Vlaams Parlement

1177 (2016-2017) – Nr. 1
ingediend op 22 mei 2017 (2016-2017)

Nota van de Vlaamse Regering

ingediend door minister Jo Vandeurzen

Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019

verzendcode: WEL

INHOUD

Mededeling aan de leden van de Vlaamse Regering 3

Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019 5

Advies van de Strategische Adviesraad voor het Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid 43

Vlaamse Regering

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

MEDEDELING AAN DE LEDEN VAN DE VLAAMSE REGERING

Betreft: Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017 – 2019

1. Situering

Op 16 december 2017 nam de Vlaamse Regering akte van het Vlaamse Actieplan Geestelijke Gezondheid en stemde ermee in het Actieplan voor advies over te maken aan de SAR WGG.
Op 3 maart 2017 heeft de SAR WGG haar advies gefinaliseerd en aan de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin bezorgd. De **belangrijkste prioriteiten van de SAR WGG** m.b.t. het Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid zijn:

- Stigma en discriminatie bestrijden
- Preventie en gezondheidsbevordering
- De ambulante geestelijke gezondheidszorg versterken
    - Eerstelijnspsychologische functie structureel uitbouwen
    - Versterken van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg
- Toegankelijkheid en betaalbaarheid
- Geestelijke gezondheidszorg voor adolescenten uitbouwen
- Focus op wonen en op arbeidsparticipatie van mensen met psychische problemen
- Budgettaire engagementen in de geestelijke gezondheidszorg

2. Aangepaste versie Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019

De meeste bedenkingen van het SAR-advies zijn meegenomen in de herwerking van het Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019. Een aantal SAR-prioriteiten houden evenwel **geen rekening met het huidige macro-budgettaire kader** van het beleidsdomein WVG, noch met de **bevoegdheidsverdeling inzake GGZ** in België en de complexiteit hiervan, waardoor we deze niet hebben kunnen meenemen in de herwerking. Op een aantal bedenkingen kan onmogelijk op korte termijn geanticipeerd worden gezien dit **langdurig onderzoek of overleg** vereist.
Naast de herwerking van het Actieplan op basis van het SAR-advies hebben we de tekst geactualiseerd op basis van de **resultaten van de Gezondheidsconferentie Preventie op 16 -/17 december 2016 en de Eerstelijnsconferentie op 16 februari 2017**.
De herwerking van het Actieplan heeft **niet geleid tot fundamentele aanpassingen of toevoegingen**.

De herwerkte versie van het Actieplan is overlegd met de federale overheid, verschillende koepelorganisaties vanuit GGZ- en intersectoraal perspectief en patiënten- en familieorganisaties op het Structureel Overleg Geestelijke Gezondheid op 26 april 2017.

3. Nieuw decreet geestelijke gezondheid

Het Vlaams Actieplan zal uitmonden in een **nieuw decreet geestelijke gezondheid** dat tegen het einde van legislatuur gerealiseerd moet worden. Dit decreet zal vertrekken vanuit de beschreven visie en een wettelijke, decretale basis bieden voor de CGG, voor de met de zesde staatshervorming overgekomen sectoren, evenals voor de beschreven acties.

4. Budgettaire impact

De acties van het Actieplan worden gerealiseerd binnen het **huidige macro-budgettaire kader van het beleidsdomein WVG.**

5. Voorstel van beslissing

De Vlaamse Regering stemt in met deze mededeling, met dien verstande dat deze akteneming geen enkel financieel of budgettair engagement inhoudt.

De Vlaamse minister van Welzijn,
Volksgezondheid en Gezin

Jo VANDEURZEN

Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid

Aangepaste versie op basis van SAR WGG-advies

Strategisch plan 2017 – 2019

Inhoud

0. Inleiding 6
1. Visie en basisprincipes 7
2. Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017 – 2019 10
2.1. Implementeren van strategieën voor de bevordering van geestelijke gezondheid en de preventie van geestelijke gezondheidsproblemen 10
A. Beeldvorming 10
B. Geestelijke gezondheidsbevordering en ziektepreventie 11
B.1. Preventie tabak, alcohol, drugs en andere verslavingen 12
B.2. Suïcidepreventie 13
B.3. Preventie eetstoornissen 13
B.4. Preventie t.a.v. het jonge kind 13
B.5. Preventie van postnatale depressie 13
B.6. Preventie op de werkvloer 14
C. Vroegdetectie en –interventie 14
D. Harm reduction 15
2.2. Versterken van de globale, geïntegreerde en zorgnoodgestuurde geestelijke gezondheids- en welzijnszorg vanuit een samenlevingsgericht kader 15
A. Netwerking als basisprincipe voor de organisatie van zorg 16
A.1. Netwerken kinderen en jongeren 18
A.2. Netwerken volwassenen 19
A.3. Netwerken ouderen 19
B. Zelfzorg als uitgangspunt 20
C. Generalistische basiszorg 20
D. Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg 21
D.1. Onlinehulpverlening 21
D.2. Intersectoraal consult en liaison 22
D.3. Ambulante diagnostiek, behandeling en begeleiding 23
D.4. Mobiele diagnostiek, behandeling en begeleiding 25
D.5. (Semi-)residentiële behandeling en rehabilitatie 25
D.6. Integratieve herstelgerichte ondersteuning / rehabilitatie en revalidatie 26
D.7. Begeleiding in het kader van woonzorg 27
3. Versterken van het beleid en de ondersteunende systemen m.b.t. geestelijke gezondheid ... 28
3.1. Steunpuntfunctie geestelijke gezondheid 28
3.2. Aangepaste regelgeving 29
3.3. Aangepaste financiering 29
3.4. Zorgstrategische planning 30
3.5. Geïntegreerde kwaliteitsbenadering – VIKZ / Zorginspectie 31
3.6. Wetenschappelijk onderzoek en monitoring 32
3.7. Participatie en inspraak van de cliënt en context 32
3.8. Kwartiermaken 33
Bijlage 1: Algemeen overzicht bevoegdheidsverdeling Geestelijke Gezondheid(szorg) 34
Bijlage 2: Overzicht Acties Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 36
Bijlage 3: Overzicht werkingsgebieden netwerken GG, OP GG en Intersectorale Zorgnetwerken 39

0. Inleiding

De World Health Organisation definieert gezondheid als een toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden. De visie van het Actieplan leunt evenwel dichter aan bij het nieuw gezondheidsconcept van de onderzoekers Huber en Van Vliet (2011) dat gezondheid definieert *'als het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'*.[1] Geestelijke gezondheid maakt in ieder geval integraal deel uit van een welzijn- en gezondheidsbeleid.

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) wordt geconfronteerd met vele uitdagingen: maatschappelijke evoluties, de zesde en interne staatshervorming, ... Het Vlaams budget geestelijke gezondheid is, o.a. door deze evoluties, gestegen. Psychiatrische Ziekenhuizen, Psychiatrische Afdelingen van een Algemeen Ziekenhuis en de geneeskundige prestaties blijven grotendeels een federale bevoegdheid. Als bijlage 1 vindt u een overzichtelijk schema van de bevoegdheidsverdeling van de GGZ, met een algemene inkijk in de financiering.

Zowel de overheid als de sector zijn vragende partij voor een 'Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid' waarin we een ad hoc-beleid trachten te overstijgen. Doelstelling is de versterking van de geestelijke gezondheid door een kwaliteitsvol preventief gezondheidsbeleid (of geestelijke gezondheidsbevordering) en een kwaliteitsvolle, duurzame, flexibele en vraaggestuurde zorg. Welzijn en gezondheid zijn met elkaar verbonden vanuit een visie op 'kwaliteit van leven', met erkenning voor de GGZ-specificiteit. Het is een expliciete doelstelling om dit Vlaams actieplan tegen het einde van legislatuur te laten uitmonden in een nieuw decreet geestelijke gezondheid dat enerzijds vertrekt vanuit de beschreven visie en anderzijds een wettelijke, decretale basis biedt voor alle acties en de met de zesde staatshervorming overgekomen sectoren. Het Actieplan dat voorligt, is een Vlaams strategisch plan 2017-2019 en geen masterplan geestelijke gezondheid dat een lange termijnvisie en bijhorende financiering uittekent. Gezien de complexe bevoegdheidsverdeling van de GGZ (bijlage 1) is een intensieve samenwerking met alle betrokken overheden, zowel federaal als met de andere gemeenschappen en gewesten, noodzakelijk. Vlaanderen zal de vraag van de SAR WGG naar een masterplan geestelijke gezondheid met een lange termijnvisie voorleggen op de IMC Volksgezondheid.

Dit Actieplan vertrekt vanuit de gelijkwaardigheid van iedere mens, kind of volwassene, los van afkomst, beperking of niet, zoals de VN conventies en verdragen[2] voorschrijven. Inclusie, de-institutionalisering, persoonlijke autonomie en participatie zijn sleutelbegrippen.

We bouwen verder op de vorige en bestaande Vlaamse Beleidsplannen. De inhoud van de conceptnota verslavingszorg, met o.a. de focus op zorgpaden en ketenzorg en de inkanteling van de verslavingszorg in de GGZ, maakt integraal deel uit van dit actieplan[3]. De SAR WGG formuleert in haar advies op de conceptnota verslavingszorg (juni 2016)[4] geen fundamentele bezwaren, maar heeft vnl. vragen naar verduidelijkingen en concretisering. In dit Actieplan Geestelijke Gezondheid geven we op een geïntegreerde wijze een antwoord op deze aanbevelingen. Er gaat extra aandacht naar de ontwikkeling van een beleid inzake de psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven beschut wonen, de

[1] Huber M, van Vliet M, Giezenberg M, et al. Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. BMJ Open 2016.
[2] Universele Verklaring voor de Rechten van de Mens (UVRM) en de Rechten van het Kind (IVRK), het Internationaal Verdrag Inzake Burgerrechten en Politieke Rechten (IVBPR) en het Internationaal Verdrag Inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten (IVESCR) en het VN-Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap (VRPH)
[3] https://www.zorg-en-gezondheid.be/27-actiepunten-concretiseren-nieuwe-visie-van-vlaanderen-op-verslavingszorg
[4] http://www.sarwgg.be/sites/default/files/documenten/SARWGG_Raad_20161117_Conceptnota%20verslavingszorg_ADV_DEF.pdf

revalidatieconventies GGZ[5] en de Overlegplatforms Geestelijke Gezondheid (GG). Deze nota is aanvullend en complementair met ontwikkelingen en beleidsteksten binnen het Vlaamse beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: de Vlaamse Sociale Bescherming, de eerstelijnszorg, integrale jeugdhulp 2.0, het preventieve gezondheidsbeleid, ... Er wordt, waar nodig, afgestemd met de lokale besturen, gemeenschappen en gewesten en de federale overheid. Dit actieplan is overlegd met de federale overheid, verschillende koepelorganisaties vanuit GGZ- en intersectoraal perspectief en patiënten- en familieorganisaties.

We betrekken a.d.h.v. een structureel overleg, dat gekaderd zal worden binnen het nieuwe overlegmodel WVG, koepelorganisaties, middenveldorganisaties, patiënten- en familieorganisaties, het werkveld, … bij de verdere realisatie van het Actieplan. In bijlage 2 vindt u een overzicht van alle acties die voortbouwen op de beschreven visie en basisprincipes.

De bijkomende financieringen die we binnen het Actieplan aankondigen, worden gerealiseerd binnen het huidige macro-budgettaire kader van het beleidsdomein WVG.

1. Visie en basisprincipes

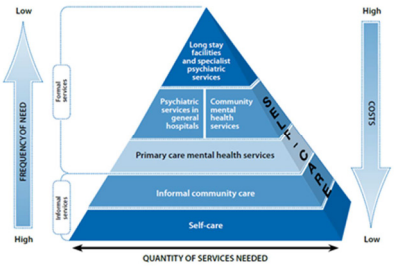
Talloze studies, wetenschappelijke onderzoeken en adviezen vanuit nationale en internationale organisaties tonen aan dat het bevorderen van geestelijke gezondheid en de preventie en behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen van fundamenteel belang zijn om de levenskwaliteit, het welzijn en de productiviteit van mensen, gezinnen, werknemers en gemeenschappen te waarborgen en te verbeteren en de samenleving veerkrachtiger te maken[6]. Meer dan 30% van de Europese bevolking krijgt jaarlijks af te rekenen met psychische problemen. In Westerse landen zijn ongeveer een derde van alle aanvragen voor invaliditeitsuitkeringen het gevolg van psychische problemen[7].
Het Vlaams Actieplan vertrekt vanuit de doelstellingen die door de World Health Organization (WHO) in 'The European mental health action plan 2013' naar voor worden geschoven. De vier basisdoelstellingen die centraal staan, zijn:
1. Iedereen heeft een gelijke kans op psychisch welzijn in de loop van zijn leven, in het bijzonder zij die het kwetsbaarst zijn of het grootste risico lopen.
2. Mensen met psychische problemen zijn burgers aan wiens mensenrechten belang wordt gehecht en wiens mensenrechten volledig gerespecteerd en bevorderd worden.
3. Diensten voor geestelijke gezondheidszorg zijn toegankelijk, bekwaam en betaalbaar, en zijn beschikbaar in de gemeenschap volgens de noden.
4. Mensen hebben recht op een respectvolle, veilige en werkzame behandeling.
De drie transversale doelstellingen zijn:
1. Gezondheidssystemen verlenen iedereen goede lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg.
2. Systemen voor geestelijke gezondheidszorg werken goed gecoördineerd samen met andere sectoren.
3. De aanpak van de geestelijke gezondheidszorg en het verlenen van die zorg worden gedreven door juiste informatie en grondige kennis.[8]

[5] Volgende revalidatieconventies behoren tot de revalidatieconventies GGZ: psychosociale revalidatie volwassenen (772), revalidatie voor personen met een verslavingsproblematiek (773), psychosociale revalidatie kinderen en jongeren (774),eenheden binnen psychiatrische ziekenhuizen in functie van vroegtijdige stoornissen bij de interactie tussen ouders en baby's, "de moeder-baby-eenheden" (MBE) (7745), centra voor ambulante revalidatie (CAR) (953 – 965) en referentiecentra voor autismespectrumstoornissen (7746).
6 WHO – World Health Organization. The European mental health action plan 2013.
7 Drake RE, Bond GR, Thornicroft G, Knapp M, Goldman HH. Mental health disability. An international perspective. JDPS 2012;23:110-20.
8 Advies Hoge Gezondheidsraad nr. 9204, Naar een algemeen kader voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren in de geestelijke gezondheidszorg in België, Oktober 2016, p.7

Het Actieplan streeft dan ook naar "*A world in which mental health is valued, promoted, and protected, mental disorders are prevented and persons affected by these disorders are able to exercise the full range of human rights and to access high-quality, culturally appropriate health and social care in a timely way to promote recovery, all in order to attain the highest possible level of health and participate fully in society and at work free from stigmatization and discrimination*."[9]

De visie van de gidsen geestelijke gezondheid kinderen en jongeren[10] en volwassenen[11] sluiten nauw aan bij de visie en basisprincipes van het 'Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid':

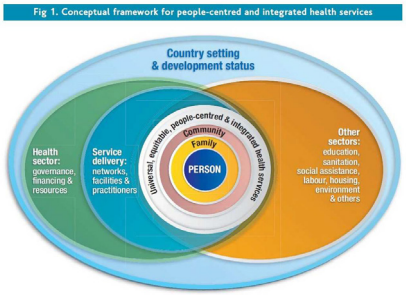
- een **inclusieve samenleving**, waarin participatie, subsidiariteit en vermaatschappelijking van de zorg[12] centraal staan vanuit (even)waardig burgerschap
- een **intersectorale zorg** samen met de welzijnssector, huisvesting, onderwijs, … met focus op een ontschotting tussen de "lijnen", tussen generalistische en gespecialiseerd hulp, tussen somatische en GGZ, … zowel sectoraal als naar kennis, expertise en competenties. Deze ontschotting vertaalt zich in een continue, naadloze zorg waarbij doorverwijzingen samen georganiseerd worden over de grenzen van de organisaties heen
- een **globale, geïntegreerde en allesomvattende zorg**, gebaseerd op **de WHO 'Service Organization Pyramid for an Optimal Mix of Services for Mental Health'**[13], gaande van zelfzorg tot intensieve, zeer gespecialiseerde zorg waarbij de cliënt met zijn zorgbehoefte, zijn context[14] en zijn herstelproces vanuit een holistische benadering centraal staat. De cliënt behoudt, in de mate van het mogelijke, de regie van de zorg



- een *"comprehensive community-based mental health and social care services"*[15] die inzet op meer buurtgerichte werking en inbedding vertrekkend vanuit algemene ziekenhuizen, eerstelijnszorg, …
- een **overzichtelijke, toegankelijke en betaalbare zorg** vertrekkend vanuit complementariteit, continuïteit en een wederzijds versterken door expertisedeling en -uitwisseling
- een **netwerkgeörienteerde zorg** die continuïteit van zorg en zorg op maat garandeert vanuit interprofessionele samenwerking op basis van:
  - *stepped-care*, waarbij de meest samenlevingsgerichte, effectieve, efficiënte, minst ingrijpende en meest kortdurende zorgvorm wordt ingezet in functie van de aard en ernst van de problematiek
  - *balanced care* of evenwichtige zorg en ondersteuning, waarbij een waaier aan voorzieningen uitgebouwd wordt die alle zorg en ondersteuning bieden die voor een bepaalde populatie noodzakelijk is. Op alle trappen van zorg is een gepast aanbod aanwezig en het onderling samenspel is duidelijk.
  - *collaborative care,* waarbij hulpverleners uit verschillende disciplines en organisaties intensief en collegiaal samenwerken in regionale interprofessionele teams

[9] WHO, Mental health action plan, 2013 - 2020
[10] Zie: www.psy0-18.be
[11] Zie: www.psy107.be
[12] Cfr. Visienota integrale zorg en ondersteuning SAR WGG 2012: *Verschuiving binnen de zorg waarbij ernaar gestreefd wordt om mensen met beperkingen (van lichamelijke, verstandelijke of psychische aard), chronisch zieken, kwetsbare ouderen, jongeren met gedrags- en emotionele problemen, mensen die in armoede leven,… met al hun mogelijkheden en kwetsbaarheden een eigen zinvolle plek in de samenleving te laten innemen, hen daarbij waar nodig te ondersteunen en de zorg zoveel mogelijk geïntegreerd in de gemeenschap te laten verlopen .Begrippen die een rol spelen zijn o.a. desinstitutionalisering*, community care, empowerment, kracht- en contextgericht werken, vraagsturing en respijtzorg.
[13] WHO, Improving health systems and services for mental health, 2009
[14] Onder context verstaan we familie, naastbetrokkenen en de brede context.
[15] WHO, Mental Health Action Plan 2013-2020'.

