale overheid bepaalde erkenningsvoorwaarden;*
- b) hun contingentering, rekening houdende, in voorkomend geval, met het globale aantal dat de federale overheid per gemeenschap jaarlijks kan vastleggen voor de toegang van elk van de gezondheidszorgberoepen;*

*8° de gezondheidsopvoeding alsook de activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg, evenals alle initiatieven inzake de preventieve gezondheidszorg.*

*De federale overheid blijft evenwel bevoegd voor :*

*1° de ziekte- en invaliditeitsverzekering;*

*2° de nationale maatregelen inzake profylaxis.*

*(...)"*

Wat de geestelijke gezondheidszorg betreft, is de bevoegdheidswijziging die het meest voor zich spreekt wellicht die vervat in artikel 5, §1, I, eerste lid, 2°, BWHI waarmee de Vlaamse Gemeenschap bevoegd is geworden voor het beleid betreffende verstrekkingen van geestelijke gezondheidszorg in de verplegingsinrichtingen buiten de ziekenhuizen. Voor de psychiatrische verzorgingstehuizen en de initiatieven beschut wonen is de Vlaamse Gemeenschap nu volledig bevoegd. Uit de toelichting bij het voorstel van bijzondere wet blijkt dat ook de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg werden overgedragen (*Parl. St. Senaat 2012-13, nr. 5-2232/1, ).*

Met het beleid inzake long term care revalidatie, vermeld in artikel 5, §1, I, eerste lid, 5°, BWHI behoren een groot aantal revalidatieovereenkomsten nu volledig tot de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap. Een deel van die revalidatieovereenkomsten behoort tot de geestelijke gezondheidszorg.

Daarnaast is de Vlaamse Gemeenschap principieel bevoegd geworden voor het vaststellen van erkenningsnormen voor de psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen en de psychiatrische ziekenhuizen.

Voor het bepalen van erkenningsnormen voor de ziekenhuizen, met inbegrip van de psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen en de psychiatrische ziekenhuizen, zit de rechtsgrond vervat in artikel 29 van het decreet van 20 maart 2009 houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, dat wordt gewijzigd met het ontwerp van het decreet betreffende de overname van de sectoren

psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven voor beschut wonen, revalidatieconventies en revalidatieziekenhuizen, zodat de ruimere principiële bevoegdheid sinds de zesde staatshervorming tot uiting komt in de bepaling en er expliciet melding wordt gemaakt van de revalidatieziekenhuizen. Voor de erkenningsnormen binnen de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven voor beschut wonen, revalidatieconventies kan rechtsgrond worden gevonden in het ontwerp van het decreet betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven voor beschut wonen, revalidatieconventies en revalidatieziekenhuizen.

Het huidige Vlaamse decreet betreffende de geestelijke gezondheidszorg (1999) beperkt zich in essentie echter tot de centra geestelijke gezondheidszorg. De erkenningsnormen voor die centra zijn decretaal bepaald.

Ook de aangekondigde federale terugbetaling van de psychologische zorg biedt nieuwe kansen voor de sector van de GGZ.

Er kunnen nu duidelijke keuzes gemaakt worden en nieuwe accenten gelegd worden in dit ontwerp van decreet , vertrekkende vanuit de evoluties en uitdagingen hierboven beschreven (2.1 en 2.2). Dit ontwerp van decreet bouwt daarbij verder op onder andere het Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019, de Conceptnota Verslavingszorg (Vandeurzen, 2014), de Eerstelijnsconferentie van 16 februari 2017 (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2017), de Oriëntatienota Geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken in België (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu, 2013) en het Witboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België (RIZIV & Dokters van de Wereld, 2014). Dit ontwerp van decreet vormt een opportuniteit om een vernieuwde visie de komende jaren vorm te geven in concrete beleidsmaatregelen. Tegelijkertijd vormt het een tussenstap in een langetermijn doelstelling, namelijk de totstandkoming van een sectoroverschrijdend en ontschot "decreet zorg en ondersteuning". Om deze langetermijn doelstelling te realiseren zijn tussenstappen nodig. Dit ontwerp van decreet is er daar één van, en spoort samen met de realisatie van de Vlaamse Sociale Bescherming, de hervorming van de eerstelijns, de actualisering van het woonzorgdecreet en een nieuw decreet lokaal sociaal beleid. Dit ontwerp van decreet heeft tenslotte willen afstemmen met het decreet van 22 maart 2003 betreffende de armoedebestrijding, het decreet van 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg, het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven voor beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging en het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid. Dit ontwerp van decreet wil voor wat het geestelijke gezondheidsaanbod betreft, aanvullend en versterkend werken ten aanzien van het preventiedecreet.

De uitvoering van dit ontwerp van decreet zal steeds gebeuren in overleg met de relevante actoren, en rekening houdend met de afspraken die tijdens de interministeriële conferenties (IMC) worden gemaakt.

Op de IMC Volksgezondheid van 2 juli 2018 hebben de ministers bevoegd voor geestelijke gezondheid afspraken gemaakt over de wettelijke initiatieven ter implementatie van de gidsen geestelijke gezondheid kinderen en jongeren en volwassenen. Uit de goedgekeurde fiche citeren wij:

"Het is, gezien de complexe bevoegdheidsverdeling van de geestelijke gezondheidszorg, voor de hand liggend dat via een op te stellen samenwerkingsovereenkomst gegarandeerd kan worden dat er een uniform en coherent beleid gevoerd wordt m.b.t. de realisatie van netwerken. De IMC belast de IKW 'taskforce ggz' met de uitwerking van een afspraken- en procedureel kader waarbinnen de wettelijke initiatieven vanuit de verschillende overheden ter implementatie van de gidsen (realisatie netwerken, functies en programma's, ...) in de toekomst afgestemd zullen worden."

## 2.4. DOELSTELLING VAN HET ONTWERP VAN DECREET

Op basis van de hierboven beschreven problematische evoluties enerzijds en opportuniteiten anderzijds (2.1 en 2.2) werd de doelstelling voor het ontwerp van decreet geformuleerd. De doelstelling verwoordt de doelen waarvoor een inspanningsverbintenis wordt aangegaan door de Vlaamse Overheid in samenwerking met de bevolking, de gebruikers en de professionals - zowel binnen de zorg- en dienstverlening als binnen het wetenschappelijk onderzoek - als gelijkwaardige partners.

Het ontwerp van decreet regelt de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod, en heeft als doel in samenwerking met de gebruiker, de bevolking en de professional als gelijkwaardige partners, de geestelijke gezondheid te waarborgen door:

1. het waarderen, beschermen en versterken van de geestelijke gezondheid op individueel en publiek niveau;
2. het garanderen van een kwaliteitsvolle zorg voor geestelijke gezondheid in alle sectoren van de samenleving, die:
  - a) tijdig toegankelijk en aanvaardbaar is voor iedereen;
  - b) geïntegreerd is in het hele gezondheids- en welzijnslandschap;
  - c) op een transparante en consistente manier onderbouwd is met de meest recente wetenschappelijk inzichten, praktijkkennis en ervaringsdeskundigheid;
  - d) gericht is op herstel, levenskwaliteit en participatie van alle gebruikers in een samenleving die vrij is van stigma en discriminatie.

Enerzijds kan Vlaanderen deze doelstelling slechts mee realiseren voor zover haar bevoegdheden m.b.t. het geestelijke gezondheidsaanbod reiken. Anderzijds impliceert deze doelstelling dat deze beoogd wordt in co-productie met de Vlaamse overheid.

Het ontwerp van decreet hanteert 'health in all policies' duidelijk als uitgangspunt gezien de waardering, bescherming en versterking van de geestelijke gezondheid op individueel en maatschappelijk niveau expliciet als kerndoelstelling naar voor wordt geschoven. Om deze doelstellingen te realiseren, is het essentieel dat geestelijke gezondheid over beleidsdomeinen heen geïntegreerd aangepakt wordt.

Om de realisatie van deze doelstelling in de toekomst mogelijk te maken zijn een aantal kwalitatieve veranderingen in het geestelijke gezondheidsaanbod minimaal noodzakelijk zodat

- iedereen in onze samenleving zijn geestelijke gezondheid kan behouden,
- personen met psychische zorgnoden in het bijzonder hun geestelijke gezondheid kunnen versterken of herstellen.

Hieronder wordt een analyse gemaakt van de noodzakelijke hervormingen van het geestelijke gezondheidsaanbod over de verschillende aansturende overheden heen. Ook hier geldt dat Vlaanderen deze hervormingen slechts mee kan realiseren voor zover haar bevoegdheden m.b.t. het geestelijke gezondheidsaanbod reiken. De noodzakelijke kwalitatieve hervormingen van het geestelijke gezondheidsaanbod hebben betrekking op vier domeinen:

1. Niet enkel inzetten op individugerichte zorg<sup>1</sup>, maar ook op populatiegerichte acties. Dit omvat de bevordering van de geestelijke gezondheidscompetenties van alle burgers en de bevordering van destigmatisering van personen met psychische zorgnoden;
2. Verbeteren van de toegankelijkheid en aanvaardbaarheid van het geestelijke gezondheidsaanbod;
3. Heroriëntering van de principes die de zorg voor personen met psychische zorgnoden en hun context vormgeven. Het doel hiervan is om het proces van gezonde ontwikkeling en herstel vanuit het zorgaanbod optimaal te kunnen ondersteunen;

---

<sup>1</sup> Met de term 'individugerichte zorg' wordt in dit ontwerp van decreet verwezen naar de integrale kwaliteitsvolle zorg voor de geestelijke gezondheid van individuele gebruikers en hun context doorheen hun hele levensloop, binnen het brede gezondheids- en welzijnslandschap en met linken naar andere sectoren van onze samenleving.

4. Veranderingen in de organisatie van het geestelijke gezondheidsaanbod doorvoeren. Dit omvat de evolutie naar een geïntegreerd zorgaanbod voor personen met psychische zorgnoden<sup>2</sup> en/of geestelijke gezondheidsbehoeften<sup>3</sup> zo dicht mogelijk in de natuurlijke omgeving van de gebruiker.

In 3.1 tot 3.4 worden deze vier hervormingen van het geestelijke gezondheidsaanbod toegelicht. Deze vier hervormingen van het geestelijke gezondheidsaanbod worden in het tweede hoofdstuk van dit ontwerp van decreet omgezet in een tiental werkingsprincipes. In de hoofdstukken die volgen in het ontwerp van decreet – hoofdstukken 4 tot 6 – worden deze werkingsprincipes geconcretiseerd door een aantal nieuwe structuren, regels en ook een nieuwe discipline voor het geestelijke gezondheidsaanbod decretaal te verankeren. Deze nieuwe structuren, regels en discipline worden toegelicht in 3.5 tot 3.7, alsook de link tussen de werkingsprincipes en de betreffende structuren, regels of discipline. Aangezien de verdere uitwerking van het kwaliteitsbeleid kan gebeuren via (een aanpassing van) en verdere uitvoering van het kwaliteitsdecreet, wordt hier in dit ontwerp van decreet niet verder op ingegaan.

Hoofdstuk 7 bepaalt de procedure voor aanwijzing van ziekenhuisdiensten in het kader van gedwongen opname. Hoofdstuk 8 bevat bepalingen die registratie en uitwisselen van persoonsgegevens mogelijk maken binnen het geestelijke gezondheidsaanbod, inclusief met betrekking tot gedwongen opnames. Hoofdstuk 9 regelt het toezicht op de zorgvoorzieningen en organisaties die werkzaam zijn binnen dit ontwerp van decreet betreffende de geestelijk gezondheid en de mogelijkheid tot het toekennen van administratieve sancties. Hoofdstuk 10 bevat wijzigingsbepalingen. Dit ontwerp van decreet brengt immers verschillende wijzigingen aan in het decreet betreffende de geestelijke gezondheidszorg van 18 mei 1999. In hoofdstuk 11 tenslotte worden de data van inwerkingtreding van (onderdelen van) dit ontwerp van decreet vastgelegd.

Het ontwerp van decreet omvat niet de erkennings- en financieringsvoorwaarden van de geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen die in andere decreten geregeld zijn, met name:

- het decreet van 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg, dat de erkenning en financiering van de centra voor geestelijke gezondheidszorg regelt;
- het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging, dat de erkenning en financiering van de in de titel opgenomen voorzieningen regelt.

Het ontwerp van decreet bevat evenmin erkenningsvoorwaarden voor psychiatrische ziekenhuizen (PZ) of psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ).

Dit ontwerp van decreet wil de opdrachten van de Vlaamse zorgvoorzieningen plaatsen binnen een ruimer kader gericht op het versterken van de geestelijke gezondheid van elke Vlaamse burger, in plaats van louter op de 'geestelijke gezondheidszorg'.

Dit decreet is complementair en aanvullend met het beleid m.b.t. geestelijke gezondheid dat de voorbije jaren binnen de Interministeriële Conferentie (IMC) Volksgezondheid en door alle bevoegde overheden in België is uitgetekend. Dit impliceert dat de huidige netwerken geestelijke gezondheid 'kinderen en jongeren' en 'volwassenen', die hun juridische basis vinden in artikel 11 en 107 van de federale ziekenhuiswet (de gecoördineerde wet op ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen van 10 juli 2008) en geconcretiseerd werden in de gidsen 'Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken' (voortbouwend op de

---

<sup>2</sup> Met de term 'psychische zorgnood' wordt in dit ontwerp van decreet verwezen naar de nood aan zorg op het gebied van cognitieve vaardigheden, de emotieregulatie of het gedrag van een persoon, die een uiting is van een disfunctie in de psychologische, biologische, of ontwikkelingsprocessen die ten grondslag liggen aan het psychische functioneren. Tot de psychische zorgnoden behoren ook zorgnoden die betrekking hebben op verslaving aan psychoactieve middelen, gokken, gaming of andersoortige middelen of activiteiten.

<sup>3</sup> Met de term 'geestelijke gezondheidsbehoeften' wordt in dit ontwerp van decreet verwezen naar alle noden met betrekking tot geestelijke gezondheid, uitgezonderd psychische zorgnoden.



Gemeenschappelijke Verklaring van de ministers van Volksgezondheid en Sociale Zaken inzake het toekomstig beleid van de geestelijke gezondheidszorg van 24 februari 2002, gepubliceerd in het Belgische Staatsblad op 23 mei 2003) en 'Gids naar een nieuwe geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren' (Protocolakkoord van 30 maart 2015 zoals gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 29 mei 2015).

De huidige netwerken zullen als basis voor de toekomstige Vlaamse erkenning van de netwerken dienen. Er is overigens medio juli 2018 een fiche door de IMC Volksgezondheid aangenomen over de afstemming tussen dit decreet en de beslissingen en beleidslijnen vanuit de IMC Volksgezondheid.

Het is nu reeds duidelijk dat er een samenwerkingsakkoord tussen de bevoegde overheden nodig zal zijn om de nodige afstemming te kunnen maken, over overheden en bevoegdheden heen. Met dit decreet worden evenwel de fundamenteën van het Vlaamse geestelijke gezondheidsaanbod van de toekomst reeds vastgelegd.

### 3.1. BEVORDERING VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSCOMPETENTIES VAN ALLE BURGERS EN VAN DESTIGMATISERING VAN PERSONEN MET PSYCHISCHE ZORGNODEN

Het ontwerp van decreet wil allereerst inzetten op het waarderen, beschermen en versterken van de geestelijke gezondheid van alle burgers, niet alleen van personen met psychische zorgnoden. Dit is om verschillende redenen van belang.

- Allereerst heeft dit een preventieve functie. Het zal de impact van psychische aandoeningen en verslaving op onze gezondheid verminderen, zowel op individueel niveau als op het niveau van de samenleving. De geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren is sterk verbonden met de context waarin ze geboren worden en opgroeien (Hoge Gezondheidsraad, 2011). Inzetten op het waarderen, beschermen en versterken van de geestelijke gezondheid van alle burgers heeft bijgevolg een preventieve functie van in de wieg.
- Daarnaast veronderstelt de volwaardige participatie van personen met psychische zorgnoden aan de samenleving dat alle burgers de geestelijke gezondheid van zichzelf en van anderen waarderen, ook wanneer personen (tijdelijk) met psychische problemen te kampen hebben (van Audenhove, 2017). Dit is een bewustwordingsproces dat zich op het niveau van de samenleving afspeelt.
- Tenslotte verbetert de waardering van de eigen geestelijke gezondheid - op individueel niveau - de aanvaardbaarheid van de zorg wanneer deze nodig en aangewezen is (Thornicroft, 2006, 2008). De aanvaardbaarheid van het geestelijke gezondheidsaanbod wordt verder besproken onder 3.2.

Om bij te dragen tot de waardering, bescherming en versterking van de geestelijke gezondheid van alle burgers, wil de Vlaamse overheid in dit ontwerp van decreet betreffende geestelijke gezondheid inzetten op (Van Audenhove & Scheerder, 2010):

1. De bevordering van de geestelijke gezondheidscompetenties van alle burgers;
2. Destigmatisering van personen met psychische zorgnoden.

Met deze populatiegerichte acties wil het ontwerp van decreet aanvullend werken op het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid. Het ontwerp van decreet wil voornamelijk bekomen 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. De ambitie is immers 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. Daarom ook maken de populatiegerichte acties – naast alle vormen van individugerichte zorg - inherent deel uit van het 'geestelijke gezondheidsaanbod', zoals deze term gebruikt wordt in dit ontwerp van decreet .

## Bevorderen van geestelijke gezondheidscompetenties

Gezondheidscompetenties - *health literacy* genoemd in het Engels - spelen een belangrijke rol in het verbeteren van gezondheid, zowel op individueel als op collectief niveau (WHO, Regional office for Europe, 2013a). De WHO (1998) definieert *health literacy* als volgt: de cognitieve en sociale vaardigheden die bepalen dat mensen de motivatie en mogelijkheid hebben (1) om toegang te hebben tot informatie die een goede gezondheid promoot en onderhoudt, en (2) om deze informatie te begrijpen en (3) juist te gebruiken. Een recent Europees onderzoek naar *health literacy* in acht Europese landen toont dat bijna de helft van de volwassenen beschikt over een problematische *health literacy*. Bij kwetsbare groepen zoals personen met een lagere sociale status, ouderen, migranten en etnische minderheden, is de *health literacy* het meest problematisch. Een beperkte *health literacy* gaat samen met (WHO, Regional Office for Europe, 2013a):

- Verminderde deelname aan activiteiten die gericht zijn op gezondheidspromotie en detectie van ziektes,
- Meer risicovolle keuzes maken op vlak van gezondheid, zoals alcoholgebruik, roken, ...,
- Meer ongelukken op het werk,
- Slechter management van chronische ziektes zoals diabetes, HIV infectie, astma,
- Slechtere medicatietrouw,
- Meer opnames en heropnames in een ziekenhuis,
- Een hoger ziektecijfer,
- Meer vroegtijdige overlijdens.

Er kan verwacht worden dat geestelijke gezondheidscompetenties - een component van gezondheidscompetenties - dezelfde impact hebben op de psychische gezondheid en preventie van psychische aandoeningen (Jorm, 2012; Kutcher, Wei, Coniglio, 2016). Daarom is het van groot belang dat er ook in Vlaanderen ingezet wordt op verbetering van de geestelijke gezondheidscompetenties - *mental health literacy* in het Engels - in onze samenleving.

Geestelijke gezondheidscompetenties hebben betrekking op (Jorm, 2012; Kutcher et al., 2016):

- kennis over geestelijke gezondheid:
  - begrijpen hoe een goede geestelijke gezondheid bereikt en behouden kan worden,
  - begrijpen wat de eerste signalen kunnen zijn van emotionele, relationele, school, gedrags- en impulscontroleproblemen, zodat jongeren, volwassenen, ouders, opvoeders, ouderen zelf kunnen signaliseren dat er iets aan de hand is;
  - begrijpen wat psychische aandoeningen zijn en welke behandelingen ervoor bestaan,
- attitude- en gedragsverandering ten overstaan van personen met psychische zorgnoden en/of een psychische aandoening. Zoals toegelicht onder 2.2 is vermindering van stigmatiserende attitudes en discriminerend gedrag binnen onze samenleving van groot belang. Uit internationaal onderzoek blijkt dat zelfs jonge kinderen al vroeg stigmatiserende ideeën en overtuigingen ontwikkelen (Corrigan & Watson, 2007; Hennessy, Swords, & Heary, 2007; Pescosolido, Fettes, Martin, Monahan, & McLeod, 2007).
- vaardigheden aanleren met betrekking tot zelfzorg en weerbaarheid, en het efficiënt zoeken van niet-professionele en professionele hulp. Wanneer mensen zicht krijgen op eerste signalen van psychische zorgnoden bij zichzelf of bij anderen, dienen ze te weten bij welke zorgverleners ze hiermee terecht kunnen.

De psychische gezondheid ontwikkelt zich reeds voor een groot gedeelte tijdens de kindertijd. Vijfenzeventig procent van de psychische aandoeningen ontstaat vóór de leeftijd van 18 jaar (Whiteford et al., 2013; de Girolamo, Dagani, Purcell, Cocchi, & McGorry, 2012). Daarom is het belangrijk om reeds van jongs af aan in te zetten op het versterken van de geestelijke gezondheidscompetenties (Jorm, 2012; Kutcher et al., 2016). Aangezien kinderen en jongeren veel tijd op school doorbrengen, is dit een belangrijke setting om aan de emotionele, sociale en cognitieve vaardigheden van kinderen en jongeren te

werken. Dit draagt bij tot de ontwikkeling van hun weerbaarheid en veerkracht op vlak van geestelijke gezondheid. Deze weerbaarheid en veerkracht hebben kinderen en jongeren – en ook volwassenen - nodig opdat ze op een adequate manier zouden kunnen omgaan met de moeilijk gebeurtenissen die ze in hun leven (zullen) tegenkomen (Barry et al., 2013). De bevordering van geestelijke gezondheidscompetenties opnemen in het lespakket van lagere en middelbare scholen is daarom belangrijk. Het is ook zaak de ouders hierbij te betrekken door hen bijvoorbeeld informatie te geven over de opvoeding en de ontwikkeling van kinderen en jongeren.

Tenslotte is het belangrijk om specifiek te focussen op de bevordering van de geestelijke gezondheidscompetenties van kwetsbare groepen, zoals personen met een lagere sociale status, ouderen, migranten en etnische minderheden. Interculturele bemiddelaars en ervaringsdeskundigen binnen bepaalde kwetsbare groepen zouden hierin een belangrijke rol kunnen spelen (RIZIV & Dokters van de Wereld, 2014).

### *Destigmatisering van personen met psychische zorgnoden*

Zoals reeds aangehaald heeft stigma van personen met psychische zorgnoden belangrijke negatieve gevolgen zoals verminderde toegang tot opleiding en werk, tot wettelijke beschermingsmaatregelen, tot sociale relaties of sociale participatie en inclusie (Thornicroft, 2006). Daarenboven weerhoudt het personen om hulp te zoeken bij psychische klachten (zie tien feiten m.b.t. geestelijke gezondheid van de WHO; WHO, 2014). Deze elementen onderhouden op hun beurt de psychische klachten van deze personen (Foresight, 2008). Verminderen van stigma in de samenleving - publiek stigma - en bij personen met psychische zorgnoden - zelfstigma - is bijgevolg een basisvoorwaarde om de zorg voor personen met psychische zorgnoden in de samenleving alle kansen te geven (van Audenhove, 2017).

Gezien de ernst van de stigmacijfers (Lasalvia et al., 2013; Thornicroft et al., 2009) ligt het voor de hand dat vele actoren betrokken dienen te zijn bij stigmabestrijding in de praktijk. Individuele en collectieve strategieën van (ex-)gebruikers zullen enerzijds nodig zijn. Anderzijds zal de hulp van de zorgverleners uit de gespecialiseerde GGZ, welzijn en andere professionals uit de generalistische basiszorg voor de geestelijke gezondheid bij het tegengaan van zelfstigma en publiek stigma noodzakelijk zijn. Tenslotte is ook de bijdrage van de overheid en maatschappelijke organisaties in sectoren buiten de hulpverlening van belang (Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017; Van Weeghel, Pijnenborg, Van 't Veer, & Kienhorst, 2016).

### 3.2. VERBETEREN VAN DE TOEGANKELIJKHEID EN AANVAARDBAARHEID VAN HET GEESTELIJKE GEZONDHEIDSAANBOD

Om de doelstelling van dit ontwerp van decreet mogelijk te maken, dient de toegankelijkheid en aanvaardbaarheid van het geestelijke gezondheidsaanbod te verbeteren. Dit zal de behandelingskloof van personen met een psychische beperking verkleinen, hetgeen op zijn beurt de impact van psychische aandoeningen en verslavingen op onze gezondheid kan verminderen.

#### *De toegankelijkheid van het geestelijke gezondheidsaanbod*

Er is sprake van toegankelijke zorg wanneer de gebruikers en hun context die zorg ook effectief krijgen (Smits, Droomers, & Westert, 2002). Toegankelijke zorg heeft dus verschillende voorwaarden (Hubeau & Parmentier, 2008; SAR WGG, 2011):

- a. Beschikbaarheid van de zorg: dit wil zeggen dat de gebruiker en/of diens context toegang heeft tot het netwerk van de zorgverleners van de gebruiker. Dit kan ook betekenen op elk moment van de dag, voor zover de vraag relevant is, bijvoorbeeld in urgente situaties;
- b. Betaalbaarheid: dit impliceert dat de kostprijs van de zorg geen hinderpaal is om toegang te krijgen tot passende zorg en dat personen omwille van de kosten van zorg niet in de bestaansonzekerheid terechtkomen;
- c. Bereikbaarheid: generalistische en gespecialiseerde zorg moeten, in functie van de zorgnoden en de kwaliteit, geografisch bereikbaar zijn;

- d. Tijdigheid: zorg moet worden verstrekt op het ogenblik dat de nood aan zorg zich aandient, of binnen een termijn die aanvaardbaar is voor de gebruiker. Gezien de snelle ontwikkeling van kinderen en jongeren is snelle toegankelijkheid tot geschikte zorg nog belangrijker voor deze leeftijdsgroep dan voor volwassenen en ouderen;
- e. Toegang tot informatie: transparantie over en van het zorg- en hulpverleningsaanbod is van essentieel belang in de zorg- en hulpverlening. Met transparantie wordt bedoeld dat het zorgaanbod zichtbaar, bekend en begrijpelijk moet zijn voor iedereen. Dit maakt onderdeel uit van de geestelijke gezondheidscompetenties die onder 3.1 aan bod gekomen zijn.

Beschikbaarheid, bereikbaarheid, betaalbaarheid, tijdigheid van zorg en toegang tot informatie voor iedereen veronderstellen in vele gevallen buurtgebonden zorg (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2017; Bekaert et al., 2016; Van Audenhove & Declercq, 2016). Buurtgebonden zorg is een sociaal model dat het welzijn en de kwaliteit van leven van alle buurtbewoners en de versterking van de sociale cohesie beoogt. Het focust zowel op preventie als op interventie voor iedereen die het nodig heeft. Door radicaal in te zetten op actieve samenwerking op lokaal vlak – zowel tussen informele zorgverleners als professionals, zowel binnen als buiten de (geestelijke) gezondheidszorg – wil buurtgebonden zorg hulp- en zorgverstrekking efficiënter organiseren. Hierdoor kunnen middelen uitgespaard worden om de stijgende vraag aan hulp en zorg op te vangen (Bekaert et al., 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. Vanuit zijn vertrouwensrelatie, soms levenslang, met de persoon met een zorgnood is hij bij uitstek goed geplaatst om de zorgnoden van de persoon te beluisteren en adviezen te geven die kunnen bijdragen (1) aan het voorkomen van aandoeningen, (2) aan vroegdetectie en – interventie, (3) aan zorg, herstel en/of genezing en (4) aan het aanpassen van de leefstijl van de persoon. Vanuit zijn positie is hij uitstekend geplaatst om zowel de fysieke, psychische en sociale problematieken te detecteren, te behandelen en desgevallend door te verwijzen (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2017).

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). De eerstelijnspsycholoog biedt enerzijds kortdurende interventies aan aan personen met lichte of milde psychische zorgnoden, zodat verwijzingen naar gespecialiseerde GGZ op regionaal en supraregionaal niveau kunnen vermeden worden. Anderzijds biedt de eerstelijnspsycholoog ook kortdurende interventies aan aan personen met een ernstige psychische zorgnoden die op een bepaald moment in hun leven aan een extra kortdurende interventie voldoende hebben.

Om de toegankelijkheid van de GGZ verder te vergroten, dient de zorg aangeboden te worden op plaatsen waar burgers om andere redenen dan deze die gerelateerd zijn aan hun psychische zorgnoden, reeds naartoe gaan. Voor de groep van kinderen en jongeren en hun ouders of opvoeders zijn dit bijvoorbeeld de diensten van Kind en Gezin, de Huizen van het Kind, de diensten van onthaalgezinnen, de voorschoolse opvang, het kleuter-, lager, middelbaar en hoger onderwijs. Voor kwetsbare groepen, zoals personen die in armoede leven of met een migratie achtergrond, is het laagdrempelige geestelijke gezondheidsaanbod binnen de wijkgezondheidscentra van groot belang. Voor alle burgers kan de aanwezigheid van een laagdrempelig, niet-stigmatiserend geestelijk gezondheidsaanbod in de huisartsenpraktijken de toegankelijkheid tot de GGZ vergroten. Ook de verdere uitbouw van het *online* geestelijke gezondheidsaanbod biedt kansen voor het meer toegankelijk – en ook aanvaardbaar – maken van het geestelijke gezondheidsaanbod. Dit is in het bijzonder het geval voor de huidige generatie van kinderen en jongeren die opgegroeid zijn met vele online vormen van sociale communicatie, kennisverwerving en leermethodieken. Via online geestelijke gezondheidsaanbod kan de individuerichte zorg op een directe manier naar de kinderen en jongeren – en ook volwassenen – gebracht worden op de plek waar zij wonen. Deze virtuele individuerichte zorg kan maximaal efficiënt aangewend worden wanneer deze

gecombineerd worden met face-to-face contacten met de zorgverlener of een andere professional actief rond geestelijke gezondheid.

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 ambulante, 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.

### *De aanvaardbaarheid van het geestelijke gezondheidsaanbod*

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. Dit houdt drie belangrijke aspecten in (Health Foundation, 2014; SAR WGG, 2011; Thornicroft, 2006). 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 diens 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. Hoe groter de verschillen tussen de persoon van de zorgverlener enerzijds en de persoon van de gebruiker en diens context anderzijds zijn, hoe belangrijker deze specifieke aspecten van het geestelijke gezondheidsaanbod worden. Dit impliceert dat extra aandacht voor de aanvaardbaarheid van het geestelijke gezondheidsaanbod minstens nodig is (1) voor personen die uit specifieke leeftijdscategorieën komen (kinderen, jongeren en ouderen), (2) voor personen met een migratie achtergrond, (3) voor personen met een ernstige psychische beperking die mogelijks blijvend kan zijn, (4) voor personen die in armoede leven, en (5) voor personen die omwille van hun ernstige psychische zorgnoden regelmatig in contact komen met politie en justitie. Door hierop in te zetten wordt er gewerkt aan een inclusief geestelijke gezondheidsaanbod.

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).

- De zorgverlener deelt wetenschappelijke kennis en klinische expertise met de gebruiker en zijn context. Deze kennis en expertise heeft betrekking op de aard van de psychische zorgnoden en op de mogelijkheden en de beperkingen van de GGZ en van eventuele andere hulp- en dienstverlening. Ook de gebruiker kan wetenschappelijke kennis naar voor brengen indien hij hiervan op de hoogte is.
- De gebruiker wordt aangemoedigd om verschillende opties te overwegen en om zijn waarden en voorkeuren inzake zorg uit te spreken. De gebruiker brengt hier zijn persoonlijke expertise in. Empowerment van de gebruiker wordt hier door de zorgverlener sterk aangemoedigd.
- De gebruiker en de zorgverlener werken actief samen, er wordt een partnerschap gevormd en een gezamenlijke eindkeuze wordt gemaakt. In sommige situaties is de zorgverlener op basis van zijn expertise van mening dat een andere interventie (bv. educatie, empowerment, actief monitoren, psychofarmaca-gebruik ...) eerst of ook noodzakelijk is. Het is dan aan de zorgverlener om dit met de gebruiker - op een verbindende manier - te bespreken (Tielens, 2012).

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. Aanklampende zorg is de ongevraagde zorg op basis van signalen uit de omgeving en vanuit betrokkenheid van die omgeving. Aanklampende zorg is erop gericht om in uitzonderlijke omstandigheden de gezondheids- en welzijnssituatie te verbeteren of overlast te vermijden, en specifieke doelgroepen die zorg op een zorgwekkende manier mijden of van wie de omgeving dat doet, te motiveren om zorg en ondersteuning te aanvaarden. Aanklampende zorg is bijvoorbeeld noodzakelijk in situaties waarbij de gerechtelijke overheid de zorg, met akkoord van de gebruiker, als een na te leven voorwaarde heeft opgelegd. In situaties van oordeelsonbekwaamheid wordt het zorgaanbod gekozen in gelijkwaardig overleg tussen de zorgverlener, de vertegenwoordiger en/of de vertrouwenspersoon van de gebruiker, en wordt de gebruiker zoveel mogelijk, en in verhouding tot zijn begripsvermogen, betrokken bij dit overleg. Dit is bijvoorbeeld het geval bij gedwongen opname of internering.

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. Symptoomvermindering wordt nagestreefd in termen van hun effect op deze dagdagelijkse domeinen. Het geestelijke gezondheidsaanbod dient gericht te zijn op deze zorgvragen van de gebruiker en zijn context. De zorgvraag van de gebruiker omvat daarbij enerzijds de visie van de gebruiker op het *doel* van de zorg waarnaar hij vraagt. Voorbeelden hiervan zijn: vermindering van zijn angsten, het vinden van een job waarin hij zich goed voelt, terugvinden van zelfvertrouwen. Anderzijds omvat de zorgvraag ook de voorkeur van de gebruiker met betrekking tot de *strategie* die gehanteerd wordt om dit doel te bereiken. Voorbeelden van strategieën die kunnen gebruikt worden om angsten te verminderen zijn psychotherapie, vaardigheidstraining en medicatiegebruik.

### 3.3. HERORIENTERING VAN DE PRINCIPES DIE DE ZORG VOOR PERSONEN MET PSYCHISCHE ZORGNODEN EN HUN CONTEXT VORM GEVEN

Om de doelstelling van dit ontwerp van decreet mogelijk te maken, is de heroriëntering van een aantal principes die de zorg voor personen met een psychische kwetsbaarheid en hun context vormgeven, noodzakelijk. De heroriëntering van deze principes is gebaseerd op een dynamische conceptualisatie van gezondheid, die goed weergeeft waar gebruikers, en bij uitbreiding burgers, belang aan hechten als het over gezondheid en ziekte gaat. Gezondheid is het vermogen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven (Huber, 2011; Pieters et al., 2017; Thornicroft, Tansella & Drake, 2011). Dit concept van gezondheid legt niet de klemtoon op afwezigheid van ziekte, maar wel op veerkracht en welzijn. Dit concept van gezondheid bestaat uit zes dimensies (Huber et al., 2016): (1) lichamelijke functies, (2) mentale functies en beleving, (3) de spirituele/existentiële dimensie, (4) kwaliteit van leven, (5) sociaal-maatschappelijk participatie en (6) dagelijks functioneren. Opvallend is dat een kwantitatieve test van dit concept bij 2000 stakeholders – gebruikers, zorgverleners, onderzoekers en beleidsmakers – grote verschillen in interpretatie tussen gebruikers enerzijds en zorgverleners, onderzoekers en beleidsmakers anderzijds blootlegt. Gebruikers vinden de zes dimensies ongeveer even belangrijk en benaderen gezondheid in de brede zin, zoals in de definitie. De andere stakeholders opteren echter voor een enge benadering die zich vooral toespitst op zaken zoals lichamelijke functies (Huber et al., 2016). Huber's definitie van gezondheid, en de operationalisatie ervan a.h.v. het concept 'positieve gezondheid' is een richtinggevend concept waarmee toekomstgerichte zorg beter afgestemd wordt op wat gebruikers belangrijk vinden en nodig hebben (Van Audenhove & Declercq, 2016).

