

**Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin**

**Uitwerking van een ontwerp van decreet betreffende  
de geestelijke gezondheid**

dr. Kathleen De Cuyper

Silke Van Ingelgom

prof. dr. Chantal Van Audenhove



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin  
Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven  
Tel 0032 16 37 34 32  
E-mail: [swvg@kuleuven.be](mailto:swvg@kuleuven.be) - Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2018/06

SWVG-Rapport 10

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Uitwerking van een ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid

Promotor: prof. dr. Chantal Van Audenhove

Onderzoekers: dr. Kathleen De Cuyper, Silke Van Ingelgom

In samenwerking met prof. dr. Nady Van Broeck, KU Leuven, prof. dr. Freya Vander Laenen, UGent, dr. Inez Buyck, dr. Kirsten Hermans, dr. Inge Neyens, Tim Opgehaffen en prof. dr. Johan Put, KU Leuven

Met dank aan Tineke Oosterlinck, Jolien Quisquater en Tom De Boeck, Agentschap Zorg & Gezondheid, en aan Bert Plessers, raadgever geestelijke gezondheidszorg van het kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Zij maakten ons wegwijs in de wereld van de Vlaamse overheidsadministratie m.b.t. gezondheidszorg en in het juridische proces dat inherent is aan de uitwerking van een ontwerp van decreet.

Coördinatie SWVG: Hilde Lauwers

Administratieve ondersteuning SWVG: Lut Van Hoof, Manuela Schröder

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.



## Het consortium SWVG

<i>Deelnemende instellingen</i>	<i>Dagelijks bestuur</i>
<b>KU Leuven</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy</li><li>· Instituut voor Sociaal Recht</li><li>· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving</li><li>· Leuven Instituut voor Gezondheidsbeleid</li><li>· Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen</li></ul>	Prof. dr. Chantal Van Audenhove Prof. dr. Anja Declercq Prof. dr. Johan Put Prof. dr. Tine Van Regenmortel Prof. dr. Erik Schokkaert
<b>UGent</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Vakgroep Innovatie, Ondernemerschap en Dienstenmanagement</li><li>· Vakgroep Publieke Governance, Management &amp; Financiën</li><li>· Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg</li></ul>	Prof. dr. Paul Gemmel Prof. dr. Joris Voets Prof. dr. An De Sutter
<b>Vrije Universiteit Brussel</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen</li></ul>	Prof. dr. Dominique Verté
<b>Universiteit Antwerpen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Centrum OASeS, Departement Sociologie</li></ul>	Prof. dr. Peter Raeymaeckers
<i>Partnerinstellingen</i>	
<b>Universiteit Hasselt</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Centrum voor Statistiek</li></ul>	
<b>Thomas More Hogeschool</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Opleiding Toegepaste Psychologie</li></ul>	dr. Peter De Graef
<b>Arteveldehogeschool</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Dienst onderzoek en dienstverlening</li></ul>	
<b>Hogeschool Gent</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Faculteit Mens en Welzijn</li></ul>	
<b>UC Leuven-Limburg</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Groep Gezondheid en Welzijn</li></ul>	

## Rapport 10

### Uitwerking van een ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid

Onderzoekers: dr. Kathleen De Cuyper en Silke Van Ingelgom

Promotor: prof. dr. Chantal Van Audenhove

### Samenvatting

Het huidige Vlaamse decreet betreffende de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) van 5 mei 1999 is een beperkt decreet qua opzet, en is in essentie gericht op de centra geestelijke gezondheidszorg (CGG). De GGZ in Vlaanderen omvat echter veel meer dan enkel de CGG. Het is een diverse sector met vele actoren, elk met een specifieke, maar ook vaak gedeelde rol. Vele vernieuwingen deden intussen hun intrede. Zo ontstond er een sterker accent op vermaatschappelijking van zorg en netwerking. De bijkomende bevoegdheden die in het kader van de 6<sup>de</sup> staatshervorming van de federale overheid naar Vlaanderen zijn overgekomen, dragen ertoe bij dat een nieuw decreet dient uitgewerkt te worden.

Gelet op de complexiteit van het GGZ-landschap is naast juridische, ook inhoudelijke en wetenschappelijke expertise noodzakelijk bij de uitwerking van een beleidsvisie die aan de basis ligt van een nieuw decreet betreffende de geestelijk gezondheid. De uitwerking van deze beleidsvisie en het schrijven van de memorie van toelichting voor dit ontwerp van decreet is de **doelstelling van deze studie**. Dit gebeurde in nauwe samenwerking met de afdeling Gespecialiseerde Zorg van het Agentschap Zorg & Gezondheid en met het Vlaams Kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Volgende **opdrachten** werden onderscheiden:

1. Uitwerking van de doelstelling van een nieuw geestelijke gezondheidsbeleid;
2. Uitwerking van de richtinggevende principes van een nieuw geestelijke gezondheidsbeleid;
3. Uitwerking van een nieuw geestelijke gezondheidsmodel op basis van functies. De Gids naar een nieuw geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2014) dient als inspiratiebron voor de uitwerking van deze functies;
4. Uitwerking van geformaliseerde geestelijke gezondheidsnetwerken waarin de GGZ-voorzieningen in onderlinge samenwerking de functies tot uitvoering brengen;
5. Uitwerking van de opdrachten en ondersteuning van ervaringsdeskundigen binnen het geestelijke gezondheidsaanbod;
6. Uitwerking van ondersteunende structuren voor de netwerkpartners en van overlegorganen tussen de Vlaamse overheid, de geestelijke gezondheidsnetwerken en vertegenwoordigers van de zorggebruikers en van hun omgeving.

De uitwerking van deze zes opdrachten, het schrijven van de memorie van toelichting en het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid is verlopen in **vier fasen**.

Op basis van literatuuronderzoek van internationale en nationale wetenschappelijke bronnen en op basis van een eerste studie van de betrokken beleidsteksten werd een algemene visie uitgewerkt m.b.t. de hervormingen die nodig zijn binnen het geestelijk gezondheidsaanbod van Vlaanderen. Daarnaast werd een eerste vertaling gemaakt van het geestelijke gezondheidsaanbod naar functies en werd de organisatie van het geestelijke gezondheidsaanbod uitgewerkt in geformaliseerde geestelijke gezondheidsnetwerken. Het resultaat van deze visievorming kan teruggevonden worden in de visienota “Nota 1 Nieuw Vlaams decreet geestelijk gezondheid: Nota ter voorbereiding van de expertpanels” (De Cuyper & Van Audenhove, 2017).

Tijdens de tweede fase van deze studie werden allereerst expertpanels georganiseerd binnen 6 groepen van stakeholders betrokken bij de GGZ: disciplines uit de GGZ, coördinatoren van (geestelijke) gezondheidsnetwerken, patiënten- en familieorganisaties, belendende sectoren, GGZ-onderzoekers, en met organen die betrokken zijn bij het beleid. De bedoeling van deze toetsing in expertpanels was

- een beeld te krijgen van hoe de deelnemers zich verhouden ten opzichte van de inhoud van de visienota, en over welke onderdelen (redelijke) consensus bestaat;
- input te verzamelen voor de verdere uitwerking van het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid;
- draagvlak te creëren voor een nieuw Vlaams decreet betreffende de geestelijke gezondheid.

Omdat deze methode niet hanteerbaar is om *jongeren* met ervaring binnen de GGZ te bevragen, werd tenslotte aan vzw Cachet gevraagd om een aantal vragen die gebaseerd zijn op Nota 1 hierboven vermeld, te bespreken met jongeren die ervaring hebben binnen de GGZ.

Tijdens de derde fase van deze studie werd Nota 1 uitgewerkt tot de nieuwe beleidsvisie betreffende de geestelijke gezondheid in Vlaanderen op basis van (1) verdere studie van de internationale en nationale wetenschappelijke literatuur, (2) verdere analyse van beleidsdocumenten, (3) de resultaten van de expertpanels en de input afkomstig van vzw Cachet, en (4) in voortdurende afstemming met de afdeling Gespecialiseerde Zorg van het Agentschap Zorg & Gezondheid en het Kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Het resultaat van dit werk resulteerde in de algemene toelichting van de memorie van toelichting van het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid.

In een gelijktijdige beweging met fase 3 werd tijdens de vierde fase van deze studie het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid geschreven, in samenwerking met de juristen van/en de afdeling Gespecialiseerde Zorg van het Agentschap Zorg & Gezondheid. Drie versies van het onderwerp van decreet werden tussentijds afgetoetst met het Structureel Overleg Geestelijke gezondheid. Ook de artikelsgewijze toelichting van de memorie van toelichting werd tenslotte gefinaliseerd in samenwerking met de (juristen van) de afdeling Gespecialiseerde Zorg van het Agentschap Zorg & Gezondheid en het Kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

De resultaten van de eerste drie fasen van deze studie worden hieronder weergegeven.

Vierenzeventig personen werden bevraagd in 8 **expertpanels**. Er kan geconcludeerd worden dat volgens de zes groepen van stakeholders betrokken bij de GGZ de hervorming van het geestelijke gezondheidsaanbod allereerst dient in te zetten op een betere toegankelijkheid en betere continuïteit van zorg. De zes doelgroepen vinden dat dit voor alle personen met een psychische problematiek van groot belang is; maar zeker voor kwetsbare groepen zoals zorgmijders, personen met een dubbel-diagnose, personen met een ernstige psychische aandoening, personen met een migratieachtergrond of personen die in armoede leven.

Twee andere punten werden ook door alle zes de doelgroepen onder de aandacht gebracht. De hervorming van het geestelijke gezondheidsaanbod dient gericht te zijn op goede zorg voor *alle* leeftijdscategorieën: kinderen en jongeren, volwassenen en ouderen. Daarnaast dienen binnen de hervorming van het geestelijke gezondheidsaanbod sleutelconcepten helder gedefinieerd te worden zodat de betekenis ervan voor alle betrokkenen duidelijk is.

Vervolgens haalt de meerderheid van de zes doelgroepen één of meer vormen van samenwerking aan die verbeterd dient te worden. Deze vormen van samenwerking situeren zich op alle niveaus van het geestelijke gezondheidsaanbod:

- Op het niveau van de cliënt:
  - Samenwerking tussen de cliënt, de hulpverleners en de naasten van de cliënt: triadisch werken;
  - Samenwerking tussen (G)GZ-hulpverleners, welzijnswerkers en betrokkenen uit andere sectoren van de samenleving op het niveau van de cliënt en zijn context.
- Op het niveau van de netwerken en voorzieningen:
  - Samenwerking tussen de generalistische basiszorg en gespecialiseerde GGZ zodat de toegankelijkheid en de continuïteit van zorg kan verbeteren.
- Op het niveau van het beleid:
  - Samenwerking tussen de verschillende overheden zodat verschillende netwerken en functies niet naast elkaar gaan bestaan;
  - Samenwerking tussen verschillende beleidsdomeinen (gezondheidszorg, wonen, werken, onderwijs, justitie, cultuur, sport, ...) zodat de kwaliteit van zorg van personen met een psychische problematiek verbeterd kan worden: health in all policies.

Tenslotte dient de geestelijke gezondheidshervorming volgens de meerderheid van de zes doelgroepen in te zetten op:

- Ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid. Patiënt- en familie-ervaringsdeskundige wordt een discipline naast de anderen;
- Patiënten- en familieverenigingen. De rol van patiënten- en familieverenigingen in de persoonsgerichte zorg en populatiegerichte acties dient geëxpliciteerd te worden;
- De-stigmatisering en positieve beeldvorming rond geestelijke gezondheid binnen de hele samenleving. Dit is noodzakelijk om de vermaatschappelijking van zorg mogelijk te maken;
- Vroeg-detectie en eerstelijnszorg. De generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid dient breder uitgebouwd te worden dan de gespecialiseerde en specialistische GGZ. Maar matched care – hetgeen ook onmiddellijke toeleiding naar de gespecialiseerde GGZ kan inhouden – is evenzeer nodig;
- Data-gestuurde zorg. We hebben data nodig die duidelijk maken welke zorg waar en voor wie nodig is, en wat het resultaat ervan is doorheen de tijd. Deze data dienen de organisatie van het geestelijke gezondheidsaanbod te sturen.

Een medewerker van vzw Cachet heeft de vragen die opgesteld werden op basis van de Nota 1 voorgelegd aan vier jongeren met ervaring binnen de GGZ. Met twee van deze jongeren heeft hij een gezamenlijk gesprek gehad. Twee andere jongeren hebben de vragen via mail beantwoord. De samenvatting van de antwoorden kan teruggevonden worden onder paragraaf 4.3.

In de derde fase van deze studie werd de eerste visienota vervolgens uitgewerkt tot de nieuwe Vlaamse **beleidsvisie** betreffende de geestelijke gezondheid. Dit gebeurde aan de hand van input uit de expertpanels, uit het werk van vzw Cachet, uit verdere analyse van de bestaande beleidsteksten en wetenschappelijk literatuur, en in afstemming met het Agentschap Zorg & Gezondheid en met het kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Deze beleidsvisie maakt de algemene toelichting uit van de memorie van toelichting van het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid. Hieronder wordt hiervan een samenvatting weergegeven.

Vlaanderen erkent - net zoals andere overheden in ons land - de steeds toenemende nood aan een grondige hervorming van de geestelijke gezondheidszorg. De laatste decennia zijn er een aantal **evoluties** gaande – **zowel op internationaal, Europees als Vlaams niveau - die zorgwekkend zijn**. De impact van psychische aandoeningen op ongezondheid neemt toe (Whiteford et al., 2013; WHO, 2016). Ook de vergrijzing neemt toe (Studiedienst van de Vlaamse Regering, 2010), hetgeen een grote impact heeft op de belasting van de zorgsector. Het biomedisch model blijft hoog aangeschreven in de gezondheidszorg (Lane, 2014; Wade, 2015). Dit bemoeilijkt het aanbieden van een integraal antwoord op een zorgvraag dat bijdraagt tot een betere levenskwaliteit (SAR WGG, 2012, 2015). Ook met betrekking tot de toegankelijkheid van passende GGZ bestaan er reeds decennialang grote uitdagingen in de hoge inkomenslanden. 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 in Europa (Alonso & Lepine, 2007). Tezamen met de behandelingskloof is er echter ook sprake van overbehandeling in Europa. 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. De levensverwachting voor personen die behandeld worden binnen de GGZ bleek ook recent in Europa nog 15 tot 20 jaar lager te liggen dan het gemiddelde (Wahlbeck, Westman, Nordentoft, Gissler, & Laursen, 2011). Dit zijn ontstellende cijfers. Tenslotte blijft het stigma en de discriminatie van personen met psychische zorgnoden wereldwijd een ernstig probleem, ook in België (Coppens, Vermeulen, Neyens, & Van Audenhove, 2014; Lasalvia et al., 2013; Thornicroft, Brohan, Rose, Sartorius, & Leese, 2009).

Gelukkig vinden er de voorbije decennia binnen hoge inkomenslanden ook andere ontwikkelingen plaats die **opportuniteiten** bieden voor de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg. Er ontstaan nieuwe visies op beperking. 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). Daarnaast is er een herstelbeweging op gang gebracht door personen met een psychische kwetsbaarheid. Herstel verwijst naar een intens persoonlijk en uniek proces waarbij verbondenheid opbouwen, hoop en optimisme over de toekomst opbouwen, (her)installeren van zelfcontrole, persoonlijke zingeving zoeken en empowerment centraal staan (Leamy et al., 2011). Tenslotte is de recente concrete aanleiding voor de uitwerking van een nieuw Vlaams decreet betreffende de geestelijke gezondheid de **6<sup>de</sup> staats-hervorming**. Deze staats-hervorming brengt verschillende bijkomende bevoegdheden van Vlaanderen voor de GGZ met zich mee (artikel 5, §1, I van de Bijzondere Wet ter hervorming der instellingen).

Vertrekkende vanuit de evoluties en uitdagingen hierboven beschreven, zijn er nu duidelijke keuzes gemaakt en nieuwe accenten gelegd voor de hervorming van het geestelijke gezondheidsaanbod in Vlaanderen.

De **doelstelling van het ontwerp van decreet** verwoordt allereerst de doelen waarvoor een inspanningsverbintenis wordt aangegaan door de Vlaamse Overheid in samenwerking met de bevolking, de gebruiker en de professionals – zowel binnen de zorg- en dienstverlening als binnen het wetenschappelijk onderzoek - als gelijkwaardige partners. De doelstelling luidt als volgt:

“Het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid regelt het geestelijke gezondheidsaanbod, en heeft als doel, in samenwerking met de gebruiker, de bevolking en de professional als gelijkwaardige partners, de geestelijke gezondheid te verbeteren op Vlaams bevolkingsniveau 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 is onderbouwd met de meest recente wetenschappelijk inzichten, praktijkkennis en ervaringsdeskundigheid;
  - d. gericht is op herstel, levenskwaliteit en participatie van alle gebruikers in een samenleving vrij van stigma en discriminatie.”

Om de realisatie van deze doelstelling in de toekomst mogelijk te maken zijn een aantal hervormingen van het geestelijke gezondheidsaanbod minimaal noodzakelijk. Deze vier hervormingen worden hieronder kort omschreven.

Deze beleidsvisie en het ontwerp van decreet willen allereerst inzetten op het **waarderen, beschermen en versterken van de geestelijke gezondheid van alle burgers**. Dit heeft een preventieve functie. 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). 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). Met deze populatiegerichte acties wil de Vlaamse Overheid inzetten op bevordering van de geestelijke gezondheidscompetenties van alle burgers (Jorm, 2012; Kutcher et al., 2016) en op de-stigmatisering van personen met psychische zorgnoden (Van Weeghel et al., 2016).

Ten tweede zet de nieuwe beleidsvisie en het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid in op het **verbeteren van de toegankelijkheid en aanvaardbaarheid 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 moet dus voldoen aan verschillende voorwaarden: beschikbaarheid, bereikbaarheid, betaalbaarheid, tijdigheid van zorg en toegang tot informatie voor iedereen (Hubeau & Parmentier, 2008; SAR WGG, 2011). Deze voorwaarden veronderstellen in vele gevallen buurtgebonden zorg (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2017; Bekaert et al., 2016; Van Audenhove & Declercq, 2016). Buurtgebonden zorg impliceert de uitbouw van generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid op het niveau van de buurten en de wijken. Van aanvaardbare zorg is er sprake 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 zorg. Dit houdt drie belangrijke aspecten in (Health Foundation, 2014; SAR WGG,

2011; Thornicroft, 2006): (1) hulpverlening die gekenmerkt is door menselijke waardigheid, respect, integriteit en met aandacht voor diversiteit; (2) de autonomie van de gebruiker centraal stellen, zowel in het kiezen van het – voor hem passende - geestelijke gezondheidsaanbod, als in de uitwerking van zijn begeleidingsplan binnen de individugerichte zorg; (3) de relevantie van het zorgaanbod voor de gebruiker en diens context centraal. Dit impliceert dat het geestelijke gezondheidsaanbod gericht is op deze zorgvragen van de gebruiker en zijn context.

Om de zorgwekkende evoluties van de afgelopen decennia gaandeweg te kunnen counteren, is het belangrijk om ook op het niveau van de zorg voor de individuele gebruiker en zijn context in te zetten op de opportuniteiten die zich aandienen. De visies op veerkracht, sterkte, en nieuwe soorten van competenties faciliteren de inclusie en participatie van personen met een psychische problematiek (Devlieger, Miranda-Galarza, Brown, & Strickfaden, 2016; Van Audenhove, 2017). De herstelgerichte visie zet in op empowerment van de gebruiker en verbondenheid met zijn context (Van Audenhove, 2015a). Daarom worden als derde hervorming vier zorgprincipes voor de individugerichte zorg decretaal verankerd:

1. Het geestelijke gezondheidsaanbod is **ontwikkeling-, herstel- en krachtgericht**. Het geestelijke gezondheidsaanbod kan het herstel van de gebruiker ondersteunen door (1) het burgerschap van de gebruiker te promoten, (2) het engagement van de directie van de GGZ-voorziening te vragen, (3) in te zetten op de waarden van de gebruiker, en (4) te focussen op de werkrelatie tussen de gebruiker en de zorgverlener (Le Boutillier et al., 2012).
2. Het gebruik van **dwanginterventies** wordt zoveel mogelijk **voorkomen en vermeden**. 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).
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. In een zorgende samenleving is treedt de professionele zorg eerder ondersteunend en aanvullend op ten aanzien van het sociaal netwerk van de persoon met psychische zorgnoden en diens eigen krachten (Van Audenhove & Declercq, 2016). Dit impliceert dat het geestelijke gezondheidsaanbod dient plaats te vinden binnen de driehoek van de gebruiker, diens context en de zorgverlener(s) van de gebruiker.
4. **Ervaringsdeskundigheid** draagt bij tot kwaliteitsvolle individugerichte zorg en populatie-gerichte acties, en dit op de verschillende niveaus van het geestelijke gezondheidsaanbod:
  - a. Op het niveau van de zorg die aangeboden wordt aan gebruikers en hun context, hetgeen *peer support* wordt genoemd (Repper & Carter, 2011; Bassuk, Hanson, Greene, Richard, & Laudet, 2016);
  - b. Op het niveau van de populatiegerichte acties. Sensibiliseringsacties hebben immers betere effecten wanneer personen met (vroegere) psychische zorgnoden hierbij betrokken zijn en hun verhaal doen (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;
  - d. Op het niveau van het geestelijke gezondheidszorgbeleid. Op deze twee laatste niveaus dienen ervaringsdeskundigen de belangen van de gebruikers en van hun context te vertegenwoordigen vanuit hun specifieke expertise.



Tenslotte hebben we om de doelstelling van dit ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid mogelijk te maken een **fundamenteel ander zorgmodel** nodig dat de paradigmashift maakt van probleemgerichte naar vraaggerichte zorg en dus ook van een aanbod-gestuurd naar een persoons- en behoeftegericht model (SAR WGG, 2015). Dit nieuwe zorgmodel veronderstelt de intensifiëring van een aantal processen: (1) de vermaatschappelijking van zorg in al haar aspecten, (2) zorg aanbieden volgens het subsidiariteitsprincipe, en (3) integratie van het geestelijke gezondheidsaanbod. Onder **vermaatschappelijking van zorg** begrijpen we de verschuiving binnen de zorg waarbij het streefdoel is om personen met een (psychische) kwetsbaarheid met al hun mogelijkheden en beperkingen een eigen zinvolle plek in de samenleving te laten innemen, hen daarbij waar nodig te ondersteunen en dit zoveel mogelijk in hun natuurlijke omgeving te doen. Dit impliceert dat dit zorgmodel georganiseerd wordt volgens het **subsidiariteitsprincipe**: eerst de meest persoonsgerichte, effectieve, efficiënte, minst ingrijpende en meest kortdurende zorgvorm aanbieden *die mogelijk en nodig is* (Van den Heuvel, 2014). In het Vlaams zorgmodel georganiseerd volgens het subsidiariteitsprincipe wordt de grootste capaciteit voorzien in de onderste zorgniveaus: de initiatieven van vrijwillige en informele zorg of ondersteuning en de generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid. De gespecialiseerde GGZ – regionaal of supra-regionaal georganiseerd – wordt afgestemd op de zorg die aangeboden wordt vanuit deze onderste zorgniveaus. Daarnaast is dit zorgmodel echter ook complementair met het model van passende zorg (*matched care*). 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). Tenslotte wil deze beleidsvisie inzetten op de ondersteuning van zowel (geestelijke) gezondheid, welzijn, wonen, tewerkstelling, opleiding, vrije tijd, als ook contacten met justitie van alle gebruikers. Dit veronderstelt dat gezondheidszorgorganisaties, publieke gezondheidsdiensten, welzijnsorganisaties, scholen, opleidingsinstituten en werkgevers méér en beter gaan samenwerken (Borgermans & Devroey, 2017). Deze samenwerking op organisatorisch niveau wordt aangeduid met de term **geïntegreerde zorg**.

Deze vier hervormingen van het geestelijke gezondheidsaanbod worden in het ontwerp van decreet omgezet in **werkingsprincipes**, die in acht dienen genomen te worden door alle actoren van het geestelijke gezondheidsaanbod en door de netwerken waarin deze actoren samenwerken. In het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid worden deze werkingsprincipes vervolgens omgezet in **beleidsmaatregelen** door een aantal nieuwe structuren, regels en ook een nieuwe discipline voor het geestelijke gezondheidsaanbod decretaal te verankeren.

Om de vermaatschappelijking van zorg en de individugerichte zorg aangeboden volgens het subsidiariteitsprincipe te ondersteunen, wordt de individugerichte zorg georganiseerd in **vijf zorgniveaus** van het Vlaamse zorgmodel:

- 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;
- Zorgniveau 1: generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid. Op dit zorgniveau situeert zich alle professionele zorg – ook niet GGZ - voor personen met psychische zorgnoden en hun context, die wordt aangeboden in de nabijheid van de natuurlijke omgeving van de gebruiker. Hier worden herstelondersteunende interventies aangeboden die generiek kunnen ingezet worden voor personen met psychische zorgnoden en hun context.;
- 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. Op dit zorgniveau van het Vlaams zorgmodel worden herstelondersteunende 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. Op dit zorgniveau situeert zich alle professionele zorg voor personen met ernstige psychische zorgnoden en hun context, zoals gebeurt op zorgniveau 2a, maar die op supra-regionaal niveau wordt aangeboden. 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 professionals voldoende expertise kunnen ontwikkelen met betrekking tot het betreffende zorgaanbod.

Aangezien gespecialiseerde GGZ enkel nodig is voor personen met ernstige psychische zorgnoden moet de capaciteit ervan minder groot moet zijn dan de capaciteit van de generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid, waar ook zorg geboden wordt aan personen met milde of matige psychische zorgnoden. De capaciteit van de gespecialiseerde GGZ op supra-regionaal niveau moet het kleinste zijn.

Vervolgens wordt het geheel van populatiegerichte acties en individugerichte zorg die aangeboden worden door het geestelijke gezondheidsaanbod vertaald in **functies**. Functies zijn kernopdrachten die worden uitgevoerd in samenwerkingsverband door zorgvoorzieningen, initiatieven van vrijwillige en informele zorg of ondersteuning, en andere niet-GGZ professionals. Deze kernopdrachten geven een gepast antwoord op individuele of collectieve psychische zorgnoden van gebruikers en hun context, en op geestelijke gezondheidsbehoeften van alle burgers. Door het geestelijke gezondheidsaanbod inhoudelijk op te delen in functies kunnen de individugerichte zorg en de populatiegerichte acties meer vraag-gestuurd - maar ook op een meer geïntegreerde wijze - aangeboden worden aan de gebruiker en zijn context. Er worden zeven functies onderscheiden die aangeboden worden op welbepaalde zorgniveaus:

- Functie A: Bevorderen van geestelijke gezondheidscompetenties en van destigmatisering;
- Functie B: De ondersteuning van context en van ervaringsdeskundigen die actief zijn in het geestelijke gezondheidsaanbod.