- een integrale, coherente, wetenschappelijk onderbouwde[16] en slagkrachtige **geestelijke gezondheidsgezondheidsbevordering en ziektepreventie** gebaseerd op **'health in all policies'**
- effectieve **vroegdetectie en –interventie** met focus op infants, kinderen, jongeren en jongvolwassenen. Hierbij verwijzen we naar de resultaten van de conferentie "De toekomst is jong"[17].
- een evenwichtige eerstelijns- of **basiszorg geestelijke gezondheid**
- een **kracht- en herstel[18]gerichte zorg** vertrekkend vanuit mogelijkheden en talenten met focus op de omgeving en op verschillende dimensies: persoonlijk (zelfwaardering, identiteit, …), functioneel (bio-psycho-sociaal), maatschappelijk (participatie) en klinisch herstel
- een **gepersonaliseerde zorg.** Herstelmogelijkheden zijn, ondanks een krachtgerichte zorg, soms beperkt waardoor langdurige zorg noodzakelijk is. Er wordt gestreefd naar het hoogst haalbare niveau van levenskwaliteit en welbevinden op de verschillende levensdomeinen.
- een zorg vertrekkend vanuit een **bio-psycho-sociaal model** met integratie van de **zingevende dimensie** die inzet op de maatschappelijke, etnische en culturele superdiversiteit
- een zorg waarbij de **cliënt centraal staat** in zijn zorg en deze bepaalt, in overleg met zijn informele en formele zorgverleners, volgens de principes van complementariteit en subsidiariteit. Het ondersteunings-niveau groeit mee met de behoefte van de cliënt en de cliënt schakelt tussen diverse zorgvormen op hetzelfde moment vanuit een even- en volwaardige 'trialoog' tussen cliënt, context en hulpverlening. De cliënt wordt ondersteund bij zijn empowerment om de regie van de zorg zelf op te nemen met implicaties voor de organisatie en de financiering van de zorg (vraaggestuurd en persoonsvolgend).



- een **presente hulpverlening** met focus op een nabije relatie met respect voor ieders waardigheid
- een **contextgerichte en netwerkopbouwende zorg** met oog voor de ondersteuningsnoden van familie, naastbetrokkenen, context en mantelzorgers.
- een zorg waarin **participatie** centraal staat, zowel op micro-, meso- als macroniveau, en die inzet op **ervaringsdeskundigheid[19]**, zowel vanuit patiënt- als familieperspectief.
- een zorg die vorm krijgt vanuit een gemeenschappelijke visie, **sociaal ondernemen**, vertrouwen en een regelluw kader.
- een **maatschappelijk verantwoorde zorg** die de toets doorstaat van kwaliteit, performantie, relevantie, rechtvaardigheid en toegankelijkheid.
- een zorg die zich zo maximaal mogelijk baseert op **evidence-based kennis aangevuld met praktijkervaring en -kennis** en bottom-up groeit op basis van goede praktijken in nauwe wisselwerking met de overheid en patiënten- en familieorganisaties.

[16] Cfr. theoretische kaders vanuit de positieve psychologie en salutogenese, bv. Wittington & Huppert (1996) & Keyes (2007) en modellen rond beschermende factoren (De Roover, 2011)
[17] http://www.kindengezin.be/detoekomstisjong/
[18] Herstel is een individueel proces van positieve verandering, op vlak van gezondheid, dagelijks functioneren, maatschappelijke participatie en persoonlijke ontwikkeling. Herstelgerichte zorg vertrekt van de sterktes en krachten in de persoon en zijn context. Motivatie is een belangrijke motor voor verandering, waarbij 'peer support' en ondersteuning door het sociaal netwerk cruciaal zijn. Het ontwikkelen van een nieuwe, positieve identiteit, evenals maatschappelijke inclusie en volwaardig burgerschap zijn de streefdoelen van herstelgerichte zorg. Het herstelproces verschilt van persoon tot persoon en er zijn verschillende wegen naar herstel. Dit veranderingsproces is niet lineair maar eerder multidimensionaal, waarbij de ondersteuningsbehoeften wisselen in de tijd.
[19] Ervaringsdeskundigheid is de deskundigheid die een ervaringsdeskundige heeft. Een ervaringsdeskundige is iemand (1) met een psychische kwetsbaarheid, (2) met GGZ-ervaring die een fundamentele impact heeft (gehad) op het leven, (3) die al een proces heeft afgelegd binnen een organisatie, (4) die ervaringen van lotgenoten kent en (5) die een ervaring heeft die voor zichzelf en voor anderen herstelbevorderend kan ingezet worden. Dit krachtenperspectief moet zowel vanuit een persoonlijk als relationeel perspectief benaderd worden.

Deze visie wordt idealiter getoetst aan een populatiebenadering, vertrekkend vanuit de behoeften van de bevolking. Er is evenwel nood aan epidemiologisch onderzoek in Vlaanderen om hierover valide uitspraken te kunnen doen. Dergelijk bijkomend onderzoek is noodzakelijk om o.a. objectieve parameters te bepalen waarop de programmatie van de GGZ kan gebaseerd worden.[20] We wachten in eerste instantie de resultaten van de behoefteanalyse GGZ van de aangevraagde KCE-studie af.

We willen tenslotte nogmaals benadrukken dat 'health in all policies' het uitgangspunt van het Actieplan vormt. De Vlaamse Regering zet in op een maatschappij brede aanpak van geestelijke gezondheid vertrekkend vanuit fundamentele maatschappelijke vraagstellingen en engagementen vanuit alle beleidsdomeinen.

2. Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017 – 2019

Dit Actieplan beschrijft op welke wijze we de beschreven visie concretiseren, weliswaar rekening houdend met en vertrekkend vanuit het huidige GGZ-kader. Door de bevoegdheidsdeling van de GGZ met de federale overheid, is dit Actieplan partieel en is overheidsafstemming noodzakelijk. Ondanks de opsplitsing in twee hoofdstukken willen we een efficiënte continuïteit van preventie, zorg en ondersteuning m.b.t. geestelijke gezondheidsproblemen realiseren.

2.1. Implementeren van strategieën voor de bevordering van geestelijke gezondheid en de preventie van geestelijke gezondheidsproblemen

A. Beeldvorming

Mensen met psychische problemen ervaren stigmatisering en discriminatie vanuit hun omgeving en de samenleving, maar soms ook vanuit de hulpverlening en zorg. Stigmatisering versterkt het taboe rond psychologische ervaringen en moeilijkheden, evenals rond psychologische en psychiatrische hulpverlening, waardoor we te lang wachten om hulp te zoeken, zowel informeel als formeel. Dit taboe kunnen we doorbreken door positieve ervaringen met psychologische hulp uit te spreken, maar vooral door onze kennis te verbeteren over geestelijke gezondheid (mental health literacy), contacten te leggen met mensen met psychische moeilijkheden, acties gericht op empowerment en stigma-zelfmanagement, ...[21]

De middelen van Te Gek!? en het beeldvormingsbudget VVGG zijn geïntegreerd in een Associatie Beeldvorming die in de toekomst zal aansluiten bij de Vlaamse steunpuntfunctie geestelijke gezondheid (cfr. infra 3.A.). In de loop van 2017 wordt één beheersstructuur van de Associatie Beeldvorming geïnstalleerd. De Associatie krijgt een overeenkomst tot eind 2018. Zij zal inzetten op de beeldvorming en kennis rond geestelijke gezondheid in het algemeen en psychosegevoeligheid, post-partum depressie, hoogsensitiviteit, verslaving (i.s.m. de VAD), eetproblemen en obesitas (i.s.m. Eetexpert)... in het bijzonder. Mental health literacy vormt een belangrijk actiepunt van de Associatie en dient in allerhande settings ingezet te worden zoals onderwijs, op de werkvloer, in buurten, … via sleutelfiguren als leerkrachten, werkgevers, … Er gaat specifieke aandacht naar kinderen en jongeren en naar groepen in de samenleving met negatieve attitudes ten aanzien van mensen met psychische problemen en de

[20] Vanclooster S. e.a. (2013). Inschatting van de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg, rapport 16, Steunpunt WVG
[21] Jaap van Weeghel, Marieke Pijnenborg, Job van 't Veer, Gerdie Kienhorst (redactie) (2015) Handboek Destigmatisering bij psychische aandoeningen. Principes, perspectieven en praktijken.

geestelijke gezondheidszorg[22]. Er wordt ingezet op de organisatie van hersteldagen. Met het gevangeniswezen en de justitiehuizen wordt beeldvorming over gedetineerden/geïnterneerden aangepakt. Er wordt nauw samengewerkt met de netwerken kinderen en jongeren[23] en volwassenen[24]. De Associatie Beeldvorming volgt onderzoek op i.s.m. de betrokken partnerorganisaties en krijgt het mandaat om de initiatieven en campagnes rond beeldvorming op elkaar afstemmen. De resultaten van onderzoek worden geïmplementeerd.

B. Geestelijke gezondheidsbevordering en ziektepreventie

Het implementeren van strategieën voor geestelijke gezondheidsbevordering en preventie van geestelijke gezondheidsproblemen is één van de vier strategische doelstellingen van het 'Mental Health Action Plan 2013-2020' van de WHO. Tegelijk stelt de WHO dat een globale visie en samenwerking over de domeinen hierbij essentieel is. We bevestigen het preventiedecreet dat stelt dat het preventieve gezondheidsbeleid bestaat uit preventieve gezondheidszorg en 'health in all policies'/facettenbeleid en inzet op gezondheidsbevordering en ziektepreventie. Het nieuw decreet geestelijke gezondheid legt de nodige linken met het preventiedecreet. We concretiseren het 'preventieprotocol' dat in de schoot van de IMC Volksgezondheid uitgewerkt is. Zo wordt in de Algemene Cel Drugs (IMC Volksgezondheid) bv. een globaal en geïntegreerd alcohol- en drugsbeleid nagestreefd.

Vlaanderen gaat voor een breed gedragen preventiebeleid waarin bepaalde prioriteiten zijn vastgelegd in gezondheidsdoelstellingen. Voor geestelijke gezondheid is dit o.a. vertaald in gezondheidsdoelstellingen m.b.t. suïcidepreventie en de thema's tabak, alcohol en drugs binnen de gezondheidsdoelstelling *'de Vlaming leeft gezonder in 2025'*. Er wordt ingezet op algemene kadermethodieken die dan aangepast worden op een setting zoals onderwijs, werk en de lokale gemeenschap. De rol die het Vlaams Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (VIGeZ) opneemt op vlak van geestelijke gezondheidsbevordering binnen haar opdracht tot algemene gezondheidsbevordering, wordt bekrachtigd. Zij leveren strategieën, advies en begeleiding, opleidingen en methodieken aan. Zij spelen een centrale rol inzake geestelijke gezondheidsbevordering en universele preventie van geestelijke gezondheidsproblemen. VIGeZ staat open voor samenwerking met "private" partners uit het middenveld die binnen dit kader acties opzetten of organiseren.
De samenwerking tussen de partnerorganisaties actief binnen geestelijke gezondheidsbevordering en ziektepreventie wordt geconcretiseerd, geformaliseerd, geëvalueerd en bijgestuurd. Deze partnerorganisaties verbinden zich in een associatie aan elkaar. De vorming van deze associatie betekent niet dat het sociaal ondernemerschap aangetast wordt, noch dat er in de toekomst geen nieuwe of andere organisaties als partnerorganisatie tot de associatie kunnen toetreden. Uitgangspunt is een algemeen gezondheidsbeleid in diverse settings. Er wordt gewerkt met een beleidsmatige aanpak waarbinnen per setting strategieën op een doordachte en samenhangende manier worden ingezet. Deze strategieën zullen zich richten op diverse gezondheidsthema's (tabak, alcohol, drugs, gezond eten, bewegen en sedentair gedrag) afhankelijk van de noden en behoeften van de doelgroep. Er wordt toegewerkt naar een stroomlijning tussen de partnerorganisaties en de Logo's, CGG-preventiewerkers, intergemeentelijke preventiewerkers en intermediairen zodat een coherent en consistent beleid geestelijke gezondheidsbevordering en ziektepreventie gerealiseerd wordt. Er gaat aandacht naar specifieke en kwetsbare groepen.

[22] Coppens, E., Vermeulen, B., Neyens, I., Van Audenhove, C. (2014). Stigmatisering t.a.v. psychologische problemen: ervaringen en attitudes in Vlaanderen. Leuven: LUCAS.
[23] Dit zijn de regionale netwerken ter uitvoering van de gids 'naar een nieuw geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren'.
[24] Dit zijn de regionale netwerken ter uitvoering van de gids 'naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken', voor (jong)volwassenen.

De CGG-preventiewerkers, die momenteel o.a. op geïndiceerde preventie focussen (verslaving, suïcidepreventie, psychose, …), anticiperen op dit kader door een globaal en geïntegreerd preventief kader geestelijke gezondheid als uitgangspunt van deze geïndiceerde preventie te nemen. Ze werken nauw samen met alle relevante partnerorganisaties.
De Overlegplatforms GG stimuleren en ondersteunen binnen dit kader operationele samenwerking op het terrein rond geestelijke gezondheidsbevordering en ziektepreventie.

We zetten verder in op het promoten van initiatieven als www.gezondheidenwetenschap.be en www.geestelijkgezondvlaanderen.be. Hierbij houden we rekening met de ongelijke vertrekpositie (beeld, kennis en toegang) van kansengroepen. Na de vernieuwing van de campagne www.fitinjehoofd.be met o.a. een online platform en bijhorende app, werd de NOKNOK-campagne en website vernieuwd.
Het project 'Bewegen op verwijzing' (BOV) zet ook in op geestelijke gezondheid, in die zin dat voldoende beweging het mentaal welbevinden bevordert. Het project startte in 2016.

Aansluitend werken we in het kader van het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid kinderen en jongeren een programma 'geestelijke gezondheidsbevordering en ziektepreventie' uit waarin alle relevante projecten en acties rond geestelijke gezondheid kinderen en jongeren coherent geïntegreerd worden. Aansluitend zullen we de 'eerste functie: activiteiten inzake preventie, promotie van de ggz' uit de 'Gids naar een betere GGZ' voor volwassenen concretiseren. De Overlegplatforms GG nemen een coördinerende rol op.

