

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

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^{de} 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 richtinggevendende 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 **opportunities** 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^{de} 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 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, 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 individugerichte 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.