Functies A en B kunnen zowel populatiegericht als individugericht aangeboden worden; functies C tot F enkele individugericht.

- Functie C: Detectie, vroeg- en kortdurende interventies;
- Functies D en E: respectievelijk gespecialiseerde diagnostiek en gespecialiseerde behandeling;
- Functie F: Rehabilitatie gericht op inclusie in alle levensdomeinen (wonen, vorming, werk, vrije tijd en ontmoeting);

Functie G betreft de uitwisseling en samen inzetten van expertise binnen en buiten de gezondheidszorg, en is dus gericht op de professionals zelf. Elke professional, discipline en zorgvoorziening heeft zijn eigen competenties en expertise. Deze worden tussen GGZ en niet-GGZ professionals uitgewisseld en gebundeld, om de continuïteit en de professionaliteit van de zorg te optimaliseren.

Functies A, B, F en G worden uitgevoerd door actoren van zorgniveaus 0b, 1, 2a en 2b. Functie C kan op de meest effectieve en efficiënte wijze aangeboden worden wanneer dit buurtgebonden gebeurt. Daarom wordt functie C enkel aangeboden op zorgniveau 1. Functies D en E worden enkel uitgevoerd op zorgniveaus 2a en 2b omdat de onderdelen ervan gericht zijn op specifieke doelgroepen met ernstige psychische zorgnoden.

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 van het Vlaams zorgmodel op organisatorisch niveau samenwerken in **geestelijke gezondheidsnetwerken**. Ook op deze manier zet dit ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid in op geïntegreerde zorg. 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, optimaliseren en organiseren in samenwerking met de vertegenwoordigers van gebruikers en hun context. Het dynamisch werken met een zorgstrategisch plan staat hierbij centraal. Daarnaast zorgen zij ook voor (een) aanspreekpunt(en) waar alle burgers die wonen in de regio van een geestelijk gezondheidsnetwerk terecht kunnen voor informatie in verband met passende zorg en de toegang daar naartoe. Tenslotte zetten deze geestelijke gezondheidsnetwerken in op het aanbieden van integrale en continue zorg en ondersteuning door zorgcoördinatie, case-management en goede doorverwijzingen te faciliteren en optimaliseren.

Dit ontwerp van decreet streeft vervolgens 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. Daarom neemt het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid de ervaringsdeskundige op als nieuwe discipline binnen het geestelijke gezondheidsaanbod. Een ervaringsdeskundige is een persoon die de kennis en expertise bezit die voortkomt uit de ervaring met individuerichte zorg, opgedaan als gebruiker of als context, en die voor zichzelf en voor anderen herstelbevorderend kan worden ingezet. Deze ervaring kan alleen tot kennis en expertise met betrekking tot individuerichte zorg leiden wanneer deze via lotgenotencontact wordt verwerkt en verruimd wordt en wanneer via opleiding of vrijwilligerswerk kennis, houdingen, vaardigheden en methoden werden aangereikt om de verruimde ervaring met individuerichte zorg deskundig aan te wenden. Betaalde tewerkstelling en/of inzet op vrijwillige basis van ervaringsdeskundigen wordt beleidsmatig ondersteund, enerzijds op elk zorgniveau van het Vlaams zorgmodel, anderzijds ook op het niveau van de geestelijke gezondheidsvoorzieningen en het geestelijke gezondheidszorgbeleid. Daarnaast wil de Vlaamse Overheid ook een organisatie aanduiden die de opleidingen organiseert, die toeziet op de kwaliteit ervan, en die het werk van de ervaringsdeskundigen faciliteert door zowel de ervaringsdeskundigen zelf, maar ook de voorzieningen of netwerken waarbinnen ze werken, te ondersteunen.

Maar niet alleen de ervaringsdeskundigen hebben ondersteuning nodig binnen een hervormd geestelijke gezondheidsaanbod. Om een geïntegreerde, kwaliteitsvolle individuerichte zorg en populatiegerichte acties te kunnen realiseren die toegankelijk en aanvaardbaar zijn voor iedereen, moet ook de noodzakelijke expertise voorzien worden voor de netwerkpartners, de gebruikers, hun context en de geestelijke gezondheidsnetwerken. Daarom zullen door de Vlaamse Overheid ook **ondersteunende structuren** aangeduid worden die instaan voor (1) methodiekontwikkeling voor de netwerkpartners, voor (2) de belangenbehartiging van de gebruikers en hun context, voor (3) het uitbouwen van programma's en de optimalisatie van de samenwerking tussen de netwerkpartners, en voor (4) de organisatie van een ombudsfunctie buiten de zorgvoorzieningen.

Tenslotte richt de Vlaamse Overheid het **comité geestelijke gezondheidsnetwerken** op om de wisselwerking tussen de Vlaamse Overheid, de geestelijk gezondheidsnetwerken en vertegenwoordigers van de gebruikers en van hun context te optimaliseren. Het overleg tussen deze partners, maar ook met de federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu richt zich op (1) het kader, de procedures en instrumenten die gehanteerd worden voor de uitvoering van de opdrachten van de geestelijke gezondheidsnetwerken, en op (2) het verloop van de uitvoering van deze opdrachten, welke opportuniteiten er zijn, welke belemmerende factoren er zich voordoen. Dit overleg kan resulteren in adviezen die worden overgemaakt aan de minister bevoegd voor gezondheidsbeleid.

Deze wetenschappelijk en praktijk-onderbouwde beleidsvisie inzake de hervorming van het geestelijke gezondheidsaanbod resulteerde in de uitwerking van een ontwerp van een *kaderdecreet*. Indien de Vlaamse Regering zijn goedkeuring zal geven voor dit ontwerp van decreet, wellicht in een aangepaste vorm, bestaat de volgende stap erin om de bepalingen ervan verder uit te werken via uitvoeringsbesluiten. Er is dus nog een lange weg te gaan, gegeven het aantal beleidsinstanties dat hierbij betrokken is. Dit rapport sluit af met enkele **beleidsaanbevelingen** op dit vlak. Ons inziens dient de uitvoering van de voorgestelde hervorming van het geestelijke gezondheidsaanbod te starten met de erkenning van geestelijke gezondheidsnetwerken in Vlaanderen. Hierbij is het van groot belang dat de Vlaams en federaal erkende geestelijke gezondheidsnetwerken dezelfde zullen zijn, en dat deze afgestemd worden op de eerstelijnszones. De uitwerking van de zorgstrategische plannen zal in stappen moeten gebeuren, best ondersteund met een plan van aanpak en bepaalde tools aangeleverd door de Vlaamse Overheid. Het opstellen van zo'n plan impliceert dat de betrokken actoren bereidheid tonen om de paradigmashift te maken van probleemgerichte naar vraaggerichte zorg, en dus ook van een aanbod-gestuurd naar een persoons- en behoeftegericht geestelijke gezondheidsmodel. Doorheen dit traject zullen vervolgens concrete voorstellen ontstaan over hoe betrokken zorgvoorzieningen in een regio kunnen samenwerken bij de uitvoering van bepaalde functies. Het ligt in de lijn van het voorliggende ontwerp van decreet dat zorgvoorzieningen een erkenning krijgen voor de uitvoering van een functie indien de aanvraag in lijn ligt met het zorgstrategisch plan van het geestelijke gezondheidsnetwerk waartoe het behoort. Hierbij willen we opmerken dat er momenteel nog maar weinig duidelijkheid bestaat over hoe de programmatie van de voorzieningen die erkend worden voor een (deel)functie, bepaald zal worden. Bij de programmatie zal het zaak zijn om te vertrekken vanuit de aard en hoeveelheid aan psychische zorgnoden in een regio, en vanuit het subsidiariteitsprincipe van het Vlaams zorgmodel effectief toe te passen. Concreet houdt dit in dat er meer generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid wordt aangeboden dan gespecialiseerde GGZ, en dat er meer ambulante en mobiele zorg wordt aangeboden dan residentiële zorg. Aangezien in ons land de programmatie van de psychiatrische ziekenhuizen en van de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen door de federale overheid wordt bepaald, is afstemming hierover met de federale overheid een *conditio sine qua non*.

Parallel met dit traject kunnen de uitvoeringsbesluiten uitgewerkt worden die toelaten dat ervaringsdeskundigen aangeworven worden of vrijwillig ingezet worden binnen de individugerichte zorg en populatie gerichte acties, en op het niveau van de geestelijke gezondheidsnetwerken en het geestelijke gezondheidszorgbeleid.

Tenslotte heeft het voorliggende ontwerpdecreet betreffende de geestelijke gezondheid zich nog niet uitgesproken over de gegevensdeling tussen netwerkpartners die betrokken zijn bij de zorg voor eenzelfde gebruiker binnen een zorgteam. Gegevensdeling binnen een zorgteam is echter een

belangrijke randvoorwaarde om tot geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg te komen. Een juridische evaluatie van de bestaande Vlaamse en federale regelgeving is nodig om zicht te krijgen op wat momenteel mogelijk is in Vlaanderen op dit vlak. Dit kan vervolgens duidelijk maken op welke vlakken de regelgeving zou moeten aangepast worden – indien wenselijk - zodat dit mogelijk kan worden. Ook hierover zal afstemming tussen de Vlaamse en federale overheid nodig zijn.

Uit deze studie concluderen we dat het draagvlak voor de voorgestelde hervormingen van het geestelijke gezondheidsaanbod substantieel is. We kunnen alleen maar hopen dat het beleid van Vlaanderen en bij uitbreiding van België, de realisatie ervan zal mogelijk maken.



# Inhoud

<b>Inleiding</b>	<b>19</b>
<b>Hoofdstuk 1      Methode</b>	<b>23</b>
1.1    Fase 1: uitwerking van een eerste visienota op basis van wetenschappelijk bronnen en eerste studie van beleidsteksten	23
1.2    Fase 2: toetsing van de visienota bij experts uit het werkveld en bij personen met GGZ ervaring	23
1.2.1    Organisatie van expertpanels	23
1.2.2    Bevraging van jongeren-zorggebruikers via vzw Cachet	24
1.3    Fase 3: uitwerking van de nieuwe beleidsvisie betreffende de geestelijke gezondheid in Vlaanderen	26
1.4    Fase 4: uitwerking van het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid en memorie van toelichting	26
<b>Hoofdstuk 2      Toetsing van de visienota aan sleutelfiguren en sectoren betrokken bij de geestelijke gezondheidszorg</b>	<b>29</b>
2.1.    Deelnemers van de expertpanels	29
2.2.    Resultaten en conclusies van de expertpanels	29
2.3.    Resultaten en conclusies van de bevraging van jongeren-zorggebruikers van de GGZ	32
<b>Hoofdstuk 3      Situering en doelstelling van de hervorming van het geestelijke gezondheidsaanbod</b>	<b>35</b>
3.1.    Evoluties in de internationale en Vlaamse samenleving	35
3.1.1.    De impact van psychische aandoeningen op ongezondheid neemt toe	35
3.1.2.    De impact van de vergrijzing op de zorgsector	36
3.1.3.    Het biomedisch model blijft hoog aangeschreven in de gezondheidszorg	36
3.1.4.    Nieuwe visies op beperking	37
3.1.5.    De herstelbeweging uitgaande van personen met een psychische kwetsbaarheid	37
3.2.    Uitdagingen met betrekking tot de toegankelijkheid van passende geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen en in andere hoge inkomenslanden	38
3.2.1.    Behandelingskloof en onvervulde zorgnoden in Europa	38
3.2.2.    Overbehandeling in Europa	38
3.2.3.    Lagere levensverwachting voor personen met psychische zorgnoden wereldwijd	39
3.2.4.    Stigma en discriminatie van personen met psychische zorgnoden wereldwijd	39
3.3.    Nieuwe bevoegdheden van de geestelijke gezondheidszorg die door de 6 <sup>de</sup> staatshervorming overgekomen zijn naar Vlaanderen	40
3.4.    Doelstelling van het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid	40

<b>Hoofdstuk 4</b>	<b>Vier hervormingen van het geestelijke gezondheidsaanbod</b>	<b>43</b>
4.1	Bevordering van de geestelijke gezondheidscompetenties van alle burgers en van de- stigmatisering van personen met psychische zorgnoden	45
4.1.1	Bevorderen van geestelijke gezondheidscompetenties	46
4.1.2	De-stigmatisering van personen met psychische zorgnoden	47
4.2	Verbeteren van de toegankelijkheid en aanvaardbaarheid van het geestelijke gezondheidsaanbod	48
4.2.1	De toegankelijkheid van het geestelijke gezondheidsaanbod	48
4.2.2	De aanvaardbaarheid van het geestelijke gezondheidsaanbod	50
4.3	Heroriëntering van de principes die de zorg voor personen met psychische zorgnoden en hun context vorm geven	52
4.3.1	Het geestelijke gezondheidsaanbod is ontwikkelings-, herstel- en krachtgericht	52
4.3.2	Toepassen van dwanginterventies binnen het geestelijke gezondheidsaanbod	54
4.3.3	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	55
4.3.4	Ervaringsdeskundigheid draagt bij tot een kwaliteitsvol geestelijke gezondheidsaanbod	57
4.4	Veranderingen in de organisatie van het geestelijke gezondheidsaanbod	59
4.4.1	De vermaatschappelijking van zorg	59
4.4.2	Zorg aanbieden volgens het subsidiariteitsprincipe	60
4.4.3	Integratie van het geestelijke gezondheidsaanbod	63
<b>Hoofdstuk 5</b>	<b>Doelstelling en werkingsprincipes van het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid omgezet in beleidsmaatregelen</b>	<b>67</b>
5.1	Het geestelijke gezondheidsaanbod georganiseerd in zorgniveaus en geestelijke gezondheidsnetwerken en ingedeeld in functies en programma's	68
5.1.1	De opdeling van de individugerichte zorg in zorgniveaus van het Vlaams zorgmodel	70
5.1.2	De opdeling van het geestelijke gezondheidsaanbod in kernopdrachten van de zorgverleners, andere professionals die betrokken zijn bij GGZ en initiatieven van vrijwillige en informele zorg of ondersteuning, functies genaamd	72
5.1.3	De samenwerking van de professionele, vrijwillige en informele zorg en ondersteuning over de zorgniveaus heen in geestelijke gezondheidsnetwerken	76
5.2	Ervaringsdeskundigheid in het geestelijke gezondheidsaanbod	76
5.3	Oprichting van ondersteunende en overlegstructuren voor het geestelijke gezondheidsaanbod	78
5.3.1	Ondersteunende structuren om integrale zorg en ondersteuning die plaatsvindt binnen de triade alle kansen te bieden	78
5.3.2	Overleg realiseren tussen de geestelijke gezondheidsnetwerken en de Vlaamse Overheid	79
<b>Hoofdstuk 6</b>	<b>Conclusies, aanbevelingen en uitdagingen</b>	<b>81</b>
<b>Referenties</b>		<b>85</b>



<b>Bijlagen</b>	<b>95</b>
<b>Bijlage 1: Toetsing van de visienota bij sleutelfiguren en sectoren betrokken bij de GGZ – Uitgebreide rapportering van resultaten</b>	<b>97</b>
<b>Bijlage 2: Bevraging van jongeren-zorggebruikers via vzw Cachet – Uitgebreide rapportering van resultaten</b>	<b>123</b>



## Inleiding

Het huidige Vlaamse decreet betreffende de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) van 5 mei 1999 is een beperkt decreet qua opzet, en is in essentie gericht op de centra geestelijke gezondheidszorg (CGG). De GGZ in Vlaanderen omvat echter veel meer dan enkel de CGG. Het is een diverse sector met vele actoren, elk met een specifieke, maar ook vaak gedeelde rol. Vele vernieuwingen deden intussen hun intrede. In 2010 werden de federale netwerken “betere GGZ” of “artikel 107” projectmatig opgericht (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu, 2010), waardoor een sterker accent op vermaatschappelijking van zorg en netwerking ontstond. In 2014 werden daar de federale netwerken voor kinderen en jongeren aan toegevoegd (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu, 2014). Deze evoluties naar geïntegreerde zorg en vermaatschappelijking van zorg werden ook uitgewerkt in het Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019. Daarin kreeg ook de zorgnood-gestuurde GGZ en de bevordering van de geestelijk gezondheid op bevolkingsniveau een centrale plaats. Ook de eerstelijnspsychologische functie werd ontwikkeld, en positief gewaardeerd (Coppens, Neyens, & Van Audenhove, 2015). Tenslotte werd in februari 2017 de eerstelijnsconferentie gehouden. De vernieuwde visie op de toekomstige eerstelijnszorg kreeg hier zijn beslag. Recent werd de indeling van Vlaanderen in eerstelijnszones vastgelegd; momenteel echter nog op projectmatig basis. In deze eerstelijnszones geven de lokale besturen, de zorgverleners, maar ook de partners van het geïntegreerd breed onthaal, vorm aan hun samenwerking en nemen ze hun verantwoordelijkheden op t.a.v. de populatie van de regio. Elke eerstelijnszone wordt daarbij aangestuurd door een zorgraad. Op het niveau van de regionale zorgzones zal o.a. expertise aangeboden worden m.b.t. preventie, geestelijke gezondheidszorg en palliatieve zorg. Op Vlaams niveau tenslotte zal het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn opgericht worden waarin de nodige kennis en expertise zal samengebracht worden die de brede eerste lijn kan ondersteunen (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2017). Dit zijn allemaal belangrijke evoluties binnen de (geestelijke) gezondheidszorg die recent hebben plaatsgevonden en die nog steeds in ontwikkeling zijn, waartoe een nieuwe beleidsvisie m.b.t. de geestelijke gezondheid zich dient te verhouden.

Ook de bijkomende bevoegdheden die in het kader van de 6<sup>de</sup> staatshervorming van de federale overheid naar Vlaanderen zijn overgekomen, dragen ertoe bij dat de ontwikkeling van een nieuw decreet nu dringend aan de orde is. Immers, hierdoor kregen de psychiatrisch verzorgingstehuizen (PVT), de initiatieven voor beschut wonen (IBW), en verschillende voorzieningen met een Riziv-conventie – o.a. psychosociale revalidatiecentra, centra voor ambulante revalidatie, revalidatiecentra voor verslaving, moeder-kind eenheden – nu een plaats binnen de Vlaamse bevoegdheid.

Deze veranderingen binnen Vlaanderen spelen zich af tegen de achtergrond van een aantal wereldwijde en Europese evoluties die reeds decennialang aan de gang zijn. Wereldwijd wint de relatieve impact van geestelijke gezondheid als oorzaak van ongezondheid aan belang (Whiteford et al., 2013). Vooral in rijke landen zoals België - met niet-overdraagbare ziekten als belangrijkste doodsoorzaak – zijn psychisch onwel bevinden, verslaving, dementie en neuro-psychiatrische aandoeningen de belangrijkste risicofactoren voor ongezondheid en mortaliteit (WHO, 2016).

Een eigentijds, en tegelijkertijd toekomstgericht decretaal kader dient bijgevolg uitgewerkt te worden. Dit decreet wil een duurzame en dus toegankelijke, aanvaardbare en kwalitatieve geestelijke gezondheidszorg die bijdraagt tot de geestelijke gezondheid van de hele bevolking mee realiseerbaar maken. Van in het begin van dit project werd de duidelijke keuze gemaakt dat dit decreet niet enkel de GGZ voor

*de individuele gebruiker en zijn omgeving* wil regelen. Ook de *populatiegerichte acties* die tot doel hebben de geestelijke gezondheid van alle burgers te versterken, dienen een juridische basis te krijgen in dit decreet. Dit geheel van individugerichte zorg en populatiegerichte acties worden samen in de beleidsvisie en het ontwerp van decreet het *geestelijke gezondheidsaanbod* van Vlaanderen genoemd.

Op vraag van de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin is het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin actief betrokken bij de uitwerking van de nieuwe beleidsvisie betreffende geestelijke gezondheid en het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid dat daarvan het resultaat is. De opdracht van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin bestaat erin de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin te ondersteunen bij het voeren van een slagvaardig, innovatief, effectief, inclusief en integraal beleid inzake welzijn en gezondheid. Het Steunpunt voert hiertoe beleidsrelevant wetenschappelijk onderzoek uit, verzamelt, analyseert en ontsluit beleidsrelevante gegevens en verleent wetenschappelijke dienstverlening.

In het kader van deze opdracht bestaat de doelstelling van deze studie allereerst in de wetenschappelijke onderbouwing van een nieuwe beleidsvisie betreffende de geestelijke gezondheid voor Vlaanderen. Voortbouwend op het Vlaams Actieplan Geestelijke gezondheid 2017-2019 dient het landschap van het geestelijke gezondheidsaanbod daarbij hertekend te worden volgens kernopdrachten die een antwoord bieden op de zorgvragen van de zorggebruikers - functies genaamd - en dient georganiseerd te worden in geestelijke gezondheidsnetwerken. Ten tweede bestaat de doelstelling van deze studie erin experts uit het terrein te bevragen over inzichten die gebaseerd zijn op wetenschappelijk onderzoek en ondersteund worden door bestaande beleidsteksten, en zodoende hiervoor draagvlak te creëren. Zodoende wordt een beleidsvisie uitgewerkt die onderbouwd is door wetenschappelijke kennis, praktijkkennis en ervaringsdeskundigheid. Dit traject dient tenslotte te resulteren in de uitwerking van de memorie van toelichting bij een ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid waarin deze beleidsvisie zijn beslag kent.

De uitwerking van deze beleidsvisie en het schrijven van de memorie van toelichting gebeurt in nauwe samenwerking met de afdeling Gespecialiseerde Zorg van het Agentschap Zorg & Gezondheid en met het Vlaams Kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

De uitwerking van de beleidsvisie houdt volgende opdrachten in:

1. Uitwerking van de doelstelling van een nieuw geestelijke gezondheidsbeleid;
2. Uitwerking van de richtinggevende principes van een nieuw geestelijke gezondheidsbeleid
3. Uitwerking van een nieuw geestelijke gezondheidsmodel op basis van functies. Dit zijn kernopdrachten die in het geestelijke gezondheidsnetwerk worden gerealiseerd, en die een gepast antwoord bieden op de individuele of collectieve noden van personen met een psychische problematiek en hun omgeving. De Gids naar een nieuw geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2014) dient als inspiratiebron voor de uitwerking van deze functies;
4. Uitwerking van geformaliseerde geestelijke gezondheidsnetwerken waarin de professionals – GGZ en niet-GGZ – en de informele zorgverlening in onderlinge samenwerking de functies tot uitvoering brengen;
5. Uitwerking van de opdrachten voor en ondersteuning van ervaringsdeskundigen binnen het geestelijke gezondheidsaanbod;

6. Uitwerking van ondersteunende structuren voor de netwerkpartners, en van overlegorganen tussen de Vlaamse overheid, de geestelijke gezondheidsnetwerken en vertegenwoordigers van de zorggebruikers en van hun omgeving.

De resultaten van deze vijf opdrachten vormen samen de algemene toelichting van de memorie van toelichting. Deze maakt het schrijven van het decreet in actieve samenwerking met de administratie en de juristen mogelijk.



# Hoofdstuk 1

## Methode

De uitwerking van deze zes opdrachten, het schrijven van de memorie van toelichting en het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid is verlopen in vier fasen, die hieronder worden toegelicht.

### **1.1 Fase 1: uitwerking van een eerste visienota op basis van wetenschappelijk bronnen en eerste studie van beleidsteksten**

Op basis van literatuuronderzoek van internationale en nationale wetenschappelijke bronnen en op basis van een eerste studie van de betrokken beleidsteksten werd een algemene visie uitgewerkt m.b.t. de hervormingen die nodig zijn binnen het geestelijk gezondheidsaanbod van Vlaanderen. Daarnaast werd een eerste vertaling gemaakt van het geestelijke gezondheidsaanbod naar functies en werd de organisatie van het geestelijke gezondheidsaanbod uitgewerkt in geformaliseerde geestelijke gezondheidsnetwerken. Dit proces van visievorming gebeurde in voortdurende afstemming met de afdeling Gespecialiseerde Zorg van het Agentschap Zorg & Gezondheid, en het Kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Het resultaat van deze visievorming kan teruggevonden worden in de visienota “Nota 1 Nieuw Vlaams decreet geestelijk gezondheid: Nota ter voorbereiding van de expertpanels” (De Cuyper & Van Audenhove, 2017). In deze fase van de studie had deze visienota het statuut van een werktekst die gebruikt zou worden om de voorlopig uitgewerkte visie op de hervorming van het geestelijke gezondheidsaanbod in Vlaanderen te kunnen voorleggen aan experts uit het werkveld en personen met GGZ-ervaring. We komen op deze visienota terug in fase 3 van deze studie waarin deze nota – na het doorlopen van het verdere traject van deze studie – resulteerde in de nieuwe Vlaamse beleidsvisie betreffende de geestelijke gezondheid en de algemene toelichting van de memorie van toelichting van het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid.

### **1.2 Fase 2: toetsing van de visienota bij experts uit het werkveld en bij personen met GGZ-ervaring**

#### **1.2.1 Organisatie van expertpanels**

##### **1.2.1.1 Doel van de expertpanels, deelnemers en methode**

De visienota en de prioritering van de vooropgestelde doelen werden getoetst bij een breed forum van relevante sleutelfiguren en sectoren die betrokken zijn bij de GGZ. Volgende groepen van stakeholders werden daartoe geconsulteerd in expertpanels:

- Disciplines uit de geestelijke gezondheidszorg
- Netwerken binnen de (geestelijke) gezondheidszorg
- Patiënten- en familieverenigingen
- Belendende sectoren

- GGZ-onderzoekers en docenten
- Organen die betrokken zijn bij het beleid: op voorstel van de afdeling Gespecialiseerde Zorg van het Agentschap Zorg & Gezondheid werden de leden van het Structureel Overleg geestelijke gezondheid hiervoor uitgenodigd, aangevuld met de federale (adjunct) coördinatoren GGZ-hervorming

De bedoeling van deze toetsing in expertpanels was

- een beeld te krijgen van hoe de deelnemers zich verhouden ten opzichte van de inhoud van de visienota, en over welke onderdelen (redelijke) consensus bestaat. Daartoe werden volgende vragen voorgelegd aan de deelnemers van de expertpanels:
  - Wat zijn voor u de belangrijkste elementen van deze visie voor een toekomstig decreetaal kader?
  - Wat zijn voor u de prioritaire actiepunten die nu vorm dienen te krijgen? Waar zou de Vlaamse overheid volgens u nu op de eerste plaats dienen op in te zetten, en hoe?
- input te verzamelen voor de verdere uitwerking van het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid;
- draagvlak te creëren voor een nieuw Vlaams decreet betreffende de geestelijke gezondheid.