B.1. Preventie tabak, alcohol, drugs en andere verslavingen

Op de Gezondheidsconferentie Preventie eind 2016 waar de preventie van o.a. het gebruik van tabak (inclusief e-sigaret), alcohol, drugs en andere verslavingen (gokken, gamen, …) en voeding en beweging (o.a. eetstoornissen) aan bod kwamen, zullen we ons beleid bijsturen op basis van een aantal leidende principes. We zullen de conclusies van de Gezondheidsconferentie Preventie implementeren.
De preventieve projecten, evenals de zorginhoudelijke projecten, binnen het verslavingsfonds (tabaksfonds en drugsfonds) worden geëvalueerd en bij positieve evaluatie en voldoende beschikbare middelen (indien nodig) regelgevend en budgettair structureel gemaakt. Hierbij wordt steeds rekening gehouden met de inkanteling van de verslavingszorg in de GGZ. Begin 2016 werd een nieuwe beheersovereenkomst afgesloten met de partnerorganisatie VAD voor alcohol, drugs, psychoactieve medicatie en andere verslavingen (2016-2020). De VAD organiseert de druglijn (www.druglijn.be) met informatie, telefonische en online ondersteuning op vraag en doorverwijzing naar hulp.
Acties gericht op de *preventie van alcohol en illegale drugs* vormen een belangrijk onderdeel van het preventiebeleid. De intergemeentelijke preventiewerking in de "eerstelijn" die gerealiseerd wordt vanuit een cofinanciering tussen gemeenten willen we, in overleg met de VVSG, continueren en zo maximaal mogelijk verbreden. We blijven ons engageren in de verdere uitwerking van een Alcoholplan in afstemming met alle bevoegde overheden.
Samen met de verschillende bevoegde overheden komen we tot een integraal preventiebeleid inzake tabak, met inbegrip van de e-sigaret. We integreerden de verschillende initiatieven inzake preventie van roken in één partnerorganisatie met een beheersovereenkomst van 2016 tot 2020 die focust op preventie van roken, bescherming tegen blootstelling aan tabaksrook en rookstopbegeleiding. Voor de tabakologen voorzien we een aangepast kader en terugbetalingsregeling. De methodiek Smartstop voor jongeren in de tweede en derde graad van het middelbaar onderwijs (en in het bijzonder TSO en BSO) werd o.a. reeds geïmplementeerd. We zetten verder in op de realisatie van gezonde, rookvrij leef- en werkomgevingen, ook in voorzieningen.

Ook voor gokverslaving zullen we samen met de bevoegde overheden een gezamenlijk beleid trachten uit te werken. Gameverslaving is als flankerend thema meegenomen in de Gezondheidsconferentie Preventie.

B.2. Suïcidepreventie

De initiatieven van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (2012–2020) worden voortgezet. De organisatie van het suïcidepreventielandschap (VLESP, CPZ, Werkgroep Verder, Zorg voor Pogers, EZO) wordt, in opvolging van het rapport van het Rekenhof, zowel inhoudelijk als organisatorisch, vanuit onderling overleg, gestroomlijnd. Afstemming met de netwerken kinderen en jongeren en volwassenen rond bv. het aanbieden van consult, vorming en training, KIPEO, … wordt gerealiseerd. Het is fundamenteel dat er een continuüm van preventie tot zorg en nazorg wordt gerealiseerd. Naast de blijvende aandacht voor de mediarichtlijnen worden de realisatie van het Vlaamse Actieplan Suïcidepreventie verder nagestreefd. Via een campagne, geïnspireerd door 'The campaign to change direction. Know the five signs' (VS) zetten we in op signaalherkenning. Tot slot willen we het thema suïcidepreventie integreren in relevante opleidingen (gezondheidszorg, beleid, …). Er gaat extra aandacht naar risicogroepen, o.a. naar holebi's en transgenders en mensen uit de leeftijdsgroep 45-60 jaar.

B.3. Preventie eetstoornissen

Bij de evaluatie van de gezondheidsdoelstelling 'voeding en beweging' op de Gezondheidsconferentie Preventie wordt de kennis over het ontstaan van **eetstoornissen en gewichtsproblemen** meegenomen in het formuleren en opvolgen van strategieën en acties m.b.t. voeding en beweging. Deze worden gekaderd binnen de settingsgerichte gezondheidsdoelstellingen en binnen het uniform stramien voor alle thema's die binnen de reikwijdte vallen van deze gezondheidsdoelstelling. Destigmatiserende communicatie vormt, ook bij professionals, één van de uitgangspunten van alle preventieve acties. Hierbij sluiten universele preventie, selectieve preventie, vroegdetectie en -interventie en zorg goed op elkaar aan. Samenwerking met de context, huisartsen, scholen en CLB, diëtisten, CGG, … is cruciaal. Samen met Eetexpert, de Vlaamse partnerorganisatie, volgen we de internationale tendens om in te zetten op de bredere context van een gezondere leefstijl. Eetexpert biedt tevens ondersteuning bij de uitwerking van doordachte preventie en getrapte zorgorganisatie en voorziet gerichte stappenplannen, ondersteuningsmaterialen, vormingen, verwijshulp, gratis online leermogelijkheden, … aan.

B.4. Preventie t.a.v. het jonge kind

De resultaten van de conferentie van het jonge kind m.b.t. geestelijke gezondheid en roken en middelenmisbruik worden gevalideerd. We anticiperen o.a. op de centrale beleidsaanbeveling om te investeren in intense samenwerking in wijkgerichte netwerken, we introduceren de kind-check, een methodisch kader om signalen van kindermishandeling te detecteren, binnen de GGZ en we bekijken hoe de participatie van kinderen en jongeren en ouders versterkt kan worden.

B.5. Preventie van postnatale depressie

Het Vlaams Parlement keurde op 14 oktober 2015 een resolutie goed betreffende postnatale depressie. In uitvoering van deze resolutie ontwikkelen we een beeldvormingscampagne rond perinatale depressie, gericht naar hulpverleners en het ruime publiek.

B.6. Preventie op de werkvloer

Geestelijke gezondheidsbevordering en de preventie van geestelijke gezondheidsproblemen op de werkvloer is ontzettend belangrijk. De cijfers m.b.t. afwezigheid door ziekte langer dan een maand, het verzuim, … spreken voor zich. De diagnose burn-out neemt toe. Zowel de federale overheid als de Vlaamse overheid engageren zich om ziekteverzuim tegen te gaan. Het uitgangspunt van de federale regelgeving is het beheersen van risico's. Het Vlaamse beleid richt zich op breder preventief gezondheidsbeleid, evenals activering en toeleiding naar hulp. In kader van het Vlaamse preventiebeleid zetten we in op de ontwikkeling van methodieken en tools die werkgevers helpen om de gezondheid van hun werknemers te bevorderen. Tevens voorzien we financiering voor de inzet van preventiecoaches in bedrijven die hierop willen inzetten. We voorzien opleiding voor deze preventiecoaches en bepalen kwaliteitsvoorwaarden voor terugbetaling, zoals registratie en het volgen van vorming en intervisie. Hiermee bouwen we verder op ervaringen uit pilootprojecten zoals preventiecoaches i.k.v. het actieplan suïcidepreventie, Jobfit (gezond eten, bewegen op het werk, …), ...
Tegelijk nemen we deel aan het debat over 'werkbaar werk' met de federale minister en zoeken we synergiën vanuit het Vlaamse beleid. Naar aanleiding van o.a. CAO 100[25] kunnen de CGG-preventiewerkers binnen hun werking bedrijven ondersteunen in de realisatie van een geïntegreerd preventief gezondheidsbeleid rond alcohol en drugs op de werkvloer.
De Vlaamse overheid is werkgever en heeft een actieplan rond stress en burn-out voor de eigen werknemers ontwikkeld. Door een gecoördineerd aanbod vanuit het Agentschap Overheidspersoneel wordt een preventieve buffer tegen werkgerelateerde stress en burn-out geïnstalleerd.

C. Vroegdetectie en –interventie

Vroegdetectie verwijst naar de analyse van de eerste voorboden van een mogelijke psychische of psychiatrische problematiek met of zonder hulpvraag.[26] De WHO stelt dat er evidentie is '*that early detection and treatment of depression and psychosis improves outcomes (Kupfer, Frank & Perel, 1989; Loebel et al., 1992), population-based, indicated prevention and early intervention strategies may provide valuable opportunities to minimize the considerable burden of these disorders*'[27]. Ongeveer 50% van de psychische stoornissen bij volwassenen ontstaat overigens voor de leeftijd van 14 jaar. 75% van de psychische problemen ontstaat voor het 25ste levensjaar. We voorzien dan ook een bijkomende financiering voor de realisatie van een programma 'vroegdetectie en -interventie naar kinderen, jongeren en jongvolwassenen' (0 tot 23 jaar[28]) met de eerste voorboden van een mogelijke psychische of psychiatrische problematiek. Uitgangspunt is de realisatie van een algemeen programma 'vroegdetectie en –interventie' in diverse settings. De opgebouwde expertises m.b.t. vroegdetectie en -interventie van psychose, suïcide, eetstoornissen en verslaving worden binnen dit programma gevalideerd en vertaald in specifieke acties en interventies. De VDIP-werking van de CGG en de projecten vroegdetectie en
-interventie verslaving worden in dit programma geïntegreerd. Het programma wordt gerealiseerd binnen de netwerken kinderen en jongeren en volwassenen waarbinnen een verdere verfijning van doelstellingen, werkwijze en methodieken, wetenschappelijke onderbouw en positionering gebeurt. Intersectorale netwerking vanuit de GGZ met huisartsen, diensten pediatrie, consultatiebureaus voor het jonge kind (Kind&Gezin), Huizen van het Kind, preventieve gezondheidszorg in onderwijs (CLB en

[25] CAO die bedrijven verplicht een beleids- of intentieverklaring uit te werken die de krijtlijnen bevat van een alcohol- en drugbeleid in de onderneming.
[26] Gids naar een nieuw geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren, p. 14.
[27] World Health Organization. Prevention of mental disorders : effective interventions and policy options : summary report (2004), 48.
[28] Bij de doelgroepafbakening van het programma 'vroegdetectie en –interventie' baseren we ons op de beschikbare prevalentiecijfers. We respecteren daarnaast de afbakening van de transitieleeftijd, cfr. de gids naar een nieuw geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren, nl. 18-23 jaar.

scholen), voorzieningen Agentschap Jongerenwelzijn, CAW, justitiehuizen, VAPH, … is cruciaal. Focus ligt op kwetsbare groepen en mensen met een verhoogde kwetsbaarheid, zoals kinderen van ouders met psychische of afhankelijkheidsproblemen (KOPP/KOAP). Het methodisch kader rond lokaal proactief handelen in de strijd tegen onderbescherming vanuit Samenlevingsopbouw wordt hierin meegenomen. De werking wordt gestroomlijnd met de preventiewerkers (verslaving) die vanuit intergemeentelijke samenwerkingen gefinancierd worden, zoals o.a. de Oost-Vlaamse drugpunten en de intergemeentelijke preventiewerkers in Oost-Vlaanderen en Vlaams-Brabant, evenals andere gelijkaardige regionale initiatieven. We geloven in de kracht van intergemeentelijke samenwerking en willen hier constructief op inzetten door de uitwerking van een Vlaams kader.
Er wordt een specifiek project opgezet rond hoogbegaafde kinderen en jongeren met psychische problemen.

Aansluitend bij het breder internationaal preventiekader van 'Stop it Now!'[29], met o.a. werkingen in Engeland, Ierland en Nederland, voorzien we bijkomende financiering voor de ontwikkeling van een preventielijn voor mensen met pedofiele gevoelens en hun context. Doelstelling is het voorkomen van seksueel kindermisbruik.

D. Harm reduction

Initiatieven van schadebeperking gericht op druggebruikers, hebben de afgelopen jaren een vaste plaats verworven op het terrein. Voor Vlaanderen vertaalt zich dat in de beheersovereenkomsten rond spuitenruil met de vijf Medische Sociale Opvangcentra (MSOC's), één per provincie. Ook de dagcentra drugszorg zijn veelal betrokken. Injecterende druggebruikers zijn een kwetsbare doelgroep, zowel op medisch vlak bv. door het hoge risico op infecties met hepatitis B/C en HIV, als op het gebied van geestelijke gezondheid. Verslaving is daarbij een belangrijke uitdaging, maar zeker niet de enige. Andere psychiatrische stoornissen komen frequent voor. Deze programma's zijn laagdrempelig en zetten in op ketenzorg. Deze werkingen blijven inhoudelijk en structureel ingebed in de werking van de MSOC's. We onderzoeken of er onderbouwde en haalbare uitbreidingen nodig zijn, bijvoorbeeld op het gebied van overdosispreventie, of het bevorderen van therapietrouw bij gebruikers in behandeling voor hepatitis C.

Gezien de kracht van peersupport in het maken van wenselijke/gezonde keuzes met betrekking tot middelengebruik in het uitgangsleven integreren we de bestaande, complementaire werkingen in één organisatie Safe 'n Sound. Deze werking wordt in iedere provincie verder uitgerold.

2.2. Versterken van de globale, geïntegreerde en zorgnoodgestuurde geestelijke gezondheids- en welzijnszorg vanuit een samenlevingsgericht kader

Om een globale, geïntegreerde geestelijke gezondheids- en welzijnszorg te realiseren, is het essentieel om een denken in sectoren en voorzieningen om te buigen naar een denken in functies en programma's gekoppeld aan leeftijdsgroepen en doelgroepen. Binnen de verschillende functies wordt holistisch en includerend gewerkt en specialistisch waar nodig. Vanzelfsprekend is er binnen dit kader van superdiversiteit, en dit moet zowel beleidsmatig als op de werkvloer goed bewaakt worden, bijzondere aandacht voor een aantal "kneldoelgroepen" zoals infants, mensen met dubbeldiagnose (verstandelijke beperking en psychische problemen), mensen met autisme en een psychische problematiek, mensen met een verslavingsproblematiek al dan niet in combinatie met een andere psychische problematiek, mensen met een justitieel statuut en een psychische probleem (waaronder gedetineerden en geïnterneerden), mensen uit kansengroepen met een psychisch probleem, mensen die cultuursensitieve

[29] http://www.stopitnow.org/

zorg nodig hebben[30], dak- en thuislozen met een psychische problematiek, mensen met ernstige en langdurige psychische problemen, … We zijn alert voor doelgroepen die vandaag door de mazen van het net (dreigen te) glippen en specifieke noden en behoeften hebben, zoals mensen in kansarmoede, personen met occasioneel of experimenteel gebruik, hoogbegaafde mensen met psychische problemen, … In het nieuw decreet geestelijke gezondheid omschrijven we waar de zorg minimaal aan moet voldoen, met ruimte voor regionale specificiteit, vertrekkend vanuit preventie, zelfzorg en met een brug naar de nazorg. Het belang van een vlotte, intensieve en, waar nodig, langdurige nazorg willen we extra benadrukken. We kiezen resoluut voor een includerende GGZ zonder exclusie van mensen met bepaalde kenmerken of psychische problemen.
Vanuit dit kader gaan we, voortbouwend op de visie en conclusies van de conceptnota verslavingszorg, voor de aansluiting van de 'categoriaal georiënteerde' verslavingszorg bij de GGZ. Deze aansluiting streeft een inhoudelijke en organisatorische harmonisatie na, met respect voor de identiteit, de opdrachten en de competenties. Een integratie van verslavingszorg in de GGZ leidt tot flexibele zorgtrajecten, zorg op maat en zorgcontinuïteit voor mensen met een verslaving, die vaak geconfronteerd worden met andere psychische problemen. Deze beleidskeuze impliceert, zoals reeds gesteld, dat mensen met een zorgnood omwille van een verslavingsproblematiek (en eventueel een bijkomende psychische problemen) in de reguliere zorg terecht moeten kunnen en niet geëxcludeerd worden omwille van de verslavingsproblematiek. Dit zal nauw opgevolgd worden.
Het is binnen een dergelijk kader dat we de gevolgen van nationale "plannen" inzake alcohol, tabak, cannabis of andere drugs, gamen en/of gokken vertalen naar het Vlaamse hulpverleningslandschap.
We engageren ons om te bekijken op welke wijze we de concrete actielijnen voor een 'Autismevriendelijk Vlaanderen' realiseren a.d.h.v. een Actieplan Autisme.
We houden rekening met de resultaten van de KCE-studie over de 'Organisatie van de gezondheidszorg in de Belgische gevangenissen' bij de uitvoering van het 'strategisch plan hulp- en dienstverlening aan gedetineerden en geïnterneerden 2015-2020'.

De GGZ wordt gekenmerkt door een zeer complexe, versnipperde sociale kaart. Om een overzichtelijke en toegankelijke zorg te realiseren, ontwikkelen we binnen de krijtlijnen van dit Actieplan vanuit de netwerken een sociale kaart met een transparant overzicht over wie wat waar en voor wie doet. We bouwen daarbij verder op de bestaande sociale kaarten.