In dit ontwerp van decreet o willen we daarom specifiek vier zorgprincipes decretaal verankeren:

1. Het geestelijke gezondheidsaanbod is ontwikkeling-, herstel- en krachtgericht;
2. Het gebruik van dwanginterventies wordt zoveel mogelijk voorkomen en vermeden;
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.

*Het geestelijke gezondheidsaanbod is ontwikkelings-, herstel- en krachtgericht*

De vermaatschappelijking van zorg impliceert een verschuiving van het deficit-model naar een ontwikkelings-, herstel- en krachtenbenadering die focust op een goede levenskwaliteit van de gebruikers en hun context. Herstel is een individueel, uniek en actief ontwikkelingsproces dat de persoon met psychische zorgnoden gestalte geeft in interactie met de mensen die voor hem belangrijk zijn. Het is zijn proces. De term herstel impliceert (de interactie tussen) klinisch herstel, functioneel herstel, maatschappelijk herstel en persoonlijk herstel (Droës & Vreeswijk, 2012; Van der Stel, 2015):

- klinisch/symptomatisch herstel: verminderen van symptomen, genezing;
- functioneel herstel: ontwikkelen en/of herstellen van psychische functies zoals zelfbeheersing, planning, zichzelf kunnen motiveren;
- maatschappelijk herstel: ontwikkelen en/of herstellen van dagelijkse routines, van rollen in de maatschappij. (Her)opbouwen van een maatschappelijke identiteit, ook indien er nog symptomen – mogelijks blijvend – aanwezig zijn;
- persoonlijk herstel: ontwikkeling en/of herstel van persoonlijke identiteit, zelfgevoel en zingeving.

Het herstelproces kan plaatsvinden zonder de hulp van zorgverleners. Het is echter belangrijk dat de zorgverleners en andere professionals die betrokken zijn bij de zorg de persoonlijke hersteldoelen van de gebruiker leren kennen en begrijpen en het proces er naartoe volledig ondersteunen (Thorncroft & Tansella, 2014). Op basis van een kwalitatief onderzoek van dertig internationale herstelgerichte zorg manuals kunnen vier richtlijnen van herstelgerichte zorg weerhouden worden (Le Boutillier et al., 2012):

- Burgerschap van de gebruiker promoten;
- Engagement van de directie van de GGZ voorziening;
- Ondersteunen van het herstelproces volgens de waarden van de gebruiker;
- Focus op de werkrelatie tussen de gebruiker en de zorgverlener.

Personen met ervaringskennis en ervaringsdeskundigen voegen nog een aantal andere kernelementen van herstelgerichte zorg toe (Mentalis, 2016; Van Audenhove, 2015a):

- De diagnostiek van de sterktes wordt ontwikkeld en men geeft hier meer aandacht aan dan aan wat er allemaal niet (meer) mogelijk is. Het proces van empowerment staat centraal;
- De zorg is gericht op alle levensdomeinen: psychisch en lichamelijk functioneren, inkomen en budget, wonen, dagbesteding, opleiding, tewerkstelling, onderwijs, sociale contacten en het functioneren in het gezin en sociale relaties. Symptomen en bij-effecten worden besproken in termen van hun effect op deze levensdomeinen;
- Gezamenlijke besluitvorming impliceert dat het gelijkwaardig belang van professionele expertise en 'levenservaring' erkend wordt. Zie keuzevrijheid van de gebruiker onder 3.2;
- "Positive risk-taking": samen met de zorgverleners zoeken naar potentiële risico's van beslissingen en samen de mogelijke schadelijke gevolgen ervan beperken.

Naast het aanbod van de zorgverleners en andere professionals die betrokken zijn bij de zorg kunnen herstelacademies ondersteunen in het herstelproces van personen met psychische zorgnoden. Herstelacademies bieden een cursusaanbod aan rond diverse levensthema's die mensen belangrijk achten bij hun psychisch herstel. Door het creëren van een cultuur van educatie komt de nadruk te liggen op leren van elkaar, zelfbeschikking en zelfmanagement. Ervaringskennis aangevuld met professionele kennis vormen in dit model de motor. Alle cursussen worden samen gemaakt (co-productie), samen gegeven (co-delivery) en leggen een focus op samen leren (co-receive; Mentalis, 2016).

Het begrip 'herstel' geraakt nu binnen de GGZ voor volwassenen wijd verspreid. In de context van (jong)dementie wordt het begrip 'herstel' daarentegen amper gebruikt en roept het vragen op. Wanneer we echter de achterliggende visie onder de loep nemen, dan stellen we vast dat deze samenvalt of grote gelijkenissen vertoont met het begrip "person-centered care", dat in de context van (jong-)dementie wel regelmatig wordt gebruikt (Hill,

Roberts, Wildgoose, Perkins, & Hahn, 2010). Volgende kernprincipes zijn zowel binnen de herstelgerichte zorg als binnen de "person-centered care" bij ouderen van kracht:

- aandacht voor persoonlijke waarden in de zorg,
- een authentieke relatie tussen zorgverleners en patiënten of bewoners, met aandacht voor gedeelde besluitvorming,
- stimuleren van persoonlijke groei,
- aandacht voor sociale betrokkenheid,
- een persoonlijke en geïndividualiseerde aanpak.

Zodoende kan er gesteld worden dat ook de zorg voor ouderen met een psychische aandoening - zij het een vorm van dementie, zij het een andere aandoening - ontwikkelings-, herstel- en krachtgericht georiënteerd dient te zijn (Daley, Newton, Slade, Murray, & Banerjee, 2013; Perkins, Hill, Daley, Chappell, & Rennison, 2016).

### *Voorkomen en vermijden van dwanginterventies binnen het geestelijke gezondheidsaanbod*

De basis van elke interventie in de GGZ is ethisch en juridisch de voorafgaande toestemming van een goed geïnformeerde gebruiker (wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt). Dwanginterventies zoals afzondering, fixatie en het toedienen van medicatie onder dwang beperken of ontnemen de persoonlijke vrijheid van een gebruiker zonder diens toestemming. Dit maakt het gebruik van dwanginterventies dan ook tot een complexe ethische materie. Dwanginterventies worden nog te veel en te lang toegepast in onze geestelijke gezondheidszorg en worden nog te vaak toegepast op een manier die niet als respectvol, menselijk of herstelbevorderend wordt ervaren. Dit geeft regelmatig aanleiding tot maatschappelijke controverse. Er is een brede consensus dat zoiets ingrijpends maximaal moet voorkomen worden. Hiervoor is een groot maatschappelijk draagvlak ontstaan in de nasleep van enkele ernstige incidenten met dwanginterventies in de laatste jaren (Hoge Gezondheidsraad, 2016a).

Recente internationale onderzoeksliteratuur zoals bijvoorbeeld het Mind rapport (Mind, 2012) en het Vlaams beleidsrapport over vrijheidsbeperkende maatregelen bij kinderen en jongeren in kinderpsychiatrische afdelingen van algemene en psychiatrische ziekenhuizen (Departement Welzijn, Volksgezondheid & Gezin, 2017) tonen aan dat in zorgvoorzieningen deze dwanginterventies niet altijd als laatste optie gebruikt worden. Daardoor kan op zijn minst de indruk ontstaan dat ze soms als strafmaatregel voorgeschreven worden. Hier komt nog eens bij dat België een Westers land is waar verschillende dwanginterventies nog tegelijk worden toegepast op een gebruiker, bijvoorbeeld de combinatie van afzondering en mechanische fixatie (Departement Welzijn, Volksgezondheid & Gezin, 2017). Er kunnen ook vragen gesteld worden over het mogelijke verband tussen het gebruik van dwanginterventies en vertraging in het herstelproces. Dwanginterventies resulteren bijvoorbeeld in het vermijden van hulp zoeken (Molodynski, Rugkasa, & Burns, 2010). Er is bovendien een wezenlijk gevaar voor het ontwikkelen van psychisch en fysisch trauma bij gebruikers, familieleden en personeel (Paksarian et al., 2014). Anderzijds zijn er enkele aanwijzingen dat gebruikers in bepaalde situaties het gebruik van dwanginterventies wel begrijpen (Newton-Howes & Mullen, 2011).

Ook tijdens vrijwillige hulpverlening ervaren gebruikers regelmatig gebruik van dwang vanuit de zorgverleners. Een recente systematische narratieve review van 46 studies over dit onderwerp, komende uit Scandinavië (= 20), de VS (= 11), de UK (= 7) en enkele andere Europese landen en Canada, komt tot volgende conclusies (Prebble et al., 2015):

- Bijna de helft van de personen die vrijwillig opgenomen zijn ervaren een vorm van dwang gebruikt door de zorgverleners;
- Hoge niveaus van ervaren dwang gebruikt door zorgverleners hangt samen met ervaringen van bedreiging, macht afkomstig van de zorgverleners en een slechte relatie met de personen die betrokken zijn bij het opnameproces;
- Het komt regelmatig voor dat gebruikers bang zijn dat ze gedwongen zullen worden wanneer ze een vrijwillige opname niet aanvaarden. Het gebeurt echter veel minder dat personen met psychische zorgnoden effectief gedwongen opgenomen worden;
- Ongeveer een vijfde van de gebruikers geeft aan dat ze zich gedwongen voelen om de vrijwillige opname verder te zetten.



Autobiografisch werk van personen met ervaringen binnen de GGZ (bv. Froyen, 2014, 2016) bevestigt het traumatiserend effect dat fixatie en isolatie kan hebben.

Er bestaat consensus dat dwanginterventies enkel uitzonderlijk en kortdurend kunnen toegepast worden als beschermingsmaatregel en laatste redmiddel bij wilsonbekwaamheid, gevaar voor de gebruiker of voor andermans leven of integriteit, en bij het ontbreken van enige alternatieve maatregel (Hoge Gezondheidsraad, 2016a). Om dit werkingsprincipe te realiseren, moeten er heel wat stappen gezet worden. Dit gaat van bepalen welke plaatsen geschikt zijn om groepen van gebruikers gedwongen op te nemen tot het uitwerken van een multidisciplinaire richtlijn voor het gebruik van dwanginterventies in de praktijk en het aanreiken van ondersteunende tools opdat de zorgverleners zich deze richtlijnen eigen kunnen maken. Een systematische review van kwalitatief onderzoek bevestigt bijvoorbeeld dat herstelgerichte praktijken en het opbouwen van een therapeutische relatie met de persoon achter de psychische aandoening gevoelens van boosheid, angst en gruwel steeds doen afnemen bij personen die gedwongen opgenomen zijn, en dat dit ook de kans vergroot dat personen de veiligheid en een helende werking van de gedwongen opname gaan ervaren (Muskett, 2014; Seed, Fox, & Barry, 2016). Herstelgerichte praktijken richten zich in deze context onder meer op het herstel van het zelfbeschikkingsrecht van personen met een ernstige psychische zorgnoden.

*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*

Deinstitutionalisering gaat gepaard met een grotere rol voor de context in de zorg voor personen met een psychische of andere kwetsbaarheid (Bekaert et al., 2016). In een zorgende samenleving is de professionele zorg niet voor alles de oplossing en treedt ze ondersteunend en aanvullend op ten aanzien van het gezin en het sociaal netwerk van de persoon met psychische zorgnoden en diens eigen krachten (Van Audenhove & Declercq, 2016).

Dit gegeven heeft belangrijke implicaties voor de dagdagelijkse klinische praktijk. Het geestelijke gezondheidsaanbod dient steeds plaats te vinden binnen de driehoek van de gebruiker, diens context en de zorgverlener(s) van de gebruiker. Deze driehoek wordt de triade genoemd.

- Voor kinderen, jongeren en jongvolwassenen die binnen hun ouderlijk gezin<sup>4</sup> wonen, gebeurt dit in de regel altijd. De geestelijke gezondheid van de ouders of de opvoeders wordt daarbij goed opgevolgd aangezien de kinderen in hun levenssfeer opgroeien. Vijf à tien procent van de kinderen groeien bovendien op bij ouders die zelf psychische zorgnoden hebben en daarvoor in behandeling zijn. Het is belangrijk dat de individugerichte zorg voor het kind in dat geval individugerichte zorg wordt voor het hele systeem. Meerderjarige jongeren die thuis wonen kunnen net zoals meerderjarige jongeren die niet meer thuis wonen, de betrokkenheid van hun ouders of opvoeders bij hun zorg uiteraard weigeren (zie hieronder). Ook voor minderjarigen gelden echter de rechten van de patiënt, zodat ook aan de mening van de minderjarige in de mate van het mogelijke passend gevolg moet gegeven worden, in overeenstemming met de leeftijd en de maturiteit van de minderjarige. Bij de zorg voor kinderen en jongeren kan het betrekken van leeftijdsgenoten belangrijk zijn. Vanaf de lagere schoolleeftijd en nog meer uitgesproken vanaf de puberteit worden leeftijdsgenoten de belangrijkste anderen voor de jongeren.
- Voor meerderjarige gebruikers die niet meer in hun ouderlijk gezin wonen, betekent werken in de triade - in de regel - dat de zorgverlener van de gebruiker zich blijft inspannen om personen uit de context van de gebruiker te betrekken bij de zorg, ook wanneer de gebruiker dit moeilijk vindt of verkiest om dit niet te doen. Dit kan bijvoorbeeld gaan om ouders, broers/zussen of kinderen. In het geval de gebruiker kinderen heeft, kan de KOPP-werking (Kinderen van Ouders met Psychische Problemen) een zinvolle toevoeging betekenen aan het geestelijke gezondheidsaanbod, aangezien deze een preventieve werking heeft.

---

<sup>4</sup> Of gezinsvervangende context

Omwille van zaken die er zich tussen de meerderjarige gebruiker en zijn context in het verleden hebben voorgedaan, kan de gebruiker het moeilijk hebben om contact met deze personen te hebben en/of om hen in vertrouwen te nemen m.b.t. de zorg die hij krijgt. In veel gevallen werkt het herstellend zowel voor de gebruiker als voor zijn context om een constructief gesprek aan te gaan. De zorgverlener van de gebruiker kan een bemiddelende rol opnemen. Uiteraard heeft de meerderjarige gebruiker het laatste woord m.b.t. dit contact.

Er zijn enkele uitzonderingen waarin contact tussen de minder- of meerderjarige gebruiker en personen uit de context van de gebruiker vermeden moet worden. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer er één of meerdere vormen van misbruik plaatsvinden in deze context of wanneer de meerderjarige gebruiker zich uitdrukkelijk wenst te distantiëren van zijn context omwille van de ernstige negatieve invloed die hij er ondervindt.

Wanneer de verwachtingen ten aanzien van de context van personen met psychische zorgnoden toenemen, dienen zowel de draagkracht als de draaglast van deze mantelzorgers erkend te worden. In België tonen mantelzorgers over het algemeen een grote waardering voor de zorgverleners van hun naaste met psychische zorgnoden. Mantelzorgers zijn echter minder tevreden over de hulp die ze zelf krijgen om met de problemen van hun naaste om te gaan, en over de mate waarin ze betrokken worden bij de behandeling van hun naaste (Helmer, Vermeulen, Vanderhaegen, Coppens, & Van Audenhove, 2016; Vermeulen et al., 2015). Er dient in de zorg dus niet alleen aandacht te zijn voor de mantelzorger als helper van de gebruiker, maar zeker ook voor de mantelzorger als persoon. Mantelzorger zijn wordt immers niet alleen ervaren als een zinvolle en voldoening gevende invulling van het leven, maar evenzeer als een zware belasting (Helmer et al., 2016; Vermeulen et al., 2015).

#### *Ervaringsdeskundigheid draagt bij tot een kwaliteitsvol geestelijke gezondheidsaanbod*

Wanneer de zorg voor personen met psychische zorgnoden zich meer verplaatst naar de samenleving, en zich dus minder zal afspelen in de ziekenhuizen, brengt dit met zich mee dat de gebruikers en hun omgeving meer zeggenschap krijgen over de zorg die aangeboden wordt aan gebruikers, en over de manier waarop. Ze beschikken over een specifieke vorm van kennis, die gebaseerd is op ervaring. Deze kennis kan een belangrijke input leveren voor de zorg die aan gebruikers en hun omgeving wordt aangeboden, en voor de manier waarop dat gebeurt. Deze evolutie zal een (verdere) heroriëntering vereisen van de zorgverleners die uit een traditie komen waarin zij zelf vooral bepalen welke behandelingen nodig zijn voor een gebruiker.

Gebruikers en hun context doen ervaringen op doorheen hun behandeling en rehabilitatie binnen het individuerichte geestelijke gezondheidsaanbod. Een aantal onder hen verruimen en verwerken deze ervaring tot ervaringskennis via lotgenotencontact binnen bijvoorbeeld patiënten- of familieorganisaties. De reflectie over de eigen ervaringen creëert het besef dat de eigen kennis over de ervaring waardevol is en dat er kracht zit in deze bron van kennis. Ervaringskennis is een belangrijke kennisvorm, gelijkwaardig aan twee andere kennisvormen: de wetenschappelijke kennis en de praktijkkennis (Van Regenmortel, 2017). Van deze groep van personen met ervaringskennis zijn er een aantal die via opleiding of vrijwilligerswerk kennis, houdingen, vaardigheden en methoden aangereikt krijgen om de verruimde ervaring met de individuerichte zorg deskundig aan te wenden binnen het geestelijke gezondheidsaanbod, de vorming en het beleid daarrond. Het gaat hier om een vorm van ervaringsleren die een proces van verbreding, van verdieping en verwerking inhoudt. Dit bewust verwerkingsproces is nodig om te kunnen spreken van ervaringsdeskundigheid. Er vindt een evolutie plaats van het individuele naar het collectieve niveau, waarbij er naast een blijvende persoonlijke betrokkenheid ook voldoende afstand en abstractie komt van de eigen ervaringen (Van Regenmortel, 2017). De personen die dit traject hebben afgelegd worden op deze manier ervaringsdeskundigen in het geestelijke gezondheidsaanbod.

Er bestaat dus een zekere diversiteit onder ervaringsdeskundigen. De manier waarop zij kennis, houdingen, vaardigheden en methoden hebben aangereikt gekregen om hun ervaringskennis op een deskundige manier te kunnen inzetten kan erg verschillen

(Activiteitenrapport project participatie, 2016). Dit kan bijvoorbeeld gebeurd zijn via een uitgebreide opleiding, via een vorm van vrijwilligerswerk binnen organisaties die gebruikers of de context van gebruikers verenigen, binnen een denktank die de expertise van personen met ervaringskennis en ervaringsdeskundigen expliciteert en uitwerkt, binnen een zorgvoorziening, etc. Deze diversiteit onder ervaringsdeskundigen is belangrijk zodat elke persoon met ervaringskennis de mogelijkheid zou hebben om zich volgens zijn eigen draagkracht en capaciteiten te kunnen inzetten als ervaringsdeskundige. Daarenboven is het niet voor elke opdracht van ervaringsdeskundigen (zie hieronder) nodig of opportuun dat een uitgebreide opleiding werd gevolgd. Ervaringsdeskundigheid opgebouwd via verschillende soorten trajecten, die op betaalde of vrijwillige basis ingezet wordt binnen het geestelijke gezondheidsaanbod, heeft elk zijn unieke waarde. Het belang van vrijwillige inzet op maat van de draagkracht van de ervaringsdeskundige mag hier niet onderschat worden. Het is immers van groot belang dat de ervaringsdeskundigen kunnen blijven werken vanuit hun eigen specifieke expertise. Inherent daaraan is dat betaalde tewerkstelling soms niet strookt met de draagkracht van de ervaringsdeskundige. De verschillende opdrachten die ervaringsdeskundigen binnen het geestelijke gezondheidsaanbod kunnen opnemen, worden hieronder verder uitgewerkt met enkele voorbeelden. Deze lijst is niet limitatief, noch exhaustief.

Participatie van gebruiker- en familie-ervaringsdeskundigen is nodig (Van Regenmortel, 2017):

- a. Op het niveau van de zorg die aangeboden wordt aan gebruikers en hun context, hetgeen in de wetenschappelijke literatuur *peer support* wordt genoemd (Repper & Carter, 2011; Bassuk, Hanson, Greene, Richard, & Laudet, 2016). Peer support bestaat uit het aanbieden en ontvangen van hulp, gebaseerd op gedeeld begrip, respect en wederzijdse empowerment tussen personen die in een gelijkaardige situatie zitten. Peer support biedt een grote meerwaarde voor het geestelijke gezondheidsaanbod. Het aanwenden van de expertise van ervaringsdeskundigen op het niveau van de zorg veronderstelt dat er geïnvesteerd wordt in het opstellen van een beroepsprofiel voor deze personen als werknemer of vrijwilliger in een zorgvoorziening, met dezelfde rechten en plichten als andere werknemers, maar met een eigen specificiteit en taakinving. Op het niveau van de zorg voor de gebruiker en zijn context is dit bijvoorbeeld (Vlaamse Werkgevers Geestelijke Gezondheids- en Verslavingszorg, 2015):
  - o een vertrouwensfunctie opnemen naar de gebruiker toe en zijn context (familie, werkgever, buurt ...),
  - o drempelverlagend werken tussen gebruiker en zorgverlener,
  - o focus leggen op hoop (positief rolmodel) en herstel,
  - o het perspectief van de gebruiker inbrengen op teamniveau, met een complementaire rol t.o.v. de rol van de zorgverlener,
  - o psycho-educatie aanbieden,
  - o bijdragen aan een snellere en meer kwalitatieve uitstroom.
- b. Op het niveau van de populatiegerichte acties is het belangrijk dat ervaringsdeskundigen de sensibiliseringsacties met betrekking tot geestelijke gezondheidscompetenties en destigmatisering mee vorm geven, mee organiseren en mee uitvoeren, samen met de zorgverleners en andere professionals die betrokken zijn bij GGZ. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat deze sensibiliseringsacties betere effecten hebben wanneer personen die psychische zorgnoden hebben ervaren of nog steeds ervaren, vertellen over hetgeen ze meegemaakt hebben, wat er in hen omging/omgaat, en wat hun ervaringen zijn met het gebruik van de individugerichte zorg (Griffiths, Carron-Arthur, Parsons, & Reid, 2014; Mehta et al., 2015; Thornicroft et al., 2016).
- c. Op het niveau van de geestelijke gezondheidsnetwerken en GGZ voorzieningen kan de bijdrage van ervaringsdeskundigen betekenen (Vlaamse Werkgevers Geestelijke Gezondheids- en Verslavingszorg, 2015):
  - o deelname aan werkgroepen waar gedacht wordt rond onthaal, brochures, taal, patiënt/cliëntdossiers, gedwongen hulpverlening, infrastructuur, enz.,
  - o gebruikers of hun context vertegenwoordigen binnen de geestelijke gezondheidsnetwerken,

- bijdragen aan de implementatie van de herstelvisie binnen de voorziening of het netwerk met aandacht voor herstelbevorderende en -belemmerende factoren,
  - projecten uitvoeren rond destigmatisering en sociale inclusie van personen met psychische zorgnoden, in samenwerking met de gebruikers, de zorgverleners, andere professionals die betrokken zijn bij de GGZ en lokale actoren buiten het geestelijke gezondheidsaanbod.
- d. Op het niveau van het Vlaams geestelijke gezondheidsbeleid wordt in het ontwerp van decreet mogelijk gemaakt dat respectievelijk de gebruikers en de context van de gebruikers vertegenwoordigd worden door het Vlaams Patiëntenplatform en het Familieplatform Geestelijke Gezondheid binnen het comité geestelijke gezondheidsnetwerken. Maar ervaringsdeskundigen kunnen ook in andere werkgroepen op beleidsniveau een belangrijke rol spelen.

### 3.4. VERANDERINGEN IN DE ORGANISATIE VAN HET GEESTELIJKE GEZONDHEIDSAANBOD

Om de doelstelling van dit ontwerp van decreet mogelijk te maken hebben we een fundamenteel ander zorgmodel nodig dat de paradigmashift maakt van probleemgerichte naar doelgerichte zorg en van een aanbodgestuurd naar een persoons- en behoeftegericht model (SAR WGG, 2015). Een geïntegreerd en persoonsgericht geestelijk gezondheidsaanbod is noodzakelijk om verder te evolueren in de richting van de gezondheids-gerelateerde Sustainable Development Goals zoals deze in 2015 geformuleerd werden door de Verenigde Naties (United Nations, 2015; WHO, 2017).

Deze reorganisatie van het geestelijke gezondheidsaanbod omvat de intensifiëring van een aantal processen die reeds in mindere of meerdere mate aandacht krijgen binnen de GGZ:

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

#### *De 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 plaats 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 (Thornicroft & Tansella, 2009) - zodat ze geen exclusie van personen met psychische zorgnoden in de hand werken. Een evenwichtig geestelijke gezondheidsaanbod heeft volgende kenmerken (Thornicroft & Tansella, 2012; Van Audenhove, Van Humbeek & Van Meerbeek, 2005):

- situeert zich zoveel als mogelijk in de natuurlijke omgeving van de gebruiker. Dit impliceert meer online, ambulante en mobiele zorg dan residentiële zorg,
- voorziet in ziekenhuisfaciliteiten die in eerste instantie beschikbaar zijn voor acute opnames,
- biedt lange termijn woonfaciliteiten in de samenleving,
- ondersteunt werk, opleiding en dagbesteding,
- is mobiel wanneer nodig,
- is gericht zowel op blijvende beperkingen als acute klachten.

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 ingrepen op het niveau van de samenleving en op het niveau van de zorg:

- Aandacht voor maatschappelijke determinanten van beperkingen en problemen. Er is veelvuldig aangetoond dat ongelijkheden op het vlak van gezondheid verband houden met sociale ongelijkheden en breuklijnen, en omgekeerd. Ongezondheid en onwelzijn hebben beide structurele oorzaken (Marmot, 2010; SAR WGG, 2012; United Nations, 2007; Wilkinson & Pickett, 2009). O.a. stigmatisering, discriminatie en armoede komen hier in beeld.
- Streven naar sociale integratie en inclusie van personen met blijvende beperkingen of chronische ziekten. Dit impliceert enerzijds dat de zorgverleners niet enkel vanuit een deficit-model te werk gaan, maar oog hebben voor de sterktes en eigen kracht van de persoon met een beperking (Thornicroft & Tansella, 2014; Van Audenhove, 2017). Anderzijds veronderstelt dit dat de maatschappij wordt voorbereid op samenleven met personen die (ernstige) psychische zorgnoden hebben. De methode kwartiermaken bijvoorbeeld wil in samenlevingsvormen of organisaties een draagvlak creëren om kwetsbare personen meer te laten deelnemen aan de maatschappij. Dit gebeurt aan de hand van sensibiliseringsprojecten die in samenwerking met de personen met een psychische kwetsbaarheid worden opgezet en uitgevoerd (Dierinck, 2016; Fountain-Hardick & Rensen, 2011).
- 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).
- Meer inzet van vrijwilligers uit de (nabije) omgeving van de persoon met een (psychische) kwetsbaarheid. Ze kunnen dit engagement echter enkel waarmaken als de juiste context daarvoor gecreëerd wordt. Het zorgaanbod van de zorgverleners dient hier goed op afgestemd te worden. Daarnaast heeft deze vrijwillige informele zorg en ondersteuning ook rechten. Enkele voorbeelden hiervan zijn het recht op vrijwilligheid, de vergoeding voor de vrijwilligers, hun beschikbaarheid voor de arbeidsmarkt, de kans om iets bij te verdienen, de relatie met de professionele zorgverlener(s), het overleg en de onderlinge communicatie, het respect voor hun draagkracht, hun nood aan ondersteuning, enz. (Bekaert et al., 2016).

#### *Zorg aanbieden volgens het 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). Dit is zowel het geval voor mildere psychische zorgnoden, als voor meer ernstige en eventueel langdurige psychische aandoeningen. 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 door Vlaanderen gehanteerde zorgmodel, naast de gespecialiseerde GGZ op regionaal en supraregionaal niveau (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2017; Vandeurzen, 2017). Hier volgen drie voorbeelden van zorg die essentieel zijn en die uitgevoerd kunnen worden binnen de generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid.

1. Generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid kan ingrijpen in de vele lagen van de zorgvragen die gepaard gaan met chronische problemen en multi-morbiditeit (SAR WGG, 2015). Een probleem met bv. algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) heeft vele gezichten: het beknut de persoon in zijn fysiek activiteitsniveau, in zijn rol als ouder/partner, in zijn participatie in de buurt ... Een thuisverpleegkundige die deze persoon ondersteunt vertrekkende vanuit zijn mogelijkheden en rekening houdend met zijn beperkingen, kan tegelijkertijd ingrijpen op deze drie "lagen" van het ADL-probleem.
2. Zorgverleners die dicht bij gezinnen met kinderen staan zijn goed geplaatst om het kind of de jongere met psychische zorgnoden te volgen in de loop van zijn ontwikkeling, en zodoende de continuïteit van de zorg mee te verzekeren. Het gaat hier bijvoorbeeld om huisartsen, diensten Kind en Gezin en centra voor leerlingenbegeleiding.
3. Binnen dit zorgniveau is het aanbieden van opvoedingsondersteuning aan ouders en andere opvoeders de meest efficiënte wijze van preventie van kindermishandeling en preventie van de negatieve gevolgen hiervan op het opgroeiende kind.

Opvoedingsondersteuning is een middel bij uitstek om intergenerationale overdracht van psychische zorgnoden te beperken.

Bij de uitbouw van de generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid zal het zaak zijn voldoende aandacht te besteden aan de implementatie van wetenschappelijk onderbouwde methodieken, gecombineerd met assessment van de zorgnoden, indicatiestelling en evaluatie van de aangeboden zorg. Bovendien impliceert de uitbouw van de generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid dat GGZ vaker zal aangeboden worden binnen minder – voor deze sector - klassieke zorgvormen, zoals mobiele en aanklappende zorg. Wetenschappelijk onderzoek naar de implementatie van mobiele en aanklappende GGZ dient te resulteren in richtlijnen die de impact van de generalistische basiszorg kan optimaliseren. Uiteraard is de toepassing van dergelijke wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen enkel zinvol wanneer dit gecombineerd wordt met klinische expertise en expertise op basis van de ervaringskennis van gebruikers en hun context.

Kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning is 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 zorgmodel (SAR WGG, 2015):

1. de relatie tussen de burger met zorgnoden en zijn zorgverlener dient vorm te krijgen binnen het solidaire kader van de samenleving. Hiermee doelen we op de vele vrijwilligers en personen uit de context van de gebruikers die zich inzetten voor de zorg en ondersteuning van personen met een (psychische) problematiek. Daarom wil het door Vlaanderen gehanteerde zorgmodel vertrekken vanuit de verbindende krachten binnen onze samenleving - die in het ontwerp van decreet aangeduid worden met de term "initiatieven voor vrijwillige en informele zorg of ondersteuning" - en daar de nodige zorg en ondersteuning van professionals op afstemmen;
2. voor de burger staat zijn autonomie steeds centraal. Zolang het haalbaar is, wil hij de rollen opnemen binnen zijn omgeving die hij belangrijk vindt en wil hij participeren aan de samenleving zonder beroep te doen op professionele hulp. In het vormingsaanbod van sportverenigingen, het verenigingsleven, naschoolse culturele activiteiten, buurtwerk, jeugdbewegingen, religieuze en ideologische bewegingen schuilt potentieel voor het versterken van de veerkracht en de weerbaarheid van kinderen, jongeren en volwassenen, en voor het creëren van ondersteunende netwerken. Deze verenigingen – maar ook scholen - kunnen daarenboven jongvolwassenen, ouders, opvoeders, ouderen, etc. stimuleren om zich open te stellen voor de ondersteuning vanwege laagdrempelige vrijwillige en informele initiatieven. Niet alle burgers zijn vertrouwd met het aanbod van deze organisaties. Wanneer professionele zorg voor de geestelijke gezondheid - tijdelijk of langdurig - toch nodig wordt, dient deze zich af te stemmen op de bestaande zelfzorg en weerbaarheid van de gebruiker en de zorg of ondersteuning die aangeboden wordt door zijn context.

Van daaruit vertrekkende, wordt de individugerichte zorg in 5 zorgniveaus georganiseerd (zie verder onder 3.5):

- Zorgniveau 0a: zelfzorg en zorg of ondersteuning door de eigen context;
- Zorgniveau 0b: initiatieven van vrijwillige en informele zorg of ondersteuning. Hiertoehoren onder andere de patiënt- en familieorganisaties en vrijwillige buddywerkingen die actief zijn binnen het Vlaamse geestelijke gezondheidsaanbod;
- Zorgniveau 1: generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid, die aangeboden wordt in de nabijheid van de natuurlijke omgeving van de gebruiker;
- Zorgniveau 2a: gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg die—regionaal aangeboden wordt;
- Zorgniveau 2b: gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg die supraregionaal aangeboden wordt.

In een zorgmodel georganiseerd volgens het subsidiariteitsprincipe wordt de grootste capaciteit voorzien in de onderste zorgniveaus. 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. Belangrijk is dat de gebruiker zo snel mogelijk bij de juiste zorgverlener komt en de juiste behandeling krijgt, ter voorkoming van onder- of overbehandeling (van Splunteren, Franx, & Hermens, 2014). Dit impliceert dat de individugerichte zorg voor een individuele gebruiker en zijn context kan starten op elk van de zorgniveaus.

### *Integratie van het geestelijke gezondheidsaanbod*

#### ➤ *Geïntegreerde zorg over alle zorgniveaus heen*

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). Dit ontwerp van decreet wil inzetten op de ondersteuning van onderwijs, gezondheid, welzijn, wonen, tewerkstelling, opleiding, vrije tijd en contacten met justitie van alle gebruikers door de uitbreiding van de generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid mogelijk te maken. 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 en ondersteuning'. Geïntegreerde zorg en ondersteuning 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 en ondersteuning dient te resulteren in het aanbieden van een 'integrale zorg en ondersteuning'. Integrale zorg en ondersteuning is de zorg en ondersteuning die zelfzorg, preventie, vrijwillige en informele ondersteuning, het acute en het langdurige gezondheidsaanbod, het generalistische en het gespecialiseerde gezondheidsaanbod en diensten ter ondersteuning van welzijn, opleiding, tewerkstelling, wonen, vrije tijd en justitie omvatten, alsook de onderlinge afhankelijkheid tussen deze ondersteunings- en zorgvormen, en dit doorheen de hele levensloop van de gebruiker (Leutz, 1999; Valentijn, Schepman, Opeij, & 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. Deze visie sluit naadloos aan bij het conceptuele raamwerk voor persoonsgerichte en geïntegreerde zorg- en ondersteuningsvoorzieningen van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO, 2015). Dit raamwerk is eveneens richtinggevend voor het ontwerp woonzorgdecreet, het conceptuele kader van de Vlaamse sociale bescherming, de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap en de beoogde transitie in de eerstelijnszorg. Het nastreven van een goede levenskwaliteit en empowerment van de gebruiker en zijn context is de ambitie (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2017; SAR WGG, 2015).

Geïntegreerde zorg en ondersteuning is gericht op de realisatie van drie doelstellingen, die het ontwerp van decreet betreffende geestelijke gezondheid ook mogelijk wil maken (Berwick, Nolan, & Whittington, 2008; Borgermans & Devroey, 2017):

- a. Verbetering van de zorgervaring van individuele gebruikers en hun context. Het betreft hier het kunnen bieden van een antwoord op de zorgnoden van gebruikers en hun context: het aanbieden van aanvaardbare en continue zorg die gebaseerd is op medeleven en deskundigheid (Borgermans & Devroey, 2017);

- b. Een betere gezondheid voor iedereen. Dit vereist een toegankelijk zorgaanbod dat een goede kwaliteit van zorg levert;
- c. Kosten-effectiviteit van het geestelijke gezondheidsaanbod verbeteren. Deze doelstelling omvat het voorzien van kwaliteitsvolle zorg voor iedereen die het nodig heeft binnen het budget dat hiervoor voorhanden is.

Deze drie doelstellingen worden door het Institute of Healthcare Improvement van de Verenigde Staten het Triple Aim framework genoemd (Berwick et al., 2008; Borgermans & Devroey, 2017). Ze zijn enkel realiseerbaar wanneer de zorg gedragen wordt door de professionals en vrijwilligers die de zorg voor personen met psychische zorgnoden dagelijks gestalte geven. Het voorkomen van burn-out en de verbetering van de werktevredenheid van deze personen is een vierde doelstelling van geïntegreerde zorg en ondersteuning (Bodenheimer & Sinsky, 2014). Binnen de gezondheidszorg heeft burn-out van zorgverleners negatieve effecten op de zorg voor de gebruikers, op de beroepsmatige attitude van de zorgverleners, en op de veiligheid van de zorgverleners zelf (West, Dyrbye, Erwin, & Shanafelt, 2016).