De deelnemers van de expertpanels kregen de visienota enkele weken op voorhand toegestuurd. Elke groep van stakeholders werd bevraagd in een apart expertpanel, en nadien, tijdens de plenaire bespreking, werden de belangrijkste standpunten van de groepen van stakeholders samen besproken. De organen die betrokken zijn bij het beleid werden op een ander moment bevraagd dan de vijf andere groepen van stakeholders. Hiervoor werd gekozen opdat de organen die betrokken zijn bij het beleid in een bepaalde machtsverhouding zouden kunnen staan ten opzichte van de andere groepen van stakeholders. Dit zou sommige deelnemers kunnen verhinderd hebben om vrijuit te spreken tijdens de plenaire sessie.

### 1.2.1.2 Analyse van de resultaten van de expertpanels

Er werden audio-opnames gemaakt van alle expertpanels en van de twee plenaire sessies. Eerst werd *per groep van stakeholders* een overzicht gemaakt van alle thema's en de bijbehorende stellingen die aan bod waren gekomen tijdens de betreffende expertpanels. Hiervoor werd vertrokken van de thema's die elke groep van stakeholders had besproken tijdens de betreffende plenaire sessie. Vervolgens werd deze lijst van thema's verder aangevuld door het beluisteren van de audio-opnames van (de) het betreffende expertpanel(s). Alle stellingen die m.b.t. alle thema's aan bod waren gekomen in een groep van stakeholders werden tenslotte gedetailleerd uitgewerkt a.d.h.v. de audio-opnames.

In een tweede fase werd de lijst van thema's geaggregeerd *over alle expertpanels heen*. Per thema werd nagegaan in welke groepen van stakeholders dit thema aan bod was gekomen. Per thema werd er dan een overzicht gemaakt van de stellingen die per groep van stakeholders naar voor waren gebracht. Op basis van deze resultaten werd tenslotte bepaald over welke thema's de grootste consensus bestaat tussen de zes groepen van stakeholders en wat hierover de meningen zijn.

### 1.2.2 Bevraging van jongeren-zorggebruikers via vzw Cachet

Aangezien deze methode van de expertpanels niet geschikt is om jongeren-zorggebruikers te bevragen in verband met Nota 1, werd aan vzw Cachet gevraagd om een aantal vragen die geformuleerd werden op basis van Nota 1, te bespreken met een aantal jongeren die ervaring hebben binnen de GGZ. Vzw



Cachet is een organisatie door en voor jongeren met een ervaring in de jeugdhulpverlening. Volgende vragen werden aan vzw Cachet doorgegeven om te bespreken met enkele jongeren:

1. M.b.t. inzetten op verbetering van de geestelijke gezondheidscompetenties en op de-stigmatisering van mensen met een psychische problematiek

Welke ervaringen hebben jongeren met acties gericht op de-stigmatisering of met acties gericht op beter leren zorgen voor hun eigen geestelijke gezondheid? Op school, in de jeugdbeweging, ...? Wat helpt er volgens hen wel, wat helpt er minder goed? Wat zijn volgens hen de geschikte plaatsen om hierrond te werken?

2. M.b.t. toegankelijkheid en aanvaardbaarheid van het geestelijke gezondheidsaanbod

Zoeken en vinden jongeren zelf informatie over waar ze terecht kunnen als ze een vraag hebben, of hulp zoeken m.b.t. hun geestelijke gezondheid? Waar vinden jongeren die informatie? Begrijpen ze de informatie? Welke informatie is nuttig, welke niet? Welke informatie missen ze?

Hebben jongeren de ervaring dat ze de hulp krijgen die ze nodig hebben m.b.t. hun geestelijke gezondheid? Welke hulp helpt hen? Welke hulp missen ze?

Welke ervaring hebben jongeren met de overstap van GGZ voor jongeren naar GGZ voor volwassenen? Hoe is die overstap verlopen? Wat zou kunnen helpen opdat dit beter zou kunnen verlopen?

3. M.b.t. veranderingen in de organisatie van het geestelijke gezondheidsaanbod

Vraaggerichte zorg is uiteraard even belangrijk voor kinderen en jongeren als voor volwassenen. Maar voor minderjarigen zijn het in principe de ouders die beslissen welke behandeling hun kind met een geestelijke gezondheidsproblematiek zal krijgen. Welke ervaringen hebben jongeren hierrond? Hoe gaan hulpverleners daarmee om? In hoeverre kunnen jongeren mee beslissen over aspecten van hun behandeling?

Hebben jongeren de ervaring dat de mensen die zij belangrijk vinden betrokken worden bij hun behandeling voor hun geestelijke gezondheidsproblematiek? Welke personen vinden zij belangrijk om te betrekken bij hun behandeling?

4. M.b.t. de heroriëntering van de principes die de zorg voor mensen met een psychische problematiek vormgeven

Hebben jongeren de ervaring dat er in de behandeling die zij krijgen vertrokken wordt vanuit hun krachten om te kunnen leren omgaan met hun geestelijke gezondheidsproblematiek. Welke ervaringen hebben jongeren met goede praktijken van (herstel- en) krachtgericht werken?

Wat zijn ervaringen van jongeren m.b.t. het gebruik van dwangmaatregelen? Op het moment zelf brengt dit meestal angst en/of boosheid (en eventueel andere gevoelens) met zich mee. Maar hoe hebben jongeren dit achteraf ervaren? Wat zou er kunnen helpen om het gebruik van dwangmaatregelen beter te kunnen laten verlopen?

Hoe hebben jongeren liefst dat hun ouders (of andere verantwoordelijken) betrokken worden bij hun behandeling? Welke ervaringen hebben ze hieromtrent?

Wat zijn de ervaringen van jongeren m.b.t. het beroepsgeheim van hulpverleners in het contact met hun ouders (of andere verantwoordelijken)?

Hoe kunnen kinderen en jongeren hun ervaringskennis doorgeven op het micro-, meso- en macro-niveau:

- a. Het niveau van de zorg die aangeboden wordt aan jongeren met een geestelijke gezondheidsproblematiek;
- b. Het niveau van de geestelijke gezondheidsnetwerken en GGZ-voorzieningen;
- c. Het beleidsniveau m.b.t. geestelijke gezondheid.

Vzw Cachet maakte een schriftelijk verslag van de bijeenkomst die zij hadden met de jongeren, en verstuurden dit verslag naar de onderzoekers. Uit dit verslag werd die informatie gedestilleerd die relevant is voor de hervorming van het geestelijk gezondheidsaanbod op beleidsniveau.

De resultaten van de bevraging van experten uit het werkveld en personen met GGZ-ervaring worden besproken in hoofdstuk 2 van dit rapport.

### **1.3 Fase 3: uitwerking van de nieuwe beleidsvisie betreffende de geestelijke gezondheid in Vlaanderen**

Nota 1 werd verder uitgewerkt tot de nieuwe beleidsvisie betreffende de geestelijke gezondheid in Vlaanderen op basis van

- Verdere studie van de internationale en nationale wetenschappelijke literatuur;
- Verdere analyse van beleidsdocumenten, waaronder:
  - Actieplan geestelijke gezondheid 2017-2019
  - Conceptnota verslavingszorg
  - Gezondheidsconferentie Preventie en eerstelijnsconferentie
  - Nationale en internationale studies vanuit KCE, Steunpunt WVG
  - Adviezen vanuit NRZV, HGR, SAR WVG
  - Regeerakkoord en beleidsbrieven
  - Gidsen betere GGZ: [www.psy107.be](http://www.psy107.be) en [www.psy0-18.be](http://www.psy0-18.be);
- De resultaten van de expertpanels en de input afkomstig van vzw Cachet;
- In voortdurende afstemming met de afdeling Gespecialiseerde Zorg van het Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid? en het Kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Het resultaat van dit werk kan teruggevonden worden in hoofdstukken 3,4 en 5 van dit rapport. Deze hoofdstukken resulteerden in de algemene toelichting van de memorie van toelichting van het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid.

### **1.4 Fase 4: uitwerking van het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid en memorie van toelichting**

In een gelijktijdige beweging met fase 3 werd - in samenwerking met de juristen van/en de afdeling Gespecialiseerde Zorg van het Agentschap Zorg & Gezondheid - het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid geschreven, en tussentijds afgetoetst met het Structureel Overleg geestelijke gezondheid. Ook de artikelsgewijze toelichting van de memorie van toelichting werd gefinaliseerd in samenwerking met de (juristen van) de afdeling Gespecialiseerde Zorg van het Agentschap Zorg & Gezondheid, het Kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

De toetsing van het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid bij het Structureel Overleg geestelijke gezondheid gebeurde in drie fasen. Drie versies van het ontwerp van decreet werden besproken tijdens drie vergaderingen van het Structureel Overleg. Daartoe kregen de leden op voorhand de betreffende versie van het ontwerp van decreet toegestuurd. Na de vergadering van het Structureel Overleg hadden de leden ook de gelegenheid om op papier hun bedenkingen over te maken aan de onderzoekers, de afdeling Gespecialiseerde zorg van het Agentschap Zorg & Gezondheid en het Kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Deze drie partners bekeken dan of de bedenkingen konden meegenomen worden naar de volgende versie van het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid. Het Kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin nam hierin de eindbeslissingen.

Op het einde van dit traject maakte de afdeling Gespecialiseerde Zorg van het Agentschap Zorg & Gezondheid het ontwerpdecreet betreffende de geestelijke gezondheid – als ook de memorie van toelichting – over aan het Kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Het kabinet startte dan de goedkeuringsprocedure op het niveau van de Vlaamse Regering (zie <https://overheid.vlaanderen.be/stroomschema>).



## Hoofdstuk 2

### Toetsing van de visienota aan sleutelfiguren en sectoren betrokken bij de geestelijke gezondheidszorg

#### 2.1. Deelnemers van de expertpanels

Zes groepen van stakeholders uit de GGZ en daarbuiten werden uitgenodigd voor de expertpanels: belendende sectoren, GGZ-disciplines, GGZ-onderzoekers, netwerken binnen de (geestelijke) gezondheidszorg, organen die betrokken zijn bij het beleid en patiënten- en familieverenigingen. In totaal werden 74 personen bevraagd in 8 expertpanels. In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de deelnemers aan de 8 panels.

De eerste vijf groepen van stakeholders werden bevraagd in vijf expertpanels, en hielden aansluitend een plenaire sessie waarin de belangrijkste standpunten van de vijf groepen tezamen besproken werden. De 23 beleidsmakers werden onderverdeeld in 3 expertpanels. Aansluitend werd er een plenaire sessie gehouden waarin de belangrijkste standpunten van de drie groepen tezamen besproken werden.

#### 2.2. Resultaten en conclusies van de expertpanels

De thema's die aan bod zijn gekomen in meer dan één groep van stakeholders worden hieronder opgelijst. Tussen haakjes staat het aantal groepen van stakeholders waarin het betreffende thema werd besproken. De thema's zijn gerangschikt volgens het aantal groepen van stakeholders waarin het betreffende thema aan bod kwam.

1. Meer nadruk op zorgcontinuïteit en toegankelijkheid van alle zorgniveaus; (besproken in 6 groepen)
2. We hebben heldere concepten nodig; (6)
3. Meer nadruk op het geestelijke gezondheidsaanbod voor jongeren en ouderen in de visie op de hervorming van het geestelijke gezondheidsaanbod; (6)
4. Afstemming tussen de verschillende overheden is van groot belang zodat er geen netwerken en functies naast elkaar gaan bestaan; (5)
5. Ervaringsdeskundigen dienen opgenomen te worden als aparte discipline; (5)
6. Data-gestuurde zorg is nodig; (5)
7. Meer nadruk op vroeg-detectie en eerstelijnszorg; (5)
8. Er dient meer ingezet te worden op de afstemming met andere beleidsdomeinen; (5)
9. Belang van verminderen van stigma in de samenleving en bij mensen met een psychische problematiek - positieve beeldvorming - populatiegerichte acties; (4)
10. Triadisch werken is van groot belang; (4)
11. Meer nadruk op de uitbouw van de nulde lijn - meer nadruk op patiënten- en familie-verenigingen (co-creatie); (4)
12. Matched care als aanvulling op stepped care; (4)
13. Belang van samenwerken op casusniveau – op niveau van de buurt; (4)
14. Meer nadruk op het biopsychosociaal model en op alle levensdomeinen; (3)

Belendende sectoren	GGZ disciplines	GGZ onderzoekers	Netwerken gezondheidszorg	Patiënten- en familieverenigingen	Organen die betrokken zijn bij het beleid
11 deelnemers aan 1 expertpanel	10 deelnemers aan 1 expertpanel	7 deelnemers aan 1 expertpanel	11 deelnemers aan 1 expertpanel	12 deelnemers aan 1 expertpanel	23 deelnemers aan 3 expertpanels
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Een CLB</li> <li>• Een dienst Maatschappelijk Werk van een ziekenfonds</li> <li>• Een dienst Welzijn en Gelijke kansen van een gemeente</li> <li>• Familiehulp</li> <li>• GTB Vlaanderen</li> <li>• Een Intersectoraal Regionaal Overleg Jeugdhulp</li> <li>• Een justitiehuis</li> <li>• Een OCMW</li> <li>• Steunpunt Algemeen Welzijnswerk</li> <li>• Straathoekwerk Vlaanderen</li> <li>• Wit-Gele Kruis</li> <li>• Een woonzorgcentrum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Een apotheker</li> <li>• (Eerstelijns)-psychologen</li> <li>• Een ergotherapeut</li> <li>• Een huisarts</li> <li>• Een maatschappelijk werker</li> <li>• Een orthopedagoog</li> <li>• Een psychiater</li> <li>• Psychiatrisch verpleegkundigen</li> </ul>	<p>Onderzoekers van</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• KCE</li> <li>• KU Leuven</li> <li>• UAntwerpen</li> <li>• UGent</li> <li>• VUB</li> </ul>	<p>Coördinatoren van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eerstelijnsnetwerken</li> <li>• GGZ-netwerken kinderen en jongeren</li> <li>• GGZ-netwerken volwassenen</li> <li>• Netwerken internering</li> <li>• Overlegplatforms GGZ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centrum Zit Stil</li> <li>• DENK Halle-Vilvoorde (Door Ervaring Naar Kennis)</li> <li>• Familieplatform GGZ</li> <li>• OPGanG (Open Patiëntenkoepel Geestelijke Gezondheid)</li> <li>• OPWEGG (Ontmoeting Participatie Werkgroep Ervaringsdeskundigheid Geestelijke Gezondheidszorg)</li> <li>• Similes-Vlaanderen</li> <li>• Tourettevereniging België Ik Tic</li> <li>• UilenSpiegel</li> <li>• Ups &amp; Downs</li> <li>• Vlaamse Vereniging Autisme</li> <li>• Vlaams Patiëntenplatform</li> <li>• VVGG - globaal plan ervaringsdeskundigheid</li> <li>• WED (Werkgroep Ervaringsdelen en Destigmatisering)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BFP/VVKP</li> <li>• Centra Ambulante Revalidatie</li> <li>• Christelijke Mutualiteit</li> <li>• Familieplatform GGZ</li> <li>• FDGG</li> <li>• Netwerk tegen Armoede</li> <li>• OP<sup>2</sup></li> <li>• OPGanG</li> <li>• Socialistische Mutualiteit</li> <li>• SOM</li> <li>• VAD</li> <li>• VVSG</li> <li>• VVBV</li> <li>• VVGG</li> <li>• VVKJ</li> <li>• VVP</li> <li>• Vlaams Patiëntenplatform</li> <li>• Vlaams Welzijnsverbond</li> <li>• Zorgnet-Icuro</li> </ul>

15. Hervormingsplannen nu al opnemen in de opleidingen van alle disciplines; (3)
16. Naar één soort van netwerken gaan binnen de gezondheidszorg; (3)
17. Nood aan regelluwte om innovatieve vormen van zorg te kunnen uitproberen; (3)
18. Ontbrekende termen in Nota 1; (3)
19. Uitbreiding van zorg nodig (2) → Aan het begin van de expertpanels werd aan de deelnemers meegedeeld dat dit thema geen onderwerp was van de bevraging.

Naast deze 19 thema's die in twee of meer groepen van stakeholders aan bod zijn gekomen, werden ook 8 thema's maar in één groep besproken. Per groep worden deze thema's hieronder weergegeven.

- Disciplines
  - Niet voor iedereen is behandeling in de buurt of in de eigen woning de beste zorg.
  - Alle disciplines dienen vernoemd te worden in Nota 1, ofwel geen enkele.
- Netwerken binnen de (geestelijke) gezondheidszorg
  - Aandacht voor geografische afbakening is nodig.
- Patiënten- en familieverenigingen
  - Respectvolle omgang met de zorggebruiker staat centraal en afzondering en fixatie moet zoveel mogelijk vermeden worden.
- Belendende sectoren: /
- GGZ-onderzoekers en docenten
  - Er is meer aandacht nodig voor forensische zorg.
  - Belang van psychologische zorg.
- Organen die betrokken zijn bij het beleid
  - Belang van een gezamenlijke decretale bovenbouw voor het hele gezondheidslandschap.
  - De werkingsprincipes van het ontwerp van decreet worden niet voldoende teruggevonden in het voorgestelde organisatiemodel van het geestelijke gezondheidsaanbod.

In Bijlage 1 van dit rapport kan per thema en per groep van stakeholders de gedetailleerde uitwerking van de bijbehorende stellingen teruggevonden worden.

Op basis van deze expertpanels kan geconcludeerd worden dat volgens de zes groepen van stakeholders uit de GGZ en daarbuiten de hervorming van het geestelijke gezondheidsaanbod allereerst dient in te zetten op een **betere toegankelijkheid en betere continuïteit van zorg**. De zes doelgroepen vinden dat dit voor alle personen met een psychische problematiek van groot belang is; maar zeker voor kwetsbare groepen zoals zorgmijders, personen met een dubbeldiagnose, personen met een ernstige psychische aandoening, personen met een migratieachtergrond of personen die in armoede leven. De huidige versnippering van het gezondheidszorglandschap werkt de toegankelijkheid en continuïteit van zorg tegen. Om de versnippering te kunnen wegwerken is een betere samenwerking en communicatie nodig tussen de generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid en gespecialiseerde GGZ, aldus de zes groepen van stakeholders die bevestigd werden.

Twee andere punten werden ook door alle zes de doelgroepen onder de aandacht gebracht. De hervorming van het geestelijke gezondheidsaanbod dient gericht te zijn op **goede zorg voor alle leeftijdscategorieën**: kinderen en jongeren, volwassenen en ouderen. Daarnaast dienen binnen de hervorming van het geestelijke gezondheidsaanbod **sleutelconcepten helder gedefinieerd** te worden zodat de betekenis ervan voor alle betrokkenen duidelijk is. Verschillende van de bevestigde doelgroepen denken hierbij aan de concepten 'herstel' en 'context'. Daarnaast haalden de zes groepen

concepten aan die specifiek voor die doelgroep cruciaal zijn zoals ‘ervaringsdeskundigheid’, ‘generalistische versus specialistische zorg’, ‘vroeg-detectie’ en ‘vroeg-interventie’, ‘rehabilitatie’, ‘subsidiariteit’, etc.

Vervolgens haalt de meerderheid van de zes doelgroepen één of meer vormen van **samenwerking** aan die verbeterd dient te worden. Deze vormen van samenwerking situeren zich op alle niveaus van het geestelijke gezondheidsaanbod:

- Op het niveau van de cliënt:
  - Samenwerking tussen de cliënt, de hulpverleners en de naasten van de cliënt: **triadisch werken**;
  - Samenwerking tussen **(G)GGZ-hulpverleners, welzijnswerkers** en betrokkenen uit **andere sectoren van de samenleving** op het niveau van de cliënt en zijn context.
- Op het niveau van de netwerken en voorzieningen:
  - Samenwerking tussen de **generalistische basiszorg en gespecialiseerde GGZ** zodat de toegankelijkheid en de continuïteit van zorg kan verbeteren.
- Op het niveau van het beleid:
  - Samenwerking tussen de **verschillende overheden** zodat verschillende netwerken en functies niet naast elkaar gaan bestaan;
  - Samenwerking tussen **verschillende beleidsdomeinen** (gezondheidszorg, wonen, werken, onderwijs, justitie, cultuur, sport, ...) zodat de kwaliteit van zorg van personen met een psychische problematiek verbeterd kan worden: health in all policies.

Tenslotte dient de geestelijke gezondheidshervorming volgens de meerderheid van de zes doelgroepen in te zetten op:

- **Ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid.** Patiënt- en familie-ervaringsdeskundige wordt een discipline naast de anderen;
- **Patiënten- en familieverenigingen.** De rol van patiënten- en familieverenigingen in de persoonsgerichte zorg en populatiegerichte acties dient geëxpliciteerd te worden;
- **De-stigmatisering en positieve beeldvorming** rond geestelijke gezondheid binnen de hele samenleving. Dit is noodzakelijk om de vermaatschappelijking van zorg mogelijk te maken;
- **Vroeg-detectie en eerstelijnszorg.** De **generalistische basiszorg** voor geestelijke gezondheid dient breder uitgebouwd te worden dan de gespecialiseerde en specialistische GGZ. Maar **matched care** – hetgeen ook onmiddellijke toeleiding naar de gespecialiseerde GGZ kan inhouden – is evenzeer nodig;
- **Data-gestuurde zorg.** We hebben data nodig die duidelijk maken welke zorg waar en voor wie nodig is, en wat het resultaat ervan is doorheen de tijd. Deze data dienen de organisatie van het geestelijke gezondheidsaanbod te sturen.

### 2.3. Resultaten en conclusies van de bevraging van jongeren-zorggebruikers van de GGZ

Een medewerker van vzw Cachet heeft de vragen die opgesteld werden op basis van de visienota (zie 1.2.2) voorgelegd aan vier jongeren met ervaring binnen de GGZ. Met twee van deze jongeren heeft hij een gezamenlijk gesprek gehad. Twee andere jongeren hebben de vragen via mail beantwoord.



De vier jongeren hebben een aantal aandachtspunten m.b.t. de vier pijlers van de GGZ-hervorming, zoals die beschreven zijn in de visienota, naar voor gebracht:

- M.b.t. inzetten op verbetering van de **geestelijke gezondheidscompetenties** en op **de-stigmatisering** van mensen met een psychische problematiek.
  - Deze vier jongeren met ervaring binnen de GGZ vinden het belangrijk dat er op verschillende plaatsen voldoende **informatie** wordt gegeven over psychische kwetsbaarheden en de hulp die hiervoor voor handen is. Ze verwijzen hierbij naar begeleiding binnen CLB en leerlingenbegeleiding in de scholen. Ze hebben ook de ervaring dat deze hulp werkt.
  - **Praten** over je psychische kwetsbaarheden is moeilijk, maar helpt.
- M.b.t. het verbeteren van de **toegankelijkheid** en aanvaardbaarheid van het geestelijke gezondheidsaanbod
  - Jongeren zoeken hulp bij het **CAW**, het **JAC**, **online** of via het **106 nummer** van Tele-Onthaal. Maar er is niet altijd iemand ter beschikking om hen te helpen.
- Veranderingen in de organisatie van het geestelijke gezondheidsaanbod: **vraaggerichte zorg**
  - Soms vinden deze jongeren het goed dat **iemand anders beslissingen neemt** in hun plaats, zoals de jeugdrecht of een opvoeder, omdat ze zelf niet weten wat het beste is.
  - Anderzijds is het ook belangrijk om aan de jongeren echt te **vragen wat het probleem is en tijd te geven**. Jongeren hebben soms tijd nodig om het probleem te kunnen benoemen. Het feit dat er tijd moet gegeven worden aan jongeren om te praten over hun zorgen en hun behandeling komt meermaals als aandachtspunt tijdens de bevraging aan bod.
- M.b.t. de heroriëntering van de principes die de zorg voor personen met een psychische problematiek vormgeven:
  - **Wat helpt?**
    - **Privacy en inspraak** worden volgens deze vier jongeren goed gerespecteerd.
    - Een **individuele begeleider** die ze doorheen hun GGZ-traject kunnen behouden, wordt ervaren als belangrijk.
  - I.v.m. **dwangmaatregelen**:
    - Een gedwongen opname is **soms nodig**.
    - Maar afzondering en fixatie kunnen **soms traumatisch werken**. Dus voorzichtig mee omgaan!
    - Kan voorkomen worden door te **luisteren en tijd** te geven.
  - I.v.m. het inzetten van **ervaringsdeskundigheid**
    - Er dient ingezet te worden op **vorming en dialoogdagen** met jongeren met ervaringskennis in de GGZ en hulpverleners.
    - Jongeren die de voorziening reeds verlaten hebben, uitnodigen in een **leefgroep** kan leerrijk zijn voor de jongeren die er dan in behandeling zijn én voor de hulpverleners.

Meer gedetailleerde informatie over de resultaten van de bevraging van de jongeren-zorggebruikers kan teruggevonden worden in Bijlage 2 van dit rapport.



## Hoofdstuk 3

### Situering en doelstelling van de hervorming van het geestelijke gezondheidsaanbod

In hoofdstukken 3,4 en 5 wordt de nieuwe beleidsvisie uiteengezet, gestructureerd volgens de zes opdrachten van deze studie (zie Inleiding). Deze tekst is een verdere uitwerking van de eerste visienota (De Cuyper et al., 2017). Aan de hand van input uit de expertpanels, het werk van vzw Cachet, verdere analyse van de bestaande beleidsteksten en wetenschappelijk literatuur, en afstemming met het Agentschap Zorg & Gezondheid en met het kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin werd de visienota verfijnd, aangevuld en bijgewerkt tot de uiteindelijke nieuwe Vlaamse beleidsvisie betreffende geestelijke gezondheid.