A. Netwerking als basisprincipe voor de organisatie van zorg

We schrijven ons zowel beleidsmatig als op de werkvloer actief in in het nieuw beleid geestelijke gezondheid kinderen en jongeren, volwassenen en internering. De regionale inbedding, de intersectorale netwerken met CAW, jeugdhulp, justitie, OCMW, … en de inzet van ervaringsdeskundigheid worden gevalideerd. In de samenwerking met justitie en politie wordt een onderscheid gemaakt tussen de finaliteit van zorg en ondersteuning enerzijds en maatschappelijke veiligheid, overlastpreventie en repressie anderzijds. Een wisselwerking tussen beide aspecten is natuurlijk noodzakelijk.
Het is fundamenteel dat de verdere ontwikkeling van de verschillende zorgvormen vanuit een netwerkperspectief en op basis van een zorgstrategische planning vorm wordt gegeven. In de interfederale Taskforce GGZ worden de eerste voorbereidende stappen naar de uitwerking van een wettelijk kader m.b.t. de erkenning en financiering van de netwerken gezet. We volgen hierbij voorlopig, in afwachting van het nieuwe decreet, de definitie van een netwerk zoals voorzien in het decreet van 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg (artikel 2 °4): *"Het geheel van juridisch*

[30] Cfr. deradicalisering, traumabegeleiding en psychosociale begeleiding in kader van de asielcrisis

onafhankelijke voorzieningen, instellingen, diensten en initiatieven dat een functioneel samenwerkingsverband vormt teneinde voor doelgroepen zorgprogramma's aan te bieden die als een samenhangend geheel worden ervaren." De visie, cfr. hoofdstuk 1, blijft steeds het vertrekpunt. We vertalen deze transitie naar meer gestructureerde netwerking ook naar de werkvloer door o.a. in te zetten op regionale interprofessionele teams die leiden tot meer effectiviteit en patiënt-georiënteerde zorg en een maximale inzet op toegankelijkheid.

Netwerkcoördinatie is essentieel om netwerking te realiseren en daadkrachtige, effectieve en efficiënte overlegstructuren uit te bouwen die permanent geëvalueerd worden naar doelmatigheid. Vanuit de federale overheid wordt reeds netwerkcoördinatie voorzien voor de netwerken kinderen en jongeren, volwassenen en internering. We passen de werking en bestaande financiering van de Overlegplatforms GG hierop aan. We leggen vast welke opdrachten inzake overleg en samenwerking de Overlegplatforms opnemen, in afstemming en complementariteit met de netwerkcoördinatie kinderen en jongeren, volwassenen en internering, zonder nieuwe tussenstructuren te creëren. We werken met de federale overheid een verduidelijkend kader uit rond de inhoud van deze coördinatiefunctie en de afstemming tussen de netwerkcoördinatie en de opdrachten van de Overlegplatforms GG. De samenstelling van de bestuursorganen van de Overlegplatforms GG wordt bijgestuurd, zowel naar afvaardiging van de met de zesde staathervorming overgekomen sectoren als naar intersectorale afvaardiging. Een eerste opdracht is de integratie van de huidige taken van de Overlegplatforms GG inzake het overleg rond kinderen en jongeren in de netwerkcoördinatie kinderen en jongeren. Daarnaast zetten ze in op het bevorderen van participatie en inspraak vanuit ervaringsdeskundigheid, ondersteuning en stimulering van samenwerking m.b.t. geestelijke gezondheidsbevordering en ziektepreventie, bevorderen van de samenwerking tussen de netwerken volwassenen en internering, de coördinatie van het zorgprogramma dubbeldiagnose (verstandelijke beperking en psychische problemen), de coördinatie van het zorgprogramma forensische geestelijke gezondheidszorg en het overleg m.b.t. de transitieleeftijd. Op termijn worden zij belast met de uitwerking van een regionale en Vlaamse zorgstrategische planning GGZ. De externe ombudsfunctie is verbonden aan de overlegplatforms GG. Samen met de federale overheid werken we een structurele en uniforme financiering van de ombudsfunctie in de psychiatrische ziekenhuizen uit, vertrekkend vanuit een praktijkgerichte evaluatie van de interne en externe ombudsfunctie. Ook wordt bekeken hoe de psychiatrische afdelingen van een algemeen ziekenhuis kunnen instappen in deze evolutie. We onderzoeken, cfr. de beleidsvisie van de Conferentie Eerstelijnszorg, welke rol en positie deze externe ombudsfunctie kan innemen binnen een transparant en onafhankelijk klachtenbeleid binnen de eerstelijnszorg.

Organisatorisch starten de overlegplatforms GG een groeipad naar samenwerking en maximale stroomlijning en integratie met de Logo's, Palliatieve Netwerken, Expertisecentra Dementie, … om te komen tot een geïntegreerd en globaal kader en beleid (geestelijke) gezondheid. Er wordt bepaald voor welke doelgroepen met welke doelstellingen en met welk mandaat netwerken aangewezen zijn. Binnen deze oefening streven we, in afstemming met de bestaande intersectorale overlegstructuren, een rationalisatie van netwerking en overlegstructuren na, zowel binnen de GGZ als in het brede hulpverleningslandschap. De resultaten van de Eerstelijnsconferentie worden hierbij gevalideerd.

We leggen op de Eerstelijnsconferentie de omschrijving van de zorgregio's vast en passen deze afbakening consequent en intersectoraal toe. De huidige grenzen van de netwerken geestelijke gezondheid (zie bijlage 2), evenals de werkingsgebieden van de voorzieningen GGZ, zullen in vraag gesteld worden in functie van zorgnoden en toegankelijkheid, en zo maximaal mogelijk gehomogeniseerd worden op basis van deze afbakening. We kiezen hierbij resoluut voor een intersectorale, transparante, consistente en coherente afbakening van werkingsgebieden.

Drie CGG (Gent, Antwerpen en Brussel) worden momenteel gefinancierd om netwerken cultuursensitieve zorg te coördineren. Vanuit een grondige evaluatie en visietoets kantelen we deze

financiering en het thema cultuursensitieve zorg in in de Vlaamse steunpuntfunctie geestelijke gezondheid.

Ook op cliëntniveau is netwerking tussen de betrokken hulpverleners noodzakelijk. De conclusies van de Eerstelijnsconferentie, o.a. m.b.t. de uitbouw van zorgcoördinatie en casemanagement, vertalen we naar de GGZ, met respect voor de keuzevrijheid en de regiefunctie van de cliënt.
We passen de huidige voorwaarden en vergoedingen van MDO PSY aan op basis van een grondige evaluatie, in afstemming met bestaande initiatieven (bv. cliëntoverleg IJH). Het MDO PSY is een multidisciplinair overleg dat wordt georganiseerd voor patiënten met een complexe en langdurige psychiatrische zorgvraag. Met de zesde staatshervorming werd de Vlaamse overheid bevoegd voor de erkenning en subsidiëring van de GDT's (Geïntegreerde Diensten Thuiszorg) en de organisatie van het MDO PSY.

A.1. Netwerken kinderen en jongeren

Op 30 maart 2015 werd de 'Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren' ondertekend. De gids beschrijft het Nationaal Plan 2015-2020 met 36 acties. We engageren ons om vanuit het redactiecomité kinderen en jongeren en de bijhorende werkgroepen de acties te realiseren, weliswaar rekening houdend met de bevoegdheidsverdeling.
Het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid kinderen en jongeren vertrekt vanuit netwerken op provinciaal niveau die activiteitenprogramma's realiseren[31]. De netwerking, het programma crisiszorg, programma langdurige zorg, het programma intersectoraal consult en liaison en de versterking zorgaanbod dubbeldiagnose zijn ondertussen geconcretiseerd. Mobiele werkingen, (semi-)residentieel crisisaanbod, casemanagement, flexibele casefinancieringen, … worden uitgebouwd, o.a. via bijkomende financiering vanuit de federale overheid. Er is aandacht voor de meest kwetsbare infants, kinderen en jongeren (verslaving, justitieel, …) en de transitieleeftijd 16 tot 23 jaar[32]. De financiering is gekoppeld aan ieder netwerk en gebeurt op basis van wetenschappelijke wegingscoëfficiënten. De aanpak naar de transitieleeftijd is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de netwerken kinderen en jongeren, IJH en volwassenen. De samenwerking en wederzijdse verwijzingen en doorstroming tussen GGZ en de jeugdhulp is een belangrijk actiepunt, zowel voor de kinderen en jongeren, als voor de jongvolwassenen (16-23 jaar).
De afstemming tussen de kinderpsychiatrische diensten (K-diensten) en Integrale Jeugdhulp wordt in overleg met de federale overheid verder opgenomen, o.a. wat betreft crisiswerking en de evaluatie en toekomstige positionering van de ForK-pilootprojecten waarbij ook de gerechtelijke jeugdhulp nauw betrokken wordt. Het decreet betreffende de integrale jeugdhulp van 2014 bekrachtigt de keuze voor een doorgedreven intersectorale aanpak op diverse domeinen. Het plan 'Jeugdhulp 2.0' legt actief linken met het nieuwe geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren. We gaan actief in overleg met o.a. de minister van onderwijs om geestelijke gezondheid vanuit een visie op 'health in all policies' mee te nemen in de werking van CLB, scholen, … De verbanden tussen de met de zesde staatshervorming overgekomen sectoren met een aanbod naar kinderen en jongen en Integrale Jeugdhulp worden verder geconcretiseerd. Bij een toekomstige versterking van de rechtstreeks

[31] Dit is conform de gemaakte afspraken op de IMC Volksgezondheid. Er zal nagegaan worden hoe de netwerken kinderen en jongeren kunnen afgestemd worden met het niveau van de regionale zorgzone (conform reorganisatie ikv Eerstelijnsconferentie)
[32] Advies Hoge Gezondheidsraad nr. 9204, Naar een algemeen kader voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren in de geestelijke gezondheidszorg in België, Oktober 2016, p.32

toegankelijke jeugdhulp voor eerstelijnsvragen van kinderen en jongeren en gezinnen zal bijzondere aandacht gaan naar de geestelijke gezondheidzorg.
We anticiperen op het toekomstig nieuwe jeugdrecht en hebben hierbinnen expliciet aandacht voor de nog niet uitgevoerde maatregelen van de jeugdwet inzake plaatsing en behandeling.

A.2. Netwerken volwassenen

In 2016 worden in Vlaanderen twee nieuwe netwerken geformaliseerd in Duffel-Mechelen en Aalst-Dendermonde-Sint-Niklaas zodat Vlaanderen volledig gedekt is. We stimuleren de huisartsen, CAW, VAPH, lokale besturen, … om vanuit een participatief model hun rol en positie in de netwerken op te nemen.
We engageren ons om vanuit de ikw Taskforce GGZ alle functies vanuit en conform de gids in te vullen. Om zorgcontinuïteit te garanderen, worden de verbindingslijnen tussen de verschillende functies geconcretiseerd en vastgelegd. We participeren intensief aan het overlegorgaan 'volwassenen'[33] en de werkgroepen 'Territorium 107', 'Mobiele equipe' en 'Medische functie'. In samenspraak met de federale overheid passen we de werkingsgebieden van de netwerken volwassenen aan aan de zorgregio's zoals vastgelegd op de Eerstelijnsconferentie.

Sinds 2013 worden vanuit het federaal meerjarenplan internering netwerken uitgebouwd rond personen met een interneringsstatuut per Hof van Beroep. Wij onderschrijven de visie van vermaatschappelijking van de zorg en de uitbouw van geïntegreerde zorgprogramma voor personen met een interneringsstatuut. We volgen de verdere realisatie van het Vlaams strategisch plan voor hulp- en dienstverlening aan gedetineerden en geïnterneerden 2015-2020 verder op. We zetten verder in op de ondersteuning van de reguliere zorg zodat deze nog meer aangepaste opvang, behandeling en begeleiding biedt aan geïnterneerden die doorstromen vanuit de gevangenis, het Forensisch Psychiatrisch Centrum of de mid security-afdelingen. We sensibiliseren de sectoren die onder onze verantwoordelijkheid vallen om hun zorgaanbod open te stellen voor de doelgroep van geïnterneerden. We nemen initiatieven om de expertise m.b.t. deze doelgroep te versterken vanuit de Vlaamse voorzieningen met een specifiek aanbod voor geïnterneerden (bv. daderteams CGG's). In samenspraak met de federale overheid streven we ernaar de werkingsgebieden van de netwerken internering aan te passen aan de zorgregio's zoals vastgelegd op de Eerstelijnsconferentie.

A.3. Netwerken ouderen

In het Vlaams ouderenbeleidsplan 2015-2020 heeft men aandacht voor de vermaatschappelijking van zorg en focust met op de problematieken van eenzaamheid en depressie. Tegen 2018 wil Vlaanderen een performant welzijns- en zorgbeleid voor ouderen finaliseren. We kiezen ook hier voor een generalistische en integrale, maar evenzeer een gespecialiseerde zorg voor ouderen met psychische problemen met focus op ondersteuning en begeleiding in de eigen woon- en zorgomgeving. Mantelzorgers krijgen extra aandacht en ondersteuning.
We gaan actief in overleg met de andere gemeenschappen en de federale overheid met het oog op de realisatie van een toekomstige gids met basisprincipes en beleidsuitwerking geestelijke gezondheid bij ouderen. De toekomstige KCE-studie 'Organisatie en optimalisering van geestelijke gezondheidszorg voor ouderen in België' is hierbij een eerste belangrijke opstap. We wachten de resultaten van dit onderzoek af en gaan vervolgens na of en hoe we de conclusies van deze studie naar het Vlaamse

[33] Het overlegorgaan volwassenen is een adviesorgaan met vertegenwoordigers uit het werkveld en de verschillende overheden ter ondersteuning van het beleid bij de verdere uitrol van de gids 'naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken', voor (jong)volwassenen. Het overlegorgaan heeft een aantal werkgroepen geïnstalleerd waarin ingezoomd wordt op de afbakening van de werkingsgebieden van de netwerken volwassenen (werkgroep territorium), de mobiele werkingen (werkgroep mobiele equipe) en de invulling van de psychiaterfunctie (werkgroep medische functie).

beleid, in afwachting van een met de federale overheid afgestemd beleidskader rond geestelijke gezondheidszorg naar ouderen, kunnen vertalen.

B. Zelfzorg als uitgangspunt

Zelfzorg wordt door de WHO als volgt gedefinieerd: 'Self-care is a deliberate action that individuals, family members and the community should engage in to maintain good health.' Er zijn er heel wat zelfhulpgroepen en lotgenotenorganisaties die reeds actief inzetten op zelfzorg. Daarnaast stimuleren we via allerhande gezondheidsbevorderende acties en initiatieven (cfr. Fit in je hoofd) mensen om actief om te gaan met hun psychische kwetsbaarheden. We zetten zelfzorg nog meer in de 'picture' en richten ons hierbij o.a. naar jongeren uit de transitieleeftijd (16-23 jaar) a.d.h.v. een concrete en aansprekende campagne. Zelfzorg heeft evenwel zijn limieten. Soms is professionele hulp noodzakelijk.

C. Generalistische basiszorg

In de eerstelijnszorg staat een persoonsgerichte en geïntegreerde benadering centraal. De eerstelijnszorg is generalistisch, vertrekkend vanuit de brede welzijns- en gezondheidszorg, met directe lijnen naar onderwijs, huisvesting, … Op de Eerstelijnsconferentie begin 2017 zijn onderwerpen als taakherschikking, specialisatie, nieuwe beroepen, gebiedsgericht werken, chronische zorgmodellen, … aan bod gekomen, in nauwe afstemming met de GGZ. In de natraject van de Eerstelijnsconferentie zal verder verduidelijkt worden op welke wijze de verbindingen tussen de eerstelijnszorg, zoals huisartsenpraktijken, CAW, CLB, … en de GGZ binnen de eerstelijnszones geconcretiseerd kunnen worden, evenals over de manieren waarop de GGZ deze generalistische eerstelijnszorg zo maximaal mogelijk kan ondersteunen.

De OCMW's, CAW's en diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen bouwen onder regie van het lokaal bestuur een geïntegreerd, herkenbaar, toegankelijk en breed onthaal uit, in samenwerking met samenlevingsopbouw en armoedeverenigingen. Er wordt een inclusief beleid naar mensen met vaak voorkomende en matige psychische problemen gerealiseerd. Er gaat bijkomende aandacht naar kansarmoede, geïnspireerd op het Vlaams Actieplan Armoedebestrijding (2015) dat het belang van toegang voor mensen in armoede tot de GGZ beklemtoont. Binnen deze optiek benadrukken we de regierol van de lokale besturen in het voeren van een lokaal sociaal beleid. Binnen dit kader onderzoeken we wat de rol kan zijn van de lokale besturen bij het 'herstel' (heroriëntatie en re-integratie) van personen met een langdurige psychiatrische problematieken. We geloven in de kracht van intergemeentelijke samenwerking en willen hier constructief op inzetten.