➤ *Geïntegreerde zorg en ondersteuning resulteert in integrale zorg en ondersteuning*

Integrale zorg en ondersteuning zet sterk in op preventie en sensibilisering m.b.t. geestelijke gezondheid en op de mobilisering van verbindende krachten (sociaal netwerk) in de samenleving. Integrale zorg en ondersteuning focust daarbij op de structurele determinanten van ongezondheid en onwelzijn: stigma en discriminatie, wonen, ruimtelijke ordening, werkgelegenheid en arbeidsomstandigheden, onderwijs, milieu, gezonde leefomgeving, armoede en zo meer. We kunnen de kwaliteit, efficiëntie en effectiviteit van ons zorgsysteem enkel verhogen als we meer aandacht schenken aan de omgeving waarbinnen dit zorgsysteem functioneert (SAR WGG, 2012). Ook de link tussen de GGZ en de somatische zorg dient verstevigd te worden.

Integrale zorg en ondersteuning aanbieden is vooral van belang voor personen met langdurige en ernstige zorgnoden. Dit betreft bijvoorbeeld (a) personen die naast ernstige psychische zorgnoden ook lichamelijke, cognitieve, juridische, financiële en/of sociale beperkingen ervaren, (b) de zogenaamde zorgwekkende zorgmijders, en (c) personen met een migratie achtergrond die ernstige psychische zorgnoden ervaren. De uitwerking van methodieken en tools die hun toepassing vinden op de raakvlakken tussen gezondheidszorg enerzijds en wonen, werken, opleiding (sport en cultuur), vrije tijd en justitie anderzijds is bij deze kwetsbare groepen van groot belang. Voorbeelden van dergelijke methodieken zijn (1) "individuele plaatsing en steun" dat zowel zijn waarde heeft in het vinden van een geschikte job als van een geschikte opleiding, en (2) inclusief wonen met flexibele vormen van begeleiding voor personen met een chronische en ernstige psychische aandoening uit verschillende leeftijdscategorieën (Drake, Bond, & Becker, 2012; Henderson et al., 2013; Hoffman, Jäckel, Glauser, Mueser, & Kupper, 2014; Kinoshita et al., 2013; Luciano, Bond, & Drake, 2014; Neyens & Van Audenhove, 2017; Nuechterlein et al., 2008).

### 3.5. HET GEESTELIJKE GEZONDHEIDSAANBOD GEORGANISEERD IN ZORGNIVEAUS EN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSNETWERKEN EN INGEDEELD IN FUNCTIES EN PROGRAMMA'S

De vier hervormingen van het geestelijke gezondheidsaanbod die hierboven beschreven zijn (3.1 tot 3.4), worden in dit ontwerp van decreet omgezet in een aantal werkingsprincipes. Om de implementatie van deze werkingsprincipes in het geestelijke gezondheidsaanbod mede mogelijk te maken, regelt de Vlaamse Overheid in dit ontwerp van decreet:

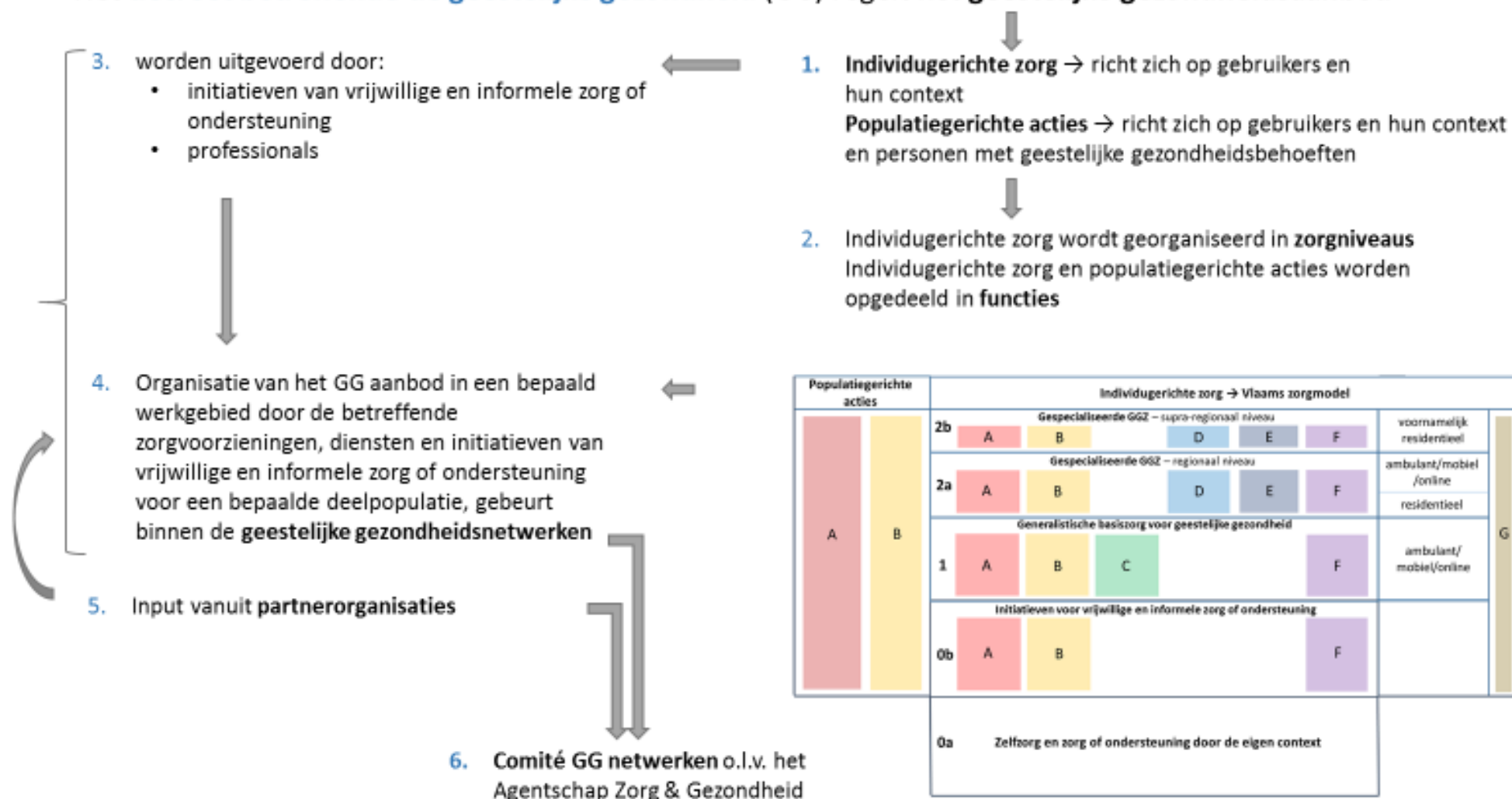
1. De opdeling van de individugerichte zorg in zorgniveaus volgens de geografische spreiding, de doelgroep en de specialisatiegraad van de zorg;
2. De opdeling van het geestelijke gezondheidsaanbod in kernopdrachten van zorgvoorzieningen, andere professionals die betrokken zijn bij GGZ en initiatieven van vrijwillige en informele zorg of ondersteuning, functies genaamd;
3. De samenwerking van de professionele, vrijwillige en informele zorg en ondersteuning over de zorgniveaus heen in geestelijke gezondheidsnetwerken;



4. De tewerkstelling of inzet op vrijwillige basis van ervaringsdeskundigen (zie 3.6);
5. De oprichting van een comité geestelijke gezondheidsnetwerken en partnerorganisaties voor het geestelijke gezondheidsaanbod (zie 3.7).

De toelichting onder 3.5, 3.6 en 3.7 wordt schematisch weergegeven in onderstaande figuur.

Het **decreet betreffende de geestelijke gezondheid (GG)** regelt het **geestelijke gezondheidsaanbod**



## *De opdeling van de individugerichte zorg in zorgniveaus*

Zoals uiteengezet in 3.4. streeft de Vlaamse Overheid er naar om

- de zorg voor personen met psychische zorgnoden zoveel mogelijk te laten plaatsvinden in de eigen natuurlijke omgeving. Het doel hiervan is dat de gebruiker zijn potentieel zo goed mogelijk kan realiseren en dat hij – mits de nodige zorg en ondersteuning – een zinvolle bijdrage kan leveren aan de gemeenschap waartoe hij behoort. Dit wordt vermaatschappelijking van zorg genoemd;
- personen met psychische zorgnoden de meeste persoonsgerichte, effectieve, efficiënte, minst ingrijpende en meest kortdurende zorgvorm die mogelijk en nodig is, aan te bieden. Dit wordt het subsidiariteitsprincipe genoemd en wordt in Vlaanderen gehanteerd als organisatieprincipe.

Daarom regelt de Vlaamse Overheid in het ontwerp van decreet de organisatie van de individugerichte zorg volgens (1) de geografische spreiding en (2) de doelgroep en de daaraan gelinkte specialisatiegraad van het geestelijke gezondheidsaanbod:

- 1) Vermaatschappelijking van zorg vraagt dat de grootste capaciteit van het geestelijke gezondheidsaanbod lokaal wordt aangeboden. Het betreft hier zowel professionele zorg, vrijwillige en informele zorg of ondersteuning of zorg en ondersteuning die aangereikt wordt vanuit de onmiddellijke context van de gebruiker;
- 2) De organisatie volgens het subsidiariteitsprincipe vraagt dat
  - de individugerichte zorg afgestemd wordt op de zelfzorg en weerbaarheid van mensen. Deze zelfzorg kan versterkt worden door zorg of ondersteuning aangeboden door de context en vanuit initiatieven van vrijwillige en informele zorg of ondersteuning. Hierop kan zorg van professionals afgestemd worden om tot passende zorg te komen;
  - generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid wordt aangeboden wanneer dit voldoende is op dat moment voor de gebruiker, en dat gespecialiseerde GGZ - op regionaal of suprareginaal niveau - wordt aangeboden wanneer dit nodig is op dat moment voor de gebruiker. Gespecialiseerde GGZ is enkel nodig voor personen met ernstige psychische zorgnoden<sup>5</sup>. Dit betekent dat de capaciteit van gespecialiseerde GGZ minder groot moet zijn dan de capaciteit van de generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid. De capaciteit van de gespecialiseerde GGZ op suprareginaal niveau moet het kleinste zijn.

De combinatie van deze drie criteria – de geografische spreiding, de doelgroep en de specialisatiegraad van het geestelijke gezondheidsaanbod – resulteert in de volgende zorgniveaus van de individugerichte zorg:

- Zorgniveau 0a: zelfzorg en zorg of ondersteuning door de eigen context;
- Zorgniveau 0b: initiatieven van vrijwillige en informele zorg of ondersteuning. Tot deze groep behoren o.a. de patiënt- en familieorganisaties en vrijwillige buddywerkingen die actief zijn binnen het Vlaamse geestelijke gezondheidsaanbod;
- Zorgniveau 1: generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid. Op dit zorgniveau situeert zich alle professionele zorg voor personen met psychische zorgnoden en hun context, die wordt aangeboden in de nabijheid van de natuurlijke omgeving van de gebruiker. Op dit zorgniveau wordt herstelbevorderende interventies aangeboden die generiek ingezet worden voor personen met psychische zorgnoden en hun context. Generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid kan niet alleen aangeboden worden door actoren uit de gezondheidszorg, maar ook door actoren werkzaam in andere sectoren van de samenleving zoals Centra Algemeen Welzijnswerk, OCMW's, thuisverpleging, diensten voor huishoudhulp of gezinszorg, centra voor leerlingenbegeleiding, VDAB, sociale huisvestingsmaatschappijen, respijthuizen, buurtwerk, etc.;
- Zorgniveau 2a: gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg op regionaal niveau. Op dit zorgniveau situeert zich alle professionele zorg voor personen met ernstige psychische zorgnoden en hun context, die op regionaal niveau wordt aangeboden.

---

<sup>5</sup> Ernstige psychische zorgnoden zijn het gevolg van een psychische aandoening en heeft gevolgen voor meerdere domeinen van het functioneren van de gebruiker, zoals opleiding volgen, werken, wonen, vrijetijdsbesteding, relationeel leven en fysieke gezondheid.

Op dit zorgniveau worden herstelbevorderende interventies aangeboden die ontwikkeld zijn voor, en gericht zijn op, personen met ernstige psychische zorgnoden en hun context;

- Zorgniveau 2b: gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg op supra-regionaal niveau. Dit zorgniveau situeert zich alle professionele zorg voor personen met ernstige psychische zorgnoden en hun context, die op supraregionaal niveau wordt aangeboden. Op dit zorgniveau worden herstelbevorderende interventies aangeboden die ontwikkeld zijn voor, en gericht zijn op, personen met ernstige psychische zorgnoden en hun context, zoals gebeurt op zorgniveau 2a. De prevalentie van deze ernstige psychische zorgnoden waarvoor zorg georganiseerd wordt op dit zorgniveau, ligt echter zo laag dat het zorgaanbod niet regionaal georganiseerd kan worden op zo een manier dat de betrokken netwerkpartners voldoende expertise kunnen ontwikkelen met betrekking tot het betreffende zorgaanbod.

Deze opdeling van de individugerichte zorg in zorgniveaus is noodzakelijk om het zorglandschap met alle vormen van individugerichte zorg en alle zorgverleners, andere professionals die betrokken zijn bij GGZ, initiatieven voor vrijwillige en informele ondersteuning en mantelzorgers die daarbij betrokken zijn, leesbaar te houden voor de gebruiker en zijn context.

*De opdeling van het geestelijke gezondheidsaanbod in kernopdrachten van zorgvoorzieningen, andere professionals die betrokken zijn bij GGZ en initiatieven van vrijwillige en informele zorg of ondersteuning, functies genaamd*

De Vlaamse Overheid wil het geestelijke gezondheidsaanbod zowel populatiegericht als individugericht verder uitbouwen. Populatiegerichte acties zijn gericht op de waardering, bescherming en versterking van de geestelijke gezondheid van alle personen in de samenleving, gebruikers en hun context in het bijzonder. De populatiegerichte acties hebben tot doel de geestelijke gezondheidscompetenties van alle burgers te verbeteren en te werken aan destigmatisering van personen met psychische zorgnoden. Individugerichte zorg is gericht op kwaliteitsvolle integrale zorg voor de geestelijke gezondheid van individuele gebruikers en hun context doorheen hun hele levensloop. Deze populatiegerichte acties en individugerichte zorg worden vertaald in functies. Functies zijn kernopdrachten die worden uitgevoerd door zorgvoorzieningen, initiatieven van vrijwillige en informele zorg of ondersteuning, partners uit andere sectoren van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, en partners uit andere beleidsdomeinen die al dan niet als zodanig door de Vlaamse Gemeenschap worden erkend of gefinancierd. Deze kernopdrachten geven een gepast antwoord op individuele of collectieve psychische zorgnoden van gebruikers en hun context, op individuele of collectieve geestelijke gezondheidsbehoeften van alle burgers of op nood aan uitwisseling en samen inzetten van expertise van netwerkpartners.

Om verschillende redenen kiest de Vlaamse Overheid voor de opdeling van het geestelijke gezondheidsaanbod in functies:

- het geestelijke gezondheidsaanbod kan vraaggestuurd georganiseerd worden wanneer het inhoudelijk opgedeeld is in kernopdrachten die een gepast antwoord bieden op zorgnoden en/of zorgvragen van de gebruiker en zijn context en/of op geestelijke gezondheidsbehoeften van burgers uit de samenleving;
- de continuïteit van het geestelijke gezondheidsaanbod kan verbeterd worden wanneer de inhoud van het geestelijke gezondheidsaanbod rechtstreeks gelinkt wordt aan de zorgvragen en/of zorgnoden in plaats van aan de voorziening of dienst waar de zorg of ondersteuning aangeboden wordt;
- de kosten-effectiviteit van het zorgmodel kan verbeteren indien het (financieel) management van de individugerichte zorg in de toekomst kan gebeuren over sectoren en soorten van voorzieningen heen (Suter et al., 2009). De inhoudelijke opdeling van het geestelijke gezondheidsaanbod in functies maakt de erkenning en financiering van vraaggerichte zorg in de toekomst mogelijk.

Er worden zeven functies onderscheiden. Voor uitleg bij de inhoud van de functies wordt verwezen naar de artikelsgewijze toelichting (artikel 13). Functies die zowel populatiegericht als individugericht ingevuld worden, zijn:

- functie A: Bevorderen van geestelijke gezondheidscompetenties en van destigmatisering;
- functie B: Ondersteuning van context en van ervaringsdeskundigen die actief zijn binnen het geestelijke gezondheidsaanbod.

Functies die individugericht ingevuld worden zijn:

- functie C: Detectie, vroegtijdige en kortdurende interventies;
- functie D: Gespecialiseerde diagnostiek;
- functie E: Gespecialiseerde behandeling;
- functie F: Rehabilitatie gericht op inclusie in alle levensdomeinen (wonen, vorming, werk, vrije tijd en ontmoeting).

Functie G is gericht op de samenwerking tussen de netwerkpartners binnen de geestelijke gezondheidsnetwerken en op de samenwerking tussen deze netwerkpartners enerzijds en partners uit andere sectoren van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en partners uit andere beleidsdomeinen die niet behoren tot geestelijke gezondheidsnetwerken anderzijds. Het betreft de uitwisseling en samen inzetten van expertise binnen en buiten de gezondheidszorg.

Om de functies op een deskundige, effectieve en efficiënte manier uit te voeren in lijn met de principes van vermaatschappelijking van zorg, subsidiariteit van het zorgaanbod en de verankering van zowel populatiegerichte acties als individugerichte zorg binnen het geestelijke gezondheidsaanbod, wordt de uitvoering ervan toegewezen aan bepaalde zorgniveaus. Voor uitleg bij de rationale voor de toewijzing van de functies aan bepaalde zorgniveaus wordt verwezen naar de artikelsgewijze toelichting (artikel 15).

- Functie A en B worden uitgevoerd door actoren van zorgniveaus 0b, 1, 2a en 2b;
- Functie C wordt enkel uitgevoerd op zorgniveau 1;
- Functies D en E zijn gespecialiseerde functies die enkel uitgevoerd worden op zorgniveaus 2a en 2b;
- Functie F: deze functie kan zowel op een generalistische als gespecialiseerde manier uitgevoerd worden, en wordt dus toegewezen aan zorgniveaus 1, 2a en 2b. Daarnaast is het van belang dat actoren uit zorgniveau 0b ook betrokken zijn bij de uitvoering van deze functie;
- Functie G: aangezien deze van toepassing is op alle netwerkpartners van een geestelijke gezondheidsnetwerk, wordt deze functie uitgevoerd door de actoren van zorgniveaus 0b, 1, 2a en 2b.

Voor specifieke doelgroepen – groepen met specifieke zorgnoden – kunnen de functies vertaald worden in een specifiek individugericht zorgaanbod. Hierbij worden functies op een specifieke manier geschakeld en wordt het aanbod ervan vastgelegd in verschillende mogelijke zorgvormen. Dit worden programma's genoemd.

#### *De samenwerking van de professionele, vrijwillige en informele zorg en ondersteuning over de zorgniveaus heen in geestelijke gezondheidsnetwerken*

Om de toegankelijkheid, de kwaliteit en de continuïteit van (geestelijke) gezondheidszorg te verbeteren op een efficiënte manier, vooral voor personen met langdurige en ernstige psychische zorgnoden, is het nodig dat de actoren op organisatorisch niveau samenwerken in geestelijke gezondheidsnetwerken. Op deze manier zet dit ontwerp van decreet in op geïntegreerde zorg en ondersteuning. Een geestelijke gezondheidsnetwerk is een geformaliseerd samenwerkingsverband tussen vertegenwoordigers van actoren behorende tot de zorgniveaus 0b, 1, 2a en 2b, verantwoordelijk voor een bepaald werkgebied, en voor zover zij betrokken zijn bij de zorg voor de deelpopulatie(s) waar het betreffende geestelijke gezondheidsnetwerk zich op richt. De opdracht van de geestelijke gezondheidsnetwerken bestaat erin het geestelijke gezondheidsaanbod en functies te faciliteren en optimaliseren in samenwerking met de vertegenwoordigers van gebruikers en hun context. Concreet houdt dit in dat het geestelijke gezondheidsnetwerk:

- één of meerdere aanspreekpunten organiseert waar de gebruikers en hun context terecht kunnen voor informatie in verband met passende zorg en de toegang daar naartoe,
- de uitvoering van de functies - binnen verschillende zorgvormen (online, mobiel, ambulante, residentieel) - binnen het eigen geestelijke gezondheidsnetwerk faciliteert en optimaliseert. Voor specifieke doelgroepen met specifieke zorgnoden worden programma's ontwikkeld waarin functies uitgevoerd binnen specifieke zorgvormen op een specifieke manier geschakeld worden,
- een zorgstrategisch plan opmaakt. Het zorgstrategisch plan van een geestelijke gezondheidsnetwerk stemt het geestelijke gezondheidsaanbod, uitgevoerd door de netwerkpartners, af op de psychische en andere zorgnoden van de deelpopulatie waar het geestelijke gezondheidsnetwerk zich op richt. De individugerichte zorg wordt daarbij georganiseerd op de zorgniveaus en opgedeeld in functies en mogelijks ook deelfuncties. De populatiegerichte acties worden georganiseerd voor het werkgebied van het betreffende geestelijke gezondheidsnetwerk, en opgedeeld in functies A en B,
- integrale en continue zorg en ondersteuning optimaliseert en faciliteert
  - door het opstellen van afspraken met betrekking tot verwijzing van de individuele gebruiker en zijn context op elk mogelijk moment van het zorgtraject van de gebruiker;
  - door het stimuleren van het inzetten van de zorgcoördinator en het gebruik van casemanagement op het niveau van de individuele gebruiker met ernstige en langdurige psychische zorgnoden en zijn context.

Bij de verdere uitbouw van geestelijke gezondheidsnetwerken zal erover gewaakt worden dat de veelheid van bestaande en/of nog op te richten netwerken de toegankelijkheid, transparantie, efficiëntie van de geestelijke gezondheidszorg en een duidelijke rolverdeling tussen de netwerken niet in de weg staat.

### 3.6. ERVARINGSDESKUNDIGHEID IN HET GEESTELIJKE GEZONDHEIDSAANBOD

Dit ontwerp van decreet streeft een geestelijke gezondheidsaanbod na dat onderbouwd is door de meest recente wetenschappelijke inzichten, praktijkkennis en ervaringsdeskundigheid. Het betreft hier ervaringsdeskundigheid vanuit het perspectief van gebruikers, maar ook vanuit het perspectief van de context van gebruikers. De bijdrage van ervaringsdeskundigen aan een kwaliteitsvol geestelijke gezondheidsaanbod wordt ten volle erkend, en dit (1) op het niveau van de directe individugerichte zorg en populatiegerichte acties, (2) op het niveau van de geestelijke gezondheidsnetwerken en (3) op het niveau van het Vlaams geestelijke gezondheidszorgbeleid (zie uitleg onder 3.3). Daarom neemt dit ontwerp van decreet de ervaringsdeskundige op als nieuwe discipline binnen het geestelijke gezondheidsaanbod. Betaalde tewerkstelling en/of inzet op vrijwillige basis van ervaringsdeskundigen wordt mogelijk op elk van deze drie niveaus. Deze ervaringsdeskundigheid moet overigens in het brede veld van welzijn en gezondheid gepositioneerd en tegelijk geïntegreerd worden met als doelstelling om, vaak kwetsbare groepen, te informeren, te versterken en toe te leiden naar het aanbod van zorg en ondersteuning.

Voor een aantal van de opdrachten van ervaringsdeskundigen is het belangrijk dat zij een degelijke opleiding hebben kunnen volgen. Dit is zeker het geval wanneer zij betaald tewerkgesteld worden of op vrijwillige basis ingezet worden binnen de directe zorg voor gebruikers en hun context. Op dit moment bestaan er nog geen door de Vlaamse Overheid erkende opleidingen, maar enkele opleidingsinstituten binnen Vlaanderen hebben wel die ambitie. Dit ontwerp van decreet maakt het mogelijk dat er partnerorganisaties aangeduid worden door de Vlaamse Regering die:

- instaan voor de toeleiding naar en sensibilisering voor de opleidingen tot ervaringsdeskundige,
- de kwaliteit van de opleidingen bewaken,
- erop toezien dat de voorwaarden voor de betaalde tewerkstelling of inzet op vrijwillige basis van ervaringsdeskundigen binnen het geestelijk gezondheidsaanbod ingevuld worden. Hierbij wordt enerzijds gedacht aan de ondersteuning die

ervaringsdeskundigen nodig hebben bij hun werk. Binnen functie B is dit voorzien. Uiteraard dient bij de ondersteuning van de ervaringsdeskundigen zowel de initiatieven voor vrijwillige en informele zorg of ondersteuning (zorgniveau 0b) als de zorgverleners betrokken te zijn (zorgniveaus 1, 2a en 2b). Anderzijds is het hierbij van belang dat de werkgevers en werknemers van de zorgvoorzieningen en geestelijke gezondheidsnetwerken waarbinnen ervaringsdeskundigen tewerkgesteld of ingezet worden goed gesensibiliseerd worden met betrekking tot het belang van dit werk en de manier waarop de ervaringsdeskundigen hun opdracht zullen gestalte geven. Dit is nodig opdat de ervaringsdeskundigen naar tevredenheid van de werkgever én naar hun eigen tevredenheid hun werk kunnen doen.

### 3.7. OPRICHTING VAN EEN COMITÉ GEESTELIJKE GEZONDHEIDSNETWERKEN EN PARTNERORGANISATIES VOOR HET GEESTELIJKE GEZONDHEIDSAANBOD

#### *Overleg realiseren tussen de geestelijke gezondheidsnetwerken en de Vlaamse Overheid*

Opdat de netwerkpartners integrale zorg en ondersteuning zouden realiseren, wordt in het ontwerp van decreet opdrachten voor de geestelijke gezondheidsnetwerken uitgewerkt (zie 3.5). De Vlaamse Overheid wil in overleg gaan met de geestelijke gezondheidsnetwerken, vertegenwoordigers van de gebruikers en van de context van de gebruikers over (1) het kader, de procedures en instrumenten die gehanteerd worden voor de uitvoering van deze opdrachten en over (2) het verloop van de uitvoering van deze opdrachten, welke opportuniteiten er zijn, welke belemmerende factoren er zich voordoen. Door de oprichting van dit comité wordt de wisselwerking tussen de Vlaamse Overheid, de geestelijke gezondheidsnetwerken en vertegenwoordigers van de gebruikers en van hun context die kan leiden tot innovaties gedragen door alle stakeholders op het terrein, decretaal verankerd.

#### *Partnerorganisaties om integrale zorg en ondersteuning die plaatsvindt binnen de triade alle kansen te bieden*

Het geestelijke gezondheidsaanbod dient geïntegreerde, kwaliteitsvolle individugerichte zorg en populatiegerichte acties te realiseren die onderbouwd zijn met de meest recente wetenschappelijk inzichten, praktijkkennis en ervaringsdeskundigheid (zie doelstelling onder 2.4). In lijn daarmee wordt in dit ontwerp van decreet voor het eerst geregeld dat ervaringsdeskundigen betaald tewerkgesteld kunnen worden of op vrijwillige basis kunnen ingezet worden op het niveau van het geestelijke gezondheidsaanbod, de geestelijke gezondheidsnetwerken en het beleid m.b.t. het geestelijke gezondheidsaanbod. Gezien de weg die af te leggen is voor de realisatie van deze ambitieuze doelstellingen is het belangrijk dat de actoren van het geestelijke gezondheidsaanbod door een aantal organisaties ondersteund kunnen worden bij de uitvoering hiervan. Het betreft de gebruikers, hun context, de netwerkpartners en de ervaringsdeskundigen in het geestelijke gezondheidsaanbod. Deze partnerorganisaties hebben één of meerdere van onderstaande opdrachten:

#### 1. methodiekontwikkeling:

- a) praktijkondersteuning aanbieden door onder meer methodiekontwikkeling die gebaseerd is 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. Deze opdracht is complementair aan de uitvoering van een functie A;

#### 2. belangenbehartiging van gebruikers of 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 van ervaringsdeskundigheid van gebruikers of context:
  - a) instaan voor de toeleiding naar en de sensibilisering voor de opleidingen tot ervaringsdeskundige;
  - b) de kwaliteit van de opleidingen bewaken;
  - c) voorwaarden scheppen voor de betaalde tewerkstelling of de inzet op vrijwillige basis van ervaringsdeskundigen, aan de kant van de ervaringsdeskundigen zoals bepaald in functie B enerzijds, en 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.



De partnerorganisaties die deze opdrachten opnemen, bouwen voort op bestaande organisaties, zoals het Vlaams Patiëntenplatform en het Familieplatform Geestelijke Gezondheid, of op organisaties die momenteel een transitie- of integratieproces aan het doorlopen zijn om te anticiperen op dit ontwerp van decreet. Voor de creatie van een Vlaamse Steunpuntfunctie Geestelijke Gezondheid om de opdracht inzake methodiekontwikkeling op te nemen, worden bv. de krachten en (gedeeltes van de) financiering van de verschillende partners gebundeld, nl. Vlaamse Vereniging voor Geestelijke gezondheid (VVG), de inhoudelijke koepelconvenant van de twee koepelorganisaties (Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg en Zorgnet-Icuro), de Associatie Beeldvorming, de VAD en de netwerken Cultuursensitieve Zorg. De provinciale Overlegplatforms GGZ zijn daarnaast een integratieoefening naar één Vlaamse organisatie aan het lopen van waaruit de ondersteuning van de geestelijke gezondheidsnetwerken en de organisatie van een ombudsfunctie kan opgenomen worden.

#### 4. Ingewonnen adviezen

##### 4.1 ADVIES SOCIAAL-ECONOMISCHE RAAD VLAANDEREN (SERV)

Het advies van de SERV was in algemene termen opgesteld en vereiste geen wijzigingen aan het ontwerp van overnamedecreet.

##### 4.2 ADVIES STRATEGISCHE ADVIESRAAD VOOR HET VLAAMSE WELZIJNS-, GEZONDHEIDS- EN GEZINSBELEID (SAR WGG)

De raad spreekt zijn steun uit voor de analyse die hierboven uiteengezet wordt, en de hervormingen op de vier domeinen vermeld onder punt 2.4 van deze memorie.

De raad vraagt om deze hervormingen ook in het decreet zelf op te nemen maar een toelichting omtrent de algemene beleidslijnen en -doelstellingen hoort niet thuis in de tekst van een decreet. Ze worden in het ontwerp van decreet wel naar werkingsprincipes vertaald (artikel 4).

Op vraag van de Raad (in punt 1.2.1 van het advies) is punt 2.4 van de memorie van toelichting aangepast om het uitgangspunt "health in all policies" meer naar voor te doen komen.

Gezien de Raad (in punt 1.2.2 van het advies) van mening was dat in de memorie al veel voorafnames gebeuren over de opdrachten waarvoor ervaringsdeskundigen kunnen worden ingezet en over de wijze waarop ze kunnen worden opgeleid, werden artikel 19 van het ontwerp en de toelichting onder punt 3.6, artikel 2, 8° en artikel 19 van de memorie aangepast om ervaringsdeskundigen breed te kunnen inzetten op elk niveau, en werd in artikel 21 van het ontwerp de bepaling geschrapt dat partnerorganisaties de opleiding van ervaringsdeskundigen organiseren.

Gezien de Raad (in punt 1.2.3 van het advies) een oproep deed om bij de verdere uitbouw van de geestelijke gezondheidsnetwerken te bewaken dat de veelheid van bestaande en/of nog op te richten netwerken de toegankelijkheid, transparantie, efficiëntie en duidelijke rolverdeling niet in de weg staan, werd dit expliciet opgenomen in punt 3.5 van de memorie.

Gelet op de nadruk die de Raad erop legt (in punt 1.2.4 en 2.4.3) om bij de uitvoering van het decreet de mogelijkheid te voorzien dat elke initiatiefnemer op meerdere zorgniveaus een aanbod kan uitbouwen, werd deze mogelijkheid expliciet opgenomen in de toelichting bij artikel 14 van het ontwerp. Hetzelfde werd trouwens ook al vermeld in de toelichting bij artikel 8 van het ontwerp (laatste zin).

Opdat, zoals gevraagd door de Raad (in punt 1.3) bij de uitvoering van het decreet rekening zou gehouden worden met de afspraken die tijdens de interministeriële conferenties worden gemaakt, werden de in het advies geciteerde afspraken die op de IMC van 2 juli 2018 gemaakt werden, integraal opgenomen in punt 2.3 van de memorie.

Aan de vraag van de Raad (in punt 2.1) om, teneinde ook kinderen en jongeren te vatten, ook onderwijs te vermelden wanneer in de memorie van toelichting relevante levensdomeinen worden opgesomd, is gevolg gegeven door dit zowel in de memorie als in artikel 2, 21° (de definitie van "integrale zorg en ondersteuning") van het ontwerp aldus aan te passen.

Hoewel het ontwerp geen specifieke uitspraken doet over de rechten van de minderjarige gebruiker, werd, om tegemoet te komen aan de bekommernis van de Raad over de betrokkenheid van de minderjarige gebruiker in zijn eigen zorgtraject (opmerking van de Raad bij artikel 4, 3°, d), aan de memorie de volgende zin toegevoegd:

"Ook voor minderjarigen gelden echter de rechten van de patiënt, zodat ook aan de mening van de minderjarige in de mate van het mogelijke passend gevolg moet gegeven worden, in overeenstemming met de leeftijd en de maturiteit van de minderjarige."

Op vraag van de Raad (opmerking bij artikel 4) is artikel 4, 4°, a) van het ontwerp aangepast zodat nu gesproken wordt over "het participeren aan de gemeenschap waartoe hij behoort" in plaats van "het leveren van een zinvolle bijdrage aan de gemeenschap waartoe hij behoort".

Om de vraag van Raad bij artikel 12 §1 te beantwoorden, kan gemeld worden dat de Centra Ambulante Revalidatie gevat worden onder punt 1°.

Om te vermijden dat verkeerdelijk de conclusie zou kunnen worden getrokken dat de verenigingen van gebruikers en familieverenigingen steeds de medewerking en het overleg met zorgvoorzieningen nodig hebben vooraleer zij initiatieven kunnen ontwikkelen ter ondersteuning van context en ervaringsdeskundigen (opmerking van de Raad bij artikel 14), is de bepaling in artikel 14, dat bij het uitvoeren van functie B altijd actoren uit de zorgniveaus worden betrokken, geschrapt.

Met betrekking tot het in artikel 18 vermelde "zorgteam" wordt in de memorie verduidelijkt dat het gaat om het zorgteam zoals gedefinieerd in het nieuwe ontwerp eerstelijnsdecreet.

Artikel 19 is aangepast zoals gevraagd door de Raad.

Gezien de Raad één vertegenwoordiger van de gebruikers en één vertegenwoordiger van de context te weinig vond in verhouding tot de vertegenwoordigers van de netwerken, is artikel 20 aangepast en werd het aantal vertegenwoordigers van de gebruikers en context verdubbeld.

Artikel 21 is aangepast zodat de opleiding van ervaringsdeskundigen door verschillende instanties kan gebeuren.

Artikel 25 is aangepast conform het advies van de gegevensbeschermingsautoriteit.

#### 4.3 ADVIES GEGEVENSBESCHERMINGSAUTORITEIT (GBA)

De gegevensbeschermingsautoriteit gaf een gunstig advies, onder de uitdrukkelijke voorwaarde dat de volgende opmerkingen in rekening zouden gebracht, wat gebeurd is als volgt.

1. Erover waken dat alle essentiële elementen van de geplande gegevensverwerkingen in de regelgeving (bij voorkeur in het ontwerp) zouden opgenomen zijn op het moment dat ze geoperationaliseerd worden (randnummers 11, 15, 18 en 26)

Sommige elementen waren reeds opgenomen in het ontwerp, andere essentiële elementen zullen opgenomen worden in een uitvoeringsbesluit. Als gevolg van de opmerking in randnummer 11 en 15 zijn bijkomend de categorieën van gegevens die verwerkt zullen worden, in het ontwerp opgenomen. Dit als het nieuwe eerste lid van artikel 25, §2.