In dit hoofdstuk wordt een antwoord geboden op de eerste opdracht van deze studie: Uitwerking van de doelstelling van een nieuw geestelijke gezondheidsbeleid.

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. Aan de hand van een literatuurstudie werden deze evoluties en ontwikkelingen in kaart gebracht. Deze evoluties worden hieronder 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 betreffende de geestelijke gezondheid, 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 betreffende de geestelijke gezondheid toegelicht. Deze volgt enerzijds uit de zorgwekkende evoluties en anderzijds uit de opportuniteiten die zich de voorbije decennia hebben voorgedaan.

#### 3.1. Evoluties in de internationale en Vlaamse samenleving

##### 3.1.1. De impact van psychische aandoeningen op ongezondheid neemt toe

Wereldwijd wint de relatieve impact van psychische aandoeningen<sup>1</sup> als oorzaak van ongezondheid aan belang. Deze impact wordt gemeten – zoals aangegeven door de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) - a.d.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*). Wereldwijd bedroeg in 2010 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

---

<sup>1</sup> De term 'psychische aandoening' wordt in het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid als volgt gedefinieerd: "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".

(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 zoals dementie, multiple sclerose, migraine, epilepsie, ... (WHO, 2016).

### **3.1.2. 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 (2002a) - komt meer centraal te staan in de context van chronische ziekten.

Met de stijgende leeftijd veranderen ook 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 zorgvrager en zorgverlener<sup>2</sup>; dit alles om tot aanvaardbare en passende zorg te komen (SAR WGG, 2015).

### **3.1.3. 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 dan ook met de verbetering van de behandelingsresultaten zoals deze gerapporteerd worden door de

---

<sup>2</sup> De term 'zorgverlener' wordt als volgt gedefinieerd in het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid: "elke natuurlijke persoon die op een beroepsmatige wijze zorg verleent". De term hulpverlener of behandelaar wordt niet gebruikt in het ontwerpdecreet. Dit om consistent te zijn met het nieuwe decreet Vlaamse sociale bescherming en het geactualiseerd woon-zorgdecreet.

cliënten zelf (Wade & Halligan, 2017). De blijvende dominantie van het biomedisch model bemoeilijkt zodoende het aanbieden van een integraal antwoord op een zorgvraag dat 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 tekort. Er is nood aan een nieuw zorgmodel, met een andere visie op beperking en herstel.

#### **3.1.4. 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, 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 opleiding, gezondheid, tewerkstelling, woonst en sociale bescherming (United Nations, General Assembly, 2007).

#### **3.1.5. 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 praktijk en onderzoek 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<sup>3</sup> in België vinden we bevestiging voor dit kader. Er komen vooral twee krachtlijnen van het herstelproces naar voor (Van Audenhove, 2015a):

---

<sup>3</sup> In het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid worden de term ‘psychische zorgnoden’ als volgt gedefinieerd: 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.

- 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 ook het (terug) volwaardig kunnen deel uitmaken van de samenleving een belangrijk onderdeel uit van het herstelproces.

### **3.2. Uitdagingen met betrekking tot de toegankelijkheid van passende geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen en in andere hoge inkomenslanden**

#### **3.2.1. 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 comorbiditeit 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 (Thorncroft & 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.

#### **3.2.2. Overbehandeling in Europa**

Tezamen met de behandelingskloof is er ook 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 zorggebruiker 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 echter ook minder toegankelijk voor de zorggebruiker (Burns, 2001; Pieters et al., 2017; Tyrer, Coid, Simmonds, Joseph, & Marriott, 2003; WHO, 2013).

Een ander voorbeeld van overbehandeling 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 antidepressiva en antipsychotica wel effectief zijn (Werkgroep Metaforum o.l.v. S. Claes, 2010).

### **3.2.3. 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 (Thorncroft, 2011):

- Lifestyle risicofactoren van personen met een psychische aandoening: zij 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;
- Factoren die te maken hebben met de behandeling van de psychische aandoeningen: gebruik van medicatie voor de psychische aandoening die ook nadelige effecten kunnen hebben voor de persoon;
- Factoren die te maken hebben met de behandelaars van personen met psychische aandoeningen: 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.

### **3.2.4. 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; Thorncroft, 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 (Thorncroft, 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 grote economische besparingsmaatregelen (Mehta, Kassam, Leese, Butler, & Thorncroft, 2009; Pescosolido et al., 2010; Warner, 2004). Daartegenover 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).

### **3.3. 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 (artikel 5, §1, I van de Bijzondere Wet ter hervorming der instellingen). Voor de psychiatrische verzorgingstehuizen en de initiatieven beschut wonen is de Vlaamse Gemeenschap nu volledig bevoegd. Ook de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg werden overgedragen. Met het beleid inzake 'long term care revalidatie' behoren een groot aantal revalidatieovereenkomsten nu ook volledig tot de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap. Een deel van die revalidatieovereenkomsten maakt deel uit van de geestelijke gezondheidszorg. Tenslotte is de Vlaamse Gemeenschap principieel bevoegd geworden voor het vaststellen van erkenningsnormen voor de psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen en de psychiatrische ziekenhuizen. Het huidige Vlaamse decreet betreffende de geestelijke gezondheidszorg (1999) beperkt zich in essentie echter tot de centra geestelijke gezondheidszorg. Ook de aangekondigde federale terugbetaling van de psychologische zorg biedt nieuwe kansen voor de sector van de GGZ in Vlaanderen.

### **3.4. Doelstelling van het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid**

Er kunnen nu duidelijke keuzes gemaakt worden en nieuwe accenten gelegd worden in dit ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid, vertrekkende vanuit de evoluties en uitdagingen hierboven beschreven (3.1 en 3.2). Enerzijds is dit ontwerp van decreet onderbouwd met bestaande internationale en nationale wetenschappelijke evidentie voor hervormingen in de GGZ. Anderzijds bouwt dit ontwerpdecreet verder op reeds bestaande beleidsteksten zoals het Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019, de Conceptnota Verslavingszorg (Vandeurzen, 2014), de Eerstelijnsconferentie van 16 februari 2017 (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2017), de Gidsen Betere GGZ voor kinderen en jongeren en voor volwassenen (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2010, 2014), de Oriëntatienota Geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken in België (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu, 2015) en het Witboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België (RIZIV & Dokters van de Wereld, 2014). Dit ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid vormt een opportuniteit om een vernieuwde visie betreffende de hervorming van de GGZ de komende jaren vorm te geven in concrete beleidsmaatregelen. Tegelijkertijd vormt het een tussenstap in een lange termijn doelstelling, namelijk de totstandkoming van een sector overschrijdend en ontschot "decreet zorg en ondersteuning". Om deze lange termijn doelstelling te realiseren zijn tussenstappen nodig. Dit ontwerp van decreet betreffende de geestelijk gezondheid 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 betreffende de geestelijke gezondheid heeft tenslotte willen afstemmen met het decreet betreffende de armoedebestrijding van 22 maart 2003, het ontwerp van het decreet betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven voor beschut wonen, revalidatieconventies en revalidatieziekenhuizen en het decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid van 3 februari 2004. Dit ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid wil voor wat het geestelijke gezondheidsaanbod betreft, aanvullend en versterkend werken ten aanzien van het preventiedecreet.

Op basis van de hierboven beschreven problematische evoluties enerzijds en opportuniteiten anderzijds, werd allereerst de doelstelling voor het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid geformuleerd (Prudent Healthcare, Wales, 2016, Thornicroft & Tansella, 2014; WHO, 2013). De doelstelling verwoordt de doelen waarvoor een inspanningsverbintenis wordt aangegaan door de Vlaamse Overheid in samenwerking met de bevolking, de gebruikers<sup>4</sup> en de professionals – zowel binnen de zorg- en dienstverlening als binnen het wetenschappelijk onderzoek - als gelijkwaardige partners.

De doelstelling luidt als volgt:

Het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid regelt het geestelijke gezondheidsaanbod<sup>5</sup>, en heeft als doel, in samenwerking met de gebruiker, de bevolking en de professional als gelijkwaardige partners, de geestelijke gezondheid te verbeteren op Vlaams bevolkingsniveau door:

1. het waarden, beschermen en versterken van de geestelijke gezondheid<sup>6</sup> 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;

---

<sup>4</sup> In het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid worden de GGZ-gebruikers aangeduid met de term 'gebruiker' om consistent te zijn met het nieuwe decreet Vlaamse sociale bescherming en het geactualiseerde woon-zorgdecreet. De term 'gebruiker' wordt in het ontwerpdecreet betreffende de geestelijke gezondheid als volgt gedefinieerd: "iedere natuurlijke persoon met psychische zorgnoden of zorgvragen gericht naar het geestelijke gezondheidsaanbod, die een beroep doet of kan doen op het geestelijke gezondheidsaanbod".

<sup>5</sup> De term 'geestelijke gezondheidsaanbod' wordt in het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid als volgt gedefinieerd: "het geheel van individugerichte zorg en populatiegerichte acties van netwerkpartners die zijn bedoeld om de geestelijke gezondheid van alle personen en van gebruikers in het bijzonder te behouden, te versterken of te herstellen".

<sup>6</sup> De term 'geestelijke gezondheid' wordt in het ontwerpdecreet betreffende de geestelijke gezondheid als volgt gedefinieerd: "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 een inherent deel uit van de gezondheid".

- c. op een transparante en consistente manier is onderbouwd met de meest recente wetenschappelijk inzichten, praktijkkennis en ervaringsdeskundigheid<sup>7</sup>;
- d. gericht is op herstel<sup>8</sup>, levenskwaliteit<sup>9</sup> en participatie van alle gebruikers in een samenleving vrij van stigma en discriminatie.

Eenzijds 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 coproductie met de Vlaamse overheid.

---

7 De term 'ervaringsdeskundigheid' wordt in het ontwerpdecreet betreffende de geestelijke gezondheid als volgt gedefinieerd: "de kennis en expertise die voortkomt uit de ervaring met individugerichte zorg, opgedaan als gebruiker of als context, en die voor zichzelf en voor anderen herstelbevorderend kan worden ingezet. Deze ervaring kan alleen tot kennis en expertise met betrekking tot individugerichte zorg leiden wanneer deze via lotgenotencontact wordt verwerkt en verruimd wordt en wanneer via opleiding of vrijwilligerswerk kennis, houdingen, vaardigheden en methoden werden aangereikt om de verruimde ervaring met individugerichte zorg deskundig aan te wenden".

8 De term 'herstel' wordt in het ontwerpdecreet betreffende de geestelijke gezondheid als volgt gedefinieerd: "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, in lijn met de eigen persoonlijke waarden, zodat een hoopvol en voldoening gevend leven mogelijk blijft of wordt".

9 De term 'levenskwaliteit' wordt in het ontwerpdecreet betreffende de geestelijke gezondheid als volgt gedefinieerd: "de mate van voldoening die een persoon ervaart op geestelijk, lichamelijk, sociaal, ecologisch en spiritueel vlak, en op vlak van de onderlinge samenhang van deze aspecten in zijn leven".

## Hoofdstuk 4

### Vier hervormingen van het geestelijke gezondheidsaanbod

In dit hoofdstuk wordt een antwoord geboden op de tweede opdracht van deze studie: Uitwerking van de richtinggevende principes van een nieuw geestelijke gezondheidsbeleid. Om de realisatie van de doelstelling van de nieuwe beleidsvisie 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>10</sup>, maar ook op populatiegerichte acties<sup>11</sup>. Dit omvat de bevordering van de geestelijke gezondheidscompetenties van alle burgers en de bevordering van de-stigmatisering<sup>12</sup> van personen met psychische zorgnoden;
2. Verbeteren van de toegankelijkheid en aanvaardbaarheid van het geestelijke gezondheidsaanbod;
3. Heroriëntering van een aantal principes die de zorg voor personen met psychische zorgnoden en hun context<sup>13</sup> vormgeven. Het doel hiervan is om het proces van gezonde ontwikkeling en herstel vanuit het zorgaanbod optimaal te kunnen ondersteunen;

---

10 Met de term 'individugerichte zorg' wordt in het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid 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.

11 Met de term 'populatiegerichte acties' verwijst het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid naar "een deel van het geestelijke gezondheidsaanbod dat wordt georganiseerd binnen geestelijke gezondheidsnetwerken en gericht is op waardering, bescherming en versterking van de geestelijke gezondheid van alle personen in de samenleving, gebruikers en hun context in het bijzonder".

12 De term 'de-stigmatisering' wordt in het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid gedefinieerd als "alle populatiegerichte acties en individugerichte zorg die publiek stigma of zelfstigma tegengaan. Publiek stigma is stigma dat aanwezig is binnen de samenleving. Zelfstigma is stigma dat door de gebruiker wordt geïnternaliseerd".

13 De term 'context' wordt in het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid als volgt gedefinieerd: "één of meer mantelzorgers als vermeld in het decreet houdende de Vlaamse sociale bescherming". In dat laatste decreet wordt de term 'mantelzorger' gedefinieerd als "de natuurlijke persoon die vanuit een sociale en emotionele band een of meer personen met verminderd zelfzorgvermogen, niet beroepshalve maar meer dan occasioneel, helpt en ondersteunt in het dagelijks leven".

4. Veranderingen in de organisatie van het geestelijke gezondheidsaanbod doorvoeren. Dit omvat de evolutie naar een geïntegreerd zorgaanbod<sup>14</sup>, zo dicht mogelijk in de natuurlijk omgeving van gebruikers en personen met geestelijke gezondheidsbehoeften<sup>15</sup>.

Deze vier hervormingen van het geestelijke gezondheidsaanbod worden in het ontwerp van decreet omgezet in werkingsprincipes, die in acht dienen genomen te worden door alle actoren van het geestelijke gezondheidsaanbod en door de netwerken waarin deze actoren samenwerken. Zodoende schrijft dit ontwerpdecreet zich met deze doelstelling en werkingsprincipes in in het WHO-kader van persoonsgerichte en geïntegreerde gezondheidszorg (WHO, 2015; Figuur 1).



Figuur 1. Het WHO-kader van persoonsgerichte en geïntegreerde gezondheidszorg

In 4.1 tot 4.4 worden deze vier hervormingen van het geestelijke gezondheidsaanbod toegelicht. In het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid worden deze werkingsprincipes omgezet in beleidsmaatregelen 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 hoofdstuk 5 van dit rapport, als ook de link tussen de werkingsprincipes en de betreffende structuren, regels of discipline. Aangezien de verdere uitwerking van het kwaliteitsbeleid

<sup>14</sup> De term ‘geïntegreerde zorg’ wordt in het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid als volgt gedefinieerd: “het op operationeel en organisatorisch niveau samenwerken van alle betrokken 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 over alle zorgniveaus heen”. Zie verder onder paragraaf 4.4.3.

<sup>15</sup> Met de term ‘geestelijke gezondheidsbehoeften’ wordt in dit ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid verwezen naar alle noden met betrekking tot geestelijke gezondheid, uitgezonderd psychische zorgnoden. Met de term ‘psychische zorgnood’ wordt in dit ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid 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.

zal gebeuren via een aanpassing en uitvoering van het kwaliteitsdecreet, wordt hier in het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid niet verder op ingegaan.

#### **4.1 Bevordering van de geestelijke gezondheidscompetenties van alle burgers en van de-stigmatisering van personen met psychische zorgnoden**

Het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid 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 4.2.2.

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. De-stigmatisering van personen met psychische zorgnoden.

Met deze populatiegerichte acties wil het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid aanvullend werken op het decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid van 21 november 2003. Het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid 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 de-stigmatisering van personen met psychische zorgnoden. De populatiegerichte acties dienen immers zo breed mogelijk gedragen en ondersteund te worden, zowel binnen als buiten 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 vormen de populatiegerichte acties – samen met alle vormen van individugerichte zorg - samen het “geestelijke gezondheidsaanbod” uit.

#### 4.1.1 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 wordt onder 4.1.2 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 ook 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)

#### **4.1.2 De-stigmatisering 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<sup>16</sup>, welzijn en andere professionals uit de generalistische basiszorg voor de

---

<sup>16</sup> In het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid wordt het zorgniveau gespecialiseerde GGZ onderverdeeld in het zorgniveau van de gespecialiseerde GGZ op regionaal niveau en op supra-regionaal niveau. De gespecialiseerde GGZ op regionaal niveau wordt gedefinieerd als “alle professionele individuerichte zorg voor personen met ernstige psychische zorgnoden (wordt toegelicht in voetnoot 19) en hun context, die op regionaal niveau wordt aangeboden. Op dit zorgniveau van het Vlaams zorgmodel worden herstelondersteunende interventies aangeboden die ontwikkeld zijn voor, en gericht zijn op, personen met ernstige psychische zorgnoden en hun context”. De gespecialiseerde GGZ op supra-regionaal niveau wordt gedefinieerd als “alle professionele individuerichte zorg voor personen met ernstige psychische zorgnoden en hun context, die op supra-regionaal niveau wordt aangeboden. Op dit zorgniveau van het Vlaams zorgmodel worden herstelondersteunende interventies aangeboden die ontwikkeld zijn voor, en gericht zijn op, personen met ernstige psychische zorgnoden en hun context, waarbij de prevalentie van deze ernstige psychische zorgnoden dermate laag ligt dat het zorgaanbod supra-regionaal moet worden georganiseerd om de nodige expertise te kunnen opbouwen”.

geestelijke gezondheid<sup>17</sup> 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).

## **4.2 Verbeteren van de toegankelijkheid en aanvaardbaarheid van het geestelijke gezondheidsaanbod**

Om de doelstelling van dit ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid 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.

### **4.2.1 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 moet dus voldoen aan 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 4.1.1 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

---

<sup>17</sup> Het zorgniveau 'generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid' wordt in het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid gedefinieerd als "alle professionele individuerichte 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 van het Vlaams zorgmodel worden herstelondersteunende interventies aangeboden die generiek kunnen ingezet worden voor personen met psychische zorgnoden en hun context".



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 ook 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 vroeg-detectie en – interventie, (3) aan zorg, herstel en/of genezing en (4) aan het aanpassen van de levensstijl 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<sup>18</sup> aan aan personen met lichte of milde psychische zorgnoden, zodat verwijzingen naar gespecialiseerde GGZ op regionaal en supra-regionaal niveau kunnen vermeden worden. Anderzijds biedt de eerstelijnspsycholoog ook kortdurende interventies aan aan personen met ernstige psychische zorgnoden<sup>19</sup> die op een bepaald moment in hun leven aan een 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 diensten van onthaalgezinnen, de voorschoolse opvang, het kleuter-, 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 laagdrempelige, niet-stigmatiserend geestelijk gezondheidsaanbod in de huisartsenpraktijken, CAW's, JAC's, OCMW's, ... 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 een online geestelijke gezondheidsaanbod kan de individugerichte zorg op een directe manier naar de kinderen en jongeren – en ook volwassenen - gebracht worden op de plek waar zij wonen. Deze virtuele individugerichte zorg

---

<sup>18</sup> De term 'interventie' wordt in het ontwerp van decreet betreffende de geestelijk gezondheid gedefinieerd als "een actie die op een structurele en methodische manier wordt uitgevoerd door professionals 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 geestelijk gezondheidsbehoeften".

<sup>19</sup> De term 'ernstige psychische zorgnood' wordt in het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid gedefinieerd als "een psychische zorgnood die het gevolg is van een psychische aandoening en die gevolgen heeft voor meerdere domeinen van het functioneren van de gebruiker, zoals opleiding volgen, werken, wonen, vrijetijdsbesteding, relationeel leven, fysieke gezondheid".

kan maximaal efficiënt aangewend worden wanneer deze gecombineerd worden met face-to-face contacten met de zorgverlener of een andere professional uit de generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid (Ebert et al., 2018).

Tenslotte blijft de nabijheid en buurtgebondenheid ook belangrijk op het niveau van de gespecialiseerde GGZ. Actief zelf hulp gaan zoeken binnen het individuericht 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 vaker ambulante, mobiele en aanlampend aangeboden diensten te worden binnen de leefomgeving van de gebruiker en zijn context. Dit is zeker van belang voor doelgroepen<sup>20</sup> 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.

#### **4.2.2 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 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 dienst context, en de diagnostiek van de zorgnoden combineert met de diagnostiek van de sterktes en vaardigheden van de cliënt en diens context. Daarnaast dient voldoende ingezet te worden op de therapeutische relatie tussen de zorgverlener en de gebruiker en diens context. 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 individuerichte 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):

- a. 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

---

20 De term ‘doelgroep’ wordt in het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid gedefinieerd als “een onderdeel van een deelpopulatie afgebakend op basis van één of meerdere specifieke psychische of andere zorgnoden”. De term ‘deelpopulatie’ wordt gedefinieerd als “: een deelverzameling van de gebruikers afgebakend volgens leeftijd”.

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;

- b. 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;
- c. 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 aanklappende zorg of bemoeizorg ingezet. Aanklappende zorg is de ongevraagde zorg op basis van signalen uit de omgeving en vanuit betrokkenheid van die omgeving. Aanklappende 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. Aanklappende 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 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.

### **4.3 Heroriëntering van de principes die de zorg voor personen met psychische zorgnoden en hun context vormgeven**

Om de doelstelling van dit decreet betreffende de geestelijke gezondheid 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.d.h.v. het concept 'positieve gezondheid' is dan ook een richtinggevend concept waarmee toekomstgerichte zorg beter kan afgestemd worden op wat gebruikers belangrijk vinden en nodig hebben (Van Audenhove & Declercq, 2016).

In dit ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid 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.

#### **4.3.1 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) klinische 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 ondersteunen (Thornicroft & 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, 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: dit impliceert dat het gelijkwaardig belang van professionele expertise en levenservaring erkend wordt. Zie keuzevrijheid van de gebruiker onder 4.2.2;
- *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 ook herstelacademies ondersteuning bieden in het herstelproces van personen met psychische zorgnoden. Herstelacademies voorzien een cursusaanbod 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 wijdverspreid. 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).

### **4.3.2 Toepassen 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 cliënt (wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt). Dwanginterventies zoals afzondering en fixatie, gedwongen opname en het toedienen van medicatie onder dwang beperken of ontnemen de persoonlijke vrijheid van een cliënt 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 patiënten, familieleden en personeel (Paksarian et al., 2014). En dwanginterventies versterken het zelf-stigma van de gebruiker waarbij het wordt toegepast (Van Weeghel et al., 2016). Anderzijds zijn er enkele aanwijzingen dat cliënten 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 en 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.

#### **4.3.3 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**

Deïstitutionalisering gaat gepaard met een grotere rol voor de naasten in de zorg voor personen met een psychische en/of andere kwetsbaarheid (Bekaert et al., 2016). In een zorgende samenleving is de professionele zorg niet voor alles de oplossing, maar treedt er eerder 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>21</sup> wonen, gebeurt dit in de regel altijd. De geestelijke gezondheid van de ouders of de opvoeders wordt daarbij ook 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 (Braddick, Carral, Jenkins, & Jané-Llopis, 2009). 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). Bij de zorg voor kinderen en jongeren kan het betrekken van leeftijdsgenoten ook belangrijk zijn. Vanaf de lagere schoolleeftijd en nog meer uitgesproken vanaf de puberteit worden leeftijdsgenoten immers 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 zijn cliënt te betrekken bij de zorg, ook wanneer de gebruiker dit moeilijk vindt of verkiest om dit niet te doen. Dit kan bv. 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 gezondheids-aanbod, aangezien deze een preventieve werking kan hebben.

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 echter herstellend zowel voor de gebruiker als voor zijn context om toch een constructief gesprek aan te gaan. De zorgverlener van de gebruiker kan hier dan een bemiddelende rol in spelen. Uiteraard heeft de meerderjarige gebruiker het laatste woord m.b.t. dit contact.

Er zijn ook 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.

Wanneer de verwachtingen ten aanzien van de context van personen met psychische zorgnoden toenemen – zoals dit het geval is bij de vermaatschappelijking van zorg - 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).

---

21 Of gezinsvervangende context



#### **4.3.4 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/of begeleiding binnen het individugericht geestelijke gezondheidsaanbod. Een aantal onder hen verruimen en verwerken deze ervaring tot ervaringskennis via lotgenotencontact binnen bv. 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 individugerichte 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 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 echter 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.

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 meer-waarde voor het geestelijke gezondheidsaanbod, zowel voor jongeren als voor volwassenen.  
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):
  - Een vertrouwensfunctie opnemen naar de gebruiker toe en zijn context (familie, werkgever, buurt, ...),
  - Drempelverlagend werken tussen gebruiker en zorgverlener (zowel op momenten van het aanbieden van hulpverlening als tijdens de behandeling en de afbouwfase),
  - Focus leggen op hoop (positief rolmodel) en herstel,
  - Het perspectief van de gebruiker inbrengen op teamniveau, met een complementaire rol t.o.v. de rol van de zorgverlener, diagnostiek en behandeling,
  - Psycho-educatie aanbieden,
  - Bijdragen aan een snellere en meer kwalitatieve uitstroom.
- b. Op het niveau van de populatiegerichte acties. Het is belangrijk dat ervaringsdeskundigen de sensibiliseringsacties met betrekking tot geestelijk gezondheidscompetenties en de-stigmatisering mee vorm geven, mee organiseren en mee uitvoeren, samen met de zorgverleners en andere professionals die betrokken zijn bij GGZ. Wetenschappelijk onderzoek toont immers 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. De bijdrage van ervaringsdeskundigen kan hier betekenen (Vlaamse Werkgevers Geestelijke Gezondheids- en Verslavingszorg, 2015):
  - Deelname aan werkgroepen waar gedacht wordt rond onthaal, brochures, taal, patiënt/cliëntdossiers, gedwongen hulpverlening, bouw en accommodatie, enz.,
  - 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 de-stigmatisering 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 geestelijke gezondheidszorgbeleid. Het is belangrijk dat het Vlaams Patiëntenplatform en het Familieplatform Geestelijke Gezondheid de gebruikers en de context van

de gebruikers vertegenwoordigen op het niveau van het geestelijk gezondheidszorgbeleid. Dit is nodig om een kwaliteitsvol en inclusief gezondheidszorgbeleid te kunnen werken.

#### **4.4 Veranderingen in de organisatie van het geestelijke gezondheidsaanbod**

Om de doelstelling van dit ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid mogelijk te maken hebben we een fundamenteel ander zorgmodel nodig dat de paradigmashift maakt van probleemgerichte naar vraaggerichte zorg en dus ook van een aanbod-gestuurd naar een persoons- en behoeftegericht model (SAR WGG, 2015). Een geïntegreerd en persoonsgericht geestelijk gezondheidsaanbod is noodzakelijk om verder te kunnen evolueren in de richting van de gezondheidsgerelateerde Sustainable Development Goals zoals deze in 2015 geformuleerd werden door de Verenigde Naties (United Nations, General Assembly, 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.