Evaluatie van het project 'Eerstelijnspsychologische functie' en ervaringen uit gelijkaardige niet-gefinancierde innoverende praktijken bekrachtigen de vraag naar een bereikbare, snel aanspreekbare eerstelijnspsychologische functie die kortdurend behandelt gedurende één tot vijf sessies. Tegelijk leert deze evaluatie dat een doorverwijzing naar de gespecialiseerde zorg vaak nodig is (tot 60%) omwille van de ernst van de problematiek. De eerstelijnspsychologische functie wordt gelinkt aan het geïntegreerd breed onthaal van de OCMW's, CAW's en diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen. Samenwerking met eerstelijnshulpverleners als (huis)artsen, wijkgezondheidscentra, zelfstandige psychologen, CLB, CAW, OCMW, thuisverpleging en thuiszorg, … is cruciaal. Door de coachende en informerende rol van de eerstelijnspsychologische functie worden deze partners versterkt in de herkenning van psychische problemen en gestimuleerd om zelf aan de slag te gaan of sneller en gerichter door te verwijzen. De eerstelijnspsychologische functie beschikt over het gewenste competentieprofiel en de nodige expertise (cfr. na-opleiding eerstelijnspsychologische functie). De link met de gespecialiseerde GGZ is een noodzaak, zowel naar kwaliteit, kennis als facilitair. De

samenwerking met en participatie van context en mantelzorgers is een uitdaging, evenals de inzet van nieuwe methodieken (groepsaanbod). Er gaat bijzondere aandacht naar het bereiken van kansengroepen.
De huidige pilootprojecten eerstelijnspsychologische functie zijn verlengd tot eind februari 2019 en we kiezen op basis van de evaluatie voor een coherent kader en model. We voorzien bijkomende financiering om te experimenteren over een eerstelijnspsychologische functie naar kinderen en jongeren. Deze experimenten vertrekken vanuit een generalistische en generieke benadering van de eerstelijnspsychologische functie en streven continuïteit van zorg na. De linken tussen de projecten en de netwerken kinderen en jongeren en volwassenen (bv. in het kader van functie 1) worden aangescherpt. De conclusies van rapport 'Onderzoek naar de invoering van een eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen' (2015) van het Steunpunt WVG, evenals de KCE-studie over de organisatie en financiering van de psychologische zorg (2016) worden meegenomen en met de betrokken partijen en overheden vertaald naar de Vlaamse context.
We verankeren in overleg met de federale overheid deze functie met mogelijke initiatieven gelinkt aan de terugbetaling van klinisch psychologen en orthopedagogen. De organisatie van psychologenkringen op zorgregioniveau is eveneens een positieve evolutie die we meenemen. We bekijken op welke wijze deze kringen, zelfstandige psychologen en psychiaters gepositioneerd kunnen worden binnen de netwerking en de uitbouw van het zorgaanbod.
TEJO biedt laagdrempelige, psychotherapeutische hulpverlening door professionele therapeuten op vrijwillige basis aan aan kinderen en jongeren tussen 10 en 20 jaar. Kortdurend, onmiddellijk, anoniem en gratis. TEJO ontvangt een beperkte financiering als vrijwilligersorganisatie en bijkomende steun vanuit de Rode Neuzen campagne 2015. We zullen TEJO in 2017 en 2018 bijkomend financieren voor de competentieontwikkeling en kwaliteitsbewaking van de TEJO-vrijwilligers, evenals voor een praktijkgerichte evaluatie over hun toekomstige rol en positie binnen het hulpverleningslandschap, weliswaar met behoud van hun autonomie.

D. Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg

D.1. Onlinehulpverlening

De Beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (2014-2019) definieert een aantal strategieën voor het verstevigen van de kwaliteit en afstemming van online hulpverlening, zoals onlinehulp op de beleidsagenda zetten, onlinehulp ontwikkelen en integreren, … In de zomer van 2015 kondigde het congres over online hulp beleidsacties aan, zoals de oprichting van een intersectoraal aanspreekpunt onlinehulp (Knooppunt-online), een kwaliteitskader onlinehulp, verder dichten van de digitale kloof (Radicaal Digitaal, Flanders Care, E-zorgzaam Vlaanderen), ontwikkelen van vormingsprogramma 'basiskennis online hulp', wegwerken regelgevende belemmeringen, ontwikkeling van een sociale kaart online hulp, …

We zetten verder in op online hulpverlening. We ontwikkelen een testomgeving voor een online cliëntportaal dat wordt gekoppeld aan het elektronisch patiëntendossier (EPD). Participatie van de cliënt die de regie heeft, zelfhulp, blended hulp, coaching en gegevensdeling staan centraal. We ondersteunen www.depressiehulp.be, de website die mensen met een depressie op een laagdrempelige manier bereikt. De programma's zijn 'blended', een combinatie van online- en contactbehandeling, en zetten in op online-methodieken als voortraject (diagnostisch of ondersteunend). Bestaande onlinehulp-initiatieven in de verslavingszorg worden verder verfijnd, zoals www.alcoholhulp.be, www.cannabishulp.be, www.drughulp.be en www.gokhulp.be. Vanuit universele preventie en suïcidepreventie worden er verschillende online apps en tools uitgewerkt en verder verspreid, zoals Think Life. We werken in samenwerking met Knooppunt-online een coherent beleids- en

financieringskader voor onlinehulpverlening uit. We bekijken rond welke thema's of doelgroepen we onlinehulpverlening kunnen initiëren.

D.2. Intersectoraal consult en liaison

De GGZ, de gezondheidszorg, de welzijnszorg, politie, justitie, … versterken elkaar wederzijds door expertise uit te wisselen en samen in te zetten. We willen extra inzetten op een consult en liaisonfunctie rond de eerder vernoemde kneldoelgroepen die het sectordenken uitdagen, nl. over de sector GGZ (verslavingszorg incluis), personen met een handicap, welzijn en justitie heen. De koppeling van deze functie aan de netwerken is essentieel. Wisselleren is een goede praktijk. We voorzien vanaf maart 2017 financiering voor de organisatie van de module 'aanmelding en toeleiding na detentie' in de gevangenis, TANDEM genoemd. In samenspraak met de beleidscoördinatoren WVG in de gevangenissen breiden we de doelgroep uit naar gedetineerden met psychische problemen. We stimuleren een inclusief beleid naar (ex-)gedetineerden vanuit de GGZ-voorzieningen en intensifiëren de samenwerking tussen de psychosociale dienst en de dienst gezondheidszorg van de gevangenis, het justitieel welzijnswerk, de forensische CGG-teams, … Op basis van een periodieke evaluatie sturen we de financiering bij waar nodig.

Vanuit de federale overheid zijn binnen de netwerken kinderen en jongeren bijkomende middelen voorzien voor een 'programma intersectorale consult en liaison'. Vanuit Vlaanderen vragen we een uitgesproken engagement van alle partners geestelijke gezondheid om zich in te schrijven in dit programma. Omwille van de stijgende diagnostisering van ADHD en het sterk toegenomen gebruik van psychostimulantia is er ook een luik voorzien om de behandeling van ADHD en voorschrijfgedrag beter op mekaar af te stemmen. In Vlaanderen dienen de Vlaamse netwerken gebruik te maken van de aanwezige expertise van Zit Stil en de Centra voor Ambulante Revalidatie (CAR). We zullen vanuit Vlaanderen extra inzetten op consult en liaison inzake hoogbegaafdheid in combinatie met psychische problemen.
In het geval van suïcidepogers kan men beroep doen op de expertise van de suïcidepreventiewerkers van de CGG en het gebruik van de instrumenten (K)IPEO en KIPEO (Instrument voor eerste psychosociale evaluatie en opvang).

We werken op basis van de voorhanden evaluatiestudies en rekening houdende met de overgedragen bevoegdheden en beleidsmatige evoluties in de belendende sectoren (bv. justitie, justitiehuizen, internering) aan een breed kader voor de afhandeling van gerechtelijke dossiers omwille van verslavingsproblematieken en andere geestelijke gezondheidsproblemen op parketniveau, cfr. de projecten proefzorg, op niveau van de rechtbank, cfr. de projecten liaisonfiguur drugbehandelingskamer en in het kader van de strafuitvoering (TANDEM). De kerntaken, de rol van de justitiehuizen en de actoren van justitie, de samenwerking van de justitiehuizen met de GGZ en de verslavingszorg in het bijzonder en de omgang met beroepsgeheim en gegevensdeling worden geconcretiseerd. We realiseren de module aanmelding en toeleiding na detentie uit (TANDEM). In de conceptnota verslavingszorg positioneren we de liaisonfiguur binnen de drugsbehandelingskamer, net zoals de proefzorgmanager in de proefzorg, binnen de justitiehuizen. We onderzoeken of we de liaisonfiguur binnen de drugsbehandelingskamer kunnen verbinden met de TANDEM-werking.

De psychiatrische problematiek is in elk algemeen ziekenhuis nadrukkelijk aanwezig. De realisatie van een liaisonaanbod vanuit de GGZ naar de algemene ziekenhuizen is daarom een ontzettende meerwaarde, maar eveneens vanuit de algemene ziekenhuizen naar de GGZ in functie van somatische problematieken. Een liaisonfunctie vanuit de brede GGZ naar de algemene ziekenhuizen, geïnitieerd vanuit de netwerken, zorgt ervoor dat bestaande protocollen op maat van de cliënt worden toegepast.

Ze begeleidt en adviseert de clinici in het ziekenhuis bij de toepassing. Ook de toeleiding achteraf wordt gefaciliteerd.

D.3. Ambulante diagnostiek, behandeling en begeleiding

We benadrukken het belang van een uitgebouwd gespecialiseerd ambulant aanbod en zetten verder in op de ambulantisering van zorg. We volgen hierbij de internationale tendensen, zowel wetenschappelijk als practice-based. We overleggen binnen de IMC Volksgezondheid op een actieve manier met de federale overheid om de transitie naar ambulante GGZ te continueren op een coherente manier en de ambulantisering te verduurzamen.

De Centra voor Geestelijke Gezondheidzorg (CGG) richten zich naar mensen met een ernstig psychisch probleem en fungeren als multidisciplinaire tweedelijnsdienst, doorgaans op verwijzing door de huisarts, CLB, … Kernfuncties zijn ambulante diagnostiek, behandeling en begeleiding. Een CGG kan zowel 'centerbased' als 'homebased' werken. De CGG baseren hun werking op een referentiekader met afspraken rond preventie, vroegdetectie en –interventie, instroom-, doorstroom- en uitstroombeleid, interne en externe samenwerking en positionering, … dat ook de basis vormt voor zorginspectie. Het aanbod in een CGG is herstelgericht met aandacht voor de context en de zorg voor elkaar.
Samenwerking en afstemming van de CGG met de eerstelijnszorg (huisartsen, wijkgezondheidscentra, …) en het welzijnswerk, o.a. in het kader van het geïntegreerd breed onthaal van CAW, OCMW, diensten maatschappelijke werk van de mutualiteiten, wordt gestimuleerd. De conclusies van de Eerstelijnsconferentie worden gevalideerd.
Het ambulante en mobiele aanbod van de CGG wordt afgestemd met het zorgaanbod in de netwerken en verder verfijnd in termen van intensiteit en frequentie. Er wordt geanticipeerd op crisissituaties. Het aanbod sluit nauw aan op het programma vroegdetectie en –interventie, de eerstelijnspsychologische functies en de uitgebouwde mobiele werkingen zowel voor kinderen en jongeren als voor volwassenen. Medewerkers worden ook gestimuleerd om deeltijds deel uit te maken van deze mobiele werkingen (cfr. interprofessionele teams) binnen het uitgewerkte kader van de 'ter beschikking stelling'.
Home-based werken wordt verankerd in de reguliere werking om zorgcontinuïteit te garanderen.
De CGG wisselen expertise uit met andere gezondheids- en welzijnspartners en belendende sectoren als onderwijs. Bijzondere aandacht gaat naar infants en ouderen en samenwerking met relevante partners.
We onderzoeken welke invloed de mogelijke terugbetaling van psychotherapie als behandelvorm, in de vorm van eerstelijnspsychologische zorg, zal hebben op de CGG, zowel inhoudelijk, organisatorisch als t.a.v. het profiel van de verschillende hulpverleners werkzaam in een CGG en andere GGZ-voorzieningen.
We evalueren de consequenties van het BVR betreffende de patiëntbijdrage op de werking en de financiële middelen van de CGG en bekijken of experimentele projecten zinvol zijn om de toegankelijkheid van de CGG voor bepaalde doelgroepen te verhogen.
De afspraak dat de gecumuleerde reserve tegen eind 2017 wordt afgebouwd tot max. 50% van de jaarlijkse subsidie-enveloppe, wordt opgevolgd.
In afstemming met de zorgregiobepaling op de Eerstelijnsconferentie wordt een evaluatie en bijsturing van de werkingsgebieden van de CGG uitgevoerd. We gaan hierbij uit van het niveau van de regionale zorgzone en een bovenbouw om een aantal generieke opdrachten op te nemen (cfr. preventie, consult en liaison) waarvan de financiering over regionale zorgzones heen gepoold wordt[34].

[34] In de conclusies van de eerstelijnsconferentie wordt voorzien dat de financiering van bepaalde opdrachten voor specifieke doelgroepen en thema's over regionale zorgzones heen gepoold kunnen worden.

De financiering verbonden aan de algemene koepelconvenant van de twee koepelorganisatie (Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg en Zorgnet-Icuro) wordt toegevoegd aan de CGG-financiering.
Door de verhoogde instroom van vluchtelingen wordt er ook in 2017 ingezet op een tijdelijke capaciteitsverhoging van de CGG's en Solentra. Bij de inzet van deze middelen in 2017 wordt rekening gehouden met de evaluatie van de werking in 2016, evenals de verspreiding van de vluchtelingen over Vlaanderen. Ook hier gaan we in opvolging van de resultaten van de Eerstelijnsconferentie uit van het niveau van de regionale zorgzone en een bovenbouw van financiering over meerdere zorgzones heen.

De CAR (Centra voor Ambulante Revalidatie)beschikken over een multidisciplinair en gespecialiseerd team en richten zich op de ambulante, multidisciplinaire diagnostiek én behandeling van personen met complexe problematiek omwille van ontwikkelingsstoornissen (incl. ADHD en ASS), gehoorstoornissen, stotteren, hersenverlamming (CP) of niet-aangeboren hersenletsel (NAH). De CAR werken in grote mate voor kinderen en jongeren. Een deel van de cliëntenpopulatie bestaat uit volwassenen met gehoorstoornissen, stotteren of NAH. Het gaat om personen die omwille van hun complexe problematiek significante beperkingen in activiteiten en participatieproblemen ondervinden en aldus nood hebben aan ambulante, intensieve en multidisciplinaire behandeling. De CAR bieden een laagdrempelige en geïntegreerde medische, paramedische en psychosociale hulpverlening en werken vanuit een biopsychosociaal kader. De brede leefomgeving (school, vrije tijd, werkmilieu, …) wordt maximaal betrokken. Omwille van de overlap in doelgroepen (gezien de uitbreiding naar meer medische doelgroepen, cfr. ADHD, autisme, verstandelijke beperking, gedragsstoornissen, stemmingsstoornissen) en werking is een inbedding binnen de GGZ aangewezen.
Een vergaande samenwerking tot een geïntegreerd aanbod tussen de CAR en de kinder- en jongerenteams van de CGG wordt nagestreefd. Vanuit deze samenwerking wordt voor de doelgroep kinderen en jongeren met andere ambulante functies zoals de (poli)klinische raadplegingen[35], de centra voor ontwikkelingsstoornissen (COS) en de referentiecentra autisme (RCA) een doorgedreven geïntegreerd en afgestemd ambulant aanbod naar diagnostiek gerealiseerd. Om dit te faciliteren krijgen de RCA en op termijn de COS en een plaats binnen de GGZ. Afstemming met het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek (KCD) wordt eveneens uitgebouwd. De banden met de residentiële GGZ worden verder aangehaald gezien diagnostiek ook hier een kernfunctie is.

De medisch sociaal opvangcentra voor (illegale) druggebruikers (MSOC) voorzien laagdrempelige psychosociale en medisch-psychiatrische hulp, coördinatie van spuitenruil en substitutiebehandeling (methadon). Deze zorg wordt in overleg met de cliënt en binnen een breder netwerk met huisartsen, justitie en welzijn georganiseerd om herstel op meerdere levensdomeinen mogelijk te maken.
Een aantal dagcentra drugzorg richten zich tot illegale drugsgebruikers met medische zorg en psychosociale begeleiding (soms in groep, soms individueel), schadebeperking en het voorzien in substitutiebehandeling.
Samen met de bevoegde overheden vernieuwen we de reglementering betreffende de behandeling met vervangingsmiddelen.