Gevolg gevend aan de opmerking in randnummer 13 en 26 wordt in de artikelsgewijze toelichting bij artikel 25 verwezen naar artikel 9 van de wet van 30 juli 2018, en is in artikel 25, §3 en §4 van het ontwerp een bijkomende delegatie voorzien tot het nemen van maatregelen om een hoog niveau van transparantie en beveiliging te waarborgen.

De (gedifferentieerde) bewaartermijnen vermeld in randnummer 18 zullen opgenomen worden in het uitvoeringsbesluit.

2. Precieze omschrijving van het doeleinde "wetenschappelijk onderzoek" (zie randnummer 6)

Aan artikel 25 §1, 2° is het doel van het wetenschappelijk onderzoek toegevoegd.

3. Vermelding van alle categorieën van betrokkenen (zie randnummer 7)

Conform randnummer 7 is artikel 25 §2 van het ontwerp aangepast zodat ook de verwerking van persoonsgegevens van de context van de gebruiker en professionals vermeld worden.

4. De gekozen rechtsgrondslagen linken aan concrete verwerkingen (zie randnummer 9)

Na elke verwerking vermeld in artikel 25 §1 is de rechtsgrondslag (eerder vermeld in artikel 25, §2, eerste lid) toegevoegd. Het oorspronkelijke eerste lid van artikel 25 §2 is daarmee weggefallen.

5. Bijkomende waarborgen voorzien voor de verwerkingen die op artikel 9.2, punt i) van de algemene verordening gegevensbescherming (AVG) gestoeld worden (randnummer 13).

Bij het linken van de rechtsgrondslagen aan de concrete verwerkingen, is vastgesteld dat er geen enkele verwerking op basis van artikel 9.2, punt i) AVG gestoeld wordt.

6. Het cascade-systeem voor de verwerkingen in het kader van wetenschappelijke onderzoek nog explicieter opnemen in het ontwerp (randnummer 16).

Het cascade systeem (eerste optie anonieme, tweede optie gepseudonimiseerde gegevens) is opgenomen in artikel 25, §1, 2° (de verwerkingen voor wetenschappelijk doeleinden) van het ontwerp.

#### 4.4 ADVIES RAAD VAN STATE

De Raad van State bracht advies nr. 64.790/3 van 17 januari 2019 uit over het voorontwerp van dit decreet.

Zoals gevraagd door de Raad van State in randnummer 9.3 en 10 van het advies, is de verhouding van dit ontwerp met de andere regelgevingen inzake geestelijke gezondheidszorg op het vlak van erkenning, subsidiëring of financiering, opgenomen in punt 2.4 van deze memorie. De mogelijke cumulatie van subsidies op grond van dit decreet met subsidies op grond van andere decreten, zal geregeld worden bij uitvoeringsbesluit.

Het opschrift van het ontwerp is aangepast conform de opmerkingen van de Raad van State in randnummers 9.2 en 13, van "ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid" naar "ontwerp van decreet betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod".

De definities in artikel 2, 24° tot 26° en 38° zijn herzien in het licht van de opmerkingen onder randnummers 9.2 en 14.

De inhoud van bovenvermelde definities werd beter omschreven en in de artikelsgewijze toelichting is opgesomd welke instellingen, voorzieningen en organisaties er in elk geval onder vallen.

Het eerste lid van artikel 3 is weggelaten conform de opmerking onder randnummer 15.

De aan de Raad van State gegeven toelichting bij artikel 4, eerste lid, 2<sup>o</sup>, a), is opgenomen de memorie van toelichting, zoals gevraagd door de Raad van State onder randnummer 16.

Artikel 7, tweede lid, werd aangepast zoals gevraagd door de Raad van State, met dien verstande dat er verwezen wordt naar alle onderdelen van artikel 6 die een delegatie aan de Vlaamse regering bevatten, in plaats van enkel artikel 6, §1, 3<sup>o</sup>, derde zin zoals verkeerdelijk meegedeeld aan de Raad van State (randnummer 18).~~is aangepast conform de suggestie van de Raad van State onder randnummer 18.~~

Artikel 17 en 18 zijn aangepast zoals vermeld in randnummer 10.

Artikel 19 is aangepast zoals gevraagd in randnummer 19 van het advies.

Artikel 21, §3 is aangepast conform de opmerking van de Raad van State onder randnummer 20, en de aangepaste definitie van "partnerorganisatie", zoals gevraagd onder randnummers 9.2 en 13.

Wat betreft gegevensverwerking (artikel 25 van het ontwerp) dient in antwoord op de vraag van de Raad van State in het tweede lid van randnummer 11.2, opgemerkt te worden dat het agentschap en de zorginspectie reeds vermeld worden als instanties die persoonsgegevens verwerken (met name in artikel 25, §2, eerste lid van het ontwerp), en dat met "projecthouders" de organisaties bedoeld worden die subsidies ontvangen op grond van artikel 23.

Artikel 25, §2, tweede lid werd aangepast overeenkomstig de opmerking van de Raad van State onder randnummer 11.4.

Het eerste lid van artikel 26 is vervangen zoals vermeld in randnummer 21 van het advies. Het tweede lid van artikel 26 is vervangen zoals vermeld in randnummer 7.1 van het advies.

Het eerste lid van artikel 27 is aangepast als vermeld in randnummer 22, laatste zin, van het advies.

Artikel 28 is aangepast als vermeld in randnummer 23 van het advies.

Artikel 33 is behouden zoals aangeraden door de Raad van State in randnummer 24.2 van het advies.

Artikel 49 is aangepast zoals gevraagd in randnummer 25 van het advies.

## **B. Toelichting bij de artikelen**

### **Hoofdstuk 1: Algemene bepalingen**

#### **Artikel 1**

Dit decreet regelt een gemeenschapsaangelegenheid.

#### **Artikel 2**

Dit artikel bevat een opsomming van definities die verder gebruikt worden in het ontwerp van decreet.

Met de term agentschap wordt verwezen naar het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, dat opgericht werd bij besluit van de Vlaamse Regering van 7 mei 2004.

De term context wordt gedefinieerd als één of meer mantelzorgers als vermeld in het decreet houdende de Vlaamse sociale bescherming. In dit laatste decreet wordt mantelzorger omschreven als de natuurlijke persoon die uit een sociale en emotionele band één of meer personen met verminderd zelfzorgvermogen, niet beroepshalve maar meer dan occasioneel, helpt en ondersteund in het dagelijks leven. Dit impliceert dat onder de term context ook familie of vrienden vallen van de gebruiker die emotionele ondersteuning bieden door af en toe op bezoek te gaan of eens te bellen, maar die geen concrete taken overnemen van de gebruiker of samen met de gebruiker uitvoeren omdat hij er op dat moment niet toe komt om deze zelf te doen.

De term continue zorg verwijst naar samenhangende zorgverlening, en dit op twee manieren. Enerzijds gaat het over de coherente en afgestemde zorgverlening van verschillende professionals die op één moment betrokken zijn bij de zorg voor een gebruiker, ook wanneer deze professionals niet tot hetzelfde team behoren of in dezelfde (zorg)voorziening werken. Periodisch zorgoverleg tussen deze professionals in het kader van het gedeeld behandelplan en zoveel mogelijk met actieve participatie van de gebruiker en zijn context, maakt hier inherent deel van uit. Anderzijds gaat het over ononderbroken, coherente en afgestemde zorgverlening tussen professionals die na elkaar instaan voor de zorg voor een gebruiker. De verwijzing en overgang tussen deze professionals dient naadloos te verlopen, zodat de gebruiker – indien dit nodig is – steeds beroep kan doen op een professional die betrokken is bij zijn behandelplan.

Met de term deelpopulatie wordt verwezen naar gebruikers uit een bepaalde leeftijdsgroep. Deze leeftijdsgroep kan op vele verschillende manieren afgebakend worden, bijvoorbeeld kinderen en jongeren tot 21 jaar en volwassenen boven de 21 jaar. De leeftijdsgroep kan ook afgebakend worden tussen 0 en 120 jaar.

Destigmatisering verwijst naar alle populatiegerichte sensibiliseringsacties en alle individugerichte interventies binnen de GGZ die publiek stigma en zelfstigma tegengaan. Een stigma is een merkteken dat bepaalde personen onderscheidt van anderen. In het geval van dit ontwerp van decreet wordt bedoeld op personen met psychische zorgnoden. Het stigma schrijft onwenselijke eigenschappen toe aan deze personen zoals gevaarlijk, onvoorspelbaar, onbetrouwbaar, minderwaardig, etc. Publiek stigma is stigma dat aanwezig is binnen de samenleving. Zelfstigma verwijst in dit geval naar processen die plaatsvinden bij de personen met psychische zorgnoden zelf. Hun zelfvertrouwen kan zo laag zijn – al dan niet omwille van het publiek stigma – dat ze zichzelf ook minderwaardig of onbetrouwbaar vinden omwille van de psychische zorgnoden die ze ervaren.

Met de term doelgroep wordt verwezen naar een onderdeel van een deelpopulatie afgebakend op basis van een of meer specifieke psychische of andere zorgnoden. Een psychische zorgnood wordt gedefinieerd als een nood aan zorg op het gebied van (1) cognitieve vaardigheden zoals aandacht, geheugen, planningsvaardigheden, etc., (2) het

reguleren van de eigen emoties zodat deze het dagelijks leven niet bemoeilijken, of (3) het gedrag van een persoon, dat een uiting is van een disfunctie in de psychologische, biologische, of ontwikkelingsprocessen die ten grondslag liggen aan het psychische functioneren. Tot de psychische zorgnoden behoren ook zorgnoden die betrekking hebben op verslaving aan psychoactieve middelen, gokken, gaming of andersoortige middelen of activiteiten. Wanneer een persoon psychische zorgnoden heeft, impliceert dit niet dat deze persoon zelf een zorgvraag heeft. Zorgwekkende zorgmijders bijvoorbeeld hebben psychische zorgnoden, maar geen zorgvraag naar het geestelijke gezondheidsaanbod toe.

Ernstige psychische zorgnoden zijn steeds het gevolg van een psychische aandoening. Deze psychische zorgnoden hebben daarenboven gevolgen voor meerdere domeinen van het functioneren van de persoon zoals opleiding volgen, werken, wonen, vrijetijdsbesteding, relationeel leven.

Een ervaringsdeskundige in het geestelijke gezondheidsaanbod is een persoon die, als gebruiker of als persoon uit de context, ervaring heeft of heeft gehad met individuerichte zorg die voor zichzelf en voor anderen herstelbevorderend kan ingezet worden. Deze persoon heeft vervolgens deze ervaring via lotgenotencontact verwerkt en verruimd tot ervaringskennis. Via opleiding of vrijwilligerswerk heeft hij tenslotte kennis, houdingen, vaardigheden en methoden aangereikt gekregen om de ervaringskennis met betrekking tot de individuerichte zorg deskundig aan te wenden binnen (1) het direct contact met gebruikers in de individuerichte zorg, (2) populatiegerichte acties (3) geestelijke gezondheidsnetwerken of (4) het Vlaams geestelijke gezondheidsbeleid.

De term ervaringsdeskundigheid verwijst naar de kennis en expertise van ervaringsdeskundigen.

De term functie wordt gebruikt om te verwijzen naar een kernopdracht die binnen het geestelijke gezondheidsnetwerk wordt uitgevoerd door netwerkpartners, en die een gepast antwoord geeft op individuele of collectieve psychische zorgnoden van gebruikers en hun context, op individuele of collectieve geestelijke gezondheidsbehoeften van burgers uit de samenleving of op nood aan uitwisseling en samen inzetten van expertise van netwerkpartners. Deze kernopdrachten zijn (1) het aanbieden van populatiegerichte acties met betrekking tot geestelijke gezondheidscompetenties en destigmatisering, (2) ondersteuning aanbieden aan de context van gebruikers en aan ervaringsdeskundigen, (3) detectie, vroegtijdige en kortdurende interventies uitvoeren, (4) gespecialiseerde diagnostiek en (5) gespecialiseerde behandeling uitvoeren, (6) rehabilitatie uitvoeren die gericht is op de inclusie van gebruikers in alle levensdomeinen zoals wonen, vorming, werk, vrije tijd en ontmoeting, en (7) de uitwisseling en samen inzetten van expertise tussen de netwerkpartners binnen de geestelijke gezondheidsnetwerken, en de samenwerking tussen deze netwerkpartners enerzijds en partners uit andere sectoren van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en partners uit andere beleidsdomeinen die niet behoren tot de geestelijke gezondheidsnetwerken anderzijds.

Met de term gebruiker wordt verwezen naar iedere natuurlijke persoon met psychische zorgnoden en/of zorgvragen gericht naar het geestelijke gezondheidsaanbod, die een beroep doet of kan doen op dat geestelijke gezondheidsaanbod. Deze definitie impliceert dat in dit ontwerp van decreet tot de gebruikers ook die personen worden gerekend die zelf geen zorgvraag hebben, maar wel psychische zorgnoden, al wordt de aanwezigheid hiervan ontkend door de persoon in kwestie en/of door zijn context. Hiermee wordt onder andere verwezen naar de zogenaamde zorgwekkende zorgmijders. In het geval een vertegenwoordiger of een vertrouwenspersoon in de plaats van de gebruiker dient op te treden, worden deze personen tot de term gebruiker gerekend.

Geestelijke gezondheid wordt gedefinieerd – zoals de WGO doet (2014; [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)) - als een toestand van welzijn waarin elke persoon zijn eigen potentieel realiseert, waarin hij kan omgaan met de druk van het dagelijkse leven, en waarin hij een bijdrage kan leveren tot de gemeenschap waartoe hij behoort. Geestelijke gezondheid maakt inherent deel uit van de gezondheid.

De term geestelijke gezondheidsaanbod verwijst zowel naar de individugerichte zorg als naar populatiegerichte acties. Deze individugerichte zorg en populatiegerichte acties zijn bedoeld om de geestelijke gezondheid van alle personen en van gebruikers in het bijzonder te behouden, te versterken en/of te herstellen. In het kader van dit decreet wordt de individugerichte zorg van de ziekenhuizen en populatiegerichte acties van de ziekenhuizen buiten beschouwing gelaten.

Met de term geestelijke gezondheidsbehoeften wordt verwezen naar alle noden van personen met betrekking tot hun geestelijke gezondheid, uitgezonderd psychische zorgnoden die al dan niet uitmonden in een zorgvraag naar individugerichte zorg toe. Behoeften met betrekking tot de geestelijke gezondheid kunnen een nood of wens aan informatie of duiding omvatten, bijvoorbeeld met betrekking tot geestelijke gezondheidscompetenties, destigmatisering, ervaringsdeskundigheid of het omgaan met een naaste die lijdt aan een psychische aandoening.

Een geestelijke gezondheidsnetwerk wordt gedefinieerd als een geformaliseerd samenwerkingsverband tussen netwerkpartners verantwoordelijk voor een bepaald werkgebied en betrokken bij de zorg voor de deelpopulatie waartoe het samenwerkingsverband zich richt en die in samenwerking met de vertegenwoordigers van gebruikers en hun context het geestelijke gezondheidsaanbod en functies faciliteren, en optimaliseren. Met de term "geformaliseerd" wordt bedoeld dat er een schriftelijke overeenkomst moet bestaan tussen de netwerkpartners van het geestelijke gezondheidsnetwerk.

De term herstel refereert naar het uniek en persoonlijk zoekproces dat rekening houdend met de gevolgen van een ziekte, gericht is op ontwikkeling van een nieuwe betekenis en nieuwe doelen in het leven. Dit proces is gebaseerd op de eigen persoonlijke waarden, zodat een hoopvol en voldoening gevend leven mogelijk blijft of wordt. Andere belangrijke onderdelen van dit proces zijn controle over het eigen leven, ondersteuning geven aan en krijgen van andere personen met psychische zorgnoden en verbindingen aangaan met naastbetrokkenen. In die zin is herstel zowel een individueel als een relationeel proces.

Individugericht wil zeggen gericht op de kwaliteitsvolle zorg voor de geestelijke gezondheid van individuele gebruikers en hun context. Individugericht wordt binnen dit ontwerp van decreet afgezet ten opzichte van populatiegericht. Dit wil zeggen gericht op de waardering, bescherming en versterking van de geestelijke gezondheid van alle personen in de samenleving, gebruikers en hun context in het bijzonder. Individugericht verwijst dus naar een individuele gebruiker en zijn context, en populatiegericht verwijst naar alle personen in de samenleving, gebruikers en hun context in het bijzonder.

Individugerichte zorg verwijst naar het deel van het geestelijke gezondheidsaanbod dat georganiseerd wordt binnen de geestelijke gezondheidsnetwerken en dat gericht is op de integrale kwaliteitsvolle zorg voor de geestelijke gezondheid van individuele gebruikers en hun context doorheen hun hele levensloop, binnen het brede gezondheids- en welzijnslandschap en met linken naar andere sectoren van onze samenleving, zoals onderwijs, tewerkstelling, wonen, vrije tijd, cultuur, justitie. Individugerichte zorg is dus de zorg voor geestelijk gezondheid die gericht is op een individuele persoon en zijn context.

Wanneer in dit decreet wordt verwezen naar "initiatiefnemer" wordt de rechtspersoon bedoeld die een zorgvoorziening uitbaat of wenst uit te baten.

Initiatieven van vrijwillige en informele zorg of ondersteuning worden gedefinieerd als alle initiatieven die door een lokaal bestuur, door lokale actoren of door de bevolking worden genomen en die niet hoofdzakelijk door beroepskrachten worden uitgevoerd, om bij te dragen aan de zorg of de ondersteuning van personen met psychische zorgnoden en hun context. Tot deze groep van initiatieven behoren onder andere de patiënten- en familieorganisaties die gebruikers of de context van gebruikers verenigen en vrijwillige buddywerkingen die actief zijn binnen het Vlaamse geestelijke gezondheidsaanbod.

Integrale zorg en ondersteuning omvat zelfzorg, preventie, vrijwillige en informele ondersteuning, acute en langdurige gezondheidszorg, generalistische en gespecialiseerde gezondheidszorg en diensten ter ondersteuning van welzijn, opleiding, tewerkstelling, wonen, vrije tijd en justitie, als ook de onderlinge afhankelijkheid van deze ondersteuning- en zorgvormen, en dit doorheen de hele levensloop van de gebruiker. Integrale zorg en ondersteuning wordt mogelijk gemaakt door geïntegreerde zorg en ondersteuning. Dit is het op operationeel en organisatorisch niveau samenwerken van alle betrokken netwerkpartners.

Een interventie is een actie die op een structurele en methodische manier uitgevoerd wordt door zorgverleners, professionals werkzaam buiten de gezondheidszorg of initiatieven van vrijwillige en informele zorg of ondersteuning, ter verbetering van de geestelijke gezondheid van gebruikers en van hun context, en van personen met geestelijke gezondheidsbehoeften. Interventies worden op een structurele en methodische manier uitgevoerd, hetgeen inhoudt dat houdingen, methoden en vaardigheden worden toegepast die werden aangereikt tijdens de opleiding voor de discipline waartoe de betreffende zorgverlener of professional behoort, zodat de interventies op een deskundige manier uitgevoerd worden.

De levenskwaliteit is de mate van voldoening die een persoon ervaart in zijn leven op geestelijk, lichamelijk, sociaal, ecologisch en spiritueel vlak, en ook in de onderlinge samenhang van deze aspecten van zijn leven. Levenskwaliteit centraal stellen betekent dus dat het geestelijke gezondheidsaanbod uitgevoerd wordt vanuit een holistisch mensbeeld. Deze mensvisie wordt internationaal vertolkt binnen het ecobiopsychosociaal model (SAR WGG, 2012, 2015).

Met de term netwerkpartners wordt verwezen naar alle organisaties die deel uitmaken van een geestelijke gezondheidsnetwerk. Wie deze organisaties kunnen zijn wordt vermeld in artikel 12, §1. Het gaat in elk geval om (1°) centra voor geestelijke gezondheidszorg, psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, centra ambulante revalidatie, centra voor verslavingszorg, psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen, centra voor functionele revalidatie bij vroegtijdige stoornissen in de interactie ouders-kinderen (= zgn. moeder-baby eenheden), referentiecentra voor autisme, centra m.b.t. specifieke kinderpsychiatrische aandoeningen (2°) justitiehuis, gemeenschapsinstellingen (3°) vrijwilligersorganisaties zoals patiëntenorganisaties en (4°) OCMW's. Het is onmogelijk om een limitatieve lijst op te maken. Zo kunnen bv. ook (1°) voorzieningen Vlaams Agentschap Personen met een Handicap, woonzorgcentra, centra voor algemeen welzijnswerk, ... (4°) sociale huisvestingsmaatschappijen, scholen, ... deel uitmaken van een geestelijke gezondheidsnetwerk.

Een partnerorganisatie is een rechtspersoon die op grond van haar specifieke deskundigheid, het geestelijke gezondheidsaanbod ondersteunt door methodiekontwikkeling, belangenbehartiging van gebruikers of context, ondersteuning van ervaringsdeskundigheid van gebruikers of context, ondersteuning van geestelijke gezondheidsnetwerken of het organiseren van een ombudsfunctie die geen onderdeel uitmaakt van een zorgvoorziening. Het gaat o.a. over het Vlaams overlegplatform geestelijke gezondheid, het Vlaams steunpunt geestelijke gezondheid, ... Partnerorganisaties ondersteunen de netwerkpartners en geestelijke gezondheidsnetwerken m.b.t. de organisatie van zorg, maar voeren zelf geen zorg uit en kunnen geen netwerkpartner zijn.

Partners uit andere sectoren van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van de Vlaamse Gemeenschap zijn organisaties die geen ziekenhuis, partnerorganisatie of zorgvoorziening zijn maar die tot de bevoegdheid van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van de Vlaamse Gemeenschap behoren. Een voorbeeld hiervan zijn de justitiehuis en de gemeenschapsinstellingen.

Populatiegericht betekent gericht op de waardering, bescherming en versterking van de geestelijke gezondheid van alle personen in de samenleving, gebruikers en hun context in het bijzonder.



Populatiegerichte acties zijn alle acties van het geestelijke gezondheidsaanbod die georganiseerd worden binnen de geestelijke gezondheidsnetwerken en die bedoeld zijn om de waardering, bescherming en versterking van de geestelijke gezondheid van alle personen in de samenleving, gebruikers en hun context in het bijzonder te verbeteren.

Professionals zijn ervaringsdeskundigen, onderzoekers, en alle natuurlijke personen die beroepsmatig betrokken zijn bij de geestelijke gezondheidszorg voor ondersteuning van bijvoorbeeld werk, wonen, opleiding ...

Met de term programma wordt verwezen naar de operationalisering van de functies in een concreet individugericht zorgaanbod voor een bepaalde doelgroep, zijnde een onderdeel van een deelpopulatie afgebakend op basis van één of meerdere specifieke psychische of andere zorgnoden. Het kan hier bijvoorbeeld gaan om personen met een verstandelijke beperking en bijkomende psychische zorgnoden, of om kinderen en jongeren met psychische zorgnoden die zich in een verontrustende situatie bevinden. Binnen een programma worden functies op een specifieke manier geschakeld en wordt het aanbod ervan vastgelegd onder de vorm van online, ambulante, mobiele, residentiële of woonzorg, of een combinatie hiervan.

De term psychische aandoening wordt gedefinieerd als een syndroom, gekenmerkt door klinisch significante symptomen op het gebied van de cognitieve vaardigheden, de emotieregulatie of het gedrag van een persoon, dat een uiting is van een disfunctie in de psychologische, biologische, of ontwikkelingsprocessen die ten grondslag liggen aan het psychische functioneren. Psychische aandoeningen gaan gewoonlijk gepaard met een significante lijdensdruk en/of beperkingen in het functioneren op sociaal of beroepsmatig gebied of bij andere belangrijke bezigheden.

Een psychische zorgnood is een nood aan zorg op het gebied van cognitieve vaardigheden, de emotieregulatie of het gedrag van een persoon, die een uiting is van een disfunctie in de psychologische, biologische, of ontwikkelingsprocessen die ten grondslag liggen aan het psychische functioneren. Tot de psychische zorgnoden behoren ook zorgnoden die betrekking hebben op verslaving aan psychoactieve middelen, gokken, gaming of andersoortige middelen of activiteiten.

Met de term zelfzorg wordt verwezen naar de beslissingen en de acties die een natuurlijke persoon in het dagelijkse leven uitvoert om zijn geestelijke gezondheid te kunnen behouden, versterken of herstellen, en de bijbehorende activiteiten.

Met de term ziekenhuis wordt verwezen naar een algemeen ziekenhuis, psychiatrisch ziekenhuis of universitair ziekenhuis zoals vermeld in de artikelen 2, 3 en 4 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen.

De zorginspectie is de inspectiedienst van de welzijns- en gezondheidssectoren.

Een zorgniveau is een onderdeel van de zorg voor de geestelijke gezondheid. Deze zorg kan zowel bestaan uit zelfzorg van de burger en zorg of ondersteuning door zijn context, als uit individugerichte zorg.

Met de term zorgvoorziening wordt verwezen naar een organisatie (met uitzondering van ziekenhuizen), erkend of vergund binnen het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van de Vlaamse Gemeenschap, die instaat voor de uitvoering van individugerichte zorg en/of populatiegerichte acties. In het kader van dit decreet vallen ziekenhuizen niet onder het begrip "zorgvoorziening". Het gaat in elk geval wel om centra voor geestelijke gezondheidszorg, psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, centra ambulante revalidatie, centra voor verslavingszorg, psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen, centra voor functionele revalidatie bij vroegtijdige stoornissen in de

interactie ouders-kinderen (= zgn. moeder-baby eenheden), referentiecentra voor autisme, centra m.b.t. specifieke kinderpsychiatrische aandoeningen.

## **Hoofdstuk 2: Doelstelling en werkingsprincipes**

### **Artikel 3**

In artikel 3 wordt de doelstelling van dit ontwerp van decreet beschreven. Voor de formulering van deze doelstelling (Prudent Healthcare, Wales, 2016, Thornicroft & Tansella, 2014; WHO, 2013) werd vertrokken vanuit de zorgwekkende evoluties, maar ook opportuniteiten, die zich de voorbije decennia hebben voorgedaan, zowel op internationaal, Europees als Vlaams niveau. De impact van psychische aandoeningen op onze gezondheid neemt toe. De toegankelijkheid van passende GGZ in hoge inkomenslanden, en dus ook in Vlaanderen, laat te wensen over. De levensverwachting van gebruikers van de GGZ is nog steeds 15 tot 20 jaar lager dan in de gemiddelde bevolking. Stigma en discriminatie zijn nog steeds wijdverspreid, ook met betrekking tot personen met psychische zorgnoden. Gelukkig doen er zich de voorbije decennia opportuniteiten voor: de herstelbeweging uitgaande van personen met een psychische kwetsbaarheid en de erkenning van volwaardig burgerschap voor personen met een (psychische) beperking geven input voor de doelstelling van dit ontwerp van decreet .

Het ontwerp van decreet regelt het geestelijke gezondheidsaanbod. Het geestelijke gezondheidsaanbod is het geheel van individugerichte zorg en populatiegerichte acties die ingericht worden om de geestelijke gezondheid van alle burgers, en van gebruikers in het bijzonder, te behouden, te versterken of te herstellen, met uitzondering van de individugerichte zorg en de populatiegerichte acties van ziekenhuizen.

De doelstelling van het ontwerp van decreet is de geestelijke gezondheid te waarborgen op Vlaams bevolkingsniveau in samenwerking met de bevolking, de gebruikers, de context en de professionals als gelijkwaardige partners. Om deze doelen te kunnen bereiken gaat de Vlaamse Overheid een inspanningsverbintenis aan. Zoals blijkt uit de doelstelling hieronder is een resultaatsverbintenis niet realistisch om in afzienbare tijd te halen. Om de geestelijke gezondheid te verbeteren op Vlaams bevolkingsniveau wil de Vlaamse Overheid inzetten op

1. het waarden, beschermen en versterken van de geestelijke gezondheid van elke persoon en van de samenleving in zijn geheel,
2. een kwaliteitsvolle zorg voor geestelijke gezondheid in de brede samenleving
  - a. die tijdig toegankelijk en aanvaardbaar is voor iedereen. Toegankelijkheid van zorg gaat over het feit dat de gebruikers en hun context de kwaliteitsvolle en passende zorg ook effectief krijgen. Tijdig betekent dat de zorg moet worden verstrekt op het ogenblik dat de nood aan zorg zich aandient, of binnen een termijn die haalbaar is voor de gebruiker. 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,
  - b. die geïntegreerd is in het hele gezondheids- en welzijnslandschap, met linken naar alle sectoren van de samenleving. Dit betreft onder andere onderwijs, opleiding, tewerkstelling, wonen, justitie, sport en cultuur,
  - c. die op een transparante en consistente manier onderbouwd is met de meest recente wetenschappelijk inzichten, praktijkkennis en ervaringsdeskundigheid. De impact van individugerichte zorg en populatiegerichte acties zal verder vergroten wanneer kennis op basis van klinische expertise, ervaringen van de gebruiker en die van de context, en wetenschappelijk onderbouwde kennis gecombineerd worden. Het ontwerp van decreet wil daarom het samen inzetten van deze drie vormen van kennis binnen het geestelijke gezondheidsaanbod versterken,
  - d. die gericht is op herstel, levenskwaliteit en participatie van alle gebruikers in het maatschappelijk leven dat vrij is van stigma en discriminatie. De Vlaamse overheid plaatst zich daardoor volledig achter de UN Convention of the Rights of Persons with Disabilities die het recht van personen met een beperking garandeert om te leven en te participeren in de samenleving, onderwijs, opleiding, gezondheid, tewerkstelling, woonst en sociale bescherming inclusief.

Dit ontwerp van decreet regelt expliciet het geestelijke gezondheidsaanbod voor personen met alle vormen van psychische zorgnoden, ook wanneer deze zorgnoden niet resulteren in een zorgvraag die de persoon zelf stelt in de richting van het geestelijke gezondheidsaanbod.

#### **Artikel 4**

Vier kwalitatieve hervormingen zijn minimaal noodzakelijk om de realisatie van de doelstelling van dit ontwerp van decreet in de toekomst mogelijk te maken. Deze vier kwalitatieve hervormingen hebben betrekking op:

1. Niet enkel inzetten op individugerichte zorg, maar ook op populatiegerichte acties om de waardering, bescherming en versterking van de geestelijke gezondheid van alle burgers te vergroten,
2. Het verbeteren van de toegankelijkheid en aanvaardbaarheid van het geestelijke gezondheidsaanbod,
3. Heroriëntering van de principes die de zorg voor personen met psychische zorgnoden en hun context vormgeven. Het doel hiervan is om het proces van gezonde ontwikkeling, genezing en/of herstel vanuit het zorgaanbod optimaal te kunnen ondersteunen,
4. Veranderingen in de organisatie van het geestelijke gezondheidsaanbod doorvoeren. Dit omvat de evolutie naar een geïntegreerd zorgaanbod en integrale zorg en ondersteuning voor de individuele gebruikers en hun context zo dicht mogelijk in de natuurlijk omgeving van de gebruiker.

De Vlaamse overheid wil er ten slotte op toezien dat de geleverde zorg voor burgers en voor de gemeenschap overeenstemt met de doelstelling van het ontwerp van decreet . Daarom wil het inzetten op een geïntegreerd kwaliteitsbeleid.

Deze vier kwalitatieve hervormingen en het geïntegreerd kwaliteitsbeleid worden geconcretiseerd in de werkingsprincipes van dit ontwerp van decreet die door alle netwerkpartners in acht dienen genomen worden.

1. Naast individugerichte zorg omvat het geestelijke gezondheidsaanbod populatiegerichte acties. Deze populatiegerichte acties hebben betrekking op het verbeteren van de geestelijke gezondheidscompetenties van alle burgers en op destigmatisering en sociale inclusie van personen met psychische zorgnoden. Met deze populatiegerichte acties wil het voorliggend ontwerp aanvullend werken op het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid. Het ontwerp wil voornamelijk bekomen dat alle actoren – gebruikers, hun context en professionals binnen en buiten de (geestelijke) gezondheidszorg - die op één of andere manier betrokken zijn bij het geestelijke gezondheidsaanbod, bijdragen aan de bevordering van de geestelijke gezondheidscompetenties van burgers en aan destigmatisering van personen met psychische zorgnoden. De ambitie is om de impact van psychische aandoeningen en verslaving op de gezondheid te verminderen en om de samenleving op termijn vrij te maken van stigma en discriminatie jegens personen met psychische zorgnoden. Daartoe zal het noodzakelijk zijn dat deze populatiegerichte acties zo breed mogelijk gedragen en ondersteund worden, ook binnen de GGZ.

Geestelijke gezondheidscompetenties verbeteren en werken aan destigmatisering kan uiteraard deel uitmaken van individugerichte zorg. In het geval van destigmatisering kan het dan gaan over werken aan zelf-stigma die de gebruiker en/of zijn context ervaart.

2. M.b.t. de verbetering van de toegankelijkheid en de aanvaardbaarheid van het geestelijke gezondheidsaanbod worden twee werkingsprincipes geformuleerd:
  - a) de toegankelijkheid en aanvaardbaarheid van het geestelijke gezondheidsaanbod wordt gewaarborgd voor alle burgers, zonder discriminatie op grond van herkomst, ideologische, godsdienstige en filosofische overtuiging of lidmaatschap, seksuele oriëntatie en genderidentiteit, sociale of financiële situatie, fysieke of cognitieve mogelijkheden, of enig ander criterium op grond waarvan kan worden gediscrimineerd:
  - b) de gebruiker kiest in eigen regie en in gelijkwaardig partnerschap met de zorgverlener zijn geestelijke gezondheidsaanbod, dat gericht is op zijn zorgvraag, en

die van zijn context. Wanneer de gebruiker geen zorgvraag heeft, wordt dit principe zo maximaal mogelijk nagestreefd.

Toegankelijke zorg kent verschillende voorwaarden die voor iedereen voldaan dienen te worden: beschikbaarheid, betaalbaarheid, bereikbaarheid en tijdigheid van de zorg en toegang tot informatie m.b.t. het geestelijke gezondheidsaanbod. Toegankelijke zorg veronderstelt daarom vaak buurtgebonden zorg. Door in te zetten op actieve samenwerking op lokaal vlak – zowel tussen informele zorgverleners als professionals, zowel binnen als buiten de (geestelijke) gezondheidszorg - zal buurtgebonden zorg hulp- en zorgverstrekking efficiënter organiseren. Het ontwerp van decreet sluit hier aan bij het decreet van 9 februari 2018 betreffende het lokaal sociaal beleid dat de toegankelijkheid van de hulpverlening wil ondersteunen. Er wordt aan lokale besturen gevraagd om de sociale hulp- en dienstverlening van de actoren die in de gemeente actief zijn maximaal op elkaar af te stemmen. Onder regie van het lokaal bestuur wordt het geïntegreerd breed onthaal uitgebouwd (Vandeurzen, 2016). Daarnaast wil de Vlaamse overheid een ondersteuningsbeleid voorzien ten aanzien van de lokale besturen om burgerinitiatieven, vrijwilligers en informele zorg te kunnen ondersteunen. Het ontwerp van decreet wil onderstrepen dat - naast de Vlaamse overheid - de lokale besturen hun verantwoordelijkheid dienen te nemen in de uitbouw van buurtgebonden en generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid.

Aanvaardbaarheid van zorg impliceert persoonsgerichte zorg, waarin drie elementen centraal staan: (1) menselijke waardigheid en respect, integriteit en diversiteit, (2) de autonomie van de gebruiker zowel in het kiezen van het – voor hem passende - geestelijke gezondheidsaanbod, als in de uitwerking van zijn begeleidingsplan, en (3) de relevantie van het zorgaanbod voor de gebruiker en zijn context.