##### **4.4.1 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 plek in de samenleving te laten innemen, hen daarbij waar nodig te ondersteunen en dit zoveel mogelijk in hun natuurlijke omgeving te doen. Het doel is dat de gebruiker zijn potentieel zo goed mogelijk kan realiseren en dat hij een zinvolle bijdrage kan leveren aan de gemeenschap waartoe hij behoort. De vermaatschappelijking van zorg impliceert dat de zorgvoorzieningen op een evenwichtige manier ingebed zijn in de samenleving – aangepast aan de lokale situatie (Thornicroft & Tansella, 2009) - zodat ze geen exclusie en separatie van personen met psychische zorgnoden in de hand werken. Een evenwichtig geestelijke gezondheidsaanbod heeft daarom volgende kenmerken (Thornicroft & Tansella, 2012; Van Audenhove, Van Humbeek & Van Meerbeek, 2005):

- Situeert zich zoveel als mogelijk in de natuurlijk woonomgeving 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 echter ook 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, General Assembly, 2007; Wilkinson & Pickett, 2009). O.a. stigmatisering, discriminatie, moeilijke arbeidsomstandigheden, ongezonde leefomgeving 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 deficitmodel te werk gaan, maar ook 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 bv. wil in samenlevingsvormen of organisaties een draagvlak creëren om kwetsbare personen meer te kunnen 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 zijn 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).

### 4.4.2 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 Vlaams zorgmodel, naast de gespecialiseerde GGZ op regionaal en supra-regionaal niveau (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2017; Vandeuren, 2017). Hier volgen drie voorbeelden van geestelijke gezondheidszorg die essentieel zijn en die uitgevoerd kunnen worden binnen de generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid.

- 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 dagelijks levensverrichtingen (ADL) heeft vele gezichten: het beknot de persoon in zijn fysiek activiteitsniveau, in zijn rol als ouder/partner, in zijn participatie in de buurt, ... Een gezinshelpster 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.
- 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.
- Binnen de generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid 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 inter-generationale overdracht van psychische zorgnoden te beperken (Braddick et al. 2009; Hoge Gezondheidsraad, 2011).

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 dat GGZ vaker zal aangeboden worden binnen – voor deze sector - minder klassieke zorgvormen, zoals mobiele en aanklampende zorg. Wetenschappelijk onderzoek naar de implementatie van mobiele en aanklampende 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.

De generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid vormt echter niet de basis van het Vlaams zorgmodel. Kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning is immers ook een verhaal van kwaliteit van *samenleven*. Iedereen heeft verbinding met zijn sociale context nodig als voorwaarde voor autonomie en zelfbeschikking, en als voorwaarde voor participatie in de samenleving. De zelfzorg<sup>22</sup> van alle burgers en de zorg of ondersteuning die iedereen krijgt binnen zijn eigen context vormt daarom de basis van het Vlaams zorgmodel (SAR WGG, 2015):

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 Vlaams zorgmodel vertrekken vanuit de verbindende krachten binnen onze samenleving - die in het ontwerp van decreet aangeduid worden met de term

---

<sup>22</sup> De term ‘zelfzorg’ wordt in het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid gedefinieerd als “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”.

‘initiatieven voor vrijwillige en informele zorg of ondersteuning<sup>23</sup>’ - 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 hoeven 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.

Zodoende is het Vlaams zorgmodel<sup>24</sup> compleet. Het Vlaams zorgmodel organiseert de individugerichte zorg in zorgniveaus<sup>25</sup> (zie verder onder 5.1.1.):

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

In het Vlaams 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

---

23 De term ‘initiatieven voor vrijwillige en informele zorg of ondersteuning’ wordt in het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid 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 gebruikers en hun context en aan de ondersteuning van personen met geestelijke gezondheidsbehoeften. Hiertoe behoren onder meer organisaties die gebruikers of hun context verenigen”.

24 De term ‘Vlaams zorgmodel’ wordt in het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid gedefinieerd als “zorgmodel dat vertrekt vanuit de zelfzorg, de zorg of ondersteuning door de eigen context en vanuit initiatieven van vrijwillige en informele zorg of ondersteuning, en waarop de individugerichte zorg door zorgvoorzieningen, partners uit andere sectoren van het beleidsdomein welzijn, volksgezondheid en gezin, zorgverleners en partners uit andere beleidsdomeinen die al dan niet als zodanig door de Vlaamse Gemeenschap worden erkend of gefinancierd, wordt afgestemd”.

25 De term ‘zorgniveau’ wordt in het ontwerp van decreet betreffende de geestelijk gezondheid gedefinieerd als “gedefinieerd onderdeel van de zorg voor de geestelijke gezondheid binnen het Vlaams zorgmodel”.

voor een individuele gebruiker en zijn context kan starten op elk van de zorgniveaus van het Vlaams zorgmodel.

#### **4.4.3 Integratie van het geestelijke gezondheidsaanbod**

##### **4.4.3.1 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). Het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid wil inzetten op de ondersteuning van gezondheid, welzijn, wonen, tewerkstelling, opleiding, vrije tijd en contacten met justitie van alle gebruikers door de uitbreiding van de generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid mogelijk te maken. De bestaande fragmentatie van het zorgaanbod als ook het inzetten op zorg voor verschillende levensdomeinen van de gebruiker en zijn context maakt het nodig dat gezondheidszorgorganisaties, publieke gezondheidsdiensten, welzijnsorganisaties, scholen, opleidingsinstituten en werkgevers méér en beter gaan samenwerken (Borgermans & Devroey, 2017). Deze samenwerking is nodig om de toegankelijkheid, de kwaliteit en de continuïteit van gezondheidsdiensten te verbeteren op een efficiënte manier, vooral voor personen met langdurige en ernstige zorgnoden (Armitage, Suter, Oelke, & Adair, 2009; Gröne & Garcia-Barbero, 2001; Kodner, 2009; Suter, Oelke, Adair, & Armitage, 2009; Van den Heuvel, 2014). Deze samenwerking op organisatorisch niveau wordt aangeduid met de term 'geïntegreerde zorg'. Geïntegreerde zorg is het op operationeel en organisatorisch niveau samenwerken van alle betrokken (geestelijke) gezondheidszorgorganisaties, publieke gezondheidsdiensten, welzijnsorganisaties, initiatieven voor vrijwillige en informele ondersteuning, scholen, opleidingsinstituten en werkgevers, over alle zorgniveaus van het Vlaams zorgmodel heen. Geïntegreerde zorg dient te resulteren in het aanbieden van een 'integrale zorg en ondersteuning' dat zich situeert op het niveau van de zorg voor de individuele gebruiker en zijn context. Integrale zorg en ondersteuning is de zorg en ondersteuning die zelfzorg, preventie, vrijwillige en informele ondersteuning, acute en langdurige gezondheidsaanbod, generalistische en het gespecialiseerde gezondheidsaanbod en diensten ter ondersteuning van welzijn, opleiding, tewerkstelling, wonen, vrije tijd en justitie omvatten, als ook de onderlinge afhankelijkheid tussen deze ondersteunings- en zorgvormen, en dit doorheen de hele levensloop van de gebruiker (Leutz, 1999; Valentijn, Schepman, Opheij, & Bruijnzeels, 2013). De persoon die zorg en ondersteuning nodig heeft, denkt immers over zijn zorgnoden of zorgvragen niet na in termen van lijnen of sectoren die ons aanbod fragmenteren. De zorgnoden en zorgvragen van de gebruiker en zijn context vormen het uitgangspunt van geïntegreerde zorg en ondersteuning (WHO, 2015). Het nastreven van een goede levenskwaliteit en empowerment van de gebruiker en zijn context is de ambitie (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2017; SAR WGG, 2015).

Geïntegreerde zorg 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 in 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<sup>26</sup> 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. Kosteneffectiviteit van het geestelijke gezondheidsaanbod verbeteren. Deze doelstelling omvat het voorzien van kwaliteitsvolle zorg voor iedereen die het nodig heeft binnen het budget dat hiervoor voor handen 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 echter enkel realiseerbaar wanneer de zorg ook kan gedragen worden voor 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 dan ook een vierde doelstelling van geïntegreerde zorg (Bodenheimer & Sinsky, 2014). Binnen de gezondheidszorg heeft burn-out van zorgverleners immers 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).

#### 4.4.3.2 Geïntegreerde zorg 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 bv. (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

---

<sup>26</sup> De term 'continue zorg' wordt in het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid gedefinieerd als "een samenhangende zorgverlening op korte termijn tussen zorgverleners en andere professionals die op hetzelfde moment bij de zorg voor een gebruiker zijn betrokken enerzijds, en op lange termijn onder de vorm van ononderbroken contactreeksen tussen zorgverleners en andere professionals die achtereenvolgens bij de zorg voor een gebruiker zijn betrokken anderzijds".



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).



## Hoofdstuk 5

### Doelstelling en werkingsprincipes van het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid omgezet in beleidsmaatregelen

In dit hoofdstuk wordt een antwoord geboden op de vier laatste opdrachten van deze studie:

1. Uitwerking van een nieuw geestelijke gezondheidsmodel op basis van functies. Dit zijn kernopdrachten die in het geestelijke gezondheidsnetwerk worden gerealiseerd, en die een gepast antwoord bieden op de individuele of collectieve noden van personen met een psychische problematiek en hun omgeving. De Gids naar een nieuw geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2014) dient als inspiratiebron voor de uitwerking van deze functies;
2. Uitwerking van geformaliseerde geestelijke gezondheidsnetwerken waarin de professionals – GGZ en niet-GGZ – en de informele zorgverlening in onderlinge samenwerking de functies tot uitvoering brengen;
3. Uitwerking van de opdrachten voor en ondersteuning van ervaringsdeskundigen binnen het geestelijke gezondheidsaanbod;
4. Uitwerking van ondersteunende structuren voor de netwerkpartners, en van overlegorganen tussen de Vlaamse overheid, de geestelijke gezondheidsnetwerken en vertegenwoordigers van de zorggebruikers en van hun omgeving.

Door de invoering van deze beleidsmaatregelen wil de Vlaamse Overheid het geestelijke gezondheidsaanbod op zo'n manier regelen dat de doelstelling en de richtinggevende principes van het nieuwe geestelijke gezondheidsbeleid gaandeweg gerealiseerd kunnen worden.

### **5.1 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 (4.1 tot 4.4), worden in het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid omgezet in 13 werkingsprincipes, aangevuld met een 14<sup>de</sup> werkingsprincipe over de voering van een geïntegreerd kwaliteitsbeleid. Om de implementatie van deze werkingsprincipes in het geestelijke gezondheidsaanbod mede mogelijk te maken, regelt de Vlaamse Overheid in dit ontwerp van decreet:

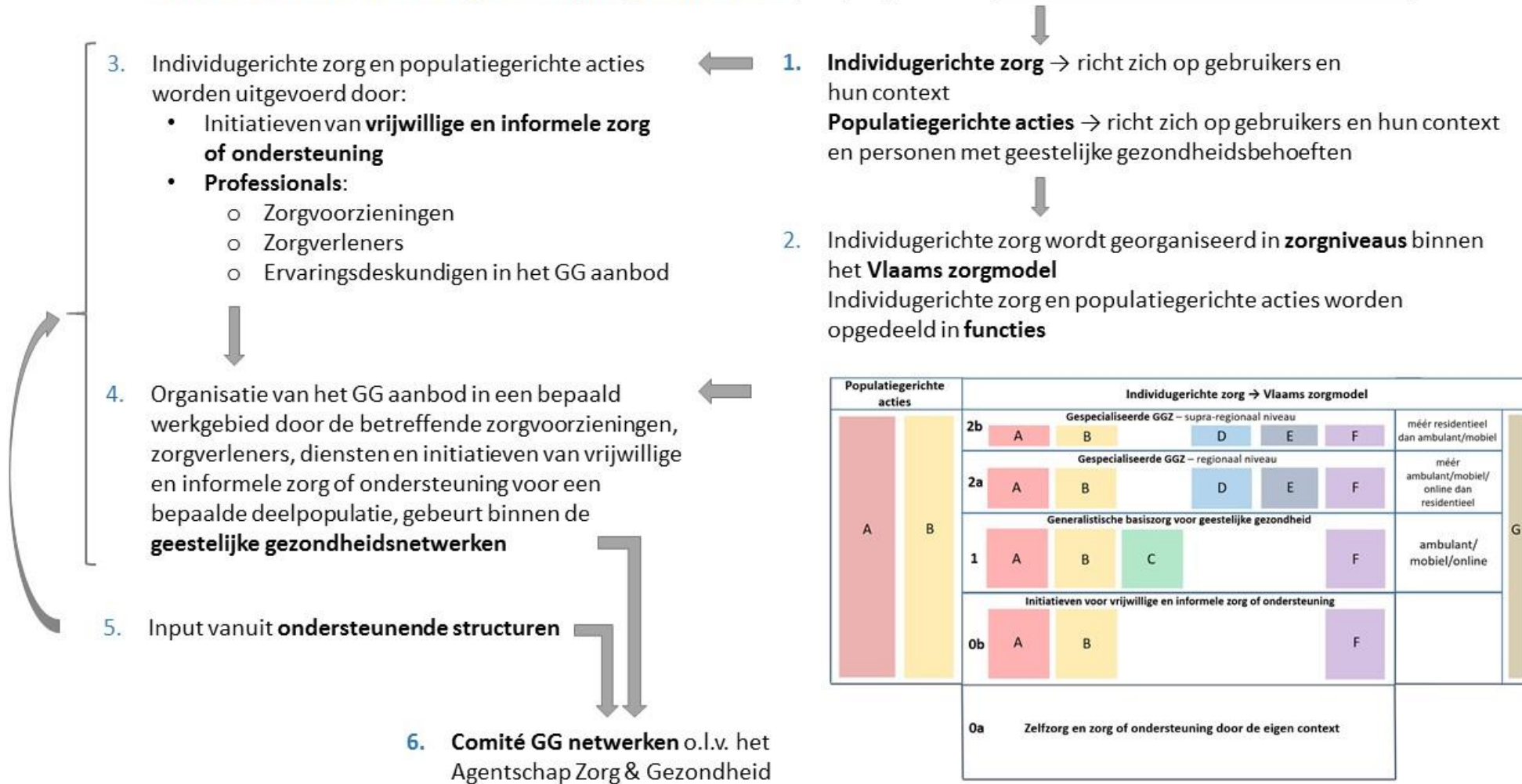
1. De opdeling van de individuerichte zorg in zorgniveaus van het Vlaams zorgmodel volgens de geografische spreiding, de doelgroep en de specialisatiegraad van de zorg;
2. De opdeling van het geestelijke gezondheidsaanbod in kernopdrachten van zorgverleners, andere professionals die betrokken zijn bij GGZ en initiatieven voor vrijwillige zorg of ondersteuning en functies<sup>27</sup> 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;
5. De oprichting van overleg- en ondersteunende structuren voor het geestelijke gezondheidsaanbod.

De toelichting onder 5.1, 5.2 en 5.3 wordt schematische weergegeven in onderstaande figuur.

---

<sup>27</sup> De term 'functie' wordt in het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid gedefinieerd als "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 of op nood aan uitwisseling en samen inzetten van expertise van netwerkpartners".

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



### 5.1.1 De opdeling van de individugerichte zorg in zorgniveaus van het Vlaams zorgmodel

Zoals uiteengezet in 4.4. streeft de Vlaamse Overheid er allereerst 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 binnen het Vlaams zorgmodel gehanteerd als organisatieprincipe.

Daarom regelt de Vlaamse Overheid in het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid de organisatie van de individugerichte zorg in het Vlaams zorgmodel volgens (1) de geografische spreiding en (2) de doelgroep en de – gedeeltelijk 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 en ondersteuning of zorg en ondersteuning die aangereikt wordt vanuit de onmiddellijke context van de gebruiker;
- 2) De organisatie van het Vlaams zorgmodel 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 die aangeboden wordt door de context en door 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 supra-regionaal niveau - wordt aangeboden wanneer dit *nodig* is op dat moment voor de gebruiker. Gespecialiseerde GGZ is enkel nodig voor personen met *ernstige* psychische zorgnoden. Dit betekent dat de capaciteit van gespecialiseerde GGZ minder groot moet zijn dan de capaciteit van de generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid, waar ook zorg geboden wordt aan personen met milde of matige psychische zorgnoden. De capaciteit van de gespecialiseerde GGZ op supra-regionaal 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 in het Vlaams zorgmodel:

- 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. Hier worden herstelondersteunende interventies aangeboden die generiek kunnen 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. Op dit zorgniveau van het Vlaams zorgmodel worden herstelondersteunende 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. Op dit zorgniveau situeert zich alle professionele zorg voor personen met *ernstige* psychische zorgnoden en hun context, die op supra-regionaal niveau wordt aangeboden. Op dit zorgniveau van het Vlaams zorgmodel worden herstelondersteunende 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 professionals voldoende expertise kunnen ontwikkelen met betrekking tot het betreffende zorgaanbod.

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

### **5.1.2 De opdeling van het geestelijke gezondheidsaanbod in kernopdrachten van de zorgverleners, 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 de-stigmatisering 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 zorgverleners 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 vraag-gestuurd 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 integratie van de zorg kan verbeteren wanneer zowel GGZ als niet-GGZ professionals – die actief kunnen zijn op verschillende zorgniveaus van het Vlaams zorgmodel - kunnen samenwerken in de uitvoering van eenzelfde kernopdracht van het (geestelijke) gezondheidsaanbod;
- De kosteneffectiviteit van het Vlaams 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. Functies die zowel populatiegericht als individugericht ingevuld worden, zijn:

- Functie A: Bevorderen van geestelijke gezondheidscompetenties en van de-stigmatisering. Deze functie omvat populatiegerichte en individugerichte interventies gericht op
  - Het verbeteren van de kennis met betrekking tot geestelijke gezondheid, psychische zorgnoden en psychische aandoeningen, en de behandelingen die voor de psychische aandoeningen bestaan;
  - Het verbeteren van niet-discriminerende publieke en persoonlijke attitudes en gedrag ten overstaan van personen met psychische zorgnoden of een psychische aandoening;



- Het verbeteren van vaardigheden met betrekking tot zelfzorg en weerbaarheid, en het efficiënt zoeken van niet-professionele en professionele hulp.
- Functie B: Ondersteuning van context en van ervaringsdeskundigen die actief zijn binnen het geestelijke gezondheidsaanbod. Deze functie omvat populatiegerichte en individugerichte 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 individugericht ingevuld worden, zijn:

- Functie C: Detectie, vroeg- en kortdurende interventies. Deze functie omvat
  - Individugerichte 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 tezamen aangeduid wordt met de term detectie;
  - Individugerichte vroegtijdige interventies die ingrijpen op de eerste signalen van een mogelijke psychische aandoening. Deze interventies worden in een goed afgebakend en beperkt tijdsperspectief uitgevoerd. Dit wordt vroeg-interventie genoemd;
  - Individugerichte 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 individugerichte 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 tijdsperspectief, 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 betreft de uitwisseling en samen inzetten van expertise binnen en buiten de gezondheidszorg. Deze functie 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<sup>28</sup> en partners uit andere beleidsdomeinen die niet behoren tot

---

<sup>28</sup> De term ‘partners uit andere sectoren van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin’ worden in het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid gedefinieerd als “diensten en voorzieningen die geen zorgvoorziening zijn, maar die tot de bevoegdheid van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van de Vlaamse Gemeenschap behoren”.

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 arbeids-circuit, 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 regionaal of supra-regionaal georganiseerd, 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 uit het Vlaamse zorgmodel 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 die regionaal of supra-regionaal georganiseerd is.

De uitvoering van de functies wordt toegewezen aan professionals en initiatieven voor vrijwillige en informele zorg of ondersteuning die werkzaam zijn op bepaalde zorgniveaus van het Vlaams zorgmodel. Dit is nodig om de functies op een deskundige, effectieve en efficiënte manier te kunnen uitvoeren in lijn met (1) de principes van vermaatschappelijking van zorg, (2) subsidiariteit van het zorgaanbod en (3) de verankering van zowel populatiegerichte acties als individugerichte zorg binnen het geestelijke gezondheidsaanbod.

- 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 gezondheids-competenties en de-stigmatisering breed gedragen worden, dus door zoveel mogelijk actoren werkzaam binnen het Vlaams zorgmodel. Deze aanpak is nodig opdat de impact van psychische aandoeningen op gezondheid zou kunnen verkleinen, als ook de behandelkloof (zie onder 3.2). Anderzijds is het van belang dat personen met psychische zorgnoden en ervaringsdeskundigen betrokken worden bij populatiegerichte acties die handelen over psychische kwetsbaarheid, aandoeningen en behandel-mogelijkheden, naast de professionals die werkzaam zijn op zorgniveaus 1, 2a en/of 2b. De uitvoering van deze functie wordt zodoende immers een participatief proces. De sociale inclusie en participatie van gebruikers binnen onze samenleving kan vergroten wanneer de burgers uit de samenleving getuige kunnen zijn van het participatief proces dat plaatsvindt tussen de gebruikers, hun context en de professionals uit het geestelijk gezondheidsaanbod. Tenslotte dient functie A ook individugericht aangeboden te worden door de zorgverleners van zorgniveaus 1, 2a en 2b. Het is van belang dat de initiatieven voor 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. Zorgverleners behorende tot zorgniveaus 1, 2a en 2b dienen aandacht te besteden aan de ondersteuning van personen uit de context van de gebruikers, als ook 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 worden aangeboden - omdat zij ervaringsdeskundigheid in dit domein kunnen binnenbrengen.
- Functie C: detectie en vroeg-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 netwerk-partners 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.

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 keuze daartussen. Dit worden programma's genoemd. De Vlaamse Regering werkt deze programma's uit in afstemming met de vertegenwoordigers van de geestelijke gezondheidsnetwerken. Deze programma's kunnen 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;
- personen met een verslavingsproblematiek en bijkomende psychische zorgnoden;
- kinderen en jongeren met psychische zorgnoden die zich in een verontrustende situatie bevinden.

### **5.1.3 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 van het Vlaams zorgmodel op organisatorisch niveau samenwerken in geestelijke gezondheidsnetwerken. Op deze manier zet dit ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid ook in op geïntegreerde zorg. 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. Hierbij is het van belang dat de geestelijke gezondheidsnetwerken voor kinderen en jongeren, en deze voor volwassenen nauw bij elkaar aansluiten of deels overlappen zodat de longitudinale continuïteit van zorg gegarandeerd kan worden doorheen de hele levensloop (Adriaenssens et al., 2018). De opdracht van de geestelijke gezondheidsnetwerken bestaat erin het geestelijke gezondheidsaanbod en functies te faciliteren, optimaliseren en organiseren in samenwerking met de vertegenwoordigers van gebruikers en hun context. Concreet houdt dit in dat het geestelijke gezondheidsnetwerk:

- één of meerdere aanspreekpunten organiseert waar alle burgers die wonen in de regio van het betreffende geestelijke gezondheidsnetwerk 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, optimaliseert en organiseert. Voor specifieke doelgroepen met specifieke zorgnoden kunnen programma's ontwikkeld worden 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 van het Vlaams zorgmodel 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. Dit zorgstrategisch plan moet in een breder geheel van planning van zorg binnen de regio geïntegreerd worden;
- 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 gebruik van beschikbare vormen van zorgcoördinatie en casemanagement op het niveau van de individuele gebruiker met ernstige en langdurige psychische zorgnoden en zijn context.

## **5.2 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 als vertegenwoordigers van gebruikers en van hun context, (3) op het niveau van het Vlaams geestelijke gezondheidszorgbeleid (zie uitleg onder 4.3.4.). Daarom neemt het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid de ervaringsdeskundige op als nieuwe discipline binnen het geestelijke gezondheidsaanbod. Een ervaringsdeskundige is een persoon die de kennis en expertise bezit die voortkomt uit de ervaring met individugerichte zorg, opgedaan als gebruiker of als context, en die voor zichzelf en voor anderen herstelbevorderend kan worden ingezet. Deze ervaring kan alleen tot kennis en expertise met betrekking tot individugerichte zorg leiden wanneer deze via lotgenotencontact wordt verwerkt en verruimd wordt en wanneer via opleiding of vrijwilligerswerk kennis, houdingen, vaardigheden en methoden werden aangereikt om de verruimde ervaring met individugerichte zorg deskundig aan te wenden. Betaalde tewerkstelling en/of inzet op vrijwillige basis van ervaringsdeskundigen wordt beleidsmatig ondersteund op elk van de drie vernoemde niveaus en op alle zorgniveaus van het Vlaams zorgmodel.

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/vrijwillig tewerkgesteld/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 betreffende de geestelijke gezondheid maakt het mogelijk dat er ondersteunende structuren aangeduid worden door de Vlaamse Regering die

- de opleidingen tot ervaringsdeskundige organiseren, als ook de toeleiding ernaar en de sensibilisering ervoor,
- de kwaliteit van de opleidingen bewaken,
- die 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 in informele zorg of ondersteuning (zorgniveau 0b) als de zorgverleners betrokken te worden (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 gestalte geven. Dit is nodig opdat de ervaringsdeskundigen naar tevredenheid van de werkgever én naar hun eigen tevredenheid hun werk kunnen doen.

### **5.3 Oprichting van ondersteunende en overlegstructuren voor het geestelijke gezondheidsaanbod**

#### **5.3.1 Ondersteunende structuren 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 toegankelijk en aanvaardbaar zijn voor iedereen, en die onderbouwd zijn met de meest recente wetenschappelijk inzichten, praktijkkennis en ervaringsdeskundigheid (zie doelstelling onder 3.4). Gezien deze doelstelling behoorlijk ambitieus is, is het van belang dat de actoren van het geestelijke gezondheidsaanbod door een aantal organisaties ondersteund kunnen worden bij de realisatie hiervan. De betrokken actoren zijn de gebruikers, hun context, de netwerkpartners, de ervaringsdeskundigen in het geestelijke gezondheidsaanbod en de geestelijke gezondheidsnetwerken. De ondersteuning van de ervaringsdeskundigen werd reeds besproken onder 5.2. Daarnaast hebben deze ondersteunende structuren 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:
  - 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 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;
4. De organisatie van een ombudsfunctie die geen onderdeel uitmaakt van een zorgvoorziening.