We voorzien binnen het nieuw decreet geestelijke gezondheid regelluwte zodat alle ambulante zorgvormen mobiel inzetbaar worden, waar nodig, en home-based werken vanuit iedere reguliere werking mogelijk wordt.

[35] Deze bieden een poliklinische raadpleging en zijn gespecialiseerd in diagnoses, indicatiestelling en behandeling bij een brede waaier aan psychiatrische, psychologische en relationele moeilijkheden.

D.4. Mobiele diagnostiek, behandeling en begeleiding

De rol van de mobiele teams, zowel voor kinderen en jongeren als voor volwassenen, wordt bekrachtigd, In deze teams is ook expertise m.b.t. verslavingsproblematieken beschikbaar. Er wordt maximale aansluiting gezocht bij deze mobiele werkingen. De projecten 'psychiatrische zorg in de thuissituatie' (PTZ) en hun opdrachten worden structureel geïntegreerd in de mobiele werkingen voor volwassenen. Er wordt maximale aansluiting gezocht bij het straathoekwerk dat vanuit de steden, gemeenten, samenlevingsopbouw en CAW voor de meest 'gemarginaliseerde' druggebruikers en dak- en thuislozen georganiseerd wordt. Het straathoekwerk biedt naast het vindplaatsgericht werken, zeer laagdrempelige en aanklampende zorg in de directe omgeving van de gebruiker.

De outreachprojecten kinderen en jongeren vanuit PC Gent-Sleidinge en OPZ Geel naar de gemeenschapsinstellingen worden gecontinueerd en structureel verankerd in het nieuw geestelijke gezondheidsbeleid kinderen en jongeren en de netwerken kinderen en jongeren en bijhorende programma's. Daarnaast financieren we in Vlaanderen drie intersectorale zorgnetwerken voor de begeleiding van kinderen en jongeren met een handicap en complexe problematieken volgens het rugzakprincipe. Onderlinge afstemming en stroomlijning met en tussen de huidige GES en GES+ werkingen (die uitgebreid zullen worden), GAUZZ en de FORK-pilootprojecten wordt hierbinnen gerealiseerd.

D.5. (Semi-)residentiële behandeling en rehabilitatie

Door de staatshervorming zijn een aantal residentiële behandelsettings onder Vlaamse bevoegdheid gekomen. We benadrukken de noodzaak van residentiële behandeling, zowel naar urgenties en crisissituaties, als op het continuüm van kortdurende tot langdurende zorg. Afstemming en samenwerking, o.a. in het kader van functie 4, is noodzakelijk om de rol en positie van deze settings te bepalen. Ook het (semi-)residentieel aanbod maakt onderdeel uit van de zorgstrategische planning.
We nemen initiatieven om de familie en context nauwer te betrekken bij de residentiële zorg. In het kader van de intensifiëring van zorg (functie 4) onderzoeken we met de betrokken overheden in welke mate de organisatie en planning van intensieve gespecialiseerde residentiële units op een grotere schaal kan worden opgenomen. We brengen de gespecialiseerde (semi-)residentiële units die zich richten naar zeer specifieke doelgroepen (bv. eetstoornissen, autisme in combinatie met psychische problemen, …) in kaart en realiseren enerzijds maximale transparantie en anderzijds afstemming en samenwerking met de brede GGZ binnen de bestaande netwerken.

Vier psychosociale revalidatiecentra voor minderjarigen met een RIZIV-conventie behoren door de zesde staatshervorming tot de Vlaamse bevoegdheid. Ze richten zich naar kinderen en adolescenten met ernstige psychiatrische aandoeningen en hebben afhankelijk van de betreffende voorziening een residentieel, semi-residentieel of ambulant aanbod of een combinatie van deze modaliteiten. Zij bieden een gespecialiseerde, intensieve en individuele behandeling voor kinderen en jongeren met een autistische, psychotische of andere zware contactstoornis. We bepalen hoe deze centra zich positioneren binnen het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid kinderen en jongeren en IJH.

In lijn met de acties en beleidslijnen in het kader van IJH en het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren stimuleren we de reconversie[36] van bestaande en erkende bedden naar k(d) en/of k(n)-plaatsen (in combinatie met dagactiviteiten/nachtopvang in een jeugdvoorziening) binnen een regelluw kader. Doelgroep zijn adolescenten. Aanvragen worden bekrachtigd door het netwerk kinderen

[36] Koninklijk Besluit van 16 juni 1999

en jongeren en IROJ. Er kan een beroep gedaan worden op de klassieke VIPA-betoelaging indien bijkomende infrastructuurwerken moeten gebeuren.

De RIZIV-conventies van de moeder-babyeenheden van PZ Bethanië in Zoersel en PZ Sint-Camillus in Gent behoren door de zesde staatshervorming tot de Vlaamse bevoegdheid. De moeder-baby eenheden bieden gespecialiseerde ondersteuning door middel van residentiële opname, dagbehandeling en een beperkte ambulante nazorg voor moeders met psychische problemen rond en na de bevalling. We bekijken hoe hun werking verder ontwikkeld kan worden en hun expertise kan uitgewisseld en verspreid kan worden. De werking wordt ingeschreven in de netwerken kinderen en jongeren en volwassenen.

De revalidatiecentra verslavingszorg met een residentieel aanbod vallen door de zesde staatshervorming eveneens onder de Vlaamse bevoegdheid. Zij voorzien vaak in continuüm van zorg voor mensen een verslaving gaande van outreaching, kortdurende therapeutische programma's die inzetten op ontwenning, oriëntatie en Therapeutische Gemeenschappen (TG) die voorzien in behandelprogramma's. Deze voorzieningen zetten zich actief in om samen met de gespecialiseerde GGZ, de Eenheden Psychiatrische Spoed Interventies (EPSI) en betrokken PAAZ'en en PZ'en binnen de netwerken volwassenen een zorgprogramma verslavingsproblematiek uit te werken. We stimuleren dat er meer met gezinnen en rond opvoedingsondersteuning gewerkt wordt. Er is bijzondere aandacht voor verontrustende situaties. We experimenteren in welke mate een specifiek aanbod voor jongeren uit de transitieleeftijd met zeer complexe problematieken, waaronder verslaving, noodzakelijk is.

Binnen de psychosociale revalidatiecentra volwassenen bieden twee voorzieningen, TG De Evenaar en Tsedek, residentiële behandeling aan. Zij richten zich naar (jong)volwassenen met aanslepende psychische problemen en maatschappelijke moeilijkheden.

Het OPZC Rekem en OPZ Geel worden verzelfstandigd. De opgebouwde expertises o.a. m.b.t. forensische geestelijke gezondheidszorg en gezinsverpleging worden gevalideerd.

D.6. Integratieve herstelgerichte ondersteuning / rehabilitatie en revalidatie

Rehabilitatie, met als doel gelijkwaardigheid en volwaardig burgerschap, is een cruciale functie. Herstel, sociale inclusie en aangepaste tewerkstellingsmogelijkheden zijn sleutelbegrippen.
De psychosociale revalidatiecentra kinderen en jongeren hebben een (semi)residentieel, ambulant of outreachend aanbod naar kinderen, jongeren en jongvolwassenen met een autistische, psychotische of andere contactstoornis, of met een ontwikkelingsstoornis en emotionele of gedragsproblemen. Via een multidisciplinaire behandeling wordt ingezet op communicatie, zelfredzaamheid, sociale ontwikkeling en het alledaagse functioneren. In samenwerking met de ouders en andere opvoedingsverantwoordelijken wordt gestreefd naar een re-integratie in het thuis- en/of onderwijsmilieu. Vanuit de netwerken kinderen en jongeren zal op basis van een duidelijk kader constructieve samenwerking en stroomlijning van de rehabilitatiepartners in samenwerking met CLB, onderwijs, … gestimuleerd en geconcretiseerd worden. Doelstelling is de ontwikkeling van een programma 'integratieve herstelgerichte ondersteuning' (cfr. gids).

De psychosociale revalidatiecentra volwassenen (m.u.v. TG De Evenaar en Tsedek) bieden een ambulant en/of (semi)residentieel revalidatieprogramma van beperkte duur aan. De intensieve, multidisciplinaire behandeling en begeleiding is gericht op herstel van de autonomie en sociale en/of professionele integratie. Naast de psychociale revalidatiecentra volwassenen zijn er verschillende partners in het werkveld actief rond rehabilitatie voor volwassenen, zoals de relevante RIZIV-conventies verslavingszorg zoals de dagcentra, de dagactiviteitencentra gelinkt aan Beschut Wonen, de CAR (NAH-werking, gehoor-tinnitues-problematiek), de CGG (buddywerking), HerstelAcademie, … evenals rehabilitatieafdelingen

binnen PAAZ'en of PZ'en, diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, OCMW, CAW's, vrijwilliger- en mantelzorgorganisaties, ... Vanuit de netwerken volwassenen zal op basis van een duidelijk kader dat in samenwerking met de federale overheid uitgewerkt zal worden, constructieve samenwerking, stroomlijning en maximale integratie van deze rehabilitatiepartners gestimuleerd en geconcretiseerd worden. Participatie van de cliënt, zijn context en mantelzorgers zijn hierbij cruciaal.
Binnen rehabilitatie neemt werk een belangrijke positie in. Omwille van de complexiteit brengen we de financieringsbronnen voor de verschillende vormen van arbeidszorgplaatsen in kaart en bekijken met de betrokken overheden hoe we een coherent en afgestemd beleid kunnen voeren waarin we continuüm tussen reguliere tewerkstelling en dagbezigheid en ontmoeting nastreven.
In 2017 maken we werk van de uitvoering van het decreet houdende de werk- en zorgtrajecten i.s.m. de beleidsdomeinen werk en sociale economie. We willen samen met het ministerie Werk een proeftuin rond arbeidszorg organiseren. In tussentijd wordt alvast TAZ (Tender Activerende Zorg) verder verlengd. De arbeidscoaches die zijn tewerkgesteld in de revalidatiecentra van de netwerken 107 blijven een belangrijke partner om de resocialisatie van personen met een psychische problematiek te kunnen realiseren.
Het protocolakkoord van de revalidatiecentra wordt verlengd tot 01/01/2019.

D.7. Begeleiding in het kader van woonzorg

Iedereen heeft recht op behoorlijke huisvesting. In het kader van herstel en inclusie is het hebben en houden van een woning essentieel. Enerzijds moet er voorzien worden in een voldoende uitgebouwd en gedifferentieerd woonaanbod. Anderzijds moet de begeleiding en gecombineerde verzorging aangepast worden aan de noden en behoeften van de bewoners. Doelstelling is steeds een maximale ontwikkeling van de persoonlijke zelfstandigheid en autonomie, vertrekkend vanuit de aanwezige mogelijkheden en krachten. De woonvormen geestelijk gezondheid dienen zo maximaal mogelijk op maat van de cliënt te zijn en los staan van zijn problematiek of de begeleiding die hij/zij nodig heeft, en gaan hierrond actief in overleg met o.a. de minister van wonen vanuit een visie op 'health in all policies'.
Er zijn verschillende partners in het werkveld actief rond woonzorg, zoals de initiatieven beschut wonen, psychiatrische verzorgingstehuizen, verslavingszorgcentra (cfr. "halfweghuizen" en/of tussenhuizen), sociale verhuurkantoren, sociale huisvestingsmaatschappijen, OCMW, CAW, woonfuncties VAPH, ... Vanuit de netwerken volwassenen zal op basis van een duidelijk kader constructieve samenwerking van deze "woonpartners" gestimuleerd en geconcretiseerd worden. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen het realiseren van samenwerking rond het "woonaanbod" (infrastructuur) en de begeleiding in het kader van woonzorg. Afstemming en stroomlijning van deze begeleiding zowel organisatorisch, inhoudelijk als via personeelsinzet, met de mobiele teams 2B is essentieel (cfr. interprofessionele teams). Er wordt extra ingezet op de transitieleeftijd (16-23 jaar) en samenwerking opgezet met sectoren uit de jeugdhulp. Zo is bv. samenwerking met de CAW binnen het globaal plan 'dak- en thuisloosheid' en meer specifiek in het kader van de uitstroom uit de instellingen cruciaal. De oproepen voor projecten geïntegreerde zorg voor chronisch zieken in opvolging en uitvoering van de gids chronische zorg worden meegenomen. Voor de leeftijdsdoelgroep ouderen wordt specifiek ingezet op de samenwerking met de woonzorgcentra.
Er wordt voortgebouwd op bestaande goede praktijken, zoals binnen de 'Proeftuinen woonzorg voor mensen met een langdurige psychiatrische problematiek' en het Antwerpse SSeGA project 'Samenwerking Sociale Huisvestingmaatschappijen en GGZ Antwerpen' in het kader van de projecten wonen-welzijn. We voorzien ruimte voor nieuwe proeftuinen. Binnen deze proeftuinen kan er ook geëxperimenteerd worden met nieuwe gecombineerde woon- en zorgvormen tussen ouderenzorg en ggz.

We evolueren naar een flexibele inzet van 'wonen en zorg', waarin de zorgzwaarte en -behoefte centraal staan en niet een diagnose of problematiek, noch het beschikbare woonaanbod geestelijke gezondheid. Door een regionale samenwerking rond het woonaanbod willen we, in combinatie met een effectieve regionale aanpak van dak- en thuisloosheid en de inschakeling van andere actoren om de toegankelijkheid van de woningmarkt te verruimen, echt inzetten op het recht op behoorlijke huisvesting. Dit wordt overlegd met de betrokken overheden.
We willen met alle betrokken overheden gaan voor een sterk lokaal sociaal beleid op alle terreinen. Binnen deze netwerkoefening voorzien we flexibilisering en regelluwte (bv. m.b.t. quotum Beschut Wonen individueel wonen, differentiatie in personeelsinzet, nachtpermanentie, ….).

3. Versterken van het beleid en de ondersteunende systemen m.b.t. geestelijke gezondheid

3.1. Steunpuntfunctie geestelijke gezondheid

De GGZ in Vlaanderen staat voor grote uitdagingen. Er is nood aan ondersteuning en aan bundeling van krachten. In het kader van een coherent beleid werken we een consistente steunpuntfunctie uit voor de geestelijke gezondheid. Deze steunpuntfunctie werkt inhoudelijk nauw samen met het "intersectorale Vlaamse steunpunt ter ondersteuning van welzijnsbevordering en samenlevingsopbouw"[37] en legt de nodige thematische verbindingen (bv. kennisplein, …). Centrale doelstellingen van de steunpuntfunctie zijn informatie en advies, opbouw en borging van kennis en expertise, praktijk- en methodiekontwikkeling, dienstverlening, beleidsgerichte acties, informatie en sensibilisering en beeldvorming en destigmatisering. De steunpuntfunctie werkt samen met onderzoeksinstellingen, onderwijs en opleidingspartners, waaronder het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ) en het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek (KCD), evenals preventie partnerorganisaties (cfr. 2.1) gezien het belang van een continuïteit van preventie tot zorg Er wordt actief samengewerkt en afgestemd met de koepel-, patiënten- en familieorganisaties actief binnen de GGZ, evenals met andere relevante belendende sectoren zoals de eerstelijnszorg. Voor de creatie van deze steunpuntfunctie bundelen we de huidige krachten en (gedeeltes van de) middelen van de verschillende partners die nu reeds de sector inhoudelijk ondersteunen, nl. Vlaamse Vereniging voor Geestelijke gezondheid (VVGG), de inhoudelijke koepelconvenant van de twee koepelorganisatie (Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg en Zorgnet-Icuro) en de VAD. De Vlaamse bovenbouw van de Overlegplatforms GG wordt aan het steunpunt verbonden, evenals de Associatie Beeldvorming. Het departement en het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid leiden deze oefening.
De steunpuntfunctie neemt een coördinerende rol op om de samenwerking te bevorderen tussen de partners die zich inzetten voor participatie en inspraak, zowel vanuit cliëntperspectief als vanuit contextsperspectief. We denken hierbij aan de Open Patiëntenkoepel Geestelijke Gezondheid (OPGanG) van het Vlaams Patiëntenplatform, aan het Familieplatform Geestelijke Gezondheid (FGG) en de Overlegplatforms GG die participatie als kernopdracht hebben.
De beroepsverenigingen en onderwijsinstellingen worden bij deze ontwikkeling nauw betrokken en vormen een belangrijk aanspreekpunt.

[37] Dit verwijst naar de organisatorische integratie tussen het Steunpunt Algemeen Welzijnswerk, Steunpunt ExpertiseNetwerken (SEN vzw) en Steunpunt Jeugdhulp, Samenlevingsopbouw Vlaanderen en het Vlaams Centrum Schuldenlast.