3. Zes werkingsprincipes hebben betrekking op de zorg voor personen met psychische zorgnoden en hun context:
  - a) de persoonlijke levenssfeer van de gebruiker en zijn context wordt gerespecteerd. Dit is essentieel voor de aanvaardbaarheid van het geestelijke gezondheidsaanbod,
  - b) het geestelijke gezondheidsaanbod is ontwikkelings-, herstel- en krachtgericht. Dit impliceert dat het geestelijke gezondheidsaanbod volgende richtlijnen hanteert:
    - engagement van de directie van de zorgvoorziening om een ontwikkelings-, herstel- en krachtgericht geestelijke gezondheidsaanbod aan te bieden,
    - burgerschap van de gebruiker promoten,
    - focus op de werkrelatie tussen de gebruiker en de zorgverlener,
    - gezamenlijke besluitvorming van de professional en de gebruiker: het gelijkwaardig belang van professionele expertise en levenservaring van de gebruiker en zijn context wordt erkend,
    - ondersteunen van het herstelproces volgende de waarden van de gebruiker, en in het geval van minderjarigen ook volgens de waarden van de ouders en de opvoeder,
    - diagnostiek van sterktes. Het proces van empowerment staat centraal,
    - de zorg is gericht op alle levensdomeinen van de gebruiker: psychisch en lichamelijk functioneren, inkomen en budget, wonen, dagbesteding, onderwijs, opleiding, tewerkstelling, sociale contacten en het functioneren in het gezin en sociale relaties. Symptomen en neveneffecten worden besproken in termen van hun effect op deze levensdomeinen,
    - "positive risk-taking": samen met de professionals zoeken naar potentiële risico's van beslissingen en samen de mogelijke schadelijke gevolgen ervan beperken.
  - c) het gebruik van dwanginterventies wordt zoveel mogelijk voorkomen en vermeden. Dwanginterventies omvatte afzondering en fysieke fixatie, gedwongen opname en toedienen van medicatie onder dwang. Er is een brede consensus dat deze ingrijpende gebeurtenissen en beslissingen maximaal moeten voorkomen worden. Dwanginterventies kunnen enkel toegepast worden als beschermingsmaatregel wanneer de gebruiker zijn gezondheid of zijn veiligheid ernstig in gevaar brengt, of wanneer de gebruiker een ernstige bedreiging vormt voor andermans leven of integriteit. Ze dienen in dat geval op een respectvolle, menselijke en herstelbevorderende manier toegepast te worden,

- d) de professionals stellen alles in het werk om de context van de gebruiker te betrekken en te ondersteunen. Het geestelijke gezondheidsaanbod vindt plaats binnen de driehoek gebruiker, context en professional, voor zover de gebruiker hiermee toestemt. Voor kinderen, jongeren en jongvolwassenen die binnen hun ouderlijk gezin of gezinsvervangende context wonen, gebeurt dit in de regel altijd. Voor meerderjarige gebruikers die niet meer in hun ouderlijk gezin wonen, betekent werken in de triade – in de regel - dat de zorgverlener van de gebruiker zich blijft inspannen om personen uit de context van zijn cliënt te betrekken bij de zorg, ook wanneer de gebruiker dit moeilijk vindt of verkiest om dit niet te doen. De meerderjarige gebruiker heeft het laatste woord m.b.t. dit contact. Er zijn uiteraard enkele uitzonderingen waarin contact tussen de minder- of meerderjarige gebruiker en personen uit de context van de gebruiker gemeden moet worden. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer er één of meerdere vormen van misbruik plaatsvinden in deze context of wanneer de meerderjarige gebruiker zich uitdrukkelijk wenst te distantiëren van zijn context omwille van de ernstige negatieve invloed die hij er ondervindt,
  - e) professionals die betrokken zijn bij de GGZ en zorgvoorzieningen stemmen hun zorgaanbod af op de zelfzorg van de gebruiker en de zorg of ondersteuning die door zijn context wordt aangeboden. Vlaanderen wil enerzijds vertrekken vanuit de veerkracht, de zelfzorg en het zelfmanagement van de burgers en hun context, en anderzijds vanuit de initiatieven voor vrijwillige en informele zorg of ondersteuning, en daar de nodige zorg en ondersteuning van professionals op afstemmen voor zover en voor zolang dit nodig is,
  - f) ervaringsdeskundigheid draagt bij tot een kwaliteitsvol geestelijke gezondheidsaanbod. Er wordt naar gestreefd de inschakeling van ervaringsdeskundigen te laten evolueren op een continuüm dat gaat van consultatie, over actieve betrokkenheid naar partnerschap en gedeeld leiderschap (Carman et al., 2013). Voldoende ondersteuning aanbieden aan deze gebruiker- en familie-ervaringsdeskundigen bij de uitvoering van hun taken is van groot belang. Onder andere de lokale intervisiegroepen van patiënten- en familieorganisaties nemen hier een belangrijke rol in op.
4. Drie werkingsprincipes hebben betrekking op de organisatie van het geestelijke gezondheidsaanbod:
- a) het geestelijke gezondheidsaanbod is erop gericht de gebruiker en de personen met geestelijke gezondheidsbehoeften te ondersteunen in de realisatie van zijn eigen potentieel en het participeren aan de gemeenschap waartoe hij behoort. Het geestelijke gezondheidsaanbod ondersteunt de gebruiker daarbij waar nodig met een continu zorgaanbod dat zoveel mogelijk verloopt in de natuurlijke omgeving van de gebruiker. Er wordt vanuit gegaan dat de zorg die in de vertrouwde en natuurlijke omgeving verleend wordt door personen die het dichtste bij de zorgvrager staan – vermaatschappelijking van zorg genoemd - de grootste kansen biedt op kwaliteit van leven. Een continu zorgaanbod houdt een coherente zorgverlening in op korte termijn, zowel binnen als tussen de teams van zorgverleners, en op lange termijn onder de vorm van ononderbroken contactreeksen tussen zorgverleners die al dan niet samenwerken in een team;
  - b) het geestelijke gezondheidsaanbod neemt subsidiariteit als uitgangspunt. Met subsidiariteit wordt bedoeld dat de meest persoonsgerichte, effectieve, efficiënte, minst ingrijpende en meest kortdurende zorgvorm die mogelijk en nodig is, wordt aangeboden. Dit is zowel het geval voor mildere psychische zorgnoden, als voor meer ernstige en mogelijk chronische psychische aandoeningen. Tegelijkertijd is het zorgmodel gebaseerd op het subsidiariteitsprincipe complementair met het model van passende zorg. Dit houdt in dat de gebruiker zo snel mogelijk bij de juiste professional komt en de juiste behandeling of begeleiding krijgt, ter voorkoming van onder- of overbehandeling. Dit impliceert dat de individugerichte zorg voor een individuele gebruiker en zijn context kan starten op elk van de zorgniveaus;
  - c) om de levenskwaliteit van de gebruiker te optimaliseren wordt het geestelijke gezondheidsaanbod georganiseerd op een geïntegreerde wijze, hetgeen resulteert in integrale zorg en ondersteuning van de gebruiker en zijn context. Geïntegreerde zorg

en ondersteuning is het op operationeel en organisatorisch niveau samenwerken van alle netwerkpartners. Het doel van deze samenwerking is een kwaliteitsvolle integrale zorg en ondersteuning van de gebruiker en zijn context doorheen de hele levensloop. Integrale zorg en ondersteuning omvat zelfzorg, preventie, vrijwillige en informele ondersteuning, acute en langdurige gezondheidsaanbod, generalistische en gespecialiseerde gezondheidsaanbod en de diensten ter ondersteuning van welzijn, opleiding, tewerkstelling, wonen, vrije tijd en justitie, alsook de onderlinge afhankelijkheid tussen deze ondersteunings- en zorgvormen, doorheen de hele levensloop van de gebruiker. De zorgnoden van de gebruiker en zijn context vormen hierbij het uitgangspunt. Het nastreven van een goede levenskwaliteit en empowerment van de gebruiker en zijn context is de ambitie. Integrale zorg en ondersteuning aanbieden is vooral van belang voor personen met langdurige en ernstige psychische zorgnoden.

5. De Vlaamse overheid wil er op toezien dat het geleverde geestelijke gezondheidsaanbod voor burgers en voor de gemeenschap afgestemd is op de werkingsprincipes die hierboven beschreven worden. Daarom wil het inzetten op een geïntegreerd kwaliteitsbeleid, hetgeen als laatste werkingsprincipe wordt opgenomen in dit ontwerp van decreet . Het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen (hierna kwaliteitsdecreet) heeft voor een aantal sectoren, die in dit decreet vervat zitten, uitvoering gekregen. Met name voor de psychiatrische ziekenhuizen en de centra voor geestelijke gezondheidszorg (BVR 27/1/2006).

Een geïntegreerd kwaliteitsbeleid bestaat uit een aantal onderdelen: (1) werken met indicatoren, (2) toezicht en externe toetsing (door middel van bijvoorbeeld benchmarking, certificering, etc.) en (3) een goed klachtenbeleid op het niveau van de zorgvoorzieningen maar ook op het niveau van de Vlaamse Overheid. Het is belangrijk dat de organisaties en zorgvoorzieningen, de vertegenwoordigers van zorgverleners, de vertegenwoordigers van gebruikers en de vertegenwoordigers van de context van gebruikers hierbij actief betrokken worden.

De doelstelling van een geïntegreerd kwaliteitsbeleid is vanzelfsprekend zo veel mogelijk kwaliteitsvolle zorg te garanderen. Dit bereiken we alleen als elke zorgverlener en elke andere professional die betrokken is bij de GGZ zich bewust is van het belang van kwaliteit.

Alhoewel het werken met indicatoren al werd opgenomen in het kwaliteitsdecreet is, dit nog onvoldoende tot uitvoering gebracht. De Wereldgezondheidsorganisatie vraagt echter in haar Europese Actieplan voor de Geestelijke Gezondheid van 2013 dat alle Europese landen kwaliteitsindicatoren ontwikkelen en gebruiken in de geestelijke gezondheidszorg (WHO, Regional Office for Europe, 2013c). Nu met de oprichting van het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg wordt vanuit de verschillende sectoren gewerkt aan wetenschappelijk onderbouwde kwaliteitsindicatoren op vrijwillige basis. De kwaliteitsindicatoren met betrekking tot het geestelijke gezondheidsaanbod zullen verder ontwikkeld worden volgens de volgende zeven dimensies van kwaliteit van zorg (Alberta Health Services - <https://www.albertahealthservices.ca/about/about.aspx>; Berwick et al., 2008; Hoge Gezondheidsraad, 2016b; Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000; Thornicroft & Tansella, 1999):

- a) de toegankelijkheid van het geestelijke gezondheidsaanbod. Dit gaat over de mate waarin alle burgers individuerichte zorg en populatiegerichte acties vinden en krijgen, en dit binnen een aanvaardbare tijd, inspanning, afstand en prijs. Dit betekent dat het geestelijke gezondheidsaanbod beschikbaar is voor alle leeftijdsgroepen. Er dient speciale aandacht te gaan naar de beschikbaarheid van het geestelijke gezondheidsaanbod voor leden van kwetsbare groepen, waarbij rekening gehouden wordt met de culturele en etnische diversiteit;
- b) de aanvaardbaarheid van het geestelijke gezondheidsaanbod. Een persoonsgericht geestelijke gezondheidsaanbod staat hierbij centraal. Dit houdt in dat menselijke waardigheid, respect, integriteit en verschillende vormen van diversiteit centraal staan binnen het geestelijke gezondheidsaanbod, dat de autonomie van de gebruiker centraal staat binnen de individuerichte zorg, en dat de individuerichte zorg maximaal wordt afgestemd op de zorgvragen en/of

- zorgnoden van de gebruiker en zijn context zodat de zorg maximaal relevant is voor de gebruiker en zijn context. Hierbij dient rekening gehouden te worden met de belasting voor de professionals, de initiatieven voor vrijwillige en informele zorg en ondersteuning en voor de mantelzorger;
- c) de geschiktheid van het geestelijke gezondheidsaanbod. Dit houdt in dat de gebruiker en zijn context en de personen met geestelijke gezondheidsbehoeften respectievelijk de individugerichte zorg en populatiegerichte acties krijgen die zij nodig hebben en die bij hun voorkeuren past, en dat de gebruiker en zijn context de individugerichte zorg nodig hebben die zij krijgen. De individugerichte zorg en de populatiegerichte acties zijn daarenboven gebaseerd op de meest recente wetenschappelijke inzichten, praktijkkennis en ervaringsdeskundigheid;
  - d) de effectiviteit van het geestelijke gezondheidsaanbod. Wanneer toegepast op individugerichte zorg betekent effectiviteit dat er een positieve evolutie plaatsvindt zowel op het vlak van het klinisch herstel, het maatschappelijk herstel als van het persoonlijk herstel van de gebruiker. Daarnaast betekent dit dat de impact van de psychische zorgnoden ook verminderen op de context van de gebruiker. De individugerichte zorg en de populatiegerichte acties worden op regelmatige basis geëvalueerd zodat de gebruiker en zijn context en de personen met geestelijke gezondheidsbehoeften steeds de best mogelijke individugerichte zorg en/of populatiegerichte acties krijgen;
  - e) de veiligheid van het geestelijke gezondheidsaanbod. Wanneer toegepast op individugerichte zorg houdt dit in dat de risico's van de aangeboden zorg voor de gebruiker, zijn context, de professional en de initiatieven voor vrijwillige en informele zorg of ondersteuning maximaal gecontroleerd, beheerst en hersteld worden, dat risico-houdende gebeurtenissen intern worden gemeld, geanalyseerd en gedeeld zodat ze in de toekomst kunnen worden vermeden;
  - f) de rechtvaardigheid van het geestelijke gezondheidsaanbod. Dit houdt in dat de toegang, het proces en de uitkomst van aangeboden individugerichte zorg en populatiegerichte acties niet worden bepaald door de herkomst, ideologische, godsdienstige en filosofische overtuiging of lidmaatschap, seksuele oriëntatie en genderidentiteit, sociale of financiële situatie, of de fysieke of cognitieve mogelijkheden van de gebruiker, maar door de zorgvragen en /of de zorgnoden van de gebruiker en zijn context;
  - g) de efficiëntie van het geestelijke gezondheidsaanbod. Dit houdt in dat de zorg voor de gebruiker en zijn context wordt verleend met optimale inzet van middelen en dat professionals zorgen voor continue zorg, optimale coördinatie en integratie van de zorg.

Wat de toegankelijkheid en aanvaardbaarheid van het geestelijke gezondheidsaanbod betreft, bevestigt het ontwerp van decreet uitdrukkelijk het basisprincipe van de non-discriminatie. Dit wil zeggen dat geen enkele netwerkpartner een gebruiker de toegang tot zorg en ondersteuning mag ontzeggen op basis van zijn ideologische, godsdienstige en filosofische overtuiging of lidmaatschap of enig ander criterium op grond waarvan kan worden gediscrimineerd, zoals bijvoorbeeld seksuele voorkeur of afkomst. De non-discriminatie op vlak van de godsdienstige en levensbeschouwelijke overtuiging van de gebruikers doet evenwel geen afbreuk aan de vrijheid van de netwerkpartners om zich in hun visie op zorg en werking te laten inspireren al dan niet door een levensbeschouwing. Met dit werkingsprincipe bevestigen we ook een bestaand uitgangspunt van een aantal zorgvoorzieningen, zoals psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, centra voor geestelijke gezondheidszorg ... en de regelgeving die hun erkennings- en financieringsvoorwaarden regelt.

De verdere uitwerking van een specifiek kwaliteitsbeleid kan verder via (een aanpassing van) en verdere uitvoering van het kwaliteitsdecreet gebeuren.

6. Zorgvoorzieningen hebben een maatschappelijke functie, met name de gezondheid en het welzijn van de burgers te behouden, te ondersteunen of daar waar mogelijk te verbeteren. Om deze taak uit te voeren, ontplooiën zij werkzaamheden waarvoor zij deels door middel van collectieve middelen vergoed worden. Zowel hun maatschappelijke

opdracht, als de wijze waarop zij hiervoor gefinancierd worden, vereist een grote mate van openheid, transparantie en toegankelijkheid. De geboden zorg- en dienstverlening moet van een maatschappelijk verantwoorde kwaliteit zijn. Dit betekent, onder meer, dat geen enkele (erkende) zorgvoorziening zich kan onttrekken aan het toezicht door de overheid. De hiervoor ter beschikking gestelde publieke middelen moeten efficiënt en effectief aangewend worden. Alle zorgvoorzieningen dienen hiertoe geresponsabiliseerd te worden.

Een zorgvoorziening profileert zich als een sociale onderneming: ze wordt gestuurd door de vraag van de gebruiker en wordt gedreven door de doelstelling zoveel mogelijk (meer)waarde te creëren voor de gebruiker. Met andere woorden, los van het juridische statuut van de zorgorganisatie, streeft men niet enkel en alleen winst na. Dit sociaal ondernemerschap kan zich ontwikkelen zowel binnen profit als non-profit organisaties en hecht zowel belang aan de maatschappelijke, als aan de economische waardecreatie met het oog op de financiële duurzaamheid en de economische leefbaarheid van de initiatieven. Sociaal ondernemerschap betekent vooral gericht zoeken naar innovatieve, creatieve en flexibele manieren om vraaggestuurde zorg en ondersteuning aan te reiken. Binnen een regelluw kader, met voldoende managementruimte, kunnen sociale ondernemers een antwoord bieden aan veranderende zorg- en ondersteuningsnoden. Het spreekt voor zich dat daarbij ook afspraken horen met betrekking tot informatie en transparantie over de kwaliteit, de prestaties en de prijs en goed personeelsbeleid.

De maatschappelijke rol en verantwoordelijkheid van instellingen in de zorg- en welzijnssector kan niet onderschat worden. Het landschap is bijzonder gevarieerd maar één ding hebben ze gemeenschappelijk: ze staan allemaal in voor een maatschappelijk zeer belangrijke zaak, nl. levenskwaliteit bieden aan bepaalde doelgroepen. In het binnen- en buitenland zijn de afgelopen jaren heel wat zorginstellingen in moeilijkheden gekomen. Ook zorgvoorzieningen zijn dus kwetsbaar.

Goed bestuur betekent dat ook in ons land de overheid hier een pro actief beleid voert. Immers, er worden heel wat publieke middelen ter beschikking gesteld van organisaties die daarmee zorg en ondersteuning aan kwetsbare mensen aanbieden. De overheid mag verwachten dat de organisaties de toevertrouwde publieke middelen op een zorgvuldige manier inzetten en, gelet op het uitzonderlijk belang van de continuïteit van beschikbaarheid van goede zorg en hulp ook op financieel vlak een duurzaam beleid voeren.

Het huidige regelgevende kader voor de zorgsector is vooral toegespitst op kwaliteit van de zorg, en dat is begrijpelijk: het is immers van het grootste belang dat de Vlaamse zorgsector kwaliteit biedt. Maar zeker op een ogenblik dat meer vraaggestuurde financieringssystemen ontstaan, gepleit wordt voor meer samenwerking over sectoren heen, appel gedaan wordt op het sociaal ondernemerschap en daar de nodige regelluwte voor gecreëerd wordt en tenslotte steeds nieuwe spelers diensten aanbieden, moet de overheid ook inzetten op transparantie en weerbaarheid van de gesubsidieerde voorzieningen op financieel en bestuurlijk vlak. Een financiële soliditeit én professionele organisatie is onontbeerlijk om de zorgcontinuïteit te kunnen verzekeren.

Vandaag de dag zijn zorgvoorzieningen volgens federale en Vlaamse regelgeving reeds onderworpen aan een aantal maatregelen die zorgen voor bestuurlijke en financiële weerbaarheid en transparantie. Deze zijn meestal afhankelijk van de rechtsvorm waarin ze zijn georganiseerd (vennootschap, vzw, openbaar bestuur). Het gaat onder meer over:

- verplichtingen inzake te voeren boekhouding (zowel voor vennootschappen, vzw's als openbare besturen of afgeleide rechtspersonen)
- revisorale controle voor sommige actoren (bv. grote vennootschappen, zeer grote vzw's ...)
- transparantie-maatregelen voor sommige actoren:
  - het verplicht neerleggen van de jaarrekening bij de Nationale Bank van België (bv. vennootschappen, grote en zeer grote vzw's) of op de griffie van de rechtbank van koophandel (kleine vzw's), het goedkeuren van budgetten en jaarrekeningen op een openbare gemeenteraad en/of ocmw-raad, ...;
  - het verplicht openbaar maken van andere gegevens zoals de organisatiestructuur weergegeven in de statuten, de personen in het bestuursorgaan, het dagelijks bestuur..., het maatschappelijk kapitaal, inbrengen in de rechtspersoon, enz.
- maatregelen inzake organisatie en structuur:
  - verplicht opstellen van een financieel plan (verplicht bij bvba, nv);



- verplicht opstellen van een bestuursplan
- aanbevelingen voor goed bestuur in de welzijns- en zorgorganisaties, zowel voor profit-organisaties als voor social profit-organisaties.

Deze bestaande maatregelen inzake bestuurlijke en financiële weerbaarheid en transparantie zijn niet gekoppeld aan de erkenning van de zorgvoorzieningen (in tegenstelling tot bv. de kwaliteitsvoorwaarden die wel aan de erkenning zijn gekoppeld).

In dit ontwerp van decreet wordt voorgesteld om enerzijds de koppeling te maken tussen de erkenning en bestaande verplichtingen en vervolgens een aantal bijkomende maatregelen op te leggen inzake bestuurlijke en financiële weerbaarheid en transparantie. Zie schema verder.

Ook in andere sectoren en landen worden maatregelen genomen ter verhoging van de bestuurlijke en financiële weerbaarheid en transparantie die verder gaan dan de bestaande maatregelen.

Bijvoorbeeld:

In de Wet van 10 juli 2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen verplicht men bijvoorbeeld de controle door bedrijfsrevisoren van ziekenhuizen, moet de identiteit van de directeur en/of verantwoordelijke persoon of personen aan de minister worden meegedeeld en is men verplicht om bepaalde gegevens mee te delen (mededeling van de financiële toestand, de bedrijfsuitkomsten, verslag revisor, alle statistische gegevens (i.v.m. inrichting en medische activiteiten), de identiteit directeur en/of van de voor de genoemde mededelingen verantwoordelijke,...).

De Nederlandse zorginstellingen zijn, door de Wet van 20 oktober 2005 tot vereenvoudiging van het stelsel van overheidsbemoedienis met het aanbod van zorginstellingen (Wet toelating zorginstellingen WTZi) en het Besluit van 3 november 2005, houdende uitvoering van enige bepalingen van de Wet toelating zorginstellingen (Uitvoeringsbesluit WTZi), verplicht een ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering te hebben (met een schriftelijke vastlegging van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden, vastlegging van samenwerkingsrelaties, onderscheiden van nevenactiviteiten voeren van een deugdelijke financiële administratie). Daarnaast controleert een externe accountant boekhouding, is er een maatschappelijk jaarverslag, enz.

In dit ontwerp van decreet introduceren we specifieke maatregelen op vlak van financiële en bestuurlijke weerbaarheid en transparantie.

Hiervoor wordt in de eerste plaats een koppeling gemaakt tussen bestaande maatregelen, opgelegd in andere wetgeving, en de erkenning van de zorgvoorzieningen.

In de tweede plaats worden er nieuwe maatregelen ingevoerd.

Inhoudelijk zijn de nieuwe maatregelen onder te brengen in vijf grote hoofdthema's:

- 1.een administratief basisdossier weerbaarheid
- 2.maatregelen rond boekhouding en revisorale controle
- 3.maatregelen rond de structuur en de organisatie
- 4.maatregelen die zorgen voor de nodige bestuurlijke en financiële transparantie
- 5.maatregelen rond een goed beleid

De soort en het aantal van deze maatregelen die op een concrete zorgvoorziening van toepassing zal zijn, is afhankelijk van de grootte en/ of het verbonden zijn met andere rechtspersonen. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van twee categorieën. De opgelegde maatregelen naar financiële en bestuurlijke weerbaarheid en transparantie gelden per initiatiefnemer.

<b>Reeds bestaande verplichtingen in verband met financiële en bestuurlijke transparantie en weerbaarheid in huidige regelgeving (niet limitatief)</b>	<b>Bijkomende verplichtingen in verband met financiële en bestuurlijke transparantie en weerbaarheid</b>
Revisorale controle voor bepaalde vennootschappen en vzw's	
Boekhoudsysteem van de Beleids- en beheerscyclus overheden/ decreet lokaal bestuur	

Voeren verplichte boekhouding voor vennootschappen en vzw's / overheden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- naleven bestaande regelgeving wordt gekoppeld aan de erkenning</li> <li>- nieuwe maatregelen zijn van subsidiaire aard en slechts toepasselijk voor zover geen andere wettelijke verplichtingen zijn opgelegd aan de betrokken zorgvoorziening die met dezelfde finaliteit en draagwijdte de bestuurlijke en financiële weerbaarheid en transparantie waarborgen.</li> </ul>
Neerleggen jaarrekeningen bij de nationale Bank van België voor vennootschappen en grote en zeer grote vzw's	
Neerleggen jaarrekening bij griffie rechtbank koophandel kleine vzw's	
Publicatie van bestuurders, belangrijke en bepaalde beslissingen in de bijlagen van het Belgisch Staatsblad voor vzw's en vennootschappen	
Wet openbaarheid van bestuur overheden	
Wettelijke opgelegde structuur voor vzw's en vennootschappen	
Regels rond overdracht erkenningen	
Verplichting financieel plan voor bvba, cvba, nv, comm. VA	
Verplichting financieel plan & bestuursplan voor de woonzorgvereniging/vennootschap	
Maatregelen audit en organisatiebeheersing voor overheden en gerelateerde rechtspersonen	
Aanbevelingen inzake goed bestuur	
	Basisdossier opmaken en overmaken/bepaald bekend maken
	Financieel plan bij eerste erkenning
	Voeren boekhouding, <ul style="list-style-type: none"> <li>- eventueel verplicht "dubbel boekhouden" indien opgelegd door Vlaamse Regering</li> <li>- eventueel specifieke rapportering</li> </ul>
	Melden van strategische beslissingen. Deze mogen continuïteit zorg niet in gedrang brengen
	Verplicht om een code voor goed bestuur op te maken, goed te keuren en na te leven
	Enkel categorie I: Aanstellen commissaris(sen)
	Enkel categorie I: Solide passende regeling bedrijfsorganisatie
	Enkel categorie I: Bepalingen rond risicobeheer

De maatregelen ter bevordering van de financiële en bestuurlijke weerbaarheid en transparantie zullen van toepassing zijn op alle initiatiefnemers van zorgvoorzieningen. Zo worden zowel de non-profit (bv. vzw), profit (bv. vennootschappen) als overheid gevat. De governance- en organisatiestructuur van een vzw, een overheid of overheid gerelateerde rechtspersoon of een vennootschap zijn verschillend. Hiermee dient rekening te worden gehouden. De invulling van de corporate governance kan aangepast zijn naargelang de grootte en rekening houdend met de specifieke eigenschappen van de initiatiefnemer, maar de transparantie naar de Vlaamse overheid toe is essentieel.

Met de doelstelling van het ontwerp van decreet betreffende geestelijke gezondheid en de beschreven werkingsprincipes schrijft dit ontwerp van decreet zich in in het WHO kader van integrale persoonsgerichte gezondheidszorg (WHO, 2015).

### **Hoofdstuk 3: Specifieke bepalingen over de financiële en bestuurlijke weerbaarheid en transparantie**

## Artikel 5

Een zorgvoorziening wordt uitgebaat door een rechtspersoon. We spreken dan, conform art. 2, 19°, van een initiatiefnemer. De eerste paragraaf van dit artikel geeft de criteria weer op basis waarvan deze initiatiefnemers worden opgedeeld in twee categorieën.

Categorie I bevat de "grotere" initiatiefnemers. Dit zijn de zorgvoorzieningen die uitgebaat worden in een vennootschap, buitenlandse vennootschap, vzw, stichting of buitenlandse verenigingen met een jaargemiddelde van minstens 100 werknemers (criterium dat ook geldt voor de ondernemingsraden). Daarnaast bevat categorie I ook de zorgvoorzieningen uitgebaat door een vennootschap, buitenlandse vennootschap, vzw, stichting of buitenlandse vereniging, die deel uitmaken van een groep. Hiermee bedoelen we initiatiefnemers die die op één of andere manier verbonden zijn met andere rechtspersonen en/of onder dezelfde leiding staan. Op categorie I zullen meer maatregelen van toepassing zijn.

Categorie II is de restcategorie waarop een beperkter aantal maatregelen van toepassing zullen zijn. Reden hiervoor is dat zij initiatiefnemers bevat die kleiner van omvang zijn.

De opdeling tussen categorie I en II gebeurt dus aan de hand van volgende principes:

- er wordt gewerkt met het criterium van een jaargemiddelde van minstens 100 werknemers. Dit is een bestaand criterium dat weergegeven wordt in artikel 15, §5, eerste en tweede lid van het Wetboek van Vennootschappen. Dit weerspiegelt de grootte van de zorgvoorziening. Concreet bedoelt men met het gemiddeld aantal tewerkgestelde werknemers het gemiddelde van het aantal werknemers uitgedrukt in voltijdse equivalenten dat is geregistreerd in de DIMONA-databank overeenkomstig het koninklijk besluit van 5 november 2002 tot invoering van een onmiddellijke aangifte van tewerkstelling, met toepassing van artikel 38 van de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels, per einde van elke maand van het boekjaar, of indien de tewerkstelling niet behoort tot het toepassingsgebied van dit koninklijk besluit, het gemiddelde aantal tewerkgestelde werknemers uitgedrukt in voltijdse equivalenten van de in het algemene personeelsregister of een gelijkwaardig document ingeschreven werknemers per einde van elke maand van het beschouwde boekjaar. Het aantal werknemers uitgedrukt in voltijdse equivalenten is gelijk aan het arbeidsvolume uitgedrukt in voltijds tewerkgestelde equivalenten, te berekenen voor de deeltijdse werknemers op basis van het conventioneel aantal te presteren uren, gerelateerd ten opzichte van de normale arbeidsduur van een vergelijkbare voltijdse werknemer (referentiewerknemer);
- categorie I bevat tevens alle initiatiefnemers die op één of andere manier deel uitmaken van een grotere groep, die op één of andere manier verbonden zijn met andere rechtspersonen en/of onder dezelfde leiding staan;
- categorie II geldt als restcategorie.

De criteria op grond waarvan vennootschappen of buitenlandse vennootschappen geacht worden te behoren tot een groep, die op één of andere manier verbonden zijn met andere rechtspersonen en/of onder dezelfde leiding staan, zijn afkomstig uit het Wetboek Vennootschappen.

Omdat er geen criteria in bestaande wettelijke regelgeving bestaan om vzw's, stichtingen of hun buitenlandse varianten te definiëren als onderdeel van een groep, noch er criteria bestaan om gemengde groepen (dit zijn groepen waar zowel vennootschappen als vzw's of stichtingen toe behoren) te definiëren, werden de onderdelen b), c) en e) in artikel 5 § 1 ingevoerd. Zij zijn gebaseerd op de soortgelijke bepalingen van het Wetboek Vennootschappen, maar verruimd tot vzw's, stichtingen of buitenlandse varianten.

Met een gemengd consortium in 2°, b), wordt een consortium bedoeld waar buiten vennootschappen of buitenlandse vennootschappen ook vzw's, stichtingen (of andere

varianten) betrokken zijn. De bepalingen rond het consortium moeten dan gelezen worden, zoals in art. 2<sup>o</sup>, d).

In 2<sup>o</sup>, d), is er een " consortium" wanneer vzw's, stichtingen en/of vennootschappen (of buitenlandse varianten) onder centrale leiding staan.

Dit wordt onweerlegbaar vermoed:

- wanneer de centrale leiding voortvloeit uit tussen deze rechtspersonen gesloten overeenkomsten of uit statutaire bepalingen, of;
- wanneer hun bestuursorganen voor het merendeel bestaan uit dezelfde personen.

Behoudens tegenbewijs worden rechtspersonen vermoed onder centrale leiding te staan wanneer de meerderheid van de aandeelhouders en/of bezitters van stemrechten dezelfde personen zijn.

Onder "controle" over of door een vzw of stichting (of buitenlandse varianten) in 2<sup>o</sup>, e), moet worden verstaan, de bevoegdheid in rechte of in feite om een beslissende invloed uit te oefenen op de aanstelling van de meerderheid van bestuurders of op de oriëntatie van het beleid.

De controle is in rechte en wordt onweerlegbaar vermoed :

- wanneer zij voortvloeit uit het bezit van de meerderheid van de stemrechten van de betrokken rechtspersoon;
- wanneer een lid het recht heeft de meerderheid van de bestuurders of zaakvoerders te benoemen of te ontslaan;
- wanneer een lid krachtens de statuten van de betrokken rechtspersoon of krachtens met die rechtspersoon gesloten overeenkomsten over de controlebevoegdheid beschikt;
- wanneer op grond van een overeenkomst met andere leden van de betrokken rechtspersoon, een lid beschikt over de meerderheid van de stemrechten verbonden aan die rechtspersoon;
- in geval van gezamenlijke controle.

De controle is in feite wanneer zij voortvloeit uit andere factoren dan hierboven bedoeld.

Een lid wordt, behoudens bewijs van het tegendeel, vermoed over een controle in feite te beschikken op een rechtspersoon, wanneer hij op de voorlaatste en laatste algemene vergadering van deze rechtspersoon stemrechten heeft uitgeoefend die de meerderheid vertegenwoordigen van de stemrechten die op deze algemene vergaderingen aanwezig waren.

In het geval van een stichting moet deze bepaling gelezen worden, rekening houdend met het feit dat er geen algemene vergadering bestaat en de bevoegdheden door een bestuursorgaan worden uitgeoefend.

De tweede paragraaf zorgt ervoor dat de Vlaamse Regering de onderverdeling van zorgvoorzieningen in categorieën kan verduidelijken, aanvullen en aanpassen. Op deze manier kan er vlot ingespeeld worden op wijzigingen inzake wetgeving van rechtspersonen. Wanneer de Vlaamse regering dit wenst te doen, dan zal dat moeten gebeuren in nauw overleg met het permanent overlegorgaan weerbaarheid en transparantie zoals bepaald in artikel 6 §3.

## **Artikel 6**

Dit artikel bepaalt de verplichte maatregelen inzake bestuurlijke en financiële weerbaarheid en transparantie die van toepassing zijn. Paragraaf 1 bevat de bepalingen die op elke initiatiefnemer (dit is volgens de definitie uit art. 2, 21<sup>o</sup> van het decreet: de rechtspersoon die een zorgvoorziening uitbaat of wenst uit te baten) van toepassing zijn. Paragraaf 2 bevat de bepalingen die enkel van toepassing zijn op de initiatiefnemers die behoren tot categorie I, de categorie met de meeste verplichtingen gelet op de grootte en/of groepsverbondenheid.

De verschillende maatregelen gelden tevens als erkenningsvoorwaarden van de zorgvoorziening, gelet op artikel 17 waarin is bepaald dat de zorgvoorzieningen moeten voldoen aan, onder meer, de bepalingen in artikel 5, 6 en 7 om erkend te kunnen worden en blijven.

De verschillende maatregelen gelden dus per initiatiefnemer: zo zal een rechtspersoon met daarin twee zorgvoorzieningen één (ev. geconsolideerde) code voor goed bestuur kunnen opmaken op niveau van de rechtspersoon die vervolgens (vanzelfsprekend) geldt voor beide zorgvoorzieningen. Ook de boekhouding wordt op niveau van de initiatiefnemer (rechtspersoon) gevoerd.

*1° bij aanvraag van een erkenning, een administratief basisdossier overmaken.*

Het administratief basisdossier weerbaarheid is hét basisdocument inzake bestuurlijke weerbaarheid en transparantie.

In de eerste plaats moet dit basisdossier de Vlaamse Regering in de mogelijkheid stellen om de zorgvoorziening inhoudelijk te kunnen beoordelen. Het basisdossier moet dan ook overgemaakt worden aan de Vlaamse Regering. Dit moet gebeuren bij aanvraag van de eerste erkenning van een nieuwe, voorheen nog niet erkende zorgvoorziening. Vervolgens moet dit basisdossier actueel gehouden worden door zorgvoorziening of vereniging. De Vlaamse Regering kan dit basisdossier dan raadplegen op aanvraag.

Daarnaast moet dit basisdossier in alle transparantie openbaar raadpleegbaar zijn op de website van de initiatiefnemer of de zorgvoorziening.

Het betreft hier enkel bepaalde onderdelen, nl.: de voorgenomen activiteiten, de organisatiestructuur en de feitelijke leiding. Het onderdeel "verwantschappen en nauwe banden met andere personen" moet niet openbaar gemaakt worden op de website van de initiatiefnemer of de zorgvoorziening. Ook het onderdeel "code voor goed bestuur van de initiatiefnemer" moet op zich niet openbaar gemaakt worden. Wel moet men een gebruikersvriendelijke samenvatting van de code voor goed bestuur op de website plaatsen. In deze samenvatting toont men kort en duidelijk aan welke principes inzake goed bestuur men hanteert. Hierbij is vooral speciale aandacht voor de passages uit de code voor goed bestuur die betrekking hebben op de cliënten.