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

Om de realisatie van integrale zorg en ondersteuning door de netwerkpartners afdwingbaar te maken, worden in het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid opdrachten voor de geestelijke gezondheidsnetwerken uitgewerkt (zie 5.1.3.). De Vlaamse Overheid wil in overleg gaan met de geestelijke gezondheidsnetwerken, met vertegenwoordigers van de netwerkpartners, de gebruikers, de context van de gebruikers en de federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu 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. Dit overleg kan resulteren in adviezen die worden overgemaakt aan de minister bevoegd voor gezondheidsbeleid. Door de oprichting van dit comité geestelijke gezondheidsnetwerken wordt de wisselwerking tussen de Vlaamse Overheid, de geestelijk gezondheidsnetwerken en vertegenwoordigers van de gebruikers en van hun context decretaal verankerd. Deze wisselwerking kan leiden tot innovaties gedragen door alle stakeholders op het terrein van het geestelijke gezondheidsaanbod.





## Hoofdstuk 6

### Conclusies, aanbevelingen en uitdagingen

Deze wetenschappelijk- en praktijk-onderbouwde beleidsvisie inzake de hervorming van het geestelijke gezondheidsaanbod resulteerde in de uitwerking van een ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid. Het betreft hier het ontwerp van een kaderdecreet. Indien de Vlaamse Regering haar goedkeuring geeft voor dit ontwerpdecreet, wellicht in een aangepaste vorm, bestaat de volgende stap erin om de bepalingen ervan verder uit te werken via uitvoeringsbesluiten. Er is dus nog een lange weg te gaan, gegeven het aantal beleidsinstanties dat hierbij betrokken is. We sluiten dit rapport af met enkele beleidsaanbevelingen aangaande dit traject, meer bepaald: de afstemming van verschillende regio-indelingen, de programmatie van het aanbod en het zorgstrategisch plan in functie van de regionale noden, de paradigmashift naar vraaggestuurde zorg i.p.v. aanbodsturing, het betrekken en opleiden van ervaringsdeskundigen en gegevensdeling tussen professionals en met de gebruiker.

De uitvoering van de voorgestelde hervorming van het geestelijke gezondheidsaanbod dient ons inziens te starten bij de erkenning van geestelijke gezondheidsnetwerken in Vlaanderen. Hierbij is het van groot belang dat de Vlaams en federaal erkende geestelijke gezondheidsnetwerken dezelfde zullen zijn. Dit is nodig opdat zorgvoorzieningen, andere diensten die betrokken zijn bij de GGZ en zorgverleners die onder Vlaamse, federale of gemengde bevoegdheid vallen, kunnen samenwerken in dezelfde netwerken aangestuurd door één en hetzelfde bestuursorgaan binnen het respectievelijke netwerk. Daarnaast is de afstemming van deze netwerken met de eerstelijnszones noodzakelijk. De geestelijke gezondheidsnetwerken en de zorgraden van de eerstelijnszones dienen een sterke samenwerking te ontwikkelen wil men de doelstellingen van het decreet realiseren. Deze vormen van afstemming – ook tussen de Vlaamse en federale overheid - zijn noodzakelijk opdat de betrokken actoren op het terrein op een kwaliteitsvolle wijze integrale zorg kunnen aanbieden aan de gebruikers en hun context.

Een gedegen GGZ-beleid houdt bij de programmatie van het aanbod van voorzieningen en diensten rekening met de zorgnoden in de populatie. Uit het ontwerpdecreet volgt dan ook dat de programmatie dient te gebeuren op basis van de aard en frequentie van psychische zorgnoden bij de populatie in de regio waarvoor het geestelijke gezondheidsnetwerk verantwoordelijk is. Tot nog toe is er weinig wetenschappelijke onderbouw voor de programmatie van de voorzieningen, terwijl het wel mogelijk is om op verantwoorde wijze ramingen te maken van zorgnoden op populatieniveau (Bruffaerts, Bonnewyn, & Demyttenaers, 2011; Slade, Thornicroft, Grover, & Tansella, 2011; Vanclooster et al., 2013).

De uitwerking van een wetenschappelijke basis voor programmatie maakte geen deel uit van deze studie, terwijl dit voor de toekomstige uitbouw van het ontwerpdecreet wel degelijk een belangrijke pijler is. Bij de programmatie dient men immers het subsidiariteitsprincipe van het Vlaams zorgmodel effectief toe te passen. Concreet houdt dit in dat er meer generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid wordt aangeboden dan gespecialiseerde GGZ, en dat er meer ambulante en mobiele zorg wordt aangeboden dan residentiële zorg. Aangezien in ons land de programmatie van de psychiatrische ziekenhuizen en de psychiatrische afdelingen van de algemene ziekenhuizen door de federale overheid wordt bepaald, is afstemming hierover met de federale overheid een *conditio sine qua non*.

Een geestelijke gezondheidsnetwerk dat erkend wil worden, dient een zorgstrategisch plan uit te werken dat vertrekt vanuit de aard en hoeveelheid aan psychische zorgnoden in de eigen regio. Het is de opdracht van een overkoepelend expertisecentrum, zoals bv. het op te richten Vlaams Instituut voor de Eerstelijns, om de aard en hoeveelheid aan zorgnoden per regio in kaart te brengen. Het dynamisch werken met een zorgstrategisch plan staat vervolgens centraal binnen de geestelijke gezondheidsnetwerken, zoals uitgewerkt in het ontwerp van decreet. Dit zorgstrategisch plan beschrijft het veranderingsproces dat nodig is opdat het geestelijke gezondheidsaanbod beter zou afgestemd worden op de zorgnoden en zorgbehoeften van de deelpopulatie waarop het netwerk zich richt. Het opstellen van zo'n plan impliceert dat de betrokken actoren bereidheid tonen om de paradigmashift te maken van probleemgerichte naar vraaggerichte zorg, en dus ook van een aanbod-gestuurd naar een persoons- en behoeftegericht geestelijke gezondheidsmodel. Tijdens de expertpanels van deze studie hebben we ondervonden dat het draagvlak voor deze visie steeds meer groeit. Tegelijk stellen we vast dat er grote verschillen zijn in de mate waarin de paradigmashift reeds concreet is geworden en zijn toepassing vindt in de praktijk.

Voor de uitwerking van het zorgstrategisch plan zullen de betrokken actoren een plan van aanpak en bepaalde tools nodig hebben die geïntroduceerd worden door de Vlaamse Overheid. Het is aangewezen dat dit proces begeleid en opgevolgd wordt door het (voorlopig samengestelde) comité voor geestelijke gezondheidsnetwerken. Dit comité dient input te leveren voor de te volgen procedure bij het opstellen van een zorgstrategisch plan. Het kan deze procedure evalueren en doorheen het proces voorstellen doen voor bijsturing. Ook de betrokkenheid van wetenschappelijke partners is hier wenselijk. Een samenwerking met het Steunpunt Mens & Samenleving, het op te richten Vlaams Instituut voor de Eerstelijns en het Steunpunt Geestelijke Gezondheid is in dit verband aangewezen om te voorkomen dat iedere regio opnieuw het spreekwoordelijke wiel gaat uitvinden. Door het comité voor geestelijke gezondheidsnetwerken reeds (voorlopig) op te richten, kan de Vlaamse Overheid op haar beurt voeling houden met de initiatieven die genomen worden op het terrein. De Vlaamse Overheid kan zich vervolgens in haar verdere beleidskeuzes hierdoor laten inspireren.

Tijdens dit proces van uitwerking van de zorgstrategische plannen zullen vanuit het werkveld concrete voorstellen ontstaan over hoe zorgvoorzieningen en andere organisaties en diensten die betrokken zijn bij de GGZ, in een regio kunnen samenwerken bij de uitvoering van bepaalde functies. Enerzijds is het aangewezen dat de Vlaamse Overheid vertrekt vanuit deze voorstellen om de (deel)functies verder uit te werken. Anderzijds is het aan de Vlaamse overheid om erop toe te zien dat de netwerkpartners niet enkel inzetten op de uitwerking van de individuerichte functies (functies C tot F), maar ook de populatiegerichte functies voldoende concretiseren (functies A en B). Inzetten op het versterken van de geestelijke gezondheidscompetenties, de-stigmatisering en ondersteuning van ervaringsdeskundigen en van de context van gebruikers is immers primordiaal om de vermaatschappelijking van zorg steeds beter te kunnen realiseren. Het ligt in de lijn van het voorliggende ontwerpdecreet dat zorgvoorzieningen vervolgens een erkenning kunnen krijgen voor de uitvoering van een functie indien de aanvraag is afgestemd op het zorgstrategisch plan van het geestelijke gezondheidsnetwerk waartoe het behoort.

Parallel met de oprichting van de geestelijke gezondheidsnetwerken in Vlaanderen kan er een traject opgestart worden om ervaringsdeskundigen in het geestelijke gezondheidsaanbod aan te werven of in te zetten op vrijwillige basis. Dit kan binnen de individuerichte zorg en populatiegerichte acties, als vertegenwoordigers van gebruikers en van hun context binnen de geestelijke gezondheidsnetwerken en op beleidsniveau. Om dit concreet uit te werken is de input belangrijk van het Vlaams Patiënten-

platform, het familieplatform GGZ, en andere organisaties die de belangen behartigen van ervaringsdeskundigen. Een onderdeel van dit traject dient erin te bestaan dat de ondersteunende structuur wordt opgericht die instaat voor (1) de organisatie van de opleidingen, (2) de ondersteuning van de ervaringsdeskundigen zoals voorzien in functie B, en voor (3) de sensibilisering van de zorgvoorzieningen en de geestelijke gezondheidsnetwerken. De werking van een dergelijke ondersteunende structuur is nodig opdat de discipline van ervaringsdeskundige binnen het geestelijke gezondheidsaanbod op een kwaliteitsvolle manier kan uitgewerkt worden, ondersteund door wetenschappelijke kennis en praktijkkennis.

Met betrekking tot de gegevensdeling tussen netwerkpartners die betrokken zijn bij de zorg voor eenzelfde gebruiker binnen een zorgteam heeft het voorliggende ontwerpdecreet betreffende de geestelijke gezondheid zich niet uitgesproken. Gegevensdeling binnen een zorgteam is echter een belangrijke randvoorwaarde om tot geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg te komen. Conform het e-health plan waartoe de verschillende overheden van België zich hebben verbonden (<http://www.plan-gezondheid.be>) is het nodig dat informatie die afkomstig is uit de elektronische patiëntendossiers van individuele disciplines, opgenomen wordt in een multidisciplinair patiëntendossier. Dit dossier mag echter niet enkel een "kijkvenster" worden, maar een instrument waar alle betrokken hulpverleners toegang toe hebben en er kunnen toe bijdragen met hun data. Ook de patiënt moet diezelfde rechten hebben in dit multidisciplinaire dossier. In het kader van de ontwikkeling van meer vraaggerichte zorg, is het daarenboven wenselijk dat de doelen van de patiënt - zoals door de patiënt geformuleerd - bij het openen van een dossier als eerste "scherm" verschijnen (zie Synthesenota van de wetenschappelijke reflectiekamer voor de eerstelijnsconferentie). Andere noodzakelijke onderdelen van het multidisciplinaire patiëntendossier zijn (1) het begeleidingsplan, (2) de journaalfunctie (communicatie tussen de leden van het zorgteam en de patiënt en zijn mantelzorger), (3) de agendafunctie (wie doet wat?) en (4) het uniforme comprehensive assessment BelRAI over de sectoren van welzijn en gezondheid heen (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2017). Een juridische evaluatie van de bestaande Vlaamse en federale regelgeving is nodig om zicht te krijgen op wat momenteel mogelijk is in Vlaanderen op dit vlak. Dit zal vervolgens duidelijk maken op welke vlakken de regelgeving dient aangepast te worden, indien wenselijk. Ook hierover zal afstemming tussen de Vlaamse en federale overheid nodig zijn.

Uit deze studie concluderen we dat het draagvlak voor de voorgestelde hervormingen van het geestelijke gezondheidsaanbod substantieel is. We kunnen alleen maar hopen dat het beleid van Vlaanderen en bij uitbreiding van België, de realisatie ervan zal mogelijk maken.



## 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
- Adriaenssens, J., Farfan-Portet, M.-I., Benahmed, N., Kohn, L., Dubois, D., Devriese, S., Eyssen, M., Ricour, C. (2018). How to improve the Organisation of Mental healthcare for older adults in Belgium? Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 301. D/2018/10.273/31.
- Agentschap Zorg & 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., Vervaet, 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. & Devroey, D. (2017). A Policy guide to integrated care (PGIC). Lessons learned from EU project INTEGRATE and beyond. *International Journal of Integrated Care*, 17, 1-12. Doi: <https://doi.org/10.5334/ijic.3295>
- Braddick, F., Carral, V., Jenkins, R., & Jané-Llopis, E. (2009). *Child and Adolescent Mental Health in Europe: Infrastructures, Policy and Programmes*. Luxembourg: European Communities.

- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., & Demyttenaers, K. (red.) (2011). Kan geestelijke gezondheid worden gemeten? Psychische stoornissen bij de Belgische bevolking. Leuven: Acco.
- 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, I., & 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., & 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 Cuyper, K., & Van Audenhove, C. (2017). *Nota 1: Nieuw Vlaams decreet geestelijk gezondheid: Nota ter voorbereiding van de expertpanels*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
- De Dijn, H. (2017). *Drie vormen van weten: Over ethiek, wetenschap en moraal filosofie*. 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 kinderpsychiatrische afdelingen 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.
- Ebert, D. D., Van Daele, T., Nordgreen, T., Karekla, M., Compare, T. A., Zarbo, C., ... (on behalf of the EFPA E-Health Taskforce) & Baumeister, H. (2018). *Internet and mobile-based psychological interventions: applications, efficacy and potential for improving mental health*. A report of the EFPA e-health taskforce. *European Psychologist*, 23, 167-187. doi:10.1027/1016-9040/a000318
- 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 (2015). *Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid*. Geraadpleegd op 16 mei 2018 via [https://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/plan\\_nl.pdf](https://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/plan_nl.pdf)
- 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). *Gedragstoornissen 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. *Welzijnsgids*, 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., Saggioro, 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 herstellblik 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 de-stigmatisering*. 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). *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.
- Slade, M., Thornicroft, G., Grover, G., & Tansella, M. (2011). Measuring the needs of people with mental illness. In Thornicroft, Szmukler, Mueser, & Drake (Eds.), *Oxford textbook of Community Mental Health* (pp. 80-8). Oxford: Oxford University Press.
- 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. Szmulker, 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 zorgverstreker 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 de-stigmatisering bij psychische aandoeningen*. Bussum, Nederland: Uitgeverij Coutinho.
- Van Weeghel, J. (2010). *Verlangen 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*. Leuven: LUCAS KU Leuven/Eufami.
- Visser, W. (2013). *Verzorgings sociologie. 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 (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.

## **Bijlagen**





**Bijlage 1: Toetsing van de visienota bij sleutelfiguren en sectoren  
betrokken bij de GGZ – Uitgebreide rapportering van resultaten**



## A. Overzicht van de thema's die in verschillende groepen aan bod kwamen

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

## 1. Zorgcontinuïteit en toegankelijkheid

### Patiënten- en familieverenigingen

- Cliënten hebben nood aan een constante figuur in hun leven: niet steeds van het ene naar het andere hulpverlener gaan; niet steeds het vertrouwen moeten leggen in nieuwe personen;
- Hulp nodig bij weg vinden: waar kan je wat vinden/waar kan je terecht?
  - Informatie voorzien, bv. aan de hand van een duidelijke sociale kaart;
  - Versnippering GGZ-landschap aanpakken: belang van meer verstrengeling/meer samenwerking.
- Aandacht nodig voor groep die zorg nodig heeft maar niet wordt bereikt, bv. zorgmijders.

### GGZ onderzoekers en docenten

- Hoe optimaal schakelen tussen de verschillende elementen van het GG aanbod?
- Aandacht voor de groepen die tussen de mazen van het net vallen (bv. cliënten met een dubbele diagnose);
- Rationale brengen in verwijspaden: gemeenschappelijk georganiseerd oriëntatiepunt voordat je instapt naar gespecialiseerde GGZ (tussen generalistische basiszorg en gespecialiseerde zorg).
  - Beter samenwerkend: één instap die gezamenlijk bemand wordt (zodanig dat men niet van het ene naar het andere moet gaan)

## 1. Zorgcontinuïteit en toegankelijkheid

### Belendende sectoren

- Zorgtraject start/stopt niet wanneer cliënt in gespecialiseerde zorg terechtkomt: aandacht voor samenwerking over diensten/sectoren heen (zeker bij schakelmomenten, specifiek van ambulante naar residentiële zorg);
- Belang van samenwerking
  - Er is nood aan een gemeenschappelijke taal ;
  - Aandacht voor visie omtrent samenwerken (manier waarop verschillende diensten naar samenwerken kijken);
  - Er is nood aan een kader voor gegevensuitwisseling/dossieroverdracht;
  - Er moet worden nagedacht over overkoepelend gedeeld beroepsgeheim;
  - Belang van expliciteren gemeenschappelijke doelen en verwachtingen;
  - Belang van elkaar leren kennen.
- Aandacht voor meest kwetsbare doelgroepen (bv. cliënten die geen hulpvraag stellen, zorgmijders, multiproblematiek).

## 1. Zorgcontinuïteit en toegankelijkheid

### Netwerken

- Oog hebben voor populatie die nood heeft aan langdurige en continue zorg (met aandacht voor schakelmomenten);
- Bezorgdheid dat er toch een groep uit de boot zal vallen (bv. zorgmijders, mensen zonder diagnose maar met zorgbehoefte, EPA-patiënten, cliënten met een dubbele diagnose);
- Er wordt nog vaak vanuit het aanbod i.p.v. vanuit de vraag vertrokken (als cliënt niet past in het aanbod, moet hij/zij naar ergens anders);
  - Nood om aanbod te veranderen/nieuwe modules te maken/te herbekijken wat er nodig is.
- Op een bepaald moment worden de grenzen van wat mogelijk is in de thuiscontext bereikt: dan moet er naar een andere oplossing worden gezocht;
- Geïntegreerde chronische zorg is van belang;
- Er moet worden stilgestaan bij schotten tussen sectoren/voorzieningen/disciplines:
  - Samenwerking is van belang: sectoren/disciplines/diensten die basiszorg verlenen en GGZ structureel aan elkaar verbinden zodat samenwerking niet vrijblijvend is;
  - Samenwerking op beroepsgroepniveau: bv. geen aparte orthopedagogenkring, maar een kring samen met psychologen en huisartsen;
  - Een aanspreekpunt met mandaat is van belang (= coördinator van de samenwerking): casemanager voor intersectorale samenwerking, met mandaat;
  - Op vlak van beroepsgeheim soms schotten laten vallen om gedeelde zorg te kunnen bieden;
  - Belang van gegevensdeling: vertrekken vanuit een gedeeld patiëntendossier (waarbij de cliënt/het cliëntensysteem het plan bijhoudt);
  - Elektronische data-deling om integratie te faciliteren.

## 1. Zorgcontinuïteit en toegankelijkheid

### Disciplines

- Geïntegreerde chronische zorg is van belang;
- Er moet worden stilgestaan bij schotten tussen sectoren/voorzieningen/disciplines:
  - Samenwerking is van belang: sectoren/disciplines/diensten die basiszorg verlenen en GGZ structureel aan elkaar verbinden zodat samenwerking niet vrijblijvend is;
  - Samenwerking op beroepsgroepniveau: bv. geen aparte orthopedagogenkring, maar een kring samen met psychologen en huisartsen;
  - Een aanspreekpunt met mandaat is van belang (= coördinator van de samenwerking): casemanager voor intersectorale samenwerking, met mandaat;
  - Op vlak van beroepsgeheim soms schotten laten vallen om gedeelde zorg te kunnen bieden;
  - Belang van gegevensdeling: vertrekken vanuit een gedeeld patiëntendossier (waarbij de cliënt/het cliëntsysteem het plan bijhoudt);
  - Elektronische data-deling om integratie te faciliteren .
- Aandacht voor schakelmomenten (bv. overgangen van minderjarigheid naar volwassenheid, en van volwassenheid naar ouderen: hier zijn schotten);
- Na gespecialiseerde hulp is ook trapsgewijs afbouwen van belang:
  - Van boven naar beneden bewegen op de trap: contact blijven houden met diegenen die het nadien overnemen is belangrijk;
  - Eerder cirkel i.p.v. trappen.

## 1. Zorgcontinuïteit en toegankelijkheid

### Disciplines (vervolg)

- Toegankelijkheid: de weg naar de zorg moet duidelijk zijn:
  - Aansluiten bij cliënt op dat moment is van belang: diegene die het dichtste bij de cliënt staat kan mee faciliteren dat hij/zij zorg krijgt;
  - Geïntegreerd breed onthaal verankeren zodat lokaal snel toegankelijke zorg kan worden gevonden. Meestal is er lokaal veel aanwezig maar de hulpverleners kennen elkaar niet goed genoeg;
  - Toegankelijkheid is voor alle doelgroepen van belang: nog niet iedereen wordt bereikt – er is veel diversiteit en het aanbod is daar onvoldoende op afgestemd.
- Vraag kan worden gesteld wie er uiteindelijk verantwoordelijk is: iemand die ervoor verantwoordelijk is dat als een burger een zorgvraag heeft, dat hier dan ook een antwoord op komt.

### Organen die betrokken zijn bij het beleid

- Toegankelijkheid van zorg en integrale zorg zijn van belang: meer aandacht besteden aan hoe dit verder kan worden aangepakt;
- Integrale zorg (zorgcontinuüm, promotie, preventie, diagnosestelling, behandeling, ziektemanagement, rehabilitatie, palliatieve zorg) promoten: alle elementen van integrale zorg moeten worden uitgewerkt
  - Bv.: Aspect re-integratie staat niet zo uitdrukkelijk in de tekst.
- Een vlotte doorstroming van generalistische basiszorg naar specialistische zorg, en omgekeerd, is belangrijk.
  - Maar het is niet omdat gespecialiseerde GGZ aan bod komt, dat de generalistische eerste lijn niet meer actief moet zijn (er kunnen andere problemen zijn die gelijktijdig aangepakt dienen te worden: het gaat om een gedeelde zorg).

## 1. Zorgcontinuïteit en toegankelijkheid

### Organen die betrokken zijn bij het beleid (vervolg)

- Communicatie tussen alle actoren/instellingen/geografische zones stimuleren: niet naast elkaar werken maar samenwerken (het is van belang om elkaar te kennen);
- Gegevensdeling is van belang (gemeenschappelijk plan hebben);
- Cliënten die op het snijvlak van verschillende sectoren (VAPH, GGZ, bijzondere jeugdzorg, ouderenzorg) zitten: doelgroep die vaak tussen de mazen van het net valt:
  - Hoe kan hier een meer adequate zorg voor worden voorzien?
  - Veel mensen laten zich niet in hokjes vangen dus intersectoraal werken is van belang;
  - Maar er zijn ook veel afstemmings- en samenwerkingsmogelijkheden tussen GGZ-actoren zelf: van belang om een gedeelde verantwoordelijkheid te creëren, ook binnen de sector GGZ.
- Mensen rond de tafel brengen/een doorgedreven netwerkontwikkeling vraagt een investering en coördinatie is nodig (van belang dat er een mandaat in wordt verleend, dat het wordt erkend)
  - Gevaar dat netwerkcoördinatoren en voorzieningen die deel uitmaken van een netwerk te veel op hun bord krijgen (ze moeten ook hun andere taken kunnen uitvoeren).
- Er is een heel breed maar heel versnipperd aanbod. Het is van belang dat er meer transparantie komt in het hele landschap van de GGZ + minder versnippering van dit landschap.
  - Bv.: hulpverleners binnen het OCMW weten niet naar wie ze wanneer moeten doorverwijzen;
  - Bv.: een sociale kaart proberen samen te stellen van een bepaalde regio is een heel moeilijke taak.

## 1. Zorgcontinuïteit en toegankelijkheid

### Organen die betrokken zijn bij het beleid (vervolg)

- Het stuk omtrent toegankelijkheid en aanvaardbaarheid meer werkelijkheid maken:
  - Zo zouden er bv. ook voor mensen in armoede grote stappen vooruit gezet kunnen worden;
  - Sommige mensen vinden de toegang niet (bv. omwille van financiële redenen);
  - Bv.: terugdringen van wachtlijsten is van belang;
  - Geografische toegankelijkheid wordt gemist in de tekst;
  - Zowel voor kwetsbare doelgroepen als voor mensen die niet behoren tot een kwetsbare doelgroep moet er sprake zijn van een toegankelijk aanbod;
  - Niet enkel de brede toegang is belangrijk, maar ook toegankelijkheidsmogelijkheden tot de gespecialiseerde en specialistische GGZ zijn van belang.
- Eerstelijnspsychologische functie: van belang op het vlak van triëren naar de juiste hulpverlening;
- Goed idee om vanuit een netwerk te vertrekken, maar ook eigen regie is van belang: cliënten kunnen eigen keuzes maken. Bv.: toeleiding mag niet volledig door een netwerk gebeuren: cliënten moeten ook zelf kunnen kiezen waar ze hun hulp willen zoeken;
- De vraag kan worden gesteld of het model uit Nota 1 toepasbaar is op de meest kwetsbare groepen (bv. mensen met een andere etnische achtergrond, kinderen van ouders met een psychische problematiek, mensen zonder papieren).

## 2. Heldere concepten nodig

### Patiënten- en familieverenigingen

- Informele zorg;
- Nabijheidszorg;
- Context: (1) meer dan alleen mantelzorgers, ook de informele zorgverstrekker; (2) onduidelijk of vrijwilligers ook bij de context horen; (3) naastbestaanden/naastbetrokkenen zijn de context → mensen die betrokken zijn bij het herstelproces;
- Er is een verschil tussen de context die actief betrokken is bij het zorgtraject en de context die daarvoor mee bevorderend is. De laatste context is het sociaal netwerk;
- Ervaringsdeskundigheid:
  - Is niet hetzelfde als deskundigheid van mensen met ervaringskennis (het is niet omdat bepaalde mensen ervaringen hebben, dat ze ook deskundig zijn om daar iets mee te doen);
  - De naamgeving 'ervaringsdeskundige' moet gelinkt zijn aan de verschillende rollen en taken die een ervaringsdeskundige kan uitvoeren;
  - Onder 'ervaringsdeskundigen' worden ook mensen verstaan die het als familielid hebben meegemaakt.
- Herstel
  - Rekening houdend met de context/het relationele is de volgende formulering beter: "herstel is een uniek en persoonlijk (dus geen individueel) proces van positieve verandering ... belang van zelfcontrole over het leven, van peer support, samenwerking met en ondersteuning van het informeel netwerk van de betrokkene";
  - Herstel hang voornamelijk samen met de levensdomeinen wonen, werken, opleiding, ... (het verwerven van een inkomen, een woonst, ...).