3.2. Aangepaste regelgeving

We realiseren tegen het einde van de legislatuur een op dit actieplan aangepaste decretale regelgeving. Het nieuwe decreet bouwt voort op de beschreven visie en acties. Daarnaast stimuleren we alle betrokken actoren om via projecten rond innovatie binnen het domein van de geestelijke gezondheid te experimenteren.
We willen de administratieve last beperken tot een minimum. We gaan in overleg over de realisatie van een regelluwe en flexibele regelgeving en financiering cfr. de beleidsnota WVG.

3.3. Aangepaste financiering

Conform het Vlaams regeerakkoord en de conceptnota Vlaams Sociale Bescherming (VSB) worden PVT en Beschut Wonen ingekanteld in de VSB die persoonsvolgend is georganiseerd. De VSB ondersteunt mensen met een (langdurige) zorgnood in hun mogelijkheid om de regie van hun zorg in eigen handen te houden. De VSB maakt zorg zowel thuis, ambulant als residentieel (financieel) toegankelijk. We nemen alle revalidatieconventies GGZ na de transitie op in het VSB-kader, ook de revalidatieconventies die zich richten naar personen met een verslavingsproblematiek. In functie van een éénduidig en geïntegreerd financieringsmodel binnen de GGZ (cfr. SARWGG-advies Conceptnota Verslavingszorg 17/11/2016) gaan we na of de CGG-financiering eveneens deel kan uitmaken van de VSB. We onderzoeken in overleg met de bevoegde overheden hoe we VSB in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest uitvoeren.

We maken binnen de VSB een eenvoudig, uniform en aangepast financieringssysteem voor de GGZ dat afgestemd is met de principes van persoonsvolgende financiering in de andere VSB-pijlers. De juridische basis zal gelegd worden in het nieuw decreet VSB tegen eind 2018. Het recht op financiering is principieel gekoppeld aan het verzekerd zijn in het kader van de VSB. De cliënt levert ook binnen het VSB een eigen bijdrage. We streven in overleg met de federale overheid naar een harmonisatie van de cliënttarieven in de GGZ, rekening houdend met specifieke modaliteiten als duur en intensiteit van zorg en in afstemming met de cliënttarieven in de eerstelijn en de derdelijn.
We engageren ons om een kader uit te werken zodat iedereen, ongeacht problematiek of sociale en financiële context, aanspraak kan maken op de zorg die hij/zij nodig heeft (bv. mensen die dak- of thuisloos zijn, mensen met een verslavingsproblematiek, mensen met een interneringsstatuut – niet-vrijwillige hulp, …).
De financiering in het kader van de VSB bestaat uit een persoonsvolgend (nl. behoeftegerelateerd) onderdeel en een organisatiegebonden onderdeel.
Het persoonsvolgende deel is gebaseerd op een beoordeling van de noden en behoeften van de cliënt (zorgzwaarte-inschatting) en wordt uitgedrukt in eenheden zorg/behandeling (bv. uren, dagdelen, dagen, …). We zullen nagaan op welke manier we de persoonsvolgende financiering kunnen operationaliseren binnen het GGZ-kader, bv. via trekkingsrechten. Voor de zorgzwaarte-inschatting van mensen met een chronische problematiek onderzoeken we hoe we op termijn het 'interRAI assessment system', kortweg de interRAI, hiervoor kunnen inzetten. De complementariteit met het International Classification of Functioning, Disability and Health wordt mee bekeken. Ook voor kinderen en jongeren wordt onderzoek gedaan naar een specifieke interRAI-schaal om de zorgzwaarte in te schatten. Daarnaast moet ook de sociale context in rekening kunnen worden gebracht binnen de interRAI (sociale module). We onderzoeken of en op welke wijze de financiering binnen VSB kan worden geregeld bij acute situaties.

Voor de CGG zullen we de huidige financiering van een aantal generieke opdrachten, zoals preventie, consult en liaison, … poolen en koppelen aan een bovenbouw van de regionale zorgzones, in opvolging van de resultaten van de Eerstelijnsconferentie.

Er is ook de VIPA-financiering voor infrastructuur. De Centra Geestelijke Gezondheidszorg, de Centra Ambulante Revalidatie erkend door het VAPH, de aanloopadressen inzake Beschut Wonen en PVT kunnen op vandaag een beroep doen op subsidiëring via de klassieke procedure VIPA. We bepalen op welke manier we kunnen investeren in de infrastructuur van de voorzieningen van de bij de zesde staatshervorming overgehevelde sectoren, waaronder de revalidatieconventies GGZ, die nu nog niet beroep kunnen doen op de klassieke procedure VIPA. Hierbij gaan we eveneens na of we het systeem voor de aangehaalde sectoren die zich op vandaag beroepen op de klassieke procedure inkantelen in een nieuw mogelijks forfaitair systeem.
Voor de (psychiatrische) ziekenhuizen en de (kinder-)psychiatrische afdelingen van deze (psychiatrische) ziekenhuizen komt er een financiering via een instandhoudings- en strategisch forfait. In afwachting van het invoeren van het strategisch forfait kunnen precaire dossiers via de klassieke procedure in aanmerking komen. De psychiatrische ziekenhuizen schrijven zich ook actief in in het concept 'hospital of the future'.

We evolueren van erkenningscriteria van sectoren naar erkenningscriteria van functies. Dit wordt uitgewerkt in een nieuw decreet geestelijke gezondheid. De criteria van Maatschappelijk Verantwoorde Zorg[38], met name kwaliteit, performantie, rechtvaardigheid, relevantie en toegankelijkheid worden hierbij als basis genomen. We voorzien in de nodige rechtszekerheid in de organisatie en financiering van de geestelijke gezondheidszorg (door o.a. structurele verankering van projectmatige financiering op basis van evaluatie). Daarnaast voorzien we financieringsmogelijkheden voor innovatieve projecten zodat er voldoende flexibiliteit en incentives kunnen ontstaan voor sociaal ondernemerschap en innovatie.
We werken in het decreet geestelijke gezondheid parameters voor een zo objectief mogelijke programmatie uit (cfr. KCE-studie over behoeften in de GGZ die wellicht recent opgestart wordt).

Omwille van moeilijkheden die sommige CGG, CAR en andere GGZ-voorzieningen ervaren om een psychiaterfunctie aan te trekken, maken we werk van een sectorbrede harmoniseringsoefening van honorering van psychiaterfuncties, rekening houdend met de specifieke opdrachten en werklast in de verschillende zorgvormen. Vanzelfsprekend clusteren we deze problematiek aan de besprekingen in de werkgroep 'Medische functie' in het overlegorgaan 'volwassenen'. We onderzoeken op welke wijze we via onze nieuwe bevoegdheid inzake subquota het tekort aan psychiaters kunnen aanpakken.

3.4. Zorgstrategische planning

We streven naar een zorgsysteem dat beter aansluit bij de behoeften van de burgers en dat toelaat om in te spelen op de wisselende zorgvraag. We onderzoeken of de zorgstrategische planning voor de ziekenhuizen kan dienen als basis voor de zorgstrategische planning voor de psychiatrische ziekenhuizen. We vertrekken voor de opmaak van een zorgstrategische planning binnen de GGZ steeds vanuit een inventarisatie van het bestaande zorgaanbod en plaatsen deze programmatie naast specifieke kenmerken van de regio wat betreft inwonersaantallen, prevalentie geestelijke gezondheid, sociaaleconomische situatie, ... en maken lokale, regionale en Vlaamse vergelijkingen. We inventariseren m.a.w. de blinde GGZ-vlekken en anticiperen hier toekomstgericht en financieringsgewijs op. We stimuleren in dit kader de ontwikkeling van vernieuwende en alternatieve zorgvormen. Transparantie over en samenwerking en afstemming rond bv. wachttijden en -lijsten, zowel binnen de GGZ als met de belendende sectoren, is een evidentie. De netwerken kinderen en jongeren en

[38] SAR WWG - Visienota Maatschappelijk Verantwoorde Zorg (24 februari 2011)

volwassenen bieden reeds kansen tot het opnemen van een collectieve verantwoordelijkheid. De Overlegplatforms GG nemen samen met de respectievelijke netwerkcoördinatoren een rol op bij de ontwikkeling van deze zorgstrategische planning, zowel lokaal, regionaal als Vlaams.
Door bestaande reconversieregels en programmatie te benutten, kunnen algemene ziekenhuizen, maar ook bv. woonzorgcentra, een rol opnemen in het beleid geestelijk gezondheid, bv. m.b.t. reconversie naar k(d/n)-bedden of PVT.
Einddoelstelling is de realisatie van een lokale, regionale en Vlaamse zorgstrategische planning gebaseerd op een algemeen zorgstrategisch plan voor Vlaanderen waarbij het lokaal en regionaal zorgstrategisch plan de basis vormt voor de zorgstrategische planning van verschillende organisaties. Vertrekpunt vormt een behoefteanalyse GGZ (cfr. onderzoeksopdracht KCE) geïnitieerd vanuit de federale overheid en de gemeenschappen en gewesten. Er wordt bij de inzet van de middelen steeds vertrokken van coëfficiënten die rekening houden met het aantal inwoners, prevalentie psychische problemen (verslavingsproblematieken incluis), sociaaleconomische situatie, … van iedere betreffende regio ten opzichte van Vlaanderen.

3.5. Geïntegreerde kwaliteitsbenadering – VIKZ / Zorginspectie

Vlaanderen investeert in een Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ). Via VIKZ willen we de kwaliteit van de zorg in de Vlaamse gezondheidszorg, de GGZ incluis, de eerstelijnszorg en de woonzorg verbeteren. De Vlaamse Indicatoren Projecten, het project dat al enkele jaren loopt in de GGZ, wordt structureel verankerd en zo maximaal mogelijk afgestemd met Zorginspectie. Vanuit het VIKZ zullen we met vertegenwoordigers vanuit het werkveld en patiënten- en familieorganisaties, maximaal rekening houdend met bestaande registratietools en kwaliteitsindicatoren, valide kwaliteitsindicatoren en registratiesystemen ontwikkelen en veralgemenen, voorzieningen en zorgverstrekkers stimuleren om met kwaliteitsindicatoren te werken en de resultaten van kwaliteitsindicatoren online bekendmaken. Om effectief in te zetten op een geïntegreerde kwaliteitsbenadering is gestructureerde afstemming met wetenschappelijk onderzoek en monitoring nodig (cfr. hoofdstuk 3.6.).

De Vlaamse Overheid en de Afdeling Zorginspectie evolueert naar een partner in de kwaliteitsbewaking van de ziekenhuizen. We voeren onafhankelijke audits (nalevingstoezicht) uit met betrekking tot kwaliteit en patiëntveiligheid en zijn hierrond zeer open en transparant, ook naar de samenleving. We onderzoeken of we naar analogie van de algemene ziekenhuizen een alternatief kunnen bieden voor het systeemtoezicht binnen de psychiatrisch ziekenhuizen via accreditatie en bekijken welke accreditatiebureaus aangewezen zijn. De referentiekaders voor de PZ, die het uitgangspunt vormen voor de audits van de zorginspectie, worden geactualiseerd. Daarnaast bereiden we het referentiekader voor van de voorzieningen in de verslavingszorg, IBW, PVT en andere aangepaste woonvormen voor mensen met een psychiatrische problematiek. We ontwikkelen een Vlaams referentiekader forensisch-psychiatrische zorg dat bindend zal zijn voor diensten en voorzieningen waarvoor de Vlaamse overheid bevoegd is, cfr. de medium-security voorzieningen en de forensisch-psychiatrische zorg die in de reguliere voorzieningen worden geboden. Dit referentiekader is een opstap om, in overleg met de federale overheid, te komen tot een breder forensisch referentiekader dat van toepassing zou zijn in alle forensische zorg in Vlaanderen, inclusief de forensische psychiatrische centra.
We zetten actief in op een kwaliteitsvolle toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen in de psychiatrische ziekenhuizen, maar ook daarbuiten (bv. jeugdhulp). Ook bekijken we welke maatregelen we eventueel moeten nemen om de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen o.a. in de psychiatrische ziekenhuizen te verminderen en een kwaliteitsvol ontslag en nazorg te realiseren.

3.6. Wetenschappelijk onderzoek en monitoring

In de beleidsnota 2014-2019 maken we een duidelijke keuze voor wetenschappelijk onderzoek en gaan we voor de ontsluiting ervan, o.a. via het VIKZ. Volgende intersectorale thema's zijn belangrijk: financiering, zorgzwaartemeting, effectieve hulp- en dienstverlening en kwaliteit van de zorg, steeds met aandacht voor het perspectief van de gebruiker. We concretiseren dit Actieplan in duurzame ontwikkelingsdoelen en targets. Zo zetten we o.a. in op de studie naar de InterRAI GGZ en Community Mental Health die we opzetten in het kader van de zorg voor langdurig psychiatrische cliënten in PVT , IBW, ... Het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin speelt hierin een prominente rol. Ook onderzoeken we de risicofactoren die de toename van het aantal suïcides bij de leeftijdsgroep 45-60 jaar kunnen verklaren.

We bekijken of en op welke wijze we de registratie van de minimale psychiatrische gegevens (MPG) in de GGZ kunnen implementeren. We wachten evenwel eerst de resultaten van de verschillende onderzoeken inzake interRAI en de beleidsvertaling van deze resultaten naar een mogelijke brede inzet van de interRAI af. Op deze manier willen we de digitale gegevensdeling binnen de GGZ uniformiseren en verder uitrollen.

We onderbouwen beleidsinitiatieven cijfermatig om bij te sturen waar nodig. De bestaande registratiegegevens en indicatoren (bijv. indicatoren CGG, TDI in de verslavingszorg, registratie eerstelijnspsychologische functie, …) gebruiken we voor beleidsvoorbereiding en -opvolging.

3.7. Participatie en inspraak van de cliënt en context

Om inspraak, participatie en empowerment van de cliënt en zijn context te versterken, verzamelen en integreren we de goede praktijken en hun kritische succesfactoren, zoals het volwaardig lidmaatschap van de cliënt en zijn context aan teambijeenkomsten, de 'open space'-methodiek, de methodiek van herstel- en krachtgericht werken, de herstelacademies, … Daarnaast ontwikkelden we kwaliteitsindicatoren inzake patiëntenparticipatie, betrekken van de context, inzet van ervaringsdeskundigheid, ... Ook in de andere indicatoren wordt de aandacht voor het betrekken van de cliënt en zijn context meegenomen. Er is door het Vlaams Patiëntenplatform (VPP) en OPGanG een patiëntenvragenlijst ontworpen die de ervaringen van cliënten over de kwaliteit van de zorg bevraagt (Vlaamse Patiëntenpeiling). Ook vanuit het federale participatie-project is een participatiechecklist ontwikkeld.

We stimuleren organisaties om ervaringsdeskundigen in hun werking in te schakelen en onderzoeken of een aanpassing van de erkenningsnormen een meerwaarde kan betekenen. We onderzoeken welk competentieprofiel, statuut en wettelijk kader voor de inschakeling van ervaringsdeskundigen en/of ervaringswerkers noodzakelijk is. De verschillende opleidingen tot ervaringsdeskundige en/of ervaringswerker worden gestroomlijnd en mogelijks uitgebreid. We bekijken welke rol het Herstelplatform hierin kan opnemen.

Het Familieplatform is en blijft een belangrijke partner. Er wordt vertrokken vanuit een algemeen kader om vervolgens in te zoomen op specifieke doelgroepen of problematieken. Het stimuleren van een familievriendelijke zorg met linken naar bejegening, ondersteuning, informatie en participatie staat centraal. De verbindingen met de lidorganisaties en de samenwerking andere organisaties die zich richten naar de context, worden verder aangescherpt. Het FGG wordt verder versterkt door nieuwe methodieken en doelgroepen toe te voegen, bv. m.b.t. transgenders.