Dit decreet voorziet eveneens een overgangperiode voor bestaande zorgvoorzieningen wat betreft dit basisdossier.

Het basisdossier bevat een aantal elementen die steeds aanwezig moeten zijn en kan geconsolideerd zijn per initiatiefnemer, doch met duidelijke onderdelen en informatie per zorgvoorziening.

Minstens bevat dit basisdossier:

1° de voorgenomen activiteiten;

Hiermee worden de activiteiten bedoeld die zullen uitgeoefend worden, in het bijzonder de aard en de omvang van de voorgenomen verrichtingen. Hier wordt ook duidelijk vermeld welke zorgvoorzieningen uitgebraut worden door de initiatiefnemer.

2° de organisatiestructuur;

De structuur van de zorgvoorziening moet in kaart worden gebracht zodat de Vlaamse Regering zich een beeld kan vormen van de juiste structuur. Eventueel kan de Vlaamse Regering overgaan tot toetsing hiervan. Het gaat hier minstens om:

- het organogram van de specifieke zorgvoorziening;
- het weergeven van de verschillende organen van de initiatiefnemer, zonder dat de specifieke personen moeten zijn aangeduid.

3° de feitelijke leiding;

Het gaat minstens om de identiteit van personen belast met de feitelijke leiding van de specifieke zorgvoorziening. Onder feitelijke leiding wordt begrepen de dagelijkse leiding. Dit is de beslissingsbevoegdheid en het zeggenschap met betrekking tot de gang van zaken binnen de zorgvoorziening.

4° verwantschappen en nauwe banden;

Hier gaat het om de personen (natuurlijke personen of rechtspersonen) die op één of andere manier verbonden zijn met de initiatiefnemer. Het gaat om:

- de identiteit van de natuurlijke of rechtspersonen die, alleen of in onderling overleg handelend, rechtstreeks of onrechtstreeks, stemrechten bezitten in de algemene vergadering en elke wijziging hiervan (bij rechtspersonen die geen vennootschap, gemeente, ocmw of andere overheid zijn)
- de identiteit van het "wetgevend" orgaan bij een overheid (bv. gemeenteraad, ocmw-raad ...)
- wanneer het vennootschappen betreft, de identiteit van de natuurlijke of rechtspersonen die, alleen of in onderling overleg handelend, rechtstreeks of onrechtstreeks, een al dan niet stemrecht verlenende gekwalificeerde deelneming bezitten in het kapitaal van de zorgvoorziening. De kennisgeving moet vermelden welke kapitaalfracties en hoeveel stemrechten deze personen bezitten. Onder gekwalificeerde deelneming wordt verstaan het rechtstreeks of onrechtstreeks bezit van ten minste 10 pct. van het kapitaal van een vennootschap of van de stemrechten die zijn verbonden aan de door deze vennootschap uitgegeven effecten, dan wel elke andere mogelijkheid om een invloed van betekenis uit te oefenen op het beleid van de vennootschap waarin wordt deelgenomen; de stemrechten worden berekend conform de bepalingen van de wet van 2 mei 2007 op de openbaarmaking van belangrijke deelnemingen, alsook conform de bepalingen van haar uitvoeringsbesluiten; er wordt geen rekening gehouden met stemrechten of aandelen die worden gehouden als gevolg van het vast overnemen van financiële instrumenten en/of het plaatsen van financiële instrumenten met plaatsingsgarantie, tenzij die rechten worden uitgeoefend of anderszins worden gebruikt om inspraak uit te oefenen in het bestuur van de uitgevende instelling, en mits ze binnen één jaar na hun verwerving worden overgedragen; Bij gebreke van gekwalificeerde deelnemingen heeft de bedoelde kennisgeving betrekking op de identiteit van de twintig grootste aandeelhouders en hun kapitaalfractie.
- de identiteit van de natuurlijke of rechtspersonen die stemrechten bezitten in het bestuursorgaan (bv. raad van bestuur, zaakvoerder, vast bureau, college van burgemeester en schepenen ...) en elke wijziging hiervan
- de identiteit van de natuurlijke of rechtspersonen die deel uitmaken van het dagelijks bestuur (indien dit orgaan bestaat) en elke wijziging hiervan
- de identiteit van de natuurlijke of rechtspersonen die deel uitmaken van een ander orgaan binnen de rechtspersoon
- de identiteit van de natuurlijke of rechtspersonen die desgevallend fungeren als commissaris
- alle "verbonden" vennootschappen, buitenlandse vennootschappen, vzw's, stichtingen (en varianten), zoals bepaald in artikel 6, 2° b), c), d), e) met vermelding van de aard en draagwijdte van de reden van "verbondenheid", grafisch weergegeven in schema. Dit beperkt zich tot de rechtspersonen die rechtstreeks verbonden zijn met de initiatiefnemer (bv. enkel de moedervenootschap van de initiatiefnemer, niet de moedervenootschap van de moedervenootschap)
- alle nauwe banden in dezelfde zin als hierboven, maar dan met natuurlijke personen. Hiermee wordt bedoeld dat duidelijk moet aangegeven worden indien bepaalde natuurlijke personen belangrijke beslissingsrechten hebben en wie dat juist zijn.
- een opsomming van de deelneming van de rechtspersoon in andere rechtspersonen, niet begrepen onder de "verbonden" vennootschappen, zoals

bepaald in artikel 6, 2° b), c), d), e). Dit beperkt zich tot de rechtstreekse deelnemingen van de initiatiefnemer.

- een overzicht van de grote contracten) met leveranciers (niet de inhoud) wanneer die niet via een procedure conform de wetgeving overheidsopdrachten werden geselecteerd én wanneer zij het grensbedrag van de onderhandelingsprocedure zonder voorafgaande bekendmaking wetgeving overheidsopdrachten overschrijdt, momenteel 135.000 euro/jaar.
- de identiteit van alle houders van zakelijke rechten op de gebouwen van de zorgvoorziening en een overzicht van de overeenkomsten die betrekking hebben op de zakelijke rechten op de gebouwen van de zorgvoorziening voor zover die bekend zijn bij de initiatiefnemer.

5° een code voor goed bestuur voor de initiatiefnemer.

Elke initiatiefnemer moet over een goedgekeurde code voor goed bestuur beschikken die deel uitmaakt van het basisdossier.

*2° bij de aanvraag van een erkenning die de eerste keer wordt ingediend een financieel plan voorleggen over drie jaar;*

Wanneer een initiatiefnemer een erkenning voor de eerste keer aanvraagt, moet zij een financieel plan over drie jaar voorleggen. Hiermee wordt een klassiek financieel plan bedoeld, zoals bepaald in het Wetboek Vennootschappen voor de vennootschappen. Het financieel plan moet ervoor zorgen dat men kan nagaan of de zorgvoorziening kan beschikken over voldoende financiële middelen ter ondersteuning van de door haar aangegane verbintenissen. Een correcte inschatting van de bedrijfseconomische situatie en mogelijkheden is van groot belang. Het financieel plan bevat dan ook minstens:

- een omschrijving van de voorgenomen activiteit;
  - de financiële structuur, met onder meer:
  - een schatting van de omzet die kan verwacht worden;
  - een berekening van de te verwachten rendabiliteit;
  - de wijze van financiering (kapitaal, leningen, andere inkomsten).
- de in te zetten middelen en de controlemogelijkheden op de uitvoering;

Het meerjarenplan van een lokaal bestuur kan worden gelijkgesteld met het financiële plan zoals het hier wordt bedoeld.

*3° een boekhouding houden en een jaarrekening opmaken overeenkomstig de toepasbare wettelijke bepalingen. De Vlaamse Regering kan het houden van een boekhouding en opmaken van een jaarrekening overeenkomstig het wetboek van economisch recht of de wet van 27 juni 1921 betreffende de verenigingen zonder winstoogmerk, de stichtingen en de Europese politieke partijen en stichtingen opleggen aan woonvoorzieningen of verenigingen die daartoe niet verplicht zijn. De Vlaamse Regering kan bijkomende specifieke rapporteringsverplichtingen opleggen;*

De initiatiefnemers moeten zich houden aan alle specifieke wettelijke bepalingen rond boekhouding, jaarrekening en rapportage. Zij voeren hun boekhouding en maken hun jaarrekening op overeenkomstig de nu reeds opgelegde regels, afhankelijk van de soort rechtspersoon en/of sector. Dit zijn de bepalingen van het wetboek economisch recht (een zogenaamde "dubbele boekhouding") met betrekking tot de boekhouding en de jaarrekening van de vennootschappen, grote en zeer grote vzw's, overeenkomstig de bepalingen van de vzw-wetgeving (een "kasboekhouding" voor kleine vzw's) en/of volgens de bepalingen die gelden voor overheden over overheid gerelateerde rechtspersonen, zijnde de Beleids- en Beheerscyclus (BBC).

Er is de mogelijkheid dat de Vlaamse Regering het zogenaamde "dubbel boekhouden" (nl. een boekhouding zoals geregeld in het wetboek van economisch recht) wordt opgelegd aan bijkomende initiatiefnemers, weliswaar met de afweging of de reeds opgelegde boekhouding dezelfde garanties biedt op financiële transparantie. Zo kan gedacht worden aan het

opleggen van een "dubbele boekhouding" aan kleine vzw's omdat een "kasboekhouding" niet toelaat dezelfde financiële transparantie te geven als een "dubbele boekhouding".

De zorgvoorzieningen worden in de mogelijkheid gesteld om een eigen vermogen op te bouwen. Ze zijn daarom op het vlak van financieringsstromen van publieke middelen transparant naar alle betrokken actoren toe. In overleg en consensus met de sector worden richtlijnen bepaald voor een transparante sectorspecifieke boekhouding, met respect voor de diversiteit in juridische organisatiestatuten en hieraan gekoppelde wettelijke kaders. Daarnaast kan de Vlaamse Regering bepaalde rapporteringsverplichtingen opleggen. Dit kadert in de transparantie inzake financieringsstromen. In het kader van de financiële benchmark tussen de zorgvoorzieningen wordt immers gestreefd naar maximale vergelijkbare cijfers die op niveau van de voorziening beschikbaar zijn. Het gaat hier concreet over:

- rapporteringsverplichtingen die toelaten om de wooncomponent, de leefcomponent en de zorgcomponent boekhoudkundig te bepalen;
- rapporteringsverplichtingen die gaan over de verantwoording van de aanwending van subsidies;
- bepaalde aspecten van een analytische boekhouding binnen de bestaande wettelijke rapporteringssystemen. Aan de hand van deze analytische boekhouding zouden de kosten en opbrengsten bv. kunnen worden opgesplitst per activiteitscentrum en binnen deze activiteitscentra volgens de vanuit de Vlaamse overheid verleende subsidie en andere ontvangsten.

*4° belangrijke strategische beslissingen die een impact hebben op de structuur, de werking en het bestuur van de initiatiefnemer of zorgvoorziening melden. Daarbij wordt uitgelegd op welke wijze erover gewaakt is dat de continuïteit van de zorg en ondersteuning verzekerd is. De Vlaamse Regering kan de procedure voor die aanmelding bepalen.*

Er geldt een aanmeldingsplicht van bepaalde strategische beslissingen aan de Vlaamse Regering. Deze melding moet gebeuren op het moment dat deze beslissing effectief is.

Bij die melding moet heel duidelijk aangegeven en verklaard worden op welke wijze erover gewaakt is dat de continuïteit van de zorg en ondersteuning verzekerd is. De continuïteit van de zorg en ondersteuning moet immers op elk moment gegarandeerd kunnen worden. Indien de continuïteit van de zorg in het gedrang komt, voldoet de zorgvoorziening niet meer aan de erkenningsvoorwaarden. Onder continuïteit van zorg en ondersteuning wordt begrepen de objectieve vaststelling dat een zorgvoorziening de zorg en ondersteuning voortvloeiend uit zijn doelstelling en opdrachten en waartoe ze zich verplicht heeft deze te verlenen aan de gebruiker, zonder onderbreking en kwaliteitsvol kan aanhouden en waarborgen.

De Vlaamse Regering kan de procedure van de aanmelding nog verder uitwerken.

De strategische beslissingen die verplicht volgens deze bepaling moeten worden gemeld zijn limitatief de volgende:

- a) *beslissingen om kapitaal vertegenwoordigende effecten te verwerven van een andere onderneming, voor een bedrag van 5 % van het eigen vermogen van de initiatiefnemer*
  - deze bepaling vergt geen commentaar.
- b) *fusies van initiatiefnemers of zorgvoorzieningen evenals splitsingen en gelijkgestelde verrichtingen*
  - het gaat hier om de juridische begrippen zoals deze ook gebruikt worden in het Wetboek Vennootschappen en de Wet van 27 juni 1921 betreffende de verenigingen zonder winstoogmerk, de stichtingen en de Europese politieke partijen en stichtingen.
- c) *overdrachten van algemeenheid of bedrijfstak*



- het gaat hier om de juridische begrippen zoals deze ook gebruikt worden in het Wetboek Vennootschappen en de Wet van 27 juni 1921 betreffende de verenigingen zonder winstoogmerk, de stichtingen en de Europese politieke partijen en stichtingen.
- d) *de overdracht van of het vestigen van zakelijke rechten op de gebouwen waarin de zorgvoorziening is gevestigd;*
- vanaf het moment dat er een overdracht is van zakelijk rechten of vanaf het moment dat bepaalde zakelijke rechten worden gevestigd inzake gebouwen waar de zorgvoorziening is gevestigd. Het gaat hier om niet om de juridische zetel van de rechtspersoon waar de zorgvoorziening in wordt uitgeoefend. Het gaat om de gebouwen waar de activiteiten van de zorgvoorziening wordt uitgeoefend.
- e) *een verandering van een meerderheid van de stemrechten in de algemene vergadering en het bestuursorgaan van de initiatiefnemer of zorgvoorziening;*
- deze situatie zal zich voordoen wanneer bv. een hele raad van bestuur (in bv. een nv, vzw,...) wordt vervangen door nieuwe bestuurders of wanneer de zaakvoerder van een bvba wijzigt.
- f) *de wisseling van de persoon die verantwoordelijk is voor de feitelijke leiding van de zorgvoorziening*
- het gaat om de persoon belast met de feitelijke leiding van de specifieke zorgvoorziening. Onder feitelijke leiding wordt begrepen de dagelijkse leiding. Dit is de beslissingsbevoegdheid en het zeggenschap met betrekking tot de gang van zaken binnen de zorgvoorziening.
  - Deze persoon is immers een belangrijke persoon in de zorgvoorziening. Wanneer deze wijzigt, moet dit gemeld worden. Met betrekking tot de afweging of de continuïteit van de zorg en ondersteuning niet in het gedrang komt, gelden onder meer volgende voorwaarden met betrekking tot deze persoon:
    1. moet permanent over de voor de uitoefening van hun functie vereiste professionele betrouwbaarheid en passende deskundigheid beschikken;
    2. mag niet veroordeeld zijn tot een straf voor een misdrijf als bedoeld in het koninklijk besluit nr. 22 van 24 oktober 1934 betreffende het rechterlijk verbod aan bepaalde veroordeelden en gefailleerden om bepaalde ambten, beroepen of werkzaamheden uit te oefenen;
    3. mag niet veroordeeld zijn voor feiten die te maken hebben met het aanbieden of organiseren van woonzorg of andere welzijn gerelateerde diensten.

*5° stelt een code voor goed bestuur op, keurt die goed en leeft die na;*

Met dit onderdeel wordt een code voor goed bestuur voor initiatiefnemers decretaal verankerd.

Zorgvoorzieningen ontleen hun legitimiteit aan hun sociale doelstellingen en maatschappelijke meerwaarde. Om dat maatschappelijke doel, die meerwaarde en legitimiteit te vrijwaren en zo mogelijk nog te versterken, zijn transparantie (en dus ook eerlijke communicatie), rekenschap en verantwoording van groot belang. Goed bestuur zorgt er mee voor dat organisaties zich kunnen staande houden, meer nog, zich verder kunnen ontwikkelen en op tijd kansen kunnen detecteren in het kader van de vele evoluties die er zijn: vermaatschappelijking van de zorg, vraag gestuurde zorg, zorg op maat, de vraag naar meer efficiëntie, transparantie, kwaliteit van zorg, schaalvergroting, enz. Een raad van bestuur moet dan ook de nodige slagkracht hebben om gefundeerde beleidskeuzes te kunnen maken en ten volle kunnen opnemen. De directie van haar kant moet kunnen

vertrouwen op een daadkrachtige en competente raad van bestuur die de juiste strategische keuzes maakt en daarnaast ook voldoende vertrouwen geeft aan haar directie om deze keuzes te operationaliseren.

Deze bepaling verplicht de initiatiefnemers om goed na te denken wat goed bestuur betekent in hun organisatie en dit tevens te gieten in een code, deze goed te keuren en na te leven. Daarenboven maakt deze code voor goed bestuur deel uit van het basisdossier dat op de website van de zorgvoorziening openbaar moet gemaakt worden.

De code voor goed bestuur moet afgestemd zijn op de aard, grootte en eigenheid van de initiatiefnemer. Dat wil zeggen dat zij bv. voor een zeer grote zorgvoorziening georganiseerd in een grote vennootschap anders van uitwerking zal zijn dan een kleine zorgvoorziening georganiseerd in een kleine vzw.

Wat betreft de inhoud van de code voor goed bestuur wordt verwezen naar de "Aanbevelingen goed bestuur in welzijns- en zorgorganisaties" van het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen de social profitorganisatie enerzijds en de profit organisaties en vennootschappen anderzijds. Maar ook andere codes, zoals de Code Buysse II kunnen hiervoor een inspiratiebron zijn.

Wat betreft de zorgvoorziening georganiseerd binnen een gemeente of ocmw, kan er gekeken worden naar de geldende regels in het Decreet Lokaal Bestuur en de goedgekeurde huishoudelijke reglementen, deontologische code ... in gemeenteraad en ocmw-raad. Deze worden gelijkgesteld met een code voor goed bestuur.

De code voor goed bestuur bevat minstens volgende elementen:

1° missie en visie;

De visie, missie en waarden geven de identiteit weer van de organisatie; ze worden duidelijk omschreven. In de visie zijn de principes van maatschappelijk verantwoord ondernemen opgenomen. De visie, missie en waarden vormen samen het referentiekader van de organisatie waaraan alle strategische beslissingen die de organisatie neemt, worden afgetoetst

2° duidelijk bepalingen rond bevoegdheden, taakafbakening, rechten en plichten, voorwaarden, samenstelling van de algemene vergadering, raad van bestuur, adviserende comités, directie en andere organen;

Hierbij kan onder meer gedacht worden aan het profiel en de competenties van de leden van de verschillende organen, het bepalen van eventuele onverenigbaarheden en/of situaties van belangenvermenging, het uittekenen van duidelijk beslissingsprocessen en het afbakenen van de vertegenwoordigingsbevoegdheid, de scheiding van functies ...

3° maatregelen rond transparantie van de structuur, de kwaliteit en het prijsbeleid

Hieronder horen de afspraken en maatregelen rond het duidelijk en transparant communiceren rond de structuur van de zorgvoorziening en de beslissingen die genomen worden rond de kwaliteit van de geleverde zorg en het beleid rond prijszetting.

4° het betrekken van stakeholders

Met stakeholders worden onder meer de gebruikers/patiënten, het personeel, de financiers (waaronder soms de overheid) en vrijwilliger bedoeld. Het is de bedoeling dat er een model wordt ontwikkeld om duidelijk te communiceren naar de verschillende groepen van stakeholders en hen op gepaste wijze te betrekken bij de werking van de organisatie.

6° *bestaande verplichtingen en regelgeving naleven.*

Door deze bepaling wordt er een koppeling gemaakt tussen bestaande maatregelen, opgelegd in andere wetgeving, en de erkenning van de zorgvoorzieningen.

Paragraaf twee van artikel 7 voorziet dat iedere zorgvoorziening die behoort tot categorie I bijkomend aan een aantal extra maatregelen voldoen. Het gaat om volgende maatregelen:

*1° één of meer commissarissen belasten met de controle van de financiële toestand, van de jaarrekening, en van de regelmatigheid, in het licht van de wet en van de statuten, van de verrichtingen die in de jaarrekening moeten worden vastgesteld.*

De controle op de financiële toestand, op de jaarrekening en op de regelmatigheid, ten aanzien van het Wetboek Vennootschappen en van de statuten, van de in de jaarrekening weergegeven verrichtingen, wordt opgedragen aan één of meer commissarissen, benoemd onder de leden, natuurlijke personen of rechtspersonen, van het Instituut van bedrijfsrevisoren (IBR).

De commissarissen kunnen zich elke informatie en elk document, in welke vorm ook, doen medelen, met inbegrip van informatie en documenten die betrekking hebben op de relaties tussen de onderneming en een bepaalde cliënt of dienstverstrekker;

De commissarissen die, bij de uitoefening van hun werkzaamheden als commissaris kennis krijgen van beslissingen of feiten die een inbreuk zijn op de verplichtingen inzake boekhouding en jaarrekening of een inbreuk zijn op de solide en passende, zoals bepaald in artikel 7 §2, 3° informeren de leiders van de betrokken zorgvoorziening daarvan op omstandige wijze. Indien de zorgvoorziening binnen drie maanden na voornoemde informatieverstrekking niet de nodige maatregelen heeft genomen om zich aan de betrokken regels te conformeren, brengen de commissarissen op eigen initiatief de Vlaamse Regering schriftelijk op de hoogte.

Tegen bedrijfsrevisoren die de Vlaamse Regering de in het vorige lid bedoelde informatie te goeder trouw hebben verstrekt, kunnen geen burgerrechtelijke, strafrechtelijke of tuchtrechtelijke vorderingen worden ingesteld, noch professionele sancties worden uitgesproken.

*2° een solide en passende regeling voor de bedrijfsorganisatie maken en deze weergeven in het administratief basisdossier weerbaarheid;*

Er moet een solide en passende regeling zijn voor de bedrijfsorganisatie. Deze maakt onderdeel uit van het administratief basisdossier weerbaarheid en berust op een aantal pijlers:

- onderscheid effectieve leiding versus toezicht leiding;
- passende administratieve en boekhoudkundige administratie en interne controle;
- procedures voor interne verslaggeving, inclusief belangenconflicten;
- passende onafhankelijke interne auditfunctie, risicobeheerfunctie en compliance functie;
- passend integriteitsbeleid;
- beloningsbeleid met risicobeheer en dat voorkomt dat er onnodige risico's worden genomen;
- passende controle- en beveiligingsmaatregelen (incl. informatica);
- passend intern waarschuwingssysteem inbreuken normen/gedragcodes instelling;
- invoering passende maatregelen om bedrijfscontinuïteit te kunnen garanderen.

Deze regeling moet passend en op maat van de instelling zijn. Zij moet in ieder geval worden nageleefd en enkel de draagwijdte/intensiteit ervan verschilt naargelang van de aard, schaal en complexiteit van de risico's die inherent zijn aan het bedrijfsmodel en aan de werkzaamheden van de zorgvoorziening (toepassing van het evenredigheidsbeginsel). De beleidsstructuur moet steeds gelijke tred houden met de ontwikkeling van de zorgvoorziening.

*3° de nodige maatregelen treffen inzake risicobeleid op het vlak van compliance, risicobeheer en interne controle.*

Een gezond risicobeleid maakt deel uit van een goede langetermijnstrategie. Men neemt hiervoor de nodige maatregelen. Deze maatregelen betreffen:

- compliance: met deze term bedoelt men aandacht voor de naleving van wet- en regelgeving.
- risicobeheer: met deze term bedoelt men dat significante risico's worden gedetecteerd, gemeten en naar behoren worden gemeld. Een significant risico is een risico dat voortkomt uit significante voorwaarden, gebeurtenissen, omstandigheden, handelingen of het achterwege laten van handelingen die een nadelig effect kunnen hebben op de mogelijkheid van de initiatiefnemer om haar doelstellingen te bereiken en haar strategieën uit te voeren, of dat voortkomt uit het vaststellen van ongepaste doelstellingen en strategieën
- interne controle: met deze term bedoelt men een degelijk systeem van interne controle, aangepast aan de omvang, de complexiteit en de activiteit van de initiatiefnemer.

Men kan deze maatregelen treffen door bijvoorbeeld hiervoor bepaalde functies aan te duiden. Deze functies worden dan uitgeoefend door één of meerdere personen die over de nodige bevoegdheden beschikken om hun functie naar behoren te kunnen uitoefenen. Zij kunnen rechtstreeks rapporteren aan het wettelijk bestuursorgaan.

De derde paragraaf bepaalt dat er een permanent overlegorgaan weerbaarheid en transparantie opgericht wordt. Het doel van dit overlegorgaan is te zorgen voor een overleg rond de in artikel 5, 6 en 7 genoemde verplichtingen inzake bestuurlijke en financiële weerbaarheid en transparantie en de concrete toepassing ervan. Er worden in dit permanent overlegorgaan geen concrete dossiers besproken. Het Agentschap bevoegd voor de erkenningen en financiering van de zorgvoorzieningen uit het woonzorgdecreet, de Zorginspectie en de representatieve vertegenwoordigers (dit zijn onder meer afgevaardigden van de koepelverenigingen in de woonzorg, maar ook de geestelijke gezondheidszorg: Zorgnet-Icuro, VVDG, VVSG, Vlozo ...) van de zorgvoorzieningen maken deel uit van dit permanent overlegorgaan. In dit permanent overlegorgaan hanteert men het werkingsprincipe dat er naar een consensus wordt gestreefd. De Vlaamse Regering regelt de samenstelling en de werking van dit permanent overlegorgaan.

## **Artikel 7**

De eerste paragraaf bevat het principe dat de bepalingen van artikel 5 en 6 inzake bestuurlijke en financiële transparantie en weerbaarheid slechts van toepassing zijn voor zover geen andere wettelijke verplichtingen zijn opgelegd aan de betrokken zorgvoorziening die met dezelfde finaliteit en draagwijdte de bestuurlijke en financiële weerbaarheid en transparantie waarborgen. De hoofdbedoeling van artikel 6 en 7 is immers een verhoging van de bestuurlijke en financiële transparantie en weerbaarheid. Indien in bepaalde regelgeving reeds soortgelijke maatregelen van toepassing zijn, volstaan deze. Hierbij kan, onder meer, worden gedacht aan het Decreet Lokaal Bestuur. Gemeenten, ocmw 's, welzijnsverenigingen ... zijn decretaal verplicht om een organisatiebeheersingssysteem op te maken. Dat organisatiebeheersingssysteem heeft tot doel de procedures en maatregelen vast te leggen om doelstellingen te bereiken, wetgeving na te leven, beschikbaarheid van betrouwbare financiële informatie te hebben, efficiënt en economisch gebruik van middelen na te streven, activa te beschermen en fraude te voorkomen. Dat organisatiebeheersingssysteem wordt ook gecontroleerd door een externe, onafhankelijke instantie: Audit Vlaanderen, een agentschap van de Vlaamse overheid. Audit Vlaanderen voert daarvoor periodiek een audit bij alle besturen waarbij ze het organisatiebeheersingssysteem evalueert en nagaat of het adequaat is.

Het zal de taak zijn van het permanent overlegorgaan uit artikel 6 §3 om, ter verdere uitwerking en verduidelijking, een lijst op te stellen van bestaande maatregelen die voldoen aan dit artikel waarvan men expliciet overeenkomt dat die verplichtingen bepaalde

maatregelen in artikel 5, 6 en 7 van dit decreet vervangen. In die lijst wordt ook duidelijk aangegeven of deze maatregelen een actief aanreiken van gegevens betreft of het louter openbaar raadpleegbaar zijn van de gegevens op een gebruiksvriendelijke manier door de Vlaamse overheid, volstaat.

De tweede paragraaf geeft aan dat, indien de Vlaamse Regering bepaalde onderdelen verder verduidelijkt of uitvoert, zij moet aantonen dat er maximaal gebruik is gemaakt van bestaande gegevens en rapportageverplichtingen. Hierbij kan, onder meer, worden gedacht aan de bestaande verplichtingen inzake boekhouding volgens het wetboek van economische recht (een zogenaamde "dubbele boekhouding") als basis van de te voeren boekhouding of de inhoud van het financieel plan dat voor vennootschappen verplicht is volgens de bepalingen in het Wetboek Vennootschappen, dat volstaan om ook te worden ingediend bij de aanvraag van een eerste erkenning zoals bepaald in artikel 6. Het is de intentie van de Vlaamse Regering om de principes en maatregelen van artikel 5, 6 en 7 van het decreet ook over te nemen voor andere sectoren van welzijn en volksgezondheid.

## **Hoofdstuk 4: De organisatie en inhoudelijke opdeling van het geestelijke gezondheidsaanbod**

Afdeling 1. Individu gerichte zorg georganiseerd in zorgniveaus

### **Artikel 8**

Artikel 8 regelt de indeling van de individu gerichte zorg in de volgende zorgniveaus:

- Zorgniveau 0a: zelfzorg en zorg of ondersteuning door de eigen context;
- Zorgniveau 0b: initiatieven van vrijwillige en informele zorg of ondersteuning. Dit zijn alle initiatieven die door een lokaal bestuur, door lokale actoren of door de bevolking worden genomen en die niet hoofdzakelijk door beroepskrachten worden uitgevoerd, om bij te dragen aan de zorg of de ondersteuning van personen met psychische zorgnoden en hun context. Hiertoe behoren onder meer patiënten- en familieorganisaties die gebruikers of de context verenigen en vertegenwoordigen;
- Zorgniveau 1: generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid die aangeboden wordt in de nabijheid van de natuurlijke omgeving van de gebruiker;
- Zorgniveau 2a: gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, die regionaal aangeboden wordt;
- Zorgniveau 2b: gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, die supraregionaal aangeboden wordt.

Generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid omvat de individu gerichte zorg die wordt aangeboden in de nabijheid van de natuurlijke omgeving van de gebruiker en zijn context, en die herstelondersteunende zorg aanbiedt voor alle personen met psychische zorgnoden en hun context, onafhankelijk van de aard van de psychische zorgnoden of aandoening van de gebruiker. Deze generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid is zowel gericht op personen wiens psychische zorgnoden een beperkte, maar negatieve invloed heeft op zijn dagdagelijks functioneren, als op personen wiens psychische zorgnoden ernstige negatieve gevolgen heeft voor verschillende levensdomeinen. Een voorbeeld van generalistische basiszorg voor deze laatste groep is gezinszorg bij een persoon met een ernstige en langdurige psychische aandoening. De Vlaamse Regering streeft ernaar om de generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid te organiseren volgens de eerstelijnszones waarvan de principes werden voorgesteld op de eerstelijnsconferentie van 16 februari 2017. In deze redenering zouden de voorzieningen die generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid aanbieden minstens één vestigingsplaats dienen te voorzien per eerstelijnszone. De generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid wordt afgestemd op de zelfzorg van de gebruiker en op de zorg of ondersteuning die wordt aangeboden door zijn context en door initiatieven voor vrijwillige en informele zorg of ondersteuning. Op dit zorgniveau wordt buurtgebonden ambulante en mobiele zorg aangeboden door professionals. Dit kan al dan niet aangevuld worden met online geestelijke gezondheidsaanbod. Het betreft hier interventies die bijvoorbeeld betrekking hebben op het versterken van motivatie, empowerment, verbondenheid, zelfzorg en veerkracht. Dit

professioneel aanbod kan rechtstreeks gericht zijn op de geestelijke gezondheid van de gebruiker en zijn context, als ook op de ondersteuning van de gebruiker en zijn context bij het wonen, werken, opleiding volgen en deelnemen aan vrije tijd in onze samenleving. De begeleiding van de gebruiker en zijn context in zijn contacten met justitie behoren eveneens hiertoe. Generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid zal niet alleen aangeboden worden door actoren uit de gezondheidszorg, maar ook door actoren werkzaam in andere sectoren van de samenleving. Op dit zorgniveau zijn onder andere actief, al dan niet onder de bevoegdheid van de Vlaamse overheid: huisartsen, eerstelijnspsychologen, psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven voor beschut wonen, psychiatrische gezinsverpleging, wijkgezondheidscentra, diensten voor thuisverpleging, poetsdiensten, diensten voor huishoudhulp of gezinszorg, consultatiebureaus voor het jonge kind (Kind & Gezin), Huizen van het Kind, centra voor leerlingenbegeleiding, jongeren adviescentra, woonzorgcentra, voorzieningen van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, justitiehuisen, diensten maatschappelijk werk van mutualiteiten, OCMW's, centra algemeen welzijnswerk, VDAB, sociale huisvestingsmaatschappijen, jeugdhulpvoorzieningen, respijthuizen, lokale dienstencentra, dagverzorgingscentra, diensten tele-onthaal en buurtwerkers.

Gespecialiseerde GGZ op regionaal niveau omvat het geestelijke gezondheidsaanbod dat ontwikkeld is voor, en gericht is op, personen met ernstige psychische zorgnoden en hun context, en dat regionaal aangeboden wordt. Dit wil zeggen dat de gespecialiseerde GGZ die aangeboden wordt op regionaal niveau zich richt tot personen wiens psychische zorgnoden ernstige negatieve gevolgen hebben voor verschillende levensdomeinen. Op dit zorgniveau wordt zoveel mogelijk ambulante en mobiele zorg ingezet, maar ook residentiele zorg kan aangeboden worden aan de gebruiker en zijn context, al dan niet in combinatie met online hulpverlening. De Vlaamse Regering streeft ernaar om op zorgniveau 2a de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg te organiseren volgens de regionale zorgzones waarvan de principes werden voorgesteld op de eerstelijnsconferentie van 16 februari 2017. Gespecialiseerde GGZ op regionaal niveau wordt afgestemd en mogelijks geënt op de generalistische basiszorg indien deze aanwezig is voor de gebruiker en zijn context, en op de zelfzorg van de gebruiker en de zorg of ondersteuning die wordt aangeboden door zijn context en door initiatieven van vrijwillige en informele zorg of ondersteuning. Het aanbod kan rechtstreeks gericht zijn op de geestelijke gezondheid van de gebruiker en zijn context, alsook op de ondersteuning van de gebruiker en zijn context bij het wonen, werken, opleiding volgen en deelnemen aan vrije tijd, en bij de contacten die hij heeft met justitie. Gespecialiseerde GGZ op regionaal niveau kan aangeboden worden door onder andere centra geestelijke gezondheidszorg, centra voor ambulante revalidatie, centra voor ontwikkelingsstoornissen, referentiecentra autismespectrumstoornissen, zorgvoorzieningen met een revalidatieovereenkomst gericht op psychosociale aspecten, psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven voor beschut wonen. Sommige van deze zorgvoorzieningen kunnen ook binnen de generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid actief zijn.

Zorgvoorzieningen met een revalidatieovereenkomst gericht op psychosociale aspecten hebben betrekking op de conventies 953/965, 773, 772, 7740, 7745 en 7746. Deze conventies omvatten:

- 953 of 965 : centra ambulante revalidatie;
- 773 : centra voor verslavingszorg;
- 772 : psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen;
- 7745 : centra voor functionele revalidatie bij vroegtijdige stoornissen in de interactie ouders-kinderen (= zgn. moeder-baby eenheden);
- 7746 : referentiecentra voor autisme;
- 7740 : centra m.b.t. specifieke kinderpsychiatrische aandoeningen.

Gespecialiseerde GGZ op supraregionaal niveau in maximale afstemming met de regionale zorgzones waarvan de principes werden voorgesteld op de eerstelijnsconferentie van 16 februari 2017 - bv. op Vlaams niveau of op niveau van de werkgebieden van de hoven van beroep - biedt interventies aan die ontwikkeld zijn voor, en gericht zijn op, personen met ernstige psychische zorgnoden en hun context, maar biedt deze supra-regionaal aan. Gespecialiseerde GGZ op supraregionaal niveau richt zich op personen met een combinatie van verschillende psychische aandoeningen, cognitieve en sociale beperkingen of een

juridische problematiek. Voorbeelden hiervan zijn personen met een ernstige eetstoornis gecombineerd met een persoonlijkheids- of ontwikkelingsstoornis en personen met een psychotische stoornis in combinatie met een aangeboren cognitieve beperking of in combinatie met een ernstige verslaving. De prevalentie van deze ernstige psychische aandoeningen ligt zo laag dat de individugerichte zorg niet regionaal georganiseerd kan worden op zo een manier dat de betrokken netwerkpartners voldoende expertise kunnen opbouwen en behouden met betrekking tot het betreffende zorgaanbod. Gespecialiseerde GGZ op supraregionaal niveau wordt ook residentieel aangeboden, aangevuld met andere modaliteiten zoals mobiele en ambulante zorg en online hulpverlening. Deze zorg wordt steeds afgestemd op de onderliggende zorgniveaus.