## 2. Heldere concepten nodig

### GGZ onderzoekers en docenten

- Eerstelijnspsycholoog;
- Generalistisch vs. specialistisch - eerste lijn vs. tweede lijn;
- Netwerken:
  - Nadenken over hoe netwerken tot stand zullen worden gebracht;
  - Theorieën omtrent netwerkorganisatie kunnen worden aangehaald in Nota 1;
  - Het deel omtrent samenwerking moet meer worden uitgewerkt, zodat er geen nieuwe netwerken worden opgezet die eigenlijk tot niets leiden: samenwerking is belangrijk maar misschien zijn opgelegde structuren niet de beste weg hiertoe;
  - Er moeten nog voldoende uitvoerders zijn van de eigenlijke zorg: we kunnen vergaderen over wat er zou moeten gebeuren, maar het moet dan ook echt gebeuren.

### Belendende sectoren

- Casemanager;
- Vroeg-interventie, vroeg-detectie, preventie:
  - Vroeg-detectie: moet plaatsvinden wanneer de eerste signalen er zijn (niet wanneer mensen al symptomen hebben) en mensen die met risicofactoren leven moeten ondersteund en versterkt worden
- Af en toe wordt verwezen naar psychische aandoeningen én verslavingen, maar verslavingen horen gewoon onder psychische aandoeningen.

## 2. Heldere concepten nodig

### Netwerken

- Herstelgericht werken - ontwikkelingsgericht werken: herstelgericht werken staat bij volwassenen ook voor groeigericht werken;
- Herstel is niet enkel iets individueel: relationeel herstel is eveneens van belang.

### Disciplines

- Van belang dat het duidelijk is wat er met rehabilitatie wordt bedoeld;
- Nood aan nuancering wat betreft herstelgericht werken: valkuil hierbij is dat de locus of control bij cliënten wordt gelegd en dat je gaat culpabiliseren;
- Vrijheidsbeperkende maatregelen: er kan beter worden gesproken over het belang van veilige zorg (waarvan vrijheidsbeperkende maatregelen slechts 1 aspect is).

### Organen die betrokken zijn bij het beleid

- Definities gebruikt in dit decreet en andere gezondheidsdecreten moeten op elkaar worden afgestemd:
  - Bv. gebruiker, ervaringsdeskundigheid, ...
  - Definities zijn verrijnd in het Vlaams actieplan;
    - Bv.: er wordt in Nota 1 gesproken over de eerstelijnspsycholoog, terwijl in het actieplan wordt gesproken over de eerstelijnspsychologische functie: hier is een verschil tussen.
  - Begripsverwarring vermijden: basisprincipes moeten duidelijk afgestemd zijn tussen verschillende stakeholders.

## 2. Heldere concepten nodig

### Organen die betrokken zijn bij het beleid

- Ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid worden door elkaar gehaald;
- Onderscheid tussen ervaringsdeskundigheid van cliënt en familie: bij herstel moeten beide aandacht krijgen;
- Begrip herstel wordt niet eenduidig gebruikt;
- Vermaatschappelijking: zie definitie van de SAR. In nota 1 wordt vermaatschappelijking nogal beperkt tot het meer inzetten van vrijwilligers, wat een heel enge interpretatie is: vermoedelijk betekent vermaatschappelijking een sterkere eerste lijn of samenwerking tussen welzijn en gezondheid, het vraagt ook om voldoende/degelijke huisvesting;
- Triade: zowel de regie van de cliënt, als de verbondenheid en de zorg die familie al dan niet levert;
- Nuancering toevoegen aan 'betrekken van de context': dit kan alleen indien de patiënt dit wenst;
- Context: bij kinderen en jongeren spelen ouders vaak een heel belangrijke rol; bij volwassenen mogelijk eigen kinderen en partners;
- Familie mag niet worden verengd tot de mantelzorger;
- Subsidiariteit wil zeggen dat men hetzelfde effect beoogt, met de minst ingrijpende middelen (maar wel met een evenwaardig effect) → dit is niet duidelijk genoeg in de tekst;
- Duidelijke definitie voor empowerment wordt gemist: de focus ligt sterk op wat je zelf moet doen, maar het vraagt heel wat randvoorwaarden vanuit zorgverleners (je moet het niet helemaal zelf doen, de randvoorwaarden moeten worden gecreëerd);
- In het advies van de SAR omtrent maatschappelijk verantwoorde zorg, komen alle componenten m.b.t. toegankelijkheid aan bod: deze staan nu allemaal verspreid in de tekst, je kan ze beter samen zetten;
- Functie C: 'professionals met een GGZ beroep': wat wordt hier juist mee bedoeld?





### 3. Meer nadruk op het aanbod voor jongeren en ouderen

#### Patiënten- en familieverenigingen

- Het onderscheid tussen jongeren en volwassenen wordt te weinig gemaakt.

#### Belendende sectoren

- Doelgroep ouderen moet meer aandacht krijgen in de visie op de hervorming van het geestelijke gezondheidsaanbod.

#### GGZ onderzoekers en docenten

- Aandacht voor alle leeftijden is van belang: herstel- en ontwikkelingsgericht werken zijn beide van belang. Ook ouderen kunnen nog ontwikkelen: dit past dan bij geestelijke gezondheidscompetenties en health literacy.

#### Netwerken

- Aandacht voor kinderen en jongeren: bv. belang van ontwikkelingsgericht werken.

#### Disciplines

- Rekening houden met alle leeftijden (jongeren, volwassenen, ouderen);
- Naast herstel is ontwikkelingsgericht werken van belang:
  - Zeker bij kinderen en jongeren, maar ook bij volwassenen
- Bij jongeren gebruikmaken van digitale wereld (bv. chat): ze vinden hier snel hun weg naar (werkt drempelverlagend).



### 3. Meer nadruk op het aanbod voor jongeren en ouderen

#### Organen die betrokken zijn bij het beleid

- Aandacht voor verschillende leeftijdsgroepen is van belang:
  - Kinderen en jongeren, volwassenen, ouderen;
  - Van belang dat de algemene lijnen op iedereen van toepassing zijn, maar dat de uitwerking specifiek is voor een bepaalde doelgroep:
    - Bv. Context: bij kinderen en jongeren zijn ouders vaak van groot belang, bij volwassenen mogelijk kinderen en partners;
    - Bv. Andere sectoren bij kinderen: onderwijs, CLB's (voor volwassenen vaak minder relevant).
- Kinderen en jongeren worden bijna niet teruggevonden in de tekst:
  - Misschien is het ontwikkelen van een GGZ-beleid specifiek voor die doelgroep zinvol of misschien wel een geïntegreerd beleid maar een apart aanbod voor kinderen en jongeren op basis van de noden;
  - Eveneens van belang in het licht van preventie;
  - Ontwikkelingsgericht werken is van groot belang bij kinderen en jongeren;
  - Er zijn heel wat maatschappelijke evoluties die een impact hebben op de opvoeding, de GG van kinderen en jongeren, en die niet worden teruggevonden in de tekst (niet alleen vergrijzing is van belang);
  - Vanuit kinderen en jongeren een aantal voorbeelden aanvullen: bv. ouders moeten soms vrij kunnen nemen om voor hun kind te kunnen zorgen (alle voorbeelden zijn vanuit volwassenenperspectief).

## 4. Afstemming tussen de verschillende overheden

### Patiënten- en familieverenigingen

- Er kan beter worden gesproken over zorgniveau 0A en 0B i.p.v. over niveau 0 en 1, zo kan de eerstelijnszorg op zorgniveau 1 terecht komen;
- Er zou minder verwarring zijn wanneer functies (A t.e.m. F) zouden overeenkomen met functies Psy 107;
- Hopelijk vallen de netwerken waarvan sprake in Nota 1 samen met netwerken Psy 107.

### GGZ onderzoekers en docenten

- Verwacht dat de niveaus in overeenstemming zouden zijn met courant gebruikte lijnenstructuur (nulde tot derde lijn).

### Belendende sectoren

- Gemeenschappelijk verhaal met gemeenschappelijke terminologie.

### Netwerken

- Belang van afstemming tussen Vlaamse en federale overheid: (1) gebruikmaken van dezelfde terminologie; (2) beperking dat federale middelen niet kunnen ingezet worden in Vlaamse materie;
- Brussel en taalgrenszones: niet alleen afstemming met federale, maar ook met Brusselse en Waalse overheid. Dit is ook belangrijk om duidelijkheid te creëren voor de hulpvrager.

## 4. Afstemming tussen de verschillende overheden

### Organen die betrokken zijn bij het beleid

- Overleg met de federale overheid is van belang;
- Het model uit Nota 1 is een nieuw model dat te weinig is verbonden met bestaande zaken;
- Verwarrend dat er nieuwe niveaus, functies worden gecreëerd: consistentie creëren/parallelen trekken met Psy 107 is van belang;
- De vraag moet worden gesteld welke plaats Vlaanderen verder gaat opnemen in het bestaand federaal model: in plaats van een geheel nieuw model te creëren moet dit federale model verder worden uitgewerkt. De visie uitgewerkt in Nota 1 zien we hierbij wel als ambitieuze richtinggevende principes.

## 5. Ervaringsdeskundigen als discipline

### Patiënten- en familieverenigingen

- Inzet van ervaringsdeskundigen op alle zorgniveaus valoriseren;
- Gelijkwaardigheid tussen disciplines (waar ervaringsdeskundigen bij horen) moet worden bewaakt;
- Co-creatie professionele-, wetenschappelijke- en ervaringskennis;
- Info over rol, taken en ondersteuning die ervaringsdeskundigen moeten krijgen;
  - Ervaringsdeskundigen vormen de brug tussen hulpverleners en cliënten.
- Van belang dat er meer evenwicht komt in de verdeling van de middelen: meer middelen naar opbouw ervaringsdeskundigheid;
- Erkenning voor opleiding tot ervaringsdeskundige is van belang + deze opleiding moet toegankelijk zijn.

### GGZ onderzoekers en docenten

- Ervaringsdeskundigheid waarderen;
- In het licht van gelijkwaardigheid en participatie, is het van belang dat ervaringskennis op een volwaardige manier wordt erkend (naast wetenschappelijke- en praktijkkennis).

### Netwerken

- Inzetten op ervaringsdeskundigheid is van belang: momenteel is het nog te weinig ondersteund.

## 5. Ervaringsdeskundigen als discipline

### Disciplines

- Ervaringsdeskundigheid moet als aparte discipline worden gezien.

### Organen die betrokken zijn bij het beleid

- Ervaringsdeskundigheid komt te weinig aan bod.
  - Belang van inschakeling van ervaringsdeskundigen binnen de zorg;
  - Meer duidelijkheid rond bv.
    - Omkadering: ervaringsdeskundigen moeten worden gecoached:
      - Ervaringen blijven 'vers' doordat ze met lotgenoten in contact blijven;
      - Ze moeten kunnen terugvallen op een groep (ex-)cliënten, anders krijg je een individueel verhaal: ervaringsdeskundigen moeten worden gezien als woordvoerders van een groep.
    - Eventuele opleiding

## 6. Data-gestuurde zorg

### Patiënten- en familieverenigingen

- Onderzoek naar wat werkt op verschillende levensdomeinen om een zinvol leven te leiden is van belang: mensen kunnen worden bevraagd over wat hen heeft geholpen om op verschillende domeinen actief te blijven.

### GGZ onderzoekers en docenten

- Vooraleer het nieuwe decreet van toepassing wordt, is het van belang dat er een aantal pilootprojecten plaatsvinden waarin bepaalde elementen uit Nota 1 worden geëvalueerd, bv. hoe triadewerking moet worden aangepakt, onderzoek naar toekomstige zorgnoden zodat we niet achter de feiten aanlopen, onderzoek naar casefinding.

### Netwerken

- Antwoorden op noden die zich in een bepaalde regio voordoen is van belang. Dus gespreide zorg: voldoende capaciteit – meer en/of anders ingezet – die voldoende verspreid is zodat er overal capaciteit is
  - Voorkomen dat zorgarme regio's zorgarm blijven: (1) vanuit de overheid; (2) netwerken moeten nadenken over spreiding; (3) rol van buurtgerichte zorg;
  - Bv. Wanneer je niet rond een psychiatrisch ziekenhuis woont, moet je ook de juiste hulp kunnen krijgen.
- Binnen de bevolking kijken naar welke groepen er zijn en wat voor zorg ze nodig hebben is van belang.

## 6. Data-gestuurde zorg

### Disciplines

- Dataverzameling is van belang:
  - Om te bepalen of er een verandering/verbetering is opgetreden moeten data worden verzameld doorheen de tijd;
  - Er wordt een blik op de populatie in Vlaanderen gemist (bv. wat zijn de zorgnoden?): debat moet worden gevoerd omtrent capaciteit en over hoe deze capaciteit wordt ingezet, in afstemming met data.

### Organen die betrokken zijn bij het beleid

- Er moet worden gestart met een goede zorgprogrammatie, op basis van noden.
  - Je moet in een bepaalde regio weten wat de noden zijn;
  - Belangrijke vragen: hoeveel van dit soort centra ga je voorzien in Vlaanderen? In welke regio? Zijn ze goed verdeeld? Is er maar één nodig voor heel Vlaanderen?
  - Programmatie kan veranderen. Door bv. in te zetten op preventie, kunnen de noden aan zorg verminderen.
- Als je iets wil hertekenen, is het goed om dat te organiseren op basis van noden die in kaart zijn gebracht: we hebben weinig cijfermateriaal om op terug te vallen.

## 7. Vroeg-detectie en eerstelijnszorg

### Patiënten- en familieverenigingen

- Preventief werken is van belang:
  - Kinderen met een kwetsbaarheid veerkrachtiger maken;
  - Wanneer kinderen nabijbetrokkenen zijn is het van belang om te voorkomen dat ze later zelf in de zorg terechtkomen.
- Signaaldetectie van herval is ook van belang.

### Belendende sectoren

- Belang vroeg-detectie, vroeg-interventie en preventie: (1) wanneer eerste signalen er zijn; (2) vóór verschijnen van symptomen; (3) ondersteunen van mensen die met risicofactoren leven;
- Belendende sectoren op GGZ-vlak versterken door de GGZ in hun werking te versterken;
- Belang eerstelijnszorg: eerstelijnspsycholoog, wijkgezondheidscentra, ...

### Netwerken

- Belang van preventief werken op psychische problemen bij kinderen: kleinere kans dat ze in de volwassenheid ernstigere problemen zullen ontwikkelen;
- Integratie van GGZ in de eerste lijn: hulp toesteken die eerste lijn nodig heeft.

## 7. Vroeg-detectie en eerstelijnszorg

### Disciplines

- Bv. apothekers kunnen detecteren en doorverwijzen: op eerstelijnsniveau kunnen daarrond vormen worden aangeboden;
- Het kan een belangrijke taak zijn voor GGZ om te adviseren en vorming te geven: ondersteunen en sensibiliseren. Zo verlaag je de drempel om over psychische problemen te praten;
- In plaats van een specifiek GG aanbod voor een specifieke groep, is een breder generalistisch GG aanbod nodig waar wordt omgegaan met diversiteit en waar expertise kan worden ingeroepen wanneer het nodig is, of waar GGZ experts overnemen in specifieke gevallen: bv. bij patiënten met een ernstige psychische aandoening.
  - Er gaat te veel aandacht naar de top van de ijsberg: de piramide moet worden omgedraaid.

### Organen die betrokken zijn bij het beleid

- Waar je als cliënt als eerste mee in contact zou moeten komen, moet als eerste worden uitgebouwd: vroeg-detectie, preventie, eerste lijn, ... (de piramide moet eigenlijk worden omgedraaid: middelen, tijd en energie in de onderste trede steken);
- Er is te weinig aandacht voor vroeg-detectie;
- Er wordt te weinig gesproken over preventie:
  - Er moet een link worden gelegd met het decreet preventie;
  - De essentiële rol van en de nood aan KOPP expertise moet nadrukkelijker worden vermeld. Dit kan immers preventief werken;
  - Kinderen en jongeren: zo vroeg mogelijk ingrijpen wanneer er signalen zijn dat dingen fout lopen: problemen die zich doorzetten in adolescentie/volwassenheid zo vermijden;
  - Preventie als onderdeel van integrale zorg.

## 7. Vroeg-detectie en eerstelijnszorg

### Organen die betrokken zijn bij het beleid (vervolg)

- Belang van secundaire preventie;
  - Om een kwalitatief leven te kunnen leiden binnen de maatschappij, moet er aandacht zijn voor daginvulling, toeleiding naar arbeid, ... Bv. via een arbeidscoach kijken naar wat kan en wat de persoon nodig heeft en eventueel helpen met het oriënteren naar een andere job.
- Aandacht voor de eerste lijn is van groot belang;
- Hoe je GGZ realiseren in de eerste lijn: belang van uitrol eerstelijnspsycholoog, maar ook andere modaliteiten, bv. versterken van huisartsen:
  - Vraag is hoe de eerstelijnspsychologische functie zal worden uitgerold en hoe de eerstelijnspsychologen verbonden zullen worden met de gespecialiseerde en specialistische GGZ;
  - Generalistische basiszorg concretiseren: wat is de rol van de huisarts? Wat mogen we ervan verwachten? Hoe zien we de eerstelijnspsychologische functie? Hoe zien we de link met andere actoren?
- Hulpverleners die een steentje kunnen bijdragen (bv. maatschappelijk werkers OCMW, thuiszorg, ouderenzorg) moeten ondersteund worden: bv. vormingen/opleidingen aanbieden omtrent GGZ, het herkennen van signalen, doorverwijzen, ...
  - Coachende rol voor GGZ – meer GGZ op brede eerste lijn, om cliënten zelf in zorg te nemen, maar ook om psychische problematieken te situeren en te kaderen voor de eerstelijns zorgverleners. Er moet een meer intense liaison komen vanuit GGZ naar actoren die eerste signalen kunnen opvangen. De taak van deze liaisonfunctie: nagaan wat de eerstelijnsdienst zelf kan doen en wat er nog extra nodig is vanuit de gespecialiseerde GGZ;
  - Liaisonfunctie moet worden bevorderd en er moeten middelen tegenover staan.

## 8. Afstemming met andere beleidsdomeinen

### GGZ onderzoekers en docenten

- Het is van belang dat onderwijs/CLB/Kind en Gezin worden betrokken in het verhaal;
- Onderwijs wordt weinig genoemd: bepaalde vaardigheden worden niet meer vanuit de maatschappij/het kerngezin aangeleerd, het is dus belangrijk dat deze via onderwijs worden aangeleverd (bv. empathietraining).

### Belendende sectoren

- Wonen, werk, vrije tijd, onderwijs: cruciaal om deze sectoren mee te krijgen.

### Netwerken

- Inzetten op onderwijs is van belang. In opleiding van leerkrachten handvaten meegeven rond bv. communicatie: kinderen kunnen hieruit leren → heeft invloed op hoe ze met psychische problemen omgaan, toegankelijkheid van zorg, de-stigmatisering.



## 8. Afstemming met andere beleidsdomeinen

### Disciplines

- Inzetten op onderwijs is van belang, zeker aangezien er momenteel niet veel aandacht wordt besteed aan psychische gezondheid binnen het onderwijs:
  - Ook bv. aandacht voor 'hoe leer je goed studeren', 'hoe leer je goed om te gaan met stress': hoe blijf je op dat terrein ook geestelijk gezond.
- Op het werk moet health literacy ook een plaats krijgen;
- Samenwerking met sociale huisvestingsmaatschappijen is van belang;

### Organen die betrokken zijn bij het beleid

- Flankerend beleid uitwerken: linken leggen met bv. justitie, onderwijs, werk, huisvesting, ... is noodzakelijk om tot een kwalitatief leven te kunnen komen.
  - Bv.: Ondersteunen van huisvesting: heel wat mensen blijven in de psychiatrie omdat ze geen woning meer hebben. De vraag kan worden gesteld of we hier vanuit bestaande initiatieven gaan vertrekken (zoals beschermt wonen) of vanuit nieuwe ideeën (bv. sociale huisvesting) .



## 9. Verminderen van stigma - beeldvorming

### Patiënten- en familieverenigingen

- Aandacht voor krachten en talenten cliënt is van belang;
- Aandacht voor visie van de samenleving: de-stigmatisering is belangrijk, bv. ook in het licht van het laten werken van buurtgerichte zorg;
- De term normalisering is belangrijk: iedereen heeft een psychische kwetsbaarheid in zekere mate. Als je vanuit deze basisvisie vertrekt in het dagelijkse leven, krijg je echt een paradigmashift.

### GGZ onderzoekers en docenten

- Aandacht voor zowel persoonsgerichte als populatiegerichte acties is van belang. De vraag moet worden gesteld of de samenleving wel klaar is voor inclusief burgerschap.

## 9. Verminderen van stigma - beeldvorming

### Disciplines

- Moet laagdrempelig bespreekbaar worden gemaakt/meer vertrouwd mee worden: de hele bevolking (niet alleen professionals maar de brede laag van de bevolking) – nadenken over hoe je het gebrek aan health literacy kan oplossen:
  - Bv. buurtgericht informatiesessies, lezingen, ... aanbieden die laagdrempelig zijn zodat de hele bevolking ernaartoe kan;
  - Herstelacademie: open cursusaanbod rond verschillende thema's die gerelateerd zijn aan GGZ/herstel.
- Er moet meer worden ingezet op de samenleving, maar deze samenleving is nog niet mee als het gaat over dat we mensen zo lang mogelijk in hun thuismilieu moeten houden (bv. huisbazen, werkgevers, buurt krijg je vaak niet mee).

### Organen die betrokken zijn bij het beleid

- Populatiegerichte acties: algemene campagnes matchen niet altijd met behoeften en noden (bv. kwetsbare groepen worden moeilijk bereikt) → belangrijk om na te denken over hoe dit moet worden aangepakt;
- Inzetten op health literacy is heel belangrijk (tegengaan van stigma's, vertrouwdheid met kwetsbaarheden);
- Geestelijke gezondheidspromotie is van groot belang;
- Geestelijke gezondheid in ruime betekenis en gezondheidsbevordering komen te weinig aan bod
- Veerkracht van de gehele populatie versterken.

## 10. Triadisch werken

### Patiënten- en familieverenigingen

- Participatie cliënt en naastbetrokkenen in de zorg is van groot belang:
  - Persoon wordt nog te veel als cliënt gezien en minder als actor binnen het gebeuren;
  - Informatie over de rol die de context kan spelen en over hoe ze ondersteund kunnen worden hierin, is van belang.
- Dialoog is van belang: de puzzel kan pas worden gelegd als alle informatie beschikbaar is.

### Belendende sectoren

- Context speelt een belangrijke rol, onder meer wanneer de cliënt zelf geen hulpvraag formuleert;
- Context betrekken is van belang;
- Er moet aandacht gaan naar mensen zonder context/sociaal netwerk.

### Netwerken

- Belang van ondersteunen van de omgeving, bv. respijtzorg;
- Context- ervaringsdeskundigen kunnen mee een stem geven aan de context ;
- Omgeving steeds proberen te betrekken is van belang, ook wanneer de gebruiker die moeilijk vindt/verkiest om dit niet te doen;
- Voorkomen dat er een breuk ontstaat tussen context en cliënt is van belang: een hersteltraject opzetten kan nodig zijn;
- Behandelpunten niet te individueel bekijken, maar systemisch bekijken: één gezin, één plan.



## 10. Triadisch werken

### Organen die betrokken zijn bij het beleid

- Triade als principe in de visie op hulpverlening centraal, met gelijkwaardige posities voor cliënt, context en hulpverlener: dit moet in het hele model het uitgangsprincipe zijn:
  - De triade moet op gelijke wijze worden uitgewerkt: er is in Nota 1 een onevenwicht in de ondersteuning van de drie partijen. Omtrent ondersteuning van cliënt en context is er niet veel uitgewerkt;
  - Aandacht voor het ondersteunen van de context, bv. wanneer de cliënt op een wachtlijst staat;
  - Vraag naar respijtzorg voor de omgeving;
  - Professionele hulpverlening alleen volstaat niet, we moeten de context meenemen: context beluisteren en meenemen in het verhaal, in onderling overleg met de cliënt;
  - Nood aan een duidelijk kader voor rechten van familie en informele zorgverleners;
  - Zorgorganisaties moeten de voorwaarden creëren waardoor je als cliënt in de triade mee kan participeren. Bv. moet in het patiëntendossier een luik voorzien worden waarin de patiënt kan schrijven. Er is nood aan randvoorwaarden om participatie van de cliënt op een goede manier in de praktijk te kunnen brengen.

## 11. Nulde lijn Patiënten- en familieverenigingen

### Patiënten- en familieverenigingen

- Inzet van patiënten- en familieverenigingen en vrijwilligerswerk valoriseren;
- Info over hun rol, taken en ondersteuning die ze moeten krijgen is van belang;
- Er moet worden ingezet op co-creatie: patiënten- en familieverenigingen moeten mee beslissingen kunnen nemen met betrekking tot de uitwerking van het nieuwe Vlaamse decreet geestelijke gezondheid;
- Om de inzet van patiënten- en familieverenigingen goed uit te bouwen, moeten er middelen vrijkomen.

### Netwerken

- Kader/ondersteuning om patiënten- en familieverenigingen te betrekken wordt gemist.

### Disciplines

- Er wordt informatie gemist over wat er rond het stimuleren van zelfzorg kan worden gedaan:
  - Dit wordt wel voor een deel beschreven onder health literacy;
  - Herstelacademie: cursusaanbod is sterk op zelfsturende vaardigheden gericht.

## 11. Nulde lijn Patiënten- en familieverenigingen

### Organen die betrokken zijn bij het beleid

- De rol van patiënten- en familieverenigingen moet meer aan bod komen;
- Betrekken van familie- en cliëntenorganisaties:
  - Duidelijkheid creëren over wat van hen wordt verwacht in de zorg en over hoe ze daar zelf in worden ondersteund (inhoudelijk en vormelijk). Er is nood aan ondersteuning en coaching);
  - Er moet een duidelijk kader komen over hoe dit georganiseerd zal worden zodat het goed werkt;
  - Een statuut en een opleiding, een duidelijke richtlijn over hoe daar participatie kan zijn;
- Voor het familieplatform en patiëntenplatform een bestaansgrond inbouwen in het decreet.