De Vlaamse Regering kan bepalen welke zorgvoorzieningen, zorgverleners, initiatieven van vrijwillige en informele zorg of ondersteuning en partners uit andere sectoren van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin actief kunnen zijn op welk zorgniveau. Het is ook mogelijk dat bepaalde van deze actoren actief zijn op meerdere zorgniveaus.

Afdeling 2. Organisatie, programmatie, erkenning van geestelijke gezondheidsnetwerken.

### **Artikel 9**

De programmatie van de geestelijke gezondheidsnetwerken zal bepaald worden met het oog op een evenredige spreiding afhankelijk van de psychische zorgnoden van de gebruikers (cfr. functies A tot F), de geestelijke gezondheidsbehoeften van de burgers (cfr. functies A en B) en de nood aan uitwisseling en samen inzetten van expertise van netwerkpartners (cfr. functie G). De Vlaamse Regering streeft hierbij een optimale afstemming na met de reeds bestaande samenwerkingsverbanden in de GGZ en de bredere gezondheidszorg. Dit betreffen oa de netwerken geestelijke gezondheidszorg volwassenen, de netwerken geestelijke gezondheid kinderen en jongeren en de netwerken internering, die vanuit de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid zijn vormgegeven. Daarnaast streeft de Vlaamse Regering naar een optimale afstemming van de werkgebieden van deze netwerken met de regionale zorgzones waarvan de principes werden voorgesteld op de eerstelijnsconferentie van 16 februari 2017.

### **Artikel 10**

De Vlaamse Regering erkent geestelijke gezondheidsnetwerken. De erkenningsvoorwaarden die de Vlaamse Regering zal bepalen zullen betrekking hebben op de netwerkpartners die dienen deel uit te maken van geestelijke gezondheidsnetwerken, de niet-hiërarchische wijze waarop deze dienen samen te werken, en op de opdrachten van geestelijke gezondheidsnetwerken zoals deze worden opgelijst in artikel 18. Als de Vlaamse Regering, conform artikel 9 de programmatie bepaalt, is passen binnen die programmatie een logische erkenningsvoorwaarde. Daarnaast bepaalt de Vlaamse Regering de duur, de regels, de weigering, de eventuele verlenging, de schorsing en de intrekking van de erkenning.

### **Artikel 11**

Artikel 11 zegt dat de Vlaamse Regering de werkgebieden van de geestelijke gezondheidsnetwerken bepaalt. De Vlaamse Regering streeft hierbij een optimale afstemming na met de reeds bestaande samenwerkingsverbanden in de GGZ en de bredere gezondheidszorg. Dit betreft o.a. de bestaande netwerken geestelijke gezondheidszorg volwassenen, de netwerken geestelijke gezondheid kinderen en jongeren en de netwerken internering, die vanuit de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid zijn vormgegeven. Daarnaast streeft de Vlaamse Regering naar een optimale afstemming en integratie van de werkgebieden van de geestelijke gezondheidsnetwerken met de regionale zorgzones waarvan de principes werden voorgesteld op de eerstelijnsconferentie van 16 februari 2017, overkoepelend aan eerstelijnszones en vertrekkend vanuit de afbakening van die eerstelijnszones.

Naast de werkgebieden kan de Vlaamse Regering de deelpopulaties of doelgroepen bepalen waar de geestelijke gezondheidsnetwerken zich binnen die werkgebieden op richten.

## **Artikel 12**

Van een geestelijke gezondheidsnetwerk kunnen volgende partners deel uitmaken:

- alle zorgvoorzieningen die werkzaam zijn binnen het werkgebied van het geestelijke gezondheidsnetwerk;
- de partners uit andere sectoren van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van de Vlaamse Gemeenschap die werkzaam zijn binnen het werkgebied van het betreffende geestelijke gezondheidsnetwerk;
- initiatieven van vrijwillige en informele zorg of ondersteuning die werkzaam zijn binnen het werkgebied van het betreffende geestelijke gezondheidsnetwerk;
- partners uit andere beleidsdomeinen dan het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van de Vlaamse Gemeenschap die al dan niet als zodanig door de Vlaamse Gemeenschap worden erkend of gefinancierd, die werkzaam zijn binnen het werkgebied van het betreffende geestelijke gezondheidsnetwerk, en van wie de bijdrage aan het geestelijke gezondheidsnetwerk nodig is met het oog op inclusie in alle levensdomeinen voor de deelpopulatie waarop het zich richt.

Alle netwerkpartners zijn niet-hiërarchisch ten opzichte van elkaar gepositioneerd. Dit wil zeggen dat ze in onderling overleg tot een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling komen m.b.t. de uitvoering van het geestelijke gezondheidsaanbod, de planning ervan en de communicatie erover. Ze kunnen hierin ondersteund worden door een partnerorganisatie (artikel 21).

Het geestelijke gezondheidsnetwerk dient alle potentiële partners uit haar werkgebied uit te nodigen voor deelname aan het geestelijke gezondheidsnetwerk. De betreffende partners gaan al dan niet in op deze uitnodiging.

Ziekenhuizen kunnen participeren aan een geestelijke gezondheidsnetwerk, maar kunnen geen netwerkpartner worden.

De realisatie van geestelijke gezondheidsnetwerken kan worden geregeld bij een samenwerkingsakkoord met de Belgische Staat als vermeld in artikel 92bis van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen.

Afdeling 3. De inhoudelijke opdeling van het geestelijke gezondheidsaanbod en de subsidiëring van geestelijke gezondheidsnetwerken

## **Artikel 13**

Het geestelijke gezondheidsaanbod wordt inhoudelijk opgedeeld in functies en programma's.

Functies zijn kernopdrachten die worden uitgevoerd door de netwerkpartners van het geestelijke gezondheidsnetwerk. Deze kernopdrachten geven een gepast antwoord op individuele of collectieve psychische zorgnoden van gebruikers en hun context, op individuele of collectieve geestelijke gezondheidsbehoeften van burgers en/of op nood aan uitwisseling en samen inzetten van expertise van netwerkpartners. De netwerkpartners kunnen zijn: zorgvoorzieningen, initiatieven van vrijwillige en informele zorg of ondersteuning, partners uit andere sectoren van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, en zorgverleners en partners uit andere beleidsdomeinen die al dan niet als zodanig door de Vlaamse Gemeenschap worden erkend of gefinancierd.

Om uitvoering te geven aan de doelstelling van het ontwerp van decreet wil de Vlaamse Regering het geestelijke gezondheidsaanbod zowel populatiegericht als individugericht verder uitbouwen. Populatiegerichte acties zijn gericht op het eerste onderdeel van de doelstelling: de waardering, bescherming en versterking van de geestelijke gezondheid van alle personen in de samenleving, gebruikers en hun context in het bijzonder. De



populatiegerichte acties hebben tot doel de geestelijke gezondheidscompetenties van alle burgers te verbeteren en te werken aan destigmatisering van personen met psychische zorgnoden. Individuurgerichte zorg is gericht op het tweede onderdeel van de doelstelling van het ontwerp van decreet : de kwaliteitsvolle geïntegreerde zorg en ondersteuning voor de geestelijke gezondheid van individuele gebruikers en hun context doorheen hun hele levensloop. Alle zorgvoorzieningen, zorgverleners, initiatieven van vrijwillige en informele zorg of ondersteuning en partners uit andere sectoren van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin die werkzaam zijn op zorgniveaus 0b, 1, 2a en 2b zijn betrokken bij de uitvoering van bepaalde populatiegerichte acties en van bepaalde individuurgerichte zorg. Voor de populatiegerichte acties is het nodig dat alle betrokken actoren van zorgniveaus 0b, 1, 2a en 2b betrokken zijn bij de uitwerking van bepaalde populatiegerichte acties opdat (1) deze breed gedragen zouden worden door alle actoren die betrokken zijn bij het geestelijke gezondheidsaanbod en opdat (2) burgers zowel de wereld van de individuurgerichte zorg als de personen die daarvan gebruik maken en hun context beter van nabij zouden leren kennen. Dit is nodig om de impact van de populatiegerichte actie zo groot mogelijk te maken zodat de invloed van psychische aandoeningen op de ongezondheid, de behandelingskloof, de lagere levensverwachting en de discriminatie van personen met psychische zorgnoden zou kunnen verminderen.

Er worden zeven functies onderscheiden. Functies die zowel populatiegericht als individugericht ingevuld worden, zijn:

- functie A: Bevorderen van geestelijke gezondheidscompetenties en van destigmatisering. Deze functie omvat populatiegerichte en individuurgerichte interventies gericht op
  - o het verbeteren van de kennis met betrekking tot geestelijke gezondheid, psychische zorgnoden en psychische aandoeningen, en de behandelingen die voor de psychische aandoeningen bestaan;
  - o het verbeteren van niet-discriminerende publieke en persoonlijke attitudes en gedrag ten overstaan van personen met psychische zorgnoden of een psychische aandoening;
  - o het verbeteren van vaardigheden met betrekking tot zelfzorg en weerbaarheid, en het efficiënt zoeken van niet-professionele en professionele hulp.

Functie A wil voor wat het preventiebeleid binnen de GGZ betreft aanvullend en versterkend werken ten aanzien van het preventiedecreet van 21 november 2003 en de conclusies van de Gezondheidsconferentie Preventie op 16 en 17 december 2016;

- functie B: Ondersteuning van context en van ervaringsdeskundigen die actief zijn binnen het geestelijke gezondheidsaanbod. Deze functie omvat populatiegerichte en individuurgerichte interventies gericht op de versterking van de draagkracht en de vermindering van de draaglast van de context en van ervaringsdeskundigen die actief zijn binnen het geestelijke gezondheidsaanbod.

Functies die persoonsgericht ingevuld worden zijn:

- functie C: Detectie, vroegtijdige en kortdurende interventies. Deze functie omvat
  - o individuurgerichte acties gericht op de analyse van al dan niet eerste signalen van een mogelijke psychische aandoening, met of zonder hulpvraag. Het gaat hier respectievelijk over vroeg-detectie en "case-finding", hetgeen tesamen aangeduid wordt met de term detectie;
  - o individuurgerichte vroegtijdige interventies die ingrijpen op de eerste signalen van een mogelijke psychische aandoening. Deze interventies worden in een goed afgebakend en beperkt tijdsperspectief uitgevoerd;
  - o individuurgerichte interventies gericht op de versterking van onder andere empowerment, verbondenheid en zelfzorg in een goed afgebakend en beperkt tijdsperspectief. Dit worden kortdurende interventies genoemd.
- functie D: Gespecialiseerde diagnostiek. Deze functie omvat individuurgerichte en gespecialiseerde interventies gericht op het holistisch exploreren van de toestand van de individuele gebruiker op basis van het biopsychosociaal model, zodat voor zover dit mogelijk en aangewezen is de oorzaken ervan, de ontstaansgeschiedenis, de kenmerken en het mogelijk verder verloop ervan verduidelijkt worden. Het holistisch exploreren van de toestand van de individuele gebruiker omvat ook de categorale diagnostiek volgens bestaande internationale classificatiesystemen, zoals de DSM-5 en de ICD-11. Het

resultaat van de gespecialiseerde diagnostiek levert een bijdrage aan de besluitvorming met betrekking tot de gespecialiseerde behandeling en rehabilitatie.

- functie E: Gespecialiseerde behandeling. Deze functie omvat gespecialiseerde interventies al dan niet uitgevoerd in een goed afgebakend en beperkt tijdspectief, of het nemen van beslissingen die ingrijpen op het psychisch, sociaal en/of somatisch functioneren van de individuele gebruiker en zijn context. Doel is het verbeteren of behouden van het niveau van functioneren, het verminderen van de lijdensdruk en het bevorderen van herstel, waar mogelijk.
- functie F: Rehabilitatie gericht op inclusie in alle levensdomeinen (wonen, vorming, werk, vrije tijd en ontmoeting). Inclusie staat voor gelijkwaardig en volwaardig burgerschap. Deze functie omvat individugerichte ondersteunings- of ontwikkelingsinterventies. Doel is het zo volwaardig mogelijk laten participeren van de gebruiker in de samenleving.

Functie G is gericht op de uitwisseling en het samen inzetten van expertise tussen de netwerkpartners binnen de geestelijke gezondheidsnetwerken, en de samenwerking tussen deze netwerkpartners enerzijds en partners uit andere sectoren van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en partners uit andere beleidsdomeinen die niet behoren tot geestelijke gezondheidsnetwerken anderzijds. Elke professional, discipline en zorgvoorziening heeft zijn eigen competenties en expertise. Deze worden enerzijds binnen het geestelijke gezondheidsnetwerk tussen de netwerkpartners en anderzijds buiten de geestelijke gezondheidsnetwerken uitgewisseld en gebundeld, om de continuïteit en de professionaliteit van de zorg te optimaliseren. Een aantal voorbeelden van deze samenwerking kunnen zijn:

- netwerkpartners die betrokken kunnen worden bij de zorg voor personen met ernstige psychische zorgnoden die terug aan het werk willen gaan binnen het reguliere arbeidscircuit, wisselen hun expertise onder elkaar uit, hetgeen resulteert in een zorgaanbod dat ze gezamenlijk aanbieden aan deze doelgroep. We denken hier bijvoorbeeld aan netwerkpartners uit de gespecialiseerde GGZ, diensten voor arbeidstrajectbegeleiding, werkwinkels, etc.;
- gebruikers die verblijven in een thuis-vervangende woonvorm – al dan niet binnen de geestelijke gezondheidszorg - beschikken soms over weinig of geen eigen context (meer). In dat geval fungeren de zorgverleners werkzaam in deze thuis-vervangende woonvormen als context voor deze personen. Het is belangrijk dat deze zorgverleners in deze hoedanigheid dan erkend en ondersteund worden door de andere professionals betrokken bij de betreffende gebruiker;
- diensten die aan huis komen bij personen met ernstige psychische zorgnoden zoals diensten voor thuisverpleging, poetsdiensten en diensten voor huishoudhulp of gezinszorg, krijgen opleiding en ondersteuning van netwerkpartners uit de gespecialiseerde GGZ.

De uitvoering van deze functies gebeurt steeds op een gestructureerde en methodische manier. Dit houdt in dat houdingen, methoden en vaardigheden worden toegepast die werden aangereikt tijdens de opleiding voor de discipline waartoe de betreffende zorgverlener of professional behoort, zodat de functies op een deskundige manier uitgevoerd worden.

De Vlaamse Regering kan nadere regels bepalen omtrent de invulling van de functies. Dit wil zeggen dat bijvoorbeeld de inhoud van de functies kan opgedeeld worden in deelfuncties. Bijvoorbeeld verschillende types van vroeg- en kortdurende interventies, van diagnostiek, van behandeling, van rehabilitatie, of rehabilitatie toegepast op verschillende soorten van domeinen; wonen, vorming, werk, vrije tijd en ontmoeting. De Vlaamse Regering kan bijkomende functies bepalen indien dit zou nodig zijn.

De Vlaamse Regering kan de individugerichte zorg programmeren op de zorgniveaus van de generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid, van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg aangeboden op regionaal niveau en de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg aangeboden op supraregionaal niveau. De Vlaamse Regering kan hierbij eveneens de ondersteuning vanuit het geestelijke gezondheidsaanbod naar het zorgniveau van de initiatieven van vrijwillige en informele zorg programmeren. Ook de populatiegerichte acties kan de Vlaamse Regering programmeren. De programmatie bepaalt, met het oog op een evenredige spreiding afhankelijk van de psychische zorgnoden, de geestelijke

gezondheidsbehoeften of nood aan uitwisseling en samen inzetten van expertise van netwerkpartners, zoveel mogelijk aan de hand van objectief meetbare criteria. Daarnaast wordt best voorzien in een planning in de tijd van ofwel het maximale aantal dat van een bepaalde functie mag worden uitgevoerd door netwerkpartners, ofwel het maximale aantal plaatsen dat netwerkpartners bij de uitvoering van die bepaalde functie mogen aanbieden, ofwel het maximaal aantal subsidiabele uren geestelijke gezondheidsaanbod die netwerkpartners mogen aanbieden voor de uitvoering van een bepaalde functie ofwel het maximale aantal subsidiabele personeelsleden voor de uitvoering van een bepaalde functie door netwerkpartners. In lijn met de werkingsprincipes die beschreven zijn onder artikel 4, 4°, a en b zal de Vlaamse Regering streven naar een grotere capaciteit van geestelijke gezondheidsaanbod op het zorgniveau van de generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid, in vergelijking met het zorgniveau van de gespecialiseerde GGZ die op regionaal niveau wordt aangeboden. De kleinste capaciteit zal aanwezig zijn op het zorgniveau van de gespecialiseerde GGZ die op supraregionaal niveau wordt aangeboden.

## **Artikel 14**

Om de functies op een deskundige, effectieve en efficiënte manier te kunnen uitvoeren in lijn met de principes van vermaatschappelijking van zorg, subsidiariteit van het zorgaanbod en verankering van zowel populatiegerichte acties als individugerichte zorg binnen het geestelijke gezondheidsaanbod, wordt de uitvoering ervan toegewezen aan professionals en initiatieven voor vrijwillige en informele zorg of ondersteuning die werkzaam zijn op bepaalde zorgniveaus:

- Functie A wordt uitgevoerd door actoren van zorgniveaus 0b, 1, 2a en 2b, zowel wanneer deze individugericht als populatiegericht worden aangeboden. Wanneer deze populatiegericht worden aangeboden is het enerzijds belangrijk dat de acties m.b.t. geestelijke gezondheidscompetenties en destigmatisering breed gedragen worden, dus door zoveel mogelijk actoren. Deze aanpak is nodig opdat de impact van psychische aandoeningen op gezondheid verkleint, alsook de behandelkloof (zie onder 2.2). Anderzijds is het van belang dat populatiegerichte acties die handelen over psychische kwetsbaarheid, aandoeningen en behandelmogelijkheden, uitgevoerd worden door zowel personen met psychische zorgnoden als door professionals die werkzaam zijn op zorgniveaus 1, 2a en/of 2b. De uitvoering van deze functie wordt zodoende immers een participatief proces. Tenslotte dient functie A individugericht aangeboden te worden door de professionals van zorgniveaus 1, 2a en 2b. Het is van belang dat de initiatieven van vrijwillige en informele zorg en ondersteuning (zorgniveau 0b) hierbij betrokken worden omdat zij ervaringsdeskundigheid op dit terrein kunnen binnenbrengen.
- Functie B wordt uitgevoerd door actoren van zorgniveaus 0b, 1, 2a en 2b, zowel wanneer deze individugericht als populatiegericht worden aangeboden Professionals behorende tot zorgniveaus 1, 2a en 2b dienen aandacht te besteden aan de ondersteuning van personen uit de context van de gebruikers, alsook aan de ondersteuning van ervaringsdeskundigen die actief zijn binnen het geestelijke gezondheidsaanbod van alle drie de zorgniveaus. De patiënten- en familieorganisaties die behoren tot zorgniveau 0b hebben een belangrijke inbreng in deze functie - zowel wanneer deze individugericht als populatiegericht wordt aangeboden - omdat zij ervaringsdeskundigheid in dit domein kunnen binnenbrengen.
- Functie C: detectie en vroegtijdige interventies kunnen op de meest effectieve wijze gebeuren wanneer dit buurtgebonden wordt aangepakt in samenwerking met professionals die werkzaam zijn in de thuiszorg of welzijn, of in andere domeinen van de samenleving, zoals wonen, tewerkstelling, onderwijs, vrije tijd, cultuur en justitie. Kortdurende interventies kunnen op de meest efficiënte wijze worden uitgevoerd wanneer deze ook buurtgebonden plaatsvinden. Daarom wordt functie C enkel uitgevoerd binnen de generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid. Aangezien dit zorgniveau gericht is op alle personen met psychische zorgnoden, dus ook diegenen met ernstige psychische zorgnoden, is het van groot belang dat de professionals van zorgniveau 2a en 2b hun expertise met de professionals van zorgniveau 1 blijven uitwisselen hierover. Deze uitwisseling van expertise tussen netwerkpartners maakt deel uit van functie G.

- Functies D en E: dit zijn gespecialiseerde functies die enkel uitgevoerd worden op zorgniveaus 2a en 2b omdat de onderdelen ervan gericht zijn op specifieke doelgroepen met ernstige psychische zorgnoden.
- Functie F: deze functie kan zowel op een generalistische als gespecialiseerde manier uitgevoerd worden, en wordt dus toegewezen aan zorgniveaus 1, 2a en 2b. Daarnaast is het van belang dat actoren werkzaam op zorgniveau 0b ook betrokken zijn bij de uitvoering van deze functie aangezien deze betrekking heeft op de het volwaardig en gelijkwaardig burgerschap van alle gebruikers in de samenleving. Functie G: aangezien deze van toepassing is op alle netwerkpartners van een geestelijke gezondheidsnetwerk, wordt deze functie uitgevoerd door de actoren werkzaam op zorgniveaus 0b, 1, 2a en 2b. Elke initiatiefnemer heeft overigens de mogelijkheid om vanuit meerdere zorgniveau's bepaalde functies op te nemen.

Maximale samenwerking en afstemming tussen de betrokken zorgniveaus bij de uitvoering van de functies staat centraal. Dit mag echter niet belemmeren dat zorgniveau 0b initiatieven kan ontwikkelen zonder dat overleg met zorgvoorzieningen verplicht wordt. Die beoogde afstemming komt ook terug in artikel 8, waar bij zorgniveaus 1, 2a en 2b gesteld wordt dat de aangeboden zorg steeds moet afgestemd worden met onderliggende zorgniveaus.

### **Artikel 15**

Voor specifieke doelgroepen - groepen met specifieke psychische en andere zorgnoden - kunnen de functies vertaald worden in een specifiek geestelijke gezondheidsaanbod. Hierbij worden (deel)functies op een specifieke manier geschakeld en wordt het aanbod ervan vastgelegd in residentiële, ambulante, mobiele, online of woonzorg, of een combinatie daarvan. Dit worden programma's genoemd. De Vlaamse Regering bepaalt deze programma's na overleg met de vertegenwoordigers van de geestelijke gezondheidsnetwerken. Deze programma's kunnen bijvoorbeeld gericht zijn op

- personen die zich in een urgentie of crisissituatie bevinden omwille van acute psychische zorgnoden;
- justitiabelen met psychische zorgnoden;
- personen met een verstandelijke beperking en bijkomende psychische zorgnoden;
- kinderen en jongeren met psychische zorgnoden die zich in een verontrustende situatie bevinden.

### **Artikel 16**

De Vlaamse Regering kan zorgvoorzieningen erkennen voor het uitvoeren van functies. De Vlaamse Regering bepaalt de erkenningsvoorwaarden, de duur en de regels voor de erkenning, weigering, eventuele verlenging, schorsing en intrekking van de erkenning.

De erkenning is niet vereist om de activiteiten te mogen uitvoeren, maar enkel in functie van eventuele subsidies (artikel 17).

### **Artikel 17**

De Vlaamse Regering kan binnen de begrotingskredieten subsidies verlenen aan zorgvoorzieningen, initiatieven voor vrijwillige en informele zorg of ondersteuning, en partners uit andere sectoren van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van de Vlaamse Gemeenschap voor de uitvoering van functies.

### **Artikel 18**

De opdrachten van de geestelijke gezondheidsnetwerken zijn:

1. organiseren van toeleiding naar individugerichte zorg en populatiegerichte acties, maximaal rekening houdend met de eigen regie van de gebruiker. Dit houdt in dat het geestelijke gezondheidsnetwerk één of meerdere aanspreekpunten aanwijst of organiseert waar de gebruiker en zijn context terecht kunnen voor informatie in verband

met passende zorg en de toegang daar naartoe, en waar personen met geestelijke gezondheidsbehoeften terecht kunnen voor informatie in verband met populatiegerichte acties en de toegang daar naartoe. De organisatie van deze toeleiding heeft tot doel de toegankelijkheid en de aanvaardbaarheid van de zorg te verbeteren, alsook bij te dragen tot een betere integratie van preventie, zelfzorg, vrijwillige en informele ondersteuning, acute en langdurige gezondheidszorg, generalistische en gespecialiseerde gezondheidszorg en diensten ter ondersteuning van welzijn, onderwijs, opleiding, tewerkstelling, wonen, vrije tijd en justitie voor personen met psychische zorgnoden en hun context.

2. het faciliteren en optimaliseren van functies en programma's.
3. de opmaak van een zorgstrategisch plan. Het zorgstrategisch plan van een geestelijke gezondheidsnetwerk stemt het geestelijke gezondheidsaanbod, uitgevoerd door de netwerkpartners, af op de psychische en andere zorgnoden en de geestelijke gezondheidsbehoeften van de deelpopulatie waar het geestelijke gezondheidsnetwerk zich op richt. De individugerichte zorg wordt georganiseerd op de zorgniveaus en de populatiegerichte acties. Dit zorgstrategisch plan dient geïntegreerd te zijn in een breder geheel van planning, te bepalen door de Vlaamse Regering. Het is daarbij de bedoeling dat het zorgstrategisch plan gelinkt is aan een regionaal zorgstrategisch plan waarin ook andere vormen van zorg worden opgenomen, bijvoorbeeld ziekenhuizen, woonzorg. Het doel van een regionaal zorgstrategisch plan is om de betrokken actoren gezamenlijk te laten nadenken over welke zorg eerst nodig is voor de populatie uit een bepaald werkgebied;
4. integrale en continue zorg en ondersteuning optimaliseert en faciliteert
  - a. door het opstellen van afspraken met betrekking tot verwijzing van de individuele gebruiker en zijn context op elk mogelijk moment van het zorgtraject van de gebruiker. Deze afspraken moeten de netwerkpartners in staat stellen om personen met psychische zorgnoden en/of zorgvragen ononderbroken de zorg aan te bieden die zij nodig hebben, met maximaal respect voor het principe van de eigen regie van de gebruiker;
  - b. door het stimuleren van het inzetten van een zorgcoördinator en het gebruik van casemanagement op het niveau van de individuele gebruiker met ernstige en langdurige psychische zorgnoden en zijn context. Het geestelijke gezondheidsnetwerk stimuleert dat voor elke individuele gebruiker en zijn context de rol van zorgcoördinatie wordt toegewezen aan een zorgverlener die van dichtbij betrokken is bij de uitvoering van de zorg voor de betreffende gebruiker. Deze zorgverlener wordt dan de zorgcoördinator van het zorgteam van professionals, initiatieven van vrijwillige en informele zorg of ondersteuning, de gebruiker en zijn context; beide laatste indien dit aangewezen is, maar zoveel als mogelijk. Met "zorgteam" wordt hetzelfde bedoeld als in het nieuwe ontwerp eerstelijnsdecreet. De zorgcoördinator heeft als doel diverse aspecten van het persoonlijk zorgplan van de gebruiker op elkaar af te stemmen zodat zorg op maat en continuïteit van zorg voor de gebruiker en diens context gegarandeerd wordt. Deze afstemming gebeurt binnen het zorgoverleg van het zorgteam. Casemanagement kan ingeroepen worden door het zorgteam bij gebruikers met ernstige en langdurige psychische zorgnoden waarbij het zorgteam bestaat uit een veelheid aan zorgverleners en andere professionals afkomstig uit de gezondheidszorg en eventueel daarbuiten. Hierbij wordt gedacht aan gebruikers waarbij een sterk autonomieverlies heeft plaatsgevonden of bij gebruikers die het zorgaanbod weigeren en waarbij de context stuit op zijn grenzen wat betreft de zorg en ondersteuning die het nog kan aanbieden. Tenslotte kan casemanagement ook ingeroepen worden wanneer het zorgteam aanloopt tegen de grenzen van hun mogelijkheden en capaciteiten door een toenemende mate van complexiteit van de zorgsituatie. Hierbij is het ook mogelijk dat er een conflict optreedt tussen de gebruiker, de context en/of de professionals (onderling). Casemanagement vormt in al deze situaties een tijdelijke ondersteuning van het zorgteam. Het zorgteam blijft volledig verantwoordelijk voor het zorgproces. De rol van casemanagement wordt toegewezen aan een zorgverlener die niet betrokken is bij de zorg voor de betreffende gebruiker. De deskundigheid van de

casemanager dient wel afgestemd te zijn op de hoofdproblematiek van de betreffende gebruiker.

De Vlaamse Regering kan binnen de begrotingskredieten subsidies verlenen aan overeenkomstig artikel 10 erkende geestelijke gezondheidszorgnetwerken voor de uitvoering van hun opdrachten.

## **Hoofdstuk 5. Ervaringsdeskundigheid in het geestelijke gezondheidsaanbod**

### **Artikel 19**

In lijn met het decreet van 22 maart 2003 betreffende de armoedebestrijding erkent dit ontwerp van decreet ten volle de bijdrage van ervaringsdeskundigen tot een kwaliteitsvol geestelijke gezondheidsaanbod. Het betreft hier ervaringsdeskundigheid vanuit het perspectief van gebruikers, maar ook vanuit het perspectief van de context van gebruikers. Ervaringsdeskundigheid dient ingezet worden

- op het microniveau: de directe individugerichte zorg voor gebruikers en hun context en de populatiegerichte acties, bijvoorbeeld met betrekking tot geestelijke gezondheidscompetenties en destigmatisering voor personen met geestelijke gezondheidsbehoeften,
- op het mesoniveau: bijvoorbeeld voor de vertegenwoordiging van gebruikers en van hun context binnen de geestelijke gezondheidsnetwerken,
- op het macroniveau van het Vlaams geestelijke gezondheidszorgbeleid.

Daarom neemt dit ontwerp van decreet de ervaringsdeskundige op als nieuwe discipline binnen het geestelijke gezondheidsaanbod. Via artikel 19 wordt betaalde tewerkstelling en/of inzet op vrijwillige basis van ervaringsdeskundigen mogelijk gemaakt op deze drie niveaus.

De Vlaamse Regering gaat de voorwaarden bepalen van het kader waarbinnen een ervaringsdeskundige betaald tewerkgesteld of op vrijwillige basis ingezet kan worden op het micro-, meso- of macroniveau. Voor een aantal van de opdrachten van ervaringsdeskundigen is het belangrijk dat zij een degelijke opleiding hebben kunnen volgen. Dit is zeker het geval wanneer zij betaald tewerkgesteld worden of op vrijwillige basis ingezet worden binnen de directe zorg voor gebruikers en hun context. Op dit moment bestaan er nog geen door de Vlaamse Overheid erkende opleidingen, maar enkele opleidingsinstituten binnen Vlaanderen hebben wel die ambitie.

## **Hoofdstuk 6. Comité geestelijke gezondheidsnetwerken, partnerorganisaties en projecten**

Afdeling 1. Comité geestelijke gezondheidsnetwerken

### **Artikel 20**

Dit artikel voorziet de oprichting van een "comité geestelijke gezondheidsnetwerken", en regelt de minimale taken, samenstelling en werking ervan.

De geestelijke gezondheidsnetwerken hebben een aantal belangrijke opdrachten in het ontwerp van decreet (zie artikel 18). Om deze taken uit te kunnen voeren zal geregeld overleg nodig zijn met het agentschap. Voor de opmaak van een zorgstrategisch plan zullen de netwerken de nodige instrumenten door het agentschap aangereikt moeten krijgen, zullen bepaalde afspraken gemaakt moeten worden m.b.t. de analyse en het gebruik van data, methodologische afspraken... Daarnaast is het noodzakelijk om bottom-up informatie over de werking van de netwerken te krijgen zodat deze werking eventueel kan worden bijgestuurd. Tot slot komt dit de uitwisseling van expertise tussen de netwerken ten goede.

Paragraaf 1 bepaalt welke opdrachten het comité minstens als taak heeft en voorziet een delegatie aan de Vlaamse Regering om het comité bijkomende taken toe te vertrouwen. De eerste opdracht betreft de concrete afspraken maken in het kader van de uitvoering van de opdrachten van de geestelijke gezondheidsnetwerken bijvoorbeeld over de instrumenten, de procedure, bij de opmaak van het zorgstrategisch plan (op basis van welke cijfers, methodologie, enz.).

Daarnaast zal dit comité de werking van de geestelijke gezondheidsnetwerken opvolgen, om de huidige werking te evalueren en de toekomstige werking te verbeteren. Deze netwerken kunnen enkel een efficiënte en doelgerichte werking ontwikkelen als hier de nodige instrumenten voorzien worden alsook duidelijke afspraken. Het is van belang dat dit in samenwerking met de netwerken zelf te doen op een structurele manier.

Paragraaf 2 regelt de minimale samenstelling van het comité. Overleg zal met een vertegenwoordiging van de netwerken gebeuren, dit zijn in voorkomend geval de netwerkcoördinatoren of andere vertegenwoordigers van de netwerken. Ook de partnerorganisaties die instaan voor de belangenbehartiging van de gebruikers en van de context van de gebruikers worden, in voorkomend geval, uitgenodigd. Het Agentschap Zorg en Gezondheid en de Vlaamse Minister van Volksgezondheid zijn eveneens vertegenwoordigd. De Vlaamse Regering bepaalt de nadere samenstelling. Ook de federale Minister van Volksgezondheid en de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu uitgenodigd om de vergaderingen van het comité bij te wonen met raadgevende stem.

Het comité kan ter ondersteuning van haar werkzaamheden een beroep doen op externe deskundigen.

Paragraaf 3 vertrouwt de organisatie en de werkingsregelen van het comité toe aan de Vlaamse Regering.

Volgens paragraaf 4 zal de Vlaamse Regering ook de vergoedingen bepalen en de onverenigbaarheden vastleggen.

Afdeling 2. Partnerorganisaties en projecten

## **Artikel 21**

Voor de verwezenlijking van de doelstellingen, vermeld in artikel 3, en het organiseren van een kwaliteitsvol geestelijk gezondheidsaanbod in geestelijke gezondheidsnetwerken en opgedeeld in functies, is ondersteuning nodig op verschillende vlakken.

De partnerorganisaties die de Vlaamse Regering hiervoor erkent of waarmee het een beheersovereenkomst sluit, hebben een of meer van volgende opdrachten als taak:

- 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. Deze opdracht is complementair aan de uitvoering van een functie A als vermeld in artikel 13;
- 2° belangenbehartiging van gebruikers of 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 van gebruikers of context:
- a) de toeleiding naar en de sensibilisering voor de opleidingen tot ervaringsdeskundige, ;
  - b) het bewaken van de kwaliteit van de opleidingen;
  - c) het scheppen van voorwaarden voor de betaalde tewerkstelling of de inzet of vrijwillige basis van ervaringsdeskundigen, aan de kant van de ervaringsdeskundigen zoals voorzien in functie B 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.

De Vlaamse Regering sluit hiertoe beheersovereenkomsten af met organisaties, waarbij ze de nadere regels bepaalt met betrekking tot de oproep en het sluiten van de beheersovereenkomst. De Vlaamse Regering kan ook organisaties erkennen waarmee geen beheersovereenkomst wordt afgesloten. De Vlaamse Regering bepaalt daarbij de erkenningsvoorwaarden, de duur van de erkenning en de regels voor het verlenen, schorsen en intrekken van de erkenning.

## **Artikel 22**

De Vlaamse Regering kan partnerorganisaties subsidiëren en bepaalt daartoe de subsidievoorwaarden, het subsidiebedrag, de procedure voor de toekenning en de wijze waarop het gebruik van de subsidie moet worden verantwoord.

Een partnerorganisatie kan op grond van artikel 21, §2 erkend worden, maar dit is niet verplicht om als partnerorganisatie beschouwd te worden of gesubsidieerd te kunnen worden.

## **Artikel 23**

De Vlaamse Regering heeft de mogelijkheid om projecten met een tijdelijk en vernieuwend karakter te subsidiëren met betrekking tot het geestelijke gezondheidsbeleid. Ze bepaalt daartoe de subsidievoorwaarden, het subsidiebedrag, de procedure voor de toekenning en de wijze waarop het gebruik van de subsidie moet worden verantwoord.

Om subsidies te kunnen ontvangen op grond van dit artikel is geen erkenning vereist.

## **Hoofdstuk 7. Gedwongen opname**

### **Artikel 24**

Artikel 24 machtigt de Vlaamse Regering om de procedure voor de aanwijzing en de intrekking van de aanwijzing van diensten die ertoe gehouden zijn de geesteszieken ten aanzien van wie er een beschermingsmaatregel als vermeld in de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke gelast werd, op te nemen, te bepalen.

Ook het bepalen van de duur van de aanwijzing wordt aan de Vlaamse Regering toevertrouwd.



In artikel 2 van het koninklijk besluit van 18 juli 1991 ter uitvoering van artikel 36 van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke staat: *"Voor zover ze hiertoe door de bevoegde overheid aangewezen werden, zijn de A-diensten van psychiatrische ziekenhuizen, de A-diensten van algemene ziekenhuizen die werken in het kader van de wet van 8 juli 1964 betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening, de T-diensten en de K-diensten ertoe gehouden de geesteszieken ten aanzien van wie er een beschermingsmaatregel gelast werd, op te nemen."*

In het ministerieel besluit van 8 juli 1997 houdende aanwijzing van psychiatrische diensten die ertoe gehouden zijn de geesteszieken, ten aanzien van wie er een beschermingsmaatregel werd gelast, op te nemen en van de geneesheer-hoofd van dienst, bevoegd om beschermingsmaatregelen te nemen, zijn de aanwijzingen opgenomen, maar een procedure voor de aanwijzing ontbreekt tot op heden.

## **Hoofdstuk 8. Uitwisseling van gegevens over het geestelijke gezondheidsaanbod**

### **Artikel 25**

Artikel 25 bepaalt dat ziekenhuizen die gedwongen opnames uitvoeren, netwerkpartners die functies uitvoeren en partnerorganisaties en projecthouders, met het oog op kwaliteitsbewaking en beleidsondersteuning, bepaalde (persoons)gegevens verzamelen en bezorgen aan het agentschap of zorginspectie.

Als geanonimiseerde gegevens volstaan, worden de gegevens alleen in deze vorm bezorgd. Als dat noodzakelijk is, kunnen gegevens ook in gepseudonimiseerde vorm worden bezorgd.

De verwerking van deze gegevens dient te gebeuren conform de algemene verordening gegevensbescherming en artikel 9 van de wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens.

## **Hoofdstuk 9: Toezicht en administratieve sancties**

### **Artikel 26**

Het toezicht op de naleving van de bepalingen van dit decreet en zijn uitvoeringsbesluiten wordt door de Vlaamse Regering georganiseerd. Het toezicht zal door Zorginspectie worden uitgeoefend. Als rechtsgronden gelden het besluit van de Vlaamse Regering van 31 maart 2006 betreffende het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, betreffende de inwerkingtreding van regelgeving tot oprichting van agentschappen in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en betreffende de wijziging van regelgeving met betrekking tot dat beleidsdomein en het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid.

Wanneer uit de vaststellingen gemaakt door Zorginspectie blijkt dat een zorgvoorziening ernstig en herhaaldelijk in gebreke blijft (en dit ook vast staat) om in de zorg en dienstverlening respect voor integriteit van de zorgvrager te verzekeren of indien de continuïteit van de zorg en dienstverlening ten aanzien van de zorgvragers ernstig in gevaar is, kan de Vlaamse regering de rechter 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 en dienstverlening te verzekeren. Deze voorlopige bewindvoerder moet over de nodige competenties in de organisatie van de zorg beschikken.

Onder continuïteit van zorg en ondersteuning wordt begrepen de objectieve vaststelling dat een zorgvoorziening de zorg en ondersteuning voortvloeiend uit zijn doelstelling en opdrachten en waartoe ze zich verplicht heeft deze te verlenen aan de gebruiker, zonder onderbreking en kwaliteitsvol kan aanhouden en waarborgen.

Gelet op het feit dat het hier om urgente situaties zal gaan, zal de rechter in kortgeding bevoegd zijn. Hiervoor worden de gewone regels gevolgd zoals ze zijn uiteengezet in het gerechtelijk Wetboek.

De specifieke opdracht van de voorlopige bewindvoerder is afhankelijk van de concrete situatie en wordt door de rechter vastgelegd. Het betreft een voorlopige maatregel.

bv. de rechter kan beslissen dat de voorlopig bewindvoerder de bevoegdheden van het bestuursorgaan overneemt

bv. de rechter kan beslissen dat de voorlopig bewindvoerder de opdracht krijgt om de bijeenkomsten van het bestuursorgaan bij te wonen en/of toezicht uit te oefenen op het bestuursorgaan

...

Dit artikel maakt het mogelijk dat de exploitatie van de zorgvoorziening en de vereniging kan worden verder gezet en de bewarende maatregelen kunnen worden genomen ter bescherming van de gebruikers op vlak van zorggarantie en -continuïteit.

### **Artikel 27**

Artikel 27 bepaalt dat als administratieve sanctie de subsidie, vermeld in artikel 17, 22 en 23, geheel of gedeeltelijk wordt ingehouden of teruggevorderd als de verplichtingen niet worden nageleefd. Het agentschap bepaalt het bedrag soeverein, rekening houdend met de ernst van de feiten.

### **Artikel 28**

Artikel 28 bepaalt dat de erkenning, vermeld in artikel 10, 16, 21, kan worden geschorst of ingetrokken als niet of niet meer is voldaan aan de erkenningsvoorwaarden, bepaald bij of krachtens dit decreet.

### **Artikel 29**

Dit artikel garandeert dat de erkenning alleen kan worden geschorst of ingetrokken als er een aanmaning is geweest, de betrokkene de verplichtingen niet binnen de bepaalde termijn is nagekomen en werd uitgenodigd om te worden gehoord.

## **Hoofdstuk 10: Wijzigingsbepalingen**

### **Artikel 30**

Dit artikel wijzigt het opschrift van het decreet van 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg. Het decreet van 18 mei 1999 zal zo voortbestaan als het decreet betreffende de centra voor geestelijke gezondheidszorg.

### **Artikel 31**

Artikel 31 wijzigt de definities in hetzelfde decreet. Zo wordt "patiënt" telkens vervangen door "gebruiker" en "psychiatrisch netwerk" door "geestelijke gezondheidsnetwerk" zodat het decreet betreffende de centra voor geestelijke gezondheidszorg qua terminologie aansluit bij dit ontwerp van decreet. De definitie van "LOGO" wordt geactualiseerd. Het punt over "registratie" wordt opgeheven omdat andere wijzigingen in het decreet tot gevolg hebben dat de term niet meer kan worden gedefinieerd in artikel 2 van het decreet.

### **Artikel 32**

In artikel 3 en 4 van hetzelfde decreet wordt het woord "patiënt" telkens vervangen door het woord "gebruiker".

### **Artikel 33**

Artikel 33 heft artikel 5 en 6 van hetzelfde decreet op. De naleving van de verdragen en protocollen, vermeld in die artikelen, is ook zonder expliciete vermelding in het decreet vereist. Meer nog, een hogere rechtsnorm herhalen of anders weergeven, mag eigenlijk niet in het dispositief van een decreet.

#### **Artikel 34**

In artikel 7, §1, van hetzelfde decreet wordt het woord "patiënten" telkens vervangen door het woord "gebruikers". Aan artikel 7, §4, van hetzelfde decreet werd tot op heden geen uitvoering gegeven. De Vlaamse overheid heeft ook niet de intentie dat in de toekomst nog te doen, dus wordt die bepaling opgeheven.

#### **Artikel 35**

Ook in artikel 8 van hetzelfde decreet wordt het woord "patiënt" telkens vervangen door het woord "gebruiker".

#### **Artikel 36**

In artikel 9, §1, van hetzelfde decreet worden een aantal wijzigingen aangebracht. Zo wordt het woord "patiënt(en)" telkens vervangen door het woord "gebruiker(s)" en wordt "psychiatrische netwerken" vervangen door "geestelijke gezondheidsnetwerken" om qua terminologie aan te sluiten bij dit ontwerp van decreet. De bepaling dat de medewerkers van een centrum voor geestelijke gezondheidszorg het beroepsgeheim moeten naleven, wordt opgeheven. In paragraaf 3 wordt de verplichting om een beroep te doen op de ondersteuning en begeleiding van de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) of haar rechtsopvolger verruimd tot een verplichting om een beroep te doen op de ondersteuning en begeleiding van partnerorganisaties als vermeld in artikel 2, 23°, van het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid en partnerorganisaties als vermeld in artikel 2, 25 van dit ontwerp van decreet.

#### **Artikel 37**

Ook in artikel 10 en 11 van hetzelfde decreet wordt het woord "patiënt" telkens vervangen door het woord "gebruiker".

#### **Artikel 38**

Artikel 38 heft artikel 12 van hetzelfde decreet op. Verplichtingen voor alle partners binnen geestelijke gezondheidsnetwerken worden in het ontwerp van decreet en zijn uitvoeringsbesluiten opgenomen, niet in de regelgeving die betrekking heeft op de centra voor geestelijke gezondheidszorg alleen.

#### **Artikel 39**

Ook in artikel 13 van hetzelfde decreet wordt het woord "patiënt" vervangen door het woord "gebruiker".

#### **Artikel 40**

Artikel 40 bepaalt dat artikel 14 en 15 van hetzelfde decreet worden opgeheven. Artikel 14 bleef onuitgevoerd en artikel 15 is niet langer relevant.

#### **Artikel 41**

Ook in artikel 18 van hetzelfde decreet wordt het woord "patiënt" vervangen door het woord "gebruiker".

## **Artikel 42**

Dit artikel brengt eerst twee wijzigingen aan in het artikel 20, §1, van hetzelfde decreet. De opheffing van de doorlichting door de visitatiecommissie, die eerder werd voorzien in het decreet van 21 juni 2013 houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, maar niet in werking is getreden, wordt opnieuw geregeld.

Artikel 20 §1 van het decreet stelt dat om erkend te worden en te blijven een CGG moet 1° opgericht zijn door een privaatrechtelijke vereniging met rechtspersoonlijkheid waarvoor het bij wet verboden is haar leden een vermogensvoordeel te bezorgen, een provincie, een gemeente, een openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn of universiteit, die krachtens de wet, het decreet of de statuten, naargelang het geval, daartoe bevoegd zijn; 9° de vorm aannemen van een privaatrechtelijke vereniging met rechtspersoonlijkheid waarvoor het bij wet verboden is haar leden een vermogensvoordeel te bezorgen of van een vereniging opgericht volgens artikelen 118 tot en met 135 van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn. Een CGG moet dus niet enkel opgericht worden door een vzw (1°), maar het CGG moet ook de vorm aannemen van een vzw (9°). Deze dubbele voorwaarde belemmert dat een CGG kan worden geïntegreerd in een grotere vzw of dat een CGG andere werkingen uitbouwt die niet onder het decreet betreffende de CGG vallen. Gezien de CGG sector de enige sector binnen WVG is waar deze dubbele voorwaarde wordt gesteld, zal deze afgeschaft worden. Enkel de voorwaarde dat een CGG moet opgericht worden door een vzw blijft behouden.

Verder wordt een paragraaf 1/1 ingevoegd die de Vlaamse Regering een delegatie geeft om aanvullende erkenningsnormen te bepalen.

## **Artikel 43**

Dit artikel wijzigt artikel 22 van hetzelfde decreet door een achterhaalde paragraaf 1 en een achterhaalde zinsnede in paragraaf 2 op te heffen. Dit actualiseert het decreet en verhoogt de leesbaarheid ervan.

## **Artikel 44**

Artikel 44 wijzigt de duur van de overeenkomsten, vermeld in hetzelfde decreet van drie naar vijf jaar, om de administratieve last van het hernieuwen van erkenning te beperken tot eens om de vijf, i.p.v. de drie jaar. Vijf jaar is ook een gebruikelijke termijn voor dergelijke overeenkomsten.

## **Artikel 45**

Dit artikel bepaalt dat in artikel 29, 2°, van hetzelfde decreet de zinsnede "en er binnen de werkgebieden van de psychiatrische netwerken geen bestaande geschikte gebouwen of voorzieningen beschikbaar zijn die geheel of gedeeltelijk door de Vlaamse Gemeenschap worden gesubsidieerd" wordt opgeheven.

## **Artikel 46**

Dit artikel heft eerst hoofdstuk VI, dat bestaat uit artikel 30, op. Deze rechtsgrond voor subsidies is overbodig na inwerkingtreding van de bepalingen over partnerorganisaties, vermeld in dit ontwerp. De rechtstreekse subsidiëring voor ondersteunende of dienstverlenende organisaties, vermeld in hoofdstuk VII, artikel 31 van hetzelfde decreet wordt ook opgeheven.

## **Artikel 47**

De beperkingen, vermeld in artikel 33 van hetzelfde decreet, staan nauwere samenwerking binnen de geestelijke gezondheidssector in de weg en worden opgeheven.

## **Artikel 48**

Het opschrift van hoofdstuk IX van hetzelfde decreet wordt vervangen, zodat het overeenstemt met de gewijzigde inhoud van het hoofdstuk.

## **Artikel 49**

Artikel 49 vervangt de toezichtsbepaling in hetzelfde decreet door de tekst, vermeld in artikel 26 van dit ontwerp.

Het toezicht op de naleving van de bepalingen van het decreet betreffende de centra voor geestelijke gezondheidszorg en zijn uitvoeringsbesluiten wordt ook door Zorginspectie uitgeoefend op basis van de rechtsgronden, vermeld in de artikelsgewijze bespreking bij artikel 26.

## **Artikel 50**

Artikel 50 heft artikel 35 van hetzelfde decreet op.

## **Artikel 51**

Dit artikel zorgt ervoor dat de subsidies aan een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg verminderd kunnen worden bij inbreuk op de overeenkomst houdende de subsidie-enveloppe.

## **Artikel 52**

Dit artikel wijzigt het opschrift van hoofdstuk X van hetzelfde decreet, zodat het overeenstemt met de gewijzigde inhoud van het hoofdstuk.

## **Artikel 53**

Artikel 36 en 37 van hetzelfde decreet worden opgeheven omdat die opheffingsbepaling en overgangsbepaling vandaag geen betekenis meer hebben.

## **Artikel 54**

In het decreet van 21 juni 2013 houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin wordt hoofdstuk 5, dat bestaat uit artikel 21 tot en met 25, opgeheven omdat de wijzigingen die met deze bepalingen werden aangebracht in het decreet van 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg, niet in werking zijn getreden en de inwerkingtreding ervan door latere wijzigingen en huidig ontwerp van decreet niet meer wenselijk is.

## **Artikel 55**

Artikel 37 van het decreet van 15 juli 2016 houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin wordt opgeheven omdat die rechtsgrond voor de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg na de inwerkingtreding van de bepalingen over de partnerorganisaties, vermeld in dit ontwerp van decreet, overbodig is.

## **Hoofdstuk 11. Inwerkingtredingsbepaling**

### **Artikel 56**

Artikel 56 spreekt voor zich en vergt geen verdere toelichting.

### **Artikel 57**

Artikel 57 spreekt voor zich en vergt geen verdere toelichting.

De minister-president van de Vlaamse Regering,

Geert BOURGEOUIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Jo VANDEURZEN

## C. Referenties

- Activiteitenrapport project participatie (2016). *Project participatie van patiënten en naastbetrokkenen in de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 13 maart 2018 via <http://www.psy107.be/images/Activiteitenrapport%202016.pdf>
- Adriaensen, K., Pieters, G., & De Lepeleire, J. (2011). Stigmatisering van psychiatrische patiënten door huisartsen en studenten geneeskunde: een literatuuronderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *53*, 885-894
- 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.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *16*, 11-23.
- 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/>
- Barry, M. M., Clarke, A. M., Jenkins, R., & Patel, V. (2013). A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. *BMC Public Health*, *13*, 835. doi:10.1186/1471-2458-13-835
- Bassuk, E. L., Hanson, J., Greene, R. N., Richard, M., & Laudet, A. (2016). Peer-delivered recovery support services for addictions in the United States: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *63*, 1-9.
- 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.
- Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: Care, health and cost. *Health Affairs*, *27*, 759-769. Doi: 10.1377/hlthaff.27.3.759
- Bodenheimer, T. & Sinsky, C., (2014). From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. *Annals of Family Medicine*, *12*, 573-576.
- Borgermans, L, & Drvroey, 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>
- Burns, T. (2001). Generic versus specialized mental health teams. In G. Thornicroft and G. Szmukler (Eds.), *Textbook of community psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Carman, K. L., Dardess, P., Maurer M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C., Sweeney, J. (2013). Patient and family engagement: A framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Affairs*, *32*, 223-231.
- Clement, S., van Nieuwenhuizen, A., Kassam, A., Flach, C., Lazarus, A., de Castro, M., ..., & Thornicroft, G. (2012). Filmed v. live social contact interventions to reduce stigma: Randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *201*, 57-64.
- 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.
- Coppens, E., Vermeulen, B., Neyens, I., & Van Audenhove, C. (2014). *Stigmatisering t.o.v. psychische problemen: Ervaringen en attitudes in Vlaanderen*. Leuven: LUCAS.
- Corker E, Hamilton S, Henderson C, Weeks C, Pinfold V, Rose D, Williams P, Flach C, Gill V, Lewis-Holmes E, Thornicroft G (2013). Experiences of discrimination among people using mental health services in England 2008-2011. *British Journal of Psychiatry* *202* (suppl 55), s58-63.
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rüsh, N. (2009). Self-stigma and the "why try" effect: Impact on life goals and evidence-based practice. *World Psychiatry*, *8*, 75-81.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2007). How children stigmatize people with mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, *53*, 526-546.

Daley, S., Newton, D., Slade, M., Murray, J., & Banerjee, S. (2013). Development of a framework for recovery in older people with mental disorder. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28, 522-529. doi: 10.1002/gps.3855

De Dijn, H. (2017). Drie vormen van weten: Over ethiek, wetenschap en moraalfilosofie. Kalmthout: Polis.

de Girolamo, G., Dagani, J., Purcell, R., Cocchi, A., & McGorry, P. D. (2012). Age of onset of mental disorders and use of mental health services: Needs, opportunities and obstacles. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21, 47-57.

Departement Welzijn, Volksgezondheid & Gezin (2017). Beleidsrapport vrijheidsbeperkende maatregelen bij kinderen en jongeren in kinderveerzorgafdelingen van algemene en psychiatrische ziekenhuizen.

Devlieger, P., Miranda-Gamarza, B., Brown, S. E., Strickfaden, M. (2016). *Rethinking disability: World perspectives in culture and society*. Leuven: Garant.

Dierinck, P. (2016). Hoop verlenen: Pleidooi voor meer vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg. Witsand uitgevers.

Drake, R. E., Bond, G. R., & Becker, D. R. (2012). *Individual Placement and Support. An Evidence Based Approach to Supported Employment*. Oxford/New York: Oxford University Press.

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.

Engel, G. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.

Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.

Eurostat (2016). *Psychiatric beds in hospitals*. Geraadpleegd op 8 mei 2017 via <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tps00047>

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 (2013). Oriëntatienota Geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken in België.

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

Foresight (2008). Mental capital and well-being: Making the most of ourselves in the 21<sup>st</sup> century – final project report. Geraadpleegd op 25 oktober 2016 via [http://dius.ecgroup.net/files/113-08-FO\\_b.pdf](http://dius.ecgroup.net/files/113-08-FO_b.pdf)

Fountain-Hardick, C., & Rensen, P. (2011). Databank effectieve sociale interventies: Methodebeschrijving kwartiermaken. Movisie. Geraadpleegd op 5 januari 2018 via [https://www.kennisplein.be/Documents/Krachtgericht%20werken/Methodebeschrijving%20Kwartiermaken%20\[MOV-183107-0.2\].pdf](https://www.kennisplein.be/Documents/Krachtgericht%20werken/Methodebeschrijving%20Kwartiermaken%20[MOV-183107-0.2].pdf)

Froyen, B. (2016). *Uitgedokterd: Van dwang naar veerkracht in de psychiatrie*. Uitgeverij Manteau.

Froyen, B. (2014). *Kortsluiting in mijn hoofd: Over het beest dat psychose heet*. Uitgeverij Manteau.

Griffiths, K. M., Carron-Arthur, B., Parsons, A., & Reid, R. (2014). Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*, 13, 161-175.

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

International Journal of Integrated Care 1. Available from: <http://www.ijic.org>.

Hansson, L., Jormfeldt, H., Svedberg, P., & Svensson, B. (2011). Mental health professionals' attitude towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness? *International Journal of Social Psychiatry*, 59, 48-54.



Health Foundation (2014). Person-centered care made simple: What everybody should know about person-centered care. Geraadpleegd op 25 oktober 2016 via <http://www.health.org.uk/publication/person-centred-care-made-simple>

Helmer, E., Vermeulen, B., Vanderhaegen, J., Coppens, E., & Van Audenhove, C. (2016). *Betere GGZ 107: De ervaringen van hulpverleners, mantelzorgers en patiënten*. Leuven: LUCAS.

Henderson, C., Brohan, E., Clement, S., Williams, P., Lassman, F., Schauman, O., ..., & Thornicroft, G. (2013). Decision aid on disclosure of mental health status to an employer: Feasibility and outcomes of a randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *203*, 350-357.

Henderson, C., Corker, E., Lewis-Holmes, E., Hamilton, S., Flach, C., Rose, D., & ..., Thornicroft, G. (2012). England's time to change antistigma campaign: One-year outcomes of service user-rated experiences of discrimination. *Psychiatric Services*, *63*, 451-457.

Henderson, C., & Thornicroft, G. (2009). Stigma and discrimination in mental illness: Time to change. *Lancet*, *373*, 1928-1930.

Hennessy, E., Swords, L., & Heary, C. (2007). Children's understanding of psychological problems displayed by their peers: A review of the literature. *Child: Care, health and development*, *34*, 4-9.

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.

Hill, L., Roberts, G., Wildgoose, J., Perkins, R., & Hahn, S. (2010). Recovery and person-centered care in dementia: Common purpose, common practice? *Advances in Psychiatric Treatment*, *16*, 288-298. doi: 10.1192/apt.bp.108.005504

Hoffman, H., Jäckel, D., Glauser, S., Mueser, K. T., & Kupper, Z. (2014). Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, *171*, 1183-90. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.13070857

Hoge Gezondheidsraad (2011). Gedragsstoornissen bij kinderen en jongeren in context. Brussel: HGR. Advies nr. 8325.

Hoge Gezondheidsraad (2016a). Omgaan met conflict, conflictbeheersing, en dwanginterventies in de geestelijke gezondheidszorg. Brussel: HGR. Advies nr. 9193.

Hoge Gezondheidsraad (2016b). Naar een algemeen kader voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren in de geestelijke gezondheidszorg van België. Brussel: HGR. Advies nr. 9204.

Hubeau, B., & Parmentier, S. (2008). Sociale rechtshulp: Algemene ontwikkelingen. *Welzijsgids*, *67*, II.A.1.8, 1-21.

Huber, M., van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P. C., & Knottnerus, J. A. (2016). Towards a 'patient-centered' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *British Medical Journal*, *5*, e010091.

Huber, M. (2011). How should we define health. *British Medical Journal*, *343*, d4163.

Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, *67*, 231-243.

Kinoshita, Y., Furukawa, T. A., Kinoshita, K., Honyashiki, M., Omori, I. M., Marshall, M., ..., Kingdon, D. (2013). Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 9. Art. No.: CD008297. DOI: 10.1002/14651858.CD008297.pub2

Kmita, M. (2005). *Mental health: Facing the challenges, building solutions* (Report from the WHO European Ministerial Conference). København, Denmark: WHO Regional Office for Europe.

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

Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, US: National Academies Press

Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: Past, present and future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *61*, 154-158.

Lane, R. D. (2014). Is it possible to bridge the biopsychosocial and the biomedical models? *Biopsychosocial Medicine*, *8*, 3.

Lasalvia, A., Boggian, I., Bonetto, C., Saggiaro, V., Piccione, G., Zanoni, C., ... Lamonaca, D. (2012). Multiple perspectives on mental health outcome: Needs for care and service

satisfaction assessed by staff, patients and family members. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1035-1045. doi:10.1007/s00127-011-0418-0

Lasalvia, A., Zoppei, S., Van, B. T., Bonetto, C., Cristofalo, D., Wahlbeck, K., ..., & Thornicroft (2013). Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorders: a cross-sectional survey. *Lancet*, 381, 55-62.

Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C., & Rössler, W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 51-59.

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452.

Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J., & Slade, M. (2012). What does recovery mean in practice: A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric Services*, 62, 1470-1476.

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.

Luciano, A., Bond, G. R., & Drake, R. E. (2014). Does employment alter the course and outcome of schizophrenia and other severe mental illnesses? A systematic review of longitudinal research. *Schizophrenia Research*, 159(2-3):312-21. doi: 10.1016/j.schres.2014.09.010.

Marmot M. (2010). Fair Society, healthy lives. *The Marmot Review*.

Mehta, N., Kassam, A., Leese, M., Butler, G., & Thornicroft, G. (2009). Public attitudes towards people with mental illness in England and Scotland, 1994-2003. *British Journal of Psychiatry*, 194, 278-284.

Mehta, N., Clement, S., Marcus, E., Stona, A.-C., Bezborodovs, N., Evans-Lacko, S., ..., & Thornicroft, G. (2015). Evidence for effective interventions to reduce mental health-related stigma and discrimination in the medium and long term: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 207, 377-384.

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](http://www.mentalis.be)

Mind (2012). *Mental Health Crisis Care: Physical restraint in crisis*. London.

Molodynski, A., Rugkasa, J., & Burns, T. (2010). Coercion and compulsion in community mental health care. *British Medical Bulletin*, 95, 105-119. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldq015>

Muskett, C. (2014). Trauma-oriented care in inpatient mental health settings: a review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23, 51-59.

Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGz (2017). *Generieke module destigmatisering*. Geraadpleegd op 12 mei 2017 via [www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl](http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl)

Newman, S. C., & Bland, R. C. (1987). Canadian trends in mortality from mental disorders, 1965-1983. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 1-7.

Newman, S. C., & Bland, R. C. (1991). Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: a record linkage study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 239-245.

Newton-Howes, G., & Mullen, R. (2011). Coercion in psychiatric care: systematic review of correlates and themes. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 62, 465-470. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.62.5.465>

Neyens, I., & Van Audenhove, C. (2017, june). *Work & psychological complaints: The development of a tool for general practitioners (GPs) in Belgium*. Paper presented at the first world conference Supported Employment – Employment for all: A global perspective. Belfast, UK.

Nuechterlein, K. H., Subotnik, K. L., Turner, L. R., Ventura, J., Becker, D. R., & Drake, R. E. (2008). Individual placement and support for people with recent-onset schizophrenia: Integrating supported education and supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 340-349.

Organisation for Economic Co-operation and Development (2014). *Making mental health count: The social and economic costs of neglecting mental health care* (OECD health policy studies, July, 2014). OECD iLibrary. doi: 10.1787/9789264208445-en

Paksarian, D., Mojtabai, R., Kotov, R., Cullen, B., Nugent, K. L., & Bromet, E. J. (2014). Perceived trauma during hospitalization and treatment participation among individuals with

psychotic disorders. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 65(2), 266–9. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200556>

Perkins, R., Hill, L., Daley, S., Chappell, M., & Rennison, J. (2016). 'Continuing to be me' – Recovering a life with a diagnosis of dementia. ImROC. Geraadpleegd op 20/10/2017 via <https://imroc.org/resources/12-continuing-recovering-life-diagnosis-dementia/>

Pescosolido, B. A., Fettes, D. L., Martin, J. K., Monahan, J., & McLeod, J. D. (2007). Perceived dangerousness of children with mental health problems and support of coerced treatment. *Psychiatric Services*, 58, 619-625.

Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2010). A disease like any other? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol independence. *American Journal of Psychiatry*, 167, 1321-1330.

Pieters, G., Torleif, R., van Weeghel, J., Bähler, M., Murphy B., Shields-Zeeman, L., & Keet, R. (2017). Recovery for all in the community: Consensus paper on fundamental principles and key elements of community based mental health care. Geraadpleegd op 05/01/2018 via <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/5bdc3fde-00c3-4383-978f-1dcb94f4d858.pdf>

Prebble, K., Thom, K., & Hudson, E. (2015). Service users' experiences of voluntary admission to mental hospital: a review of research literature. *Psychiatry, Psychology and Law*, 22, 327-336.

Prudent Healthcare, Wales (2016). *Securing health and Well-being for future generations*. Geraadpleegd op 17/05/2017 via [www.prudenthealthcare.wales](http://www.prudenthealthcare.wales)

Repper, J., & Carter, T. (2011). A review on the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20, 392-411.

RIZIV & Dokters van de Wereld (2014). Witboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België. RIZIV.

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

SAR WGG (2012). Visienota Integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen.

SAR WGG (2011). Visienota Maatschappelijk verantwoorde zorg.

Seed, T., Fox, J. R. E., & Beryy, K. (2016). The experience of involuntary detention in acute psychiatric care. A review and synthesis of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, 61, 82-94.

Smits, J. P. J. P., Droomers, M., & Westert, G. P. (2002). Sociaal-economische status en toegankelijkheid van zorg in Nederland. RIVM rapport 276901002/2002.

Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., & Armitage, G. D. (2009). Ten key principles for successful health systems integration. *Health Care Quarterly*, 13, 16-23.

Studiedienst van de Vlaamse Regering (2010). VRIND.- 2010. Vlaamse regionale indicatoren. Vlaamse Overheid. Geraadpleegd op 25/08/2017 via [file:///D:/gebruikersgegevens/saad182/Downloads/Vrind\\_2010.pdf](file:///D:/gebruikersgegevens/saad182/Downloads/Vrind_2010.pdf)

Thornicroft, G. (2011). Physical health disparities and mental illness: The scandal of premature mortality. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 441-442.

Thornicroft, G. (2008). Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*, 17, 14-19

Thornicroft, G. (2006). *Shunned: Discrimination against people with mental illness*. Oxford, England: Oxford University Press.

Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: A cross-sectional survey. *Lancet*, 373, 408-415.

Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., ..., & Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet*, 387, 1123-1132.

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

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2012). The balanced care model for global mental health. *Psychological Medicine*, 43, 849-863.

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

Thornicroft, G., & Tansella, M. (1999). Translating ethical principles into outcome measures for mental health service research. *Psychological Medicine*, 29, 761-767.

Thornicroft, G., Tansella, M., & Drake, R. (2011). Organizing the range of community mental health services. In G. Thornicroft, G. Szukler, K. Mueser and R. Drake (Eds.), *Oxford Textbook of Community Mental Health*. Oxford University Press. doi: 10.1093/med/9780199565498.003.0058

Tielens, J. (2012). *In gesprek met psychose: Verbindende gesprekstechniek, praktische handleiding om in contact te komen en te blijven met psychotische mensen*. Utrecht: De Tijdstroom.

Tyrer, S., Coid, I., Simmonds, S., Joseph, P., & Marriott, S. (2003). *Community mental health teams for people with severe mental illnesses and disordered personality (Cochrane Review)*. Oxford: Update Software.

United Nations, General Assembly (2015). Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development. Geraadpleegd op 25/08/2017 via [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E)

United Nations, General Assembly (2007). Convention on the Rights of Persons with Disabilities: resolution / adopted by the General Assembly, Pub. L. No. Sixty-first session. Geraadpleegd op 05/01/2018 via <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>

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](http://www.ijic.org).

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

Van Audenhove, C. (2015a). *Herstellen kan je zelf: Hoopvol leven met een psychische kwetsbaarheid*. Leuven: Lannoo.

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

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

Van Audenhove, C., De Coster, I., van den Ameele, H., De Fruyt, J., & Goetinck, M. (2007). *De aanpak van depressie door de huisarts*. Leuven: Lannoo

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

Van Audenhove, C., Van Humbeeck, G. & Van Meerbeek, A. (2005). *De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare personen*. Leuven: LUCAS en Uitgeverij Lannoo.

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

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

Van Der Stel, J. C. (2015). Functioneel herstel en zelfregulatie: Opgaven voor cliënten én psychiaters. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57, 815-822.

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

Vandeurzen, J. (2016). *Conceptnota Geïntegreerd Breed Onthaal*. Vlaams kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Vandeurzen, J. (2014). *Conceptnota Verslavingszorg*. Vlaams kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Van Regenmortel, T. (2017). *Het tewerkstellingsstatuut van ervaringsdeskundigen in de geestelijke gezondheidszorg*. KU Leuven HIVA – Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving

Van Splunteren, P., Franx, G., & Hermens, M. (2014). *Behandeling van psychische problemen in de huisartsenpraktijk en de basis-ggz: Werken met de vernieuwde zorgpaden. De Eerstelijns*, 12-13

Van Weeghel, J., Pijnenborg, M., Van 't Veer, J., & Kienhorst, G. (2016). *Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen*. Bussum, Nederland: Uitgeverij Coutinho.

Van Weeghel, J. (2010). *Verlang naar volwaardig burgerschap; maar wat doen we in de tussentijd?* Tilburg: Universiteit van Tilburg.

Vermeulen, B., Lauwers, H., Spruytte, N., Van Audenhove, C., Magro, C., Saunders, J., & Jones, K. (2015). Experiences of family caregivers for persons with severe mental illness: an international exploration.

Visser, W. (2013). *Verzorgingssociologie. Visies op samenleven en zorg*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Vlaamse Werkgevers Geestelijke Gezondheids- en Verslavingszorg (2015). Het inzetten van ervaringswerkers in de geestelijke gezondheids- en verslavingszorg: Aanzet tot een referentiekader. Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams-Brabant en Centrum voor Volwassenenonderwijs Sociale School Heverlee

Wade, D. T. (2015). Rehabilitation – A new Approach. Part two: The underlying theories. *Clinical Rehabilitation*, 29, 1145-1154.

Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2017). The biopsychosocial model of illness: A model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*, 31, 995-1004.

Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M., & Laursen, T. M. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: Life expectancy of patients with mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 199, 453-458.

Warner, R. (2004). *Recovery from schizophrenia: Psychiatry and political economy*. Hove, England: Brunner-Routledge.

Werkgroep Metaforum o.l.v. S. Claes (2010). *Het toenemend gebruik van psychofarmaca*. Metaforum Leuven. Geraadpleegd op 11 mei 2017 via [www.kuleuven.be/metaforum](http://www.kuleuven.be/metaforum)

West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burn-out: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 388, 2272-2281.

Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ..., & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings of the Global Burden of Disease study 2010. *The Lancet*, 382, 1575-1586.

WHO (2017). Reforming health service delivery for universal health coverage. Geraadpleegd op 25/08/2017 via [www.who.int/servicedeliverysafety](http://www.who.int/servicedeliverysafety)

WHO (2016). Global health estimates 2015: DALYs by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2015. Geraadpleegd op 23 mei 2017 via [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index1.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html)

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](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf)

WHO (2014). Ten facts on mental health. Geraadpleegd op 21 november 2017 via [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/mental\\_health\\_facts/en/index5.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/index5.html)

WHO (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Geraadpleegd op 5 mei 2017 via [http://www.who.int/mental\\_health/action\\_plan\\_2013/en/](http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/)

WHO, Regional Office for Europe (2013a). Health literacy: The solid facts. Geraadpleegd op 27 juli 2016 via [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.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](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/231692/e96929-replacement-CIHSD-Roadmap-171014b.pdf?ua=1)

WHO, Regional Office for Europe (2013c). The European Mental Health Action Plan 2013-2020. Geraadpleegd op 2 maart 2018 via [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf)

WHO (2009). Improving health systems and services for mental health. Geraadpleegd op 5 mei 2017 via [http://www.who.int/mental\\_health/policy/services/mhsystems/en/](http://www.who.int/mental_health/policy/services/mhsystems/en/)

WHO (2002a). Active ageing: A policy framework. Geraadpleegd op 28 augustus 2017 via [http://www.who.int/ageing/publications/active\\_ageing/en/](http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/)

WHO (2002b). Towards a common language for functioning, disability and health. Geraadpleegd op 7 september 2017 via <http://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf>

WHO (1998). Health Promotion Glossary. Geraadpleegd op 27 juli 2016 via <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

Wilkinson R. & Pickett K. (2009). *The spirit level. Why equality is better for everyone.* Penguin Books.