## 12. Matched care

### GGZ onderzoekers en docenten

- Subsidiariteit is van belang, maar er moet altijd worden afgestemd op behoeften en noden.

### Netwerken

- Getrapte zorg insinueert iets lineair, maar het is van belang om niet noodzakelijk dat lineaire pad te volgen.
  - In het licht van therapiemoetheid, is het soms zinvoller om meer intensieve zorg vroeger aan te bieden (stepped care: voordat iemand in een residentie wordt opgenomen, heeft hij/zij soms al een heel traject achter de rug → kan therapiemoetheid in de hand werken).

### Disciplines

- Soms is er meteen sprake van een opname/kan je meteen op een hogere trap zitten: hier ook aandacht voor hebben.

## 12. Matched care

### Organen die betrokken zijn bij het beleid

- Huiver voor de interpretatie van een stepped care model waarbij op voorhand wordt bepaald dat er een bepaalde volgorde moet worden gevolgd → cliënt moet mee kunnen beslissen over wat hij/zij vindt dat zijn/haar noden zijn en zo moet er een match plaatsvinden (cliënt centraal);
  - Meteen naar een specialist gaan, is echter ook niet de oplossing;
  - Stepped care niet te eng interpreteren, want dan kan dit in conflict zijn met het centraal stellen van de cliënt.
- Soms kan je niet anders dan een opname, omdat sommige problemen bv. al lang verdoken aanwezig zijn;
- Bij stepped care is er de connotatie dat het ene na het andere komt, maar netwerkdenken is belangrijk: de juiste zorg aanbieden (niet altijd ketendenken);
- Stepped care: de vraag is hoe rigide je dit kan toepassen op het domein van GGZ.

## 13. Samenwerken op casusniveau

### Belendende sectoren

- Belang van overleg op cliëntniveau;
- Er moet gekeken worden naar hoe we de zorgverleners meer kunnen doen samenwerken, bv. door wijkgericht te werken;
- Verschillende hulpverleners die in één huis samenwerken om overleg terug te trekken naar de basis: het idee van wijkteams.

### Netwerken

- Integratie van zorg gebeurt op casusniveau, niet op structureel niveau. De structuur moet ondersteunend zijn om op casusniveau integraal te kunnen werken;
- Belang van samenwerking op het niveau van het systeem (het gezin) zelf;
- Buurtgericht: vraag of er niet te veel functies zijn, want ze moeten samengaan;
- Zorgteam (waar kennis kan worden overgedragen): zorgcoördinator moet mandaat krijgen om partners te wijzen op genomen afspraken.
  - Zorgcoördinator: Best iemand uit de GGZ die betrokken is bij hulpverlening van de cliënt? Of best iemand uit de eerste lijn wanneer mogelijk?
  - Belang van zorgplan waarin afspraken duidelijk worden genoteerd en dat door alle actoren wordt erkend. Mandaten kunnen hier ook in worden uitgesproken.

## 13. Samenwerken op casusniveau

### Disciplines

- Zorg, welzijn en de bevolking met elkaar koppelen;
- In laatste deel van de tekst wordt buurtgerichte zorg gemist, terwijl dit gepromoot moet worden: integratie van zorgpartners (apothekers, huisartsen, iedereen die in de wijken aanwezig is met de welzijnswerkers);
- Daar kan ook het best aan de health literacy gewerkt worden;
- Lokaal bv. infosessies organiseren en zo veel mensen proberen te bereiken;
- Dwarsverbanden leggen: belang van buurtgerichte zorg.

### Organen die betrokken zijn bij het beleid

- Communicatie tussen alle actoren stimuleren rond de cliënt die centraal staat;
- Misschien op eerste lijn mensen samenbrengen: bv. in plaats van een individuele huisarts, individuele psycholoog, ... naar gezondheidshuizen gaan → voortbouwen op wijkgezondheidscentra;
- Netwerken rond een cliënt zelf vormen: wanneer er bv. gespecialiseerde zorg nodig is, zal het netwerk deze zorg erbij roepen of organiseren in samenspraak met de cliënt (op een geïntegreerde manier samenwerken met een cliënt);
- Instrumenten ter beschikking stellen om de samenwerking op cliëntniveau te faciliteren: bv. een beveiligde virtuele omgeving waar professionals samen met de cliënt in communicatie kunnen treden over wat er op een bepaald moment in het traject aan de orde is en over wie wat doet.

## 14. Het biopsychosociaal model

### Patiënten- en familieverenigingen

- Er wordt nog te veel vertrokken vanuit het medisch model – er ligt nog te veel nadruk op professionele zorg in Nota 1 (voornamelijk in hoofdstuk 3). Er moet meer evenwicht zijn in de verdeling van de middelen: nog te veel middelen gaan naar professionele zorg;
- Focus op alle levensdomeinen is van belang.

### Belendende sectoren

- Er moet worden gezocht naar kwaliteit van leven in zijn totaliteit;
- Er ligt nog te veel nadruk op het medisch aspect: een herverdeling van de middelen is van belang.

### Organen die betrokken zijn bij het beleid

- Van belang dat er wordt vertrokken vanuit een biopsychosociaal model (en vanuit multidisciplinariteit): naar het einde van de tekst toe, vertrekt men te veel vanuit een medisch model;
  - Voorgestelde model gaat nog te veel uit van medisch denken.
- Zorg voor herstel in alle levensdomeinen;
- Belang van kwaliteit van leven en aandacht voor verschillende levensdomeinen, niet alleen symptoomreductie;
- Er moeten biopsychosociale voorzieningen komen, niet in hokjes denken. Bv. in een ziekenhuis wordt niet alleen medische zorg aangeboden.

## 15. Hervormingsplannen in opleidingen

### GGZ onderzoekers en docenten

- Investeren in opleidingen voor zorgverleners is van belang: om met het model te kunnen werken moet je hen meekrijgen in het verhaal.

### Netwerken

- Bv. binnen de thuishulp weet men soms niet wat te doen wanneer men terechtkomt bij een persoon met een GGZ-problematiek → nood aan opleidingen.

### Organen die betrokken zijn bij het beleid

- In opleiding van personen uit de eerste lijn (bv. artsen, huisartsen) ook informatie over GGZ meegeven.

## 16. Naar één soort van netwerken

### Belendende sectoren

- Afvragen hoe verschillende modellen zich ten opzichte van elkaar verhouden;
- De link moet worden gelegd met het traject reorganisatie eerstelijnszorg;
- Van alle grote netwerken kan er naar één metanetwerk worden gegaan.

### Netwerken

- Vraag stellen hoe alle netwerken op elkaar zullen worden afgestemd: belang van alle soorten netwerken in elkaar te laten schuiven;
- Netwerken zullen zich moeten conformeren naar de eerstelijnszones: een netwerk is een logische som van een aantal zones;
- Alle netwerken dienen zich in te passen in de eerstelijnszones + de ziekenhuisnetwerken (kubusprincipe); alle netwerken zouden in elkaar moeten passen (binnen en buiten GGZ);
- Belang van afstemming tussen netwerken voor kinderen, volwassenen, ouderen, ...: om tot een geïntegreerd geheel te komen, moeten er verbindingen zijn tussen verschillende netwerken.

## 16. Naar één soort van netwerken

### Organen die betrokken zijn bij het beleid

- Wordt er nu overgegaan naar nieuwe netwerken? Hoe wordt dit gekoppeld aan de huidige praktijk?
- Op de eerste lijn zijn er al veel hervormingen bezig: hoe moet dit allemaal in elkaar passen?
- Van belang dat de nieuwe netwerken afgestemd zijn op de andere geografische zones die nu gecreëerd worden, bv. afstemmen op eerstelijnszones – nadenken over hoe verschillende geografische zones op elkaar zullen worden afgestemd;
- Geen aparte GGZ-netwerken – geen aparte structuur voor GGZ, maar geïntegreerd in eerste lijn en ziekenhuisnetwerken: dit geeft de mogelijkheid om lichaam en geest meer geïntegreerd op elkaar af te stemmen. GGZ netwerken moeten gezondheidsnetwerken worden en dus integreren met bestaande netwerken;
- Als er in tussentijd toch GGZ netwerken worden gevormd: netwerk geografisch gezien laten samensporen met bv. ziekenhuisnetwerken zodat ze op termijn kunnen samengaan;
- Vraag: verschillende netwerken met elkaar verbinden of naar één macronetwerk gaan?

## 17. Nood aan regelluwte

### Netwerken

- Moeilijk om iets te veranderen omwille van regelgeving: nood aan flexibilisering van de regelgeving:
  - Bv. er moet al een diagnose zijn vooraleer er een aanbod kan worden ingezet. Eerder vertrekken vanuit een zorgnood in plaats vanuit een diagnose/aanbod, is van belang.

### Disciplines

- Vraag naar regelluwte (al dan niet tijdelijk weglaten van strikte regels) om te kunnen experimenteren:
  - Op basis van ervaringen met *projectmatig* opgezette zorg kunnen vervolgens minder strikte regels uitgewerkt worden met betrekking tot doelgroepen/vormen van zorg/functionies die dan een *wettelijke* basis kunnen krijgen;
  - Momenteel is het voor verschillende projecten rond dezelfde doelgroep niet haalbaar of niet mogelijk om samen te werken, omwille van de vele regels die aan de projecten verbonden zijn of omwille van een andere overheid die het ene dan wel het andere project financiert.

### Organen die betrokken zijn bij het beleid

- Vraag naar regelluwte: als je wil dat zorgverleners mobiel werken en dichter bij de context, dan moeten ze hier de mogelijkheden toe hebben en de flexibiliteit;
- Er staan middelen tegenover de liaisonfunctie, maar ook meer flexibele regels: regelgeving maakt het soms moeilijk om met een andere sector samen te kunnen werken;
- Sectoren die overgekomen zijn naar de Vlaamse overheid: Vlaamse principes uit Nota 1 spiegelen aan de regelgeving waarmee deze sectoren momenteel werken → regels laten vallen die haaks staan op de principes uit Nota 1.

## 18. Ontbrekende termen in Nota 1

### Patiënten- en familieverenigingen

- 'Kwaliteit van leven' wordt te weinig vernoemd;
- Kwartiermaken;
- Herstelacademie.

### Disciplines

- Werkingsprincipe 5 'het geestelijke gezondheidsaanbod is erop gericht de gebruiker te ondersteunen in zijn persoonlijk zoekproces naar een eigen zinvolle plek in de samenleving' aanvullen met 'met als doel de levenskwaliteit te verbeteren';
- Kwartiermaken.

## 18. Ontbrekende termen in Nota 1

### Organen die betrokken zijn bij het beleid

- Het begrip evenwicht moet worden toegevoegd:
  - Bv. evenwicht tussen vraaggestuurde zorg en afgestemd aanbod: je kan geen antwoord geven op de vraag zonder voldoende aanbod; evenwicht tussen ambulante en residentiële zorg.
- Er wordt in Nota 1 voornamelijk vertrokken vanuit oude methodieken en manieren om de zorg aan te bieden – nieuwe methodieken en vernieuwende modellen van organisatie (die meer aansluiten bij herstel- en krachtgericht werken) komen te weinig aan bod:
  - Bv. Kwartiermaken, herstelacademie, overkop-huizen, ...
- Nota 1 vertrekt vanuit een analyse van de GGZ (bv. te veel residentiële bedden): ook andere sectoren (niet uit klassieke ggz) moeten hier aan bod komen:
  - Bv. Verslaafdenzorg: minder residentiële dan ambulante zorg.
- Rol van overlegplatforms komt niet aan bod;
- Focus ligt sterk op vergrijzing: er is ook vergroening, grote werkdruk, burn-out, langer moeten werken, ... (meer evenwicht in brengen);
- Mesoniveau ontbreekt in de tekst:
  - Bv.: Er wordt over de individuele hulpverlener gesproken maar de zorgvoorziening komt minder aan bod.
- Er worden geen uitspraken gedaan over hoe je cliënten gaat toeleiden naar de zorg (terwijl dit een heel belangrijke functie is binnen netwerken);
- Netwerken: oriëntatiefunctie komt niet aan bod in de tekst;
- Ontwikkelingsstoornissen worden niet vernoemd.

## 19. Uitbreiding van zorg

### GGZ onderzoekers en docenten

- Uitbreiding van generalistische zorg en bredere gespecialiseerde zorg is van belang.

### Organen die betrokken zijn bij het beleid

- Als een stepped care model verder wordt uitgewerkt, is het van belang dat ambulante zorg verder wordt uitgebreid;
- Er moet voldoende gespecialiseerde GGZ aanwezig zijn;
- Als je een goed uitgebouwde eerstelijnsgezondheidszorg wil, dan moet hierin geïnvesteerd worden.

## B. Overzicht van de thema's die in één groep aan bod kwamen

1. Een respectvolle omgang met de gebruiker en zoveel mogelijk afzondering en fixatie vermijden;
2. Meer aandacht voor forensische zorg;
3. Belang van psychologische zorg;
4. Aandacht voor geografische afbakening;
5. Alle disciplines dienen vernoemd te worden in Nota 1, ofwel geen enkele;
6. Niet voor iedereen is behandeling in de buurt of in de eigen woning de beste zorg;
7. De werkingsprincipes van het nieuw Vlaams decreet worden niet voldoende teruggevonden in het voorgestelde organisatiemodel van het geestelijke gezondheidsaanbod;
8. Belang van een gezamenlijke decretale bovenbouw voor het hele gezondheidslandschap.



1. Een respectvolle omgang met de gebruiker en zoveel mogelijk afzondering en fixatie vermijden

**Patiënten- en familieverenigingen**

- Het moet gaan over dwangmaatregelen in het algemeen (niet enkel over afzondering en fixatie);
- Dwangmaatregelen moeten in elk geval worden vermeden.

2. Meer aandacht voor forensische zorg

**GGZ onderzoekers en docenten**

- De link naar forensische zorg wordt gemist (komt te beperkt aan bod).

3. Belang van psychologische zorg

**GGZ onderzoekers en docenten**

- Er ligt te veel nadruk op psychotherapie en bepaalde therapeutische modellen: het is van belang dat er meer nadruk ligt op psychologische zorg, assessment en interventies in opleidingen en binnen zorgverstrekking;
- Bereidt de huidige opleiding van de hulpverleners hen voldoende voor om in het werkveld aan casefinding te doen? De huidige hulpverleners zijn immers vooral therapeutisch opgeleid.

4. Aandacht voor geografische afbakening

**Netwerken**

- Geografische afbakening is nodig: regio-afbakening op niveau van netwerken en organisaties om concrete afspraken te kunnen maken voor een grote groep. Maar keuzevrijheid om over de grenzen van regio's te stappen moet behouden blijven.
  - Keuzevrijheid mag niet absoluut zijn, maar mag ook niet worden afgeschaft. (1) De cliënt moet weten dat over de grenzen van regio's stappen gevolgen heeft: bv. een specialist in een andere provincie kent lokale zorgaanbieders in de eigen provincie niet. (2) Consequent zijn is van belang: als je naar een huisarts gaat in een bepaalde regio, kan je best gebruikmaken van het netwerk rond die huisarts.

5. Alle disciplines dienen vernoemd te worden in Nota 1, ofwel geen enkele

**Disciplines**

- In Nota 1 wordt slechts in beperkte mate benoemd welke disciplines een belangrijke rol kunnen spelen.
  - Van belang in het licht van inzetten op participatie en inzetten op alle levensdomeinen;
  - Ze dienen allemaal vernoemd te worden, ofwel geen enkele;
  - Biopsychosociaal model: wat het sociale aspect betreft, worden veel disciplines gemist (bv. maatschappelijk werk, ergotherapie, ...);
  - Interdisciplinaire team: disciplines moeten kunnen samenwerken. De denkoefening moet worden gemaakt wie er deelneemt aan dit team.

6. Niet voor iedereen is behandeling in de buurt of in de eigen woning de beste zorg

Disciplines

- Buurtgericht werken is niet voor iedereen 'de oplossing';
- Ook zijn niet alle buurten er klaar voor;
- Niet iedereen is erbij gebaat om in de eigen woning te blijven.

7. De werkingsprincipes van het nieuw Vlaams decreet worden niet voldoende teruggevonden in het voorgestelde organisatiemodel van het geestelijke gezondheidsaanbod

Organen die betrokken zijn bij het beleid

- Principes herstel- en krachtgericht werken, met respect en waardigheid behandelen, triade, ervaringsdeskundigheid zijn erg belangrijk: de vertaling ervan wordt gemist in het 3<sup>de</sup> hoofdstuk van Nota 1.
  - Herstelgerichte basisprincipes: heel moeilijk/bijna niet terug te vinden in het model;
  - In het model komt eerder probleemgerichte diagnostiek i.p.v. krachtgerichte diagnostiek naar voor.

8. Belang van een gezamenlijke decretale bovenbouw voor het hele gezondheidslandschap

Organen die betrokken zijn bij het beleid

- Belangrijke vraag: hoe zal het totale gezondheidslandschap eruit zien na de hervorming?
  - Alle decreten m.b.t. zorg moeten een gezamenlijke bovenbouw hebben: ze moeten een plaats vinden in een gemeenschappelijk kader en in alle decreten moeten de hoofdlijnen worden opgenomen over hoe ze zich t.o.v. elkaar verhouden (bv. eerstelijnsdecreet, decreet betreffende de geestelijke gezondheid, ... hebben een plaats in dat kader);
  - Link leggen met andere hervormingen: eerste lijn, ouderenzorg, ziekenhuizen, ... Er zou een zorgdecreet moeten komen, en geen apart decreet betreffende de geestelijke gezondheid, of de linken moeten minstens worden gelegd;
  - Komen tot een consistent verhaal in de zorg;
  - De plaats van de eerstelijns-GGZ binnen de volledige eerstelijns puzzel verduidelijken: de eerste lijn is namelijk meer dan alleen GGZ.

## **Bijlage 2: Bevraging van jongeren-zorggebruikers via vzw Cachet – Uitgebreide rapportering van resultaten**



1. Inzetten op verbetering van de **geestelijke gezondheidscompetenties** en op **de-stigmatisering** van mensen met een psychische problematiek
  - “In de vriendenkring (vriendinnen) denken ze dat het vooral **aanstellerij** is. Sommige vrienden denken dat een depressie **niet bestaat**. Hierdoor gaan de jongeren denken dat dit ook zo is en zullen ze **minder snel hulp zoeken** zoals bij een CLB. En gaan zich **afsluiten** waardoor de **vraag om hulp te aanvaarden groter wordt**.”
  - “**Vriendin op school wist** het en had er ook veel begrip voor. Ik kon vaak naar het CLB gaan, dat was **zeer behulpzaam**. Ik kreeg vanuit het CLB **ook hulp na haar school traject**.”
  - “**Leerkrachten** waren **niet echt betrokken** in mijn welzijn, **wel leerlingenbegeleiding**. Daar ging ik dan af en toe op gesprek als het mij niet ging of als er een thema was waar ik het moeilijk mee had, dan kon ik daar altijd terecht.”

1. Inzetten op verbetering van de **geestelijke gezondheidscompetenties** en op **de-stigmatisering** van mensen met een psychische problematiek
  - “Op een gegeven moment ben ik wel **naar buiten gekomen met mijn verhaal** en toen kreeg ik wel **meer begrip** van de klas.”
  - “**Erover praten** is belangrijk en **aangeven wat je nodig hebt** op moeilijke momenten.”
  - “**meer bekendmaking rond psychische kwetsbaarheden** is belangrijk, hier workshops rond geven. Vb Over de streep op vtm: jongeren kregen verschillende stellingen voorgelezen en als ze zich in de stelling herkenden, moesten ze over een streep wandelen. Zo leerde de jongeren over elkaar en konden elkaar hierin steun bieden.”
  - “**Uitleg geven** rond wat is jeugdzorg. ik denk dat ze dan al meer kunnen begrijpen wat dit met je doet. Bv: Op school.”
  - “Wat ook helpt, ik heb mijn mama al eens een **lezing** laten volgen rond kwetsbaarheden zodat ze mij beter kan begrijpen en dat heeft voor een stuk ook geholpen.”

2. De **toegankelijkheid** en aanvaardbaarheid van het geestelijke gezondheidsaanbod verbeteren
  - Bij het **CAW en JAC** kunnen ze terecht, deze informatie hebben ze meegekregen uit de voorziening waar ze hebben verbleven. Maar ze schamen zich soms om hulp te zoeken. Wanneer het echt nodig is, wordt wel gebruik gemaakt van het CAW of JAC.
  - De jongeren vinden hulp vooral **online of via het 106 nummer** van Tele-Onthaal. Dit heeft al goed geholpen. Ook omdat er een afstand is en het bereikbaar is wanneer je het nodig hebt. Maar ze (JAC) zijn vaak bezet of er is niemand aanwezig.
  - Informatie in het algemeen (**web, brochure** e.d.) wordt wel als duidelijk ervaren.
  - “Hulp wordt **vaak verkeerd ingeschat** omdat je niet weet en ziet wat er binnenin de jongeren gebeurt. Je kan buiten op straat lachen maar thuis waar niemand is, lig je te wenen.”

3. Veranderingen in de organisatie van het geestelijke gezondheidsaanbod: **vraaggerichte zorg**
  - “**Het is goed dat er mensen zijn die voor de jongeren klaar staan (en voor hen beslissingen nemen omdat ze minderjarig zijn; zelf toegevoegd)** maar ze weten niet altijd wat er echt nodig is. Je kan moeilijk tegen de beslissing van de ouders ingaan.”
  - “Goed dat er iemand anders (**dan de jongere zelf; zelf toegevoegd**) soms de beslissing kan en moet nemen, bv. **opvoeders, jeugdrechtters.**”
  - “Soms hebben mensen die je beter kennen dan de **jeugdrechtter**, geen inspraak in de hulp die werd aangeboden. De ouders stonden onder de jeugdrechtter en hadden geen inspraak m.b.t. de keuze van de jeugdrechtter. Maar of de ouders dan een betere keuze gemaakt zouden hebben? Daar krijgen we geen antwoord op.”
  - “Echt vragen wat het probleem is en tijd geven helpt, omdat je soms **tijd nodig hebt om het probleem te benoemen.**”

4. Heroriëntering van de principes die de zorg voor mensen met een psychische problematiek vorm geven: **Wat helpt?**
  - Soms moet de begeleiding **harder optreden** omdat andere jongeren van de leefgroep hiervoor beschermd moeten worden (domino-effect).
  - Hard optreden is soms wat jongeren nodig hebben. **Duidelijke regels!**
  - **Gesprekken** hebben wel veel geholpen, maar ook **therapieën**. Bv. hoe je aan je gevoelens moet werken of je moet leren uiten.
  - Vooral hulpmiddeltjes die aangeboden zijn of **samen** opgezocht hebben (**inspraak en betrokkenheid**) hebben echt geholpen.
  - Ook echt goed dat wanneer het echt nodig was, dat er **tijd werd gemaakt om te praten**. En niet gewoon luisteren en ja knikken maar echt vragen stellen (**doorvragen**). Ook samen een **weekschema** maken en echt vragen stellen om over na te denken. En ook normale vragen stellen over **hobby's** en **school**. JAC is echt goed!

4. Heroriëntering van de principes die de zorg voor mensen met een psychische problematiek vorm geven: **Wat helpt?**
  - Wat **minder goed** was, is de **beperkte tijd** die er aan de jongeren kon besteed worden. Maar dat is in mindere mate tegenover de goede ervaringen
  - “De **privacy wordt goed gerespecteerd**. Er wordt echt ook gevraagd of je je toestemming geeft om persoonlijke informatie te delen. Ook **genoeg inspraak**.”
  - Jongeren vinden het ook belangrijk dat er iemand wordt aangewezen die ze kunnen vertrouwen zoals een **individuele begeleider**. Maar dat de jongeren door de jaren heen die ook **kunnen behouden**.

4. Heroriëntering van de principes die de zorg voor mensen met een psychische problematiek vorm geven
  - I.v.m. dwangmaatregelen
    - Als een jongere een gevaar is voor zichzelf of voor anderen, vinden ze een **gedwongen opname wel oké**. Maar daar zijn ook **gradaties** in. Bv. wanneer een jongere in de isoleercel moet en vastgebonden wordt, vinden ze dat er eerst naar de context moeten gekeken worden, welke problematieken de persoon heeft en wat zijn verleden is.
    - Hoe er soms met een probleem wordt omgegaan kan voor **verdere trauma's zorgen**. En dat zou de jongere weer helemaal uit balans kunnen brengen en dan kan hij geen vooruitgang maken. Er komt dan weer **een extra trauma bij** waardoor ze dan misschien weer dingen gaan herbeleven.

4. Heroriëntering van de principes die de zorg voor mensen met een psychische problematiek vorm geven
  - I.v.m. dwangmaatregelen
    - Er moet echt aandacht gegeven worden aan herbelevingsmomenten van trauma's die door bepaalde zaken worden getriggerd. Bv. Vastbinden van de jongeren kunnen **trauma's oproepen waardoor de situatie alleen kan escaleren**.
    - Jongeren raden vooral aan om **tijd te geven en te luisteren** naar waar de jongere mee zit of waarom het moeilijk gaat i.p.v. hem/haar vast te maken en op te sluiten



4. Heroriëntering van de principes die de zorg voor mensen met een psychische problematiek vorm geven:
  - Hoe kunnen **jongeren met ervaringskennis iets betekenen in de zorg** voor anderen jongeren, op het niveau van de **GGZ voorzieningen** en op **beleidsniveau**?
    - Steeds jongeren uitnodigen om in dialoog te gaan met vb. hulpverleners en dan bepaalde thema' s bespreken. Hiervoor **vorming of dialoogdagen** inschakelen.
    - Jongeren die een voorziening al verlaten hebben, eens **uitnodigen in leefgroepen** en hun aan het woord laten en dan kunnen begeleiders hier ook op in gaan en samen ervaringen wisselen zodat ze hier iets uit kunnen leren.
    - **Beeldmateriaal** laten maken door jongeren en deze **laten zien aan hulpverleners**, zo kunnen zij zien hoe wij ons voelen of hoe het soms voor ons overkomt hoe bepaalde regels zijn, of handelingen waar we niet tevreden over zijn.