OPGanG is verankerd in de overeenkomst met het Vlaams Patiëntenplatform (VPP) en er is een duidelijk opdrachtenkader uitgewerkt, o.a. wat betreft afvaardiging naar de Vlaamse beleidsorganen. Naast OPGanG kunnen ook individuele verenigingen een erg waardevolle rol opnemen binnen de GGZ, zoals de participatie-initiatieven binnen de Overlegplatforms GG, de patiënten- en familieverenigingen,

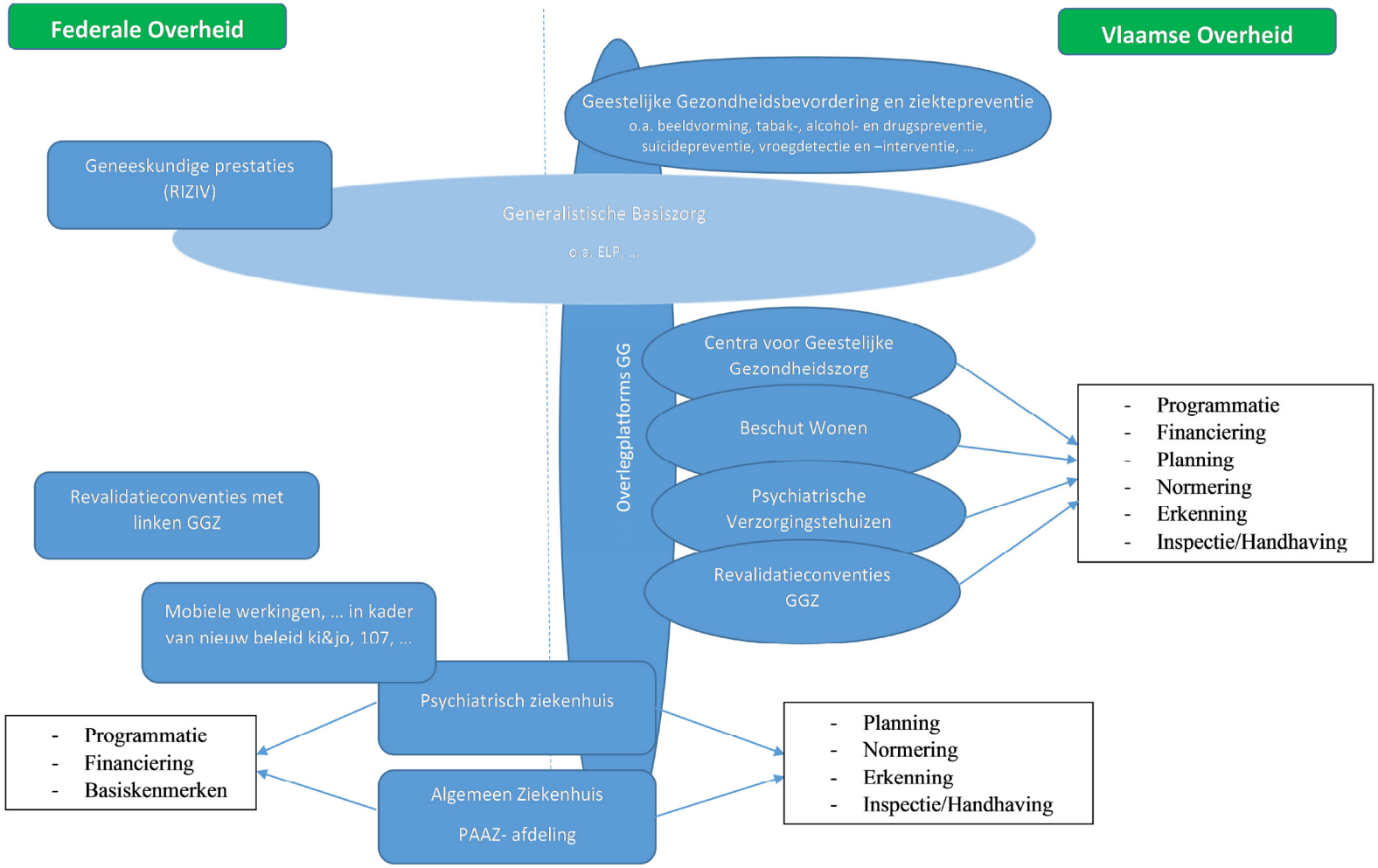
Cachet, Vlaamse Jeugdraad, het toekomstig cliëntenforum IJH, ... Participatie en inspraak van kinderen en jongeren met een psychische problematiek blijft een grote uitdaging.

3.8. Kwartiermaken

Kwartiermaken is de andere kant van de medaille van vermaatschappelijking, inclusie en herstel. Hoe kan de samenleving, de buitenwereld, betrokken raken op mensen die een bepaalde kwetsbaarheid hebben of die een psychiatrische achtergrond hebben? Kwartiermaken zet in op de tolerantie van de maatschappij, maakt de maatschappij als het ware 'klaar' om het 'anders dan gewone' in te sluiten in nauwe samenwerking met opbouwwerk, wijkwerking, ... Kwartiermaken is een verantwoordelijkheid van iedereen, van iedere hulpverlener, iedere organisatie en het lokaal sociaal beleid.

Bijlage 1: Algemeen overzicht bevoegdheidsverdeling Geestelijke Gezondheid(szorg)

Dit is een zeer algemeen overzicht op basis van de huidige sectoren en bevoegdheden. Conform het Actieplan leggen we toekomstgericht de focus op netwerken en zorgprogramma's op basis van functies, in plaats van op sectoren en organisaties.



Algemeen overzicht financiering erkende sectoren Geestelijke Gezondheidszorg

Dit is een zeer algemeen, rudimentair overzicht van de huidige Vlaamse financiering van de erkende GGZ-sectoren. De financiering van 'geestelijke gezondheidsbevordering en ziektepreventie', de projectfincaniering en de financiering voor "ondersteunende systemen" hebben we in dit overzicht omwille van de complexiteit niet meegenomen.

Centra Geestelijke Gezondheidszorg: ± 70.000.000€
Beschut Wonen: ± 44.000.000€
Psychiatrische Verzorgingstehuizen: ± 77.000.000€
Revalidatieconventies GGZ: ± 125.000.000€
Overlegplatforms GG: ± 1.300.000€

Bijlage 2: Overzicht Acties Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid

NR.		ONDERWERP
1.		**REGELGEVING**
1.1	GZ	Ontwikkeling Decreet Geestelijke Gezondheid
1.2	GZ	Ontwikkeling Overnamedecreet PVT/BW en Revalidatie (GGZ)
1.3	GZ	Aanpassen 'Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid' aan SAR WGG-advies
2.		**ORGANISATIE EN OPVOLGING OVERLEG**
2.1		Structureel Overleg Geestelijke Gezondheid
2.2		Koepeloverleg CGG
2.3		Overlegplatform 'revalidatie' en Forum revalidatie-conventies
2.4		Forum PVT-BW
2.5		IKW Taskforce GGZ – IMC Volksgezondheid
2.6		Algemene Cel & Cel Gezondheidsbeleid Drugs – IMC Volksgezondheid en werkgroepen
2.7		IKW BELRAI
2.8		Redactiecomité nieuw beleid kinderen en jongeren
2.9		Overlegorgaan 107 – werkgroep territorium / medische functie / mobiele equipe
2.10		Vlaamse Taskforce met o.a. afstemming IJH – K-diensten (crisiswerking en evaluatie FORK)
3		**NIEUW BELEID - HERVORMING GGZ**
3.1	GZ	Realisatie één beheersstructuur Associatie Beeldvorming
3.2	PREV-GC	Realisatie associatie partnerorganisaties preventie GG ikv coherent beleid
3.3	PREV-GC	Evaluatie en structureren projecten verslavingsfonds (tabaks- en drugsfonds)
3.4	PREV	Stroomlijning suïcidepreventielandschap
3.5	PREV-GC	Lancering Preventiecoaches in bedrijven – bedrijfcoaches
3.6	PREV+GZ	Realisatie 'programma vroegdetectie en –interventie'
3.7	PREV	Structurele inbedding spuitenruil in MSOC-werking en onderzoek uitbreidingen
3.8	GZ	Ontwikkeling overzichtelijke sociale kaart GGZ (en begrippenkader GGZ)
3.9	GZ	Aanpassing kernopdrachten Overlegplatforms GG en afstemming NWC
3.10	GZ-ELC	Integratie Overlegplatforms GG met Logo's, LMN's, Pal. Netwerken, …
3.11	GZ-ELC	Aanpassen grenzen netwerken en werkingsgebieden GGZ aan regio's Eerstelijnsconferentie
3.12	GZ	Inbedding netwerken cultuursensitieve zorg in Vlaamse steunpuntfunctie (zie ondersteunende systemen)
3.13	GZ-ELC	Actualiseren MDO PSY
3.14	PREV+GZ	Uitwerken beleids- en financieringskader onlinehulpverlening (zowel preventie als zorg)

3.15	GZ	Operationaliseren samenwerking met justitiehuizen (o.a. m.b.t. drugbehandelingskamer)
3.16	GZ	Financiering module 'aanmelding en toeleiding na detentie' - TANDEM
3.17	GZ(-ELC)	Bovenbouw CGG en eventuele bijsturing in werkingsgebieden
3.18	GZ	Integreren algemene koepelconvenanten CGG in CGG-financiering
3.19	GZ	Samenwerking CAR en kinder- en jongerenteams CGG
3.20	GZ	Afstemming ambulant aanbod diagnostiek
3.21	GZ	Integratie PZT in mobiele werkingen volwassenen netwerken 107
3.22	GZ	Afstemming tussen outreachprojecten, GES/GES+, GAUZZ en FORK-projecten
3.23	GZ	In kaart brengen gespecialiseerde (semi-)residentiële units voor specifieke doelgroepen
3.24	GZ	Reconversie k(d) en/of k(n)-plaatsen
3.25	GZ	Verzelfstandiging OPZC Rekem en OPZ Geel
3.26	GZ	Stroomlijning rehabilitatiepartners kinderen en jongeren en volwassenen
3.27	GZ	Uitvoering decreet W²
3.28	GZ	Samenwerking "woonpartners" concretiseren – afstemming BW en mobiele werking F2B
3.29	GZ(-ELC)	Uitwerking concept rond ombudsfunctie GGZ (in afstemming met conclusies ELC)
3.30	GZ	Realiseren kader voor doorstroming geïnterneerden naar reguliere aanbod (ook m.b.t. dubbeldiagnose)
4		**ONDERSTEUNENDE SYSTEMEN M.B.T. NIEUW BELEID GEESTELIJKE GEZONDHEID**
4.1	Dep	Uitbouw Vlaamse Steunpuntfunctie Geestelijke Gezondheid
4.2	GZ	Toewerken naar een inkanteling GGZ binnen VSB
4.3	GZ+FOD	Harmoniseren van cliënttarieven in de GGZ
4.4	GZ	Uitwerken financiering infrastructuur zesde staatshervorming overgekomen sectoren (VIPA, forfetair, …)
4.5	GZ	Invoeren infrastructuurfinanciering via instandhoudings- en strategische forfait PZ en PAAZ
4.6	GZ	Ontwikkeling van valide kwaliteitsindicatoren en registratiesystemen vanuit VIKZ
4.7	ZI	Ontwikkelen alternatief voor systeemtoezicht Zorginspectie binnen PZ via accreditatie
4.8	GZ	Actualisatie referentiekaders zorginspectie PZ en uitwerking referentiekaders BW, PVT, forensische zorg, …
4.9	ZI	Actief inzetten op kwaliteitsvolle toepassing vrijheidsbeperkende maatregelen vanuit zorginspectie
5		**PROJECTEN**
5.1	GZ	Hoogbegaafde kinderen en jongeren met psychische problemen
5.2	WS	Preventielijn 'Stop it now!'
5.3	GZ	Zelfzorgcampagne transitieleeftijd
5.4	GZ	Eerstelijnspsychologische functie (ELP) volwassenen
5.5	GZ	Eerstelijnspsychologische functie (ELP) kinderen en jongeren
5.6	GZ	Competentieontwikkeling en kwaliteit en rol en positie TEJO

5.7	GZ	Proeftuinen woonzorg
6		**ONDERZOEK**
6.1	GZ	Onderzoeken InterRAI met linken naar GGZ (screener ki&jo, Sociale module, Community mental health)
6.2	GZ	Onderzoek VSB en PVF met linken naar GGZ
6.3	FOD	Opvolgen KCE-studie 'Organisatie en optimalisering van GGZ voor ouderen in België'
6.4	FOD	Opvolgen KCE-studie behoeftenanalyse GGZ
6.5	*GZ*	*Onderzoeken invloed mogelijke terugbetaling psychotherapie op werking CGG*
6.6	*GZ*	*Onderzoeken organisatie en planning van intensieve gespecialiseerde (semi-)residentiële units*
6.7	*GZ*	*Onderzoeken vertaling zorgstrategische planning ziekenhuizen naar psychiatrische ziekenhuizen*
6.8	*GZ*	*Onderzoeken competentieprofiel (opleiding), statuut en wettelijk kader ervaringsdeskundigen*
7		**DIVERSE DOSSIERS**
7.1		Dossier VSB
7.2		Dossier Gezondheidsconferentie (Preventie)
7.3		Dossier Conferentie Eerstelijnszorg
7.4		Dossier chronische zorg federale overheid
7.5		Dossier VAPH en GGZ

Bijlage 3: Overzicht werkingsgebieden netwerken GG, Overlegplatforms GG en Intersectorale Zorgnetwerken

1. Netwerken kinderen en jongeren

De werkingsgebieden van de netwerken kinderen en jongeren vallen samen met de grenzen van de provincies. Dit betekent dat Vlaanderen vijf netwerken kinderen en jongeren telt:

- West-Vlaanderen: WINGG
- Oost-Vlaanderen: Netwerk Geestelijke Gezondheid Kinderen en Jongeren Oost-Vlaanderen
- Antwerpen: PANGG
- Limburg: Ligant
- Vlaams-Brabant: Yuneco

In Brussel is één netwerk geestelijke gezondheid kinderen en jongeren uitgebouwd, nl. Bru-Stars.

Meer informatie: www.psy0-18.be.

2. Netwerken volwassenen

Onderstaande kaart geeft een overzicht van de verschillende netwerken volwassenen in Vlaanderen en Brussel, evenals van hun werkingsgebieden.



Meer informatie: www.psy107.be.

3. Netwerken internering

De netwerken internering vallen samen met de grenzen van de Hoven van Beroep. Dit betekent dat Vlaanderen drie netwerken internering telt:

- Netwerk internering Hof van Beroep Antwerpen (Antwerpen en Limburg)
- Netwerk internering Hof van Beroep Gent (Oost- en West-Vlaanderen)
- Netwerk internering Hof van Beroep Brussel Nederlandstalig (Vlaams-Brabant en Nederlandstalig Brussel)

4. Overlegplatforms Geestelijke Gezondheid

De werkingsgebieden van de Overlegplatforms GG vallen samen met de grenzen van de provincies. Vlaanderen telt bijgevolg vijf Overlegplatforms GG:

- West-Vlaanderen: Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg West-Vlaanderen
- Oost-Vlaanderen: PopovGGZ
- Antwerpen: OGGPA
- Limburg: SPIL
- Vlaams-Brabant: Logistiek Vlabo

In Brussel is het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Gebied Brussel Hoofdstad actief. Zij vallen niet onder de Vlaamse bevoegdheid.

Meer informatie: http://www.overlegplatformsggz.be/

5. Intersectorale Zorgnetwerken

Vlaanderen telt drie Intersectorale Zorgnetwerken voor kinderen en jongeren met een handicap en complexe problematieken:

- Regio Antwerpen
- Regio's Oost-Vlaanderen en West-Vlaanderen
- Regio's Limburg, Vlaams-Brabant en Brussel

SARWGG
Strategische Adviesraad
WELZIJN • GEZONDHEID • GEZIN

Advies

over het Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019

Brussel, 3 maart 2017

SARWGG_Raad_20170303_Actieplan_GG_ADV_DEF
Strategische Adviesraad ● Welzijn ● Gezondheid ● Gezin
Wetstraat 34-36 ● 1040 Brussel ● T +32 2 209 01 11 ● F +32 2 217 70 08 ● info@sarwgg.be ● www.sarwgg.be

Adviesvraag: Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019
Adviesvrager: Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen
Ontvangst adviesvraag: 23 december 2016
Adviestermijn: 30 dagen, verlengd.

Goedkeuring/bekrachtiging raad: 3 maart 2017, unaniem

Contactpersoon: Barbara Krekels - bkrekels@serv.be

Inhoud

Krachtlijnen van het advies **46**
Advies over het Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019 ..... **49**
1. Inleiding **49**
2. Uitgangspunten van de SAR WGG **52**
2.1. Health in all policies 52
2.2. Vermaatschappelijking 52
2.3. Geïntegreerde benadering op populatieniveau 54
2.4. Evenwichtige zorg en ondersteuning 55
3. Prioriteiten van de SAR WGG **57**
3.1. Stigma en discriminatie bestrijden 57
3.2. Preventie en gezondheidsbevordering 58
3.3. De ambulante geestelijke gezondheidszorg versterken 58
3.3.1. Eerstelijnspsychologische functie structureel uitbouwen 59
3.3.2. Versterken van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg 60
3.4. Toegankelijkheid en betaalbaarheid 60
3.5. Geestelijke gezondheidszorg voor adolescenten uitbouwen 62
3.6. Focus op wonen en op arbeidsparticipatie van mensen met psychische problemen 62
3.7. Budgettaire engagementen in de geestelijke gezondheidszorg 63
4. Specifieke opmerkingen bij de acties **64**

Krachtlijnen van het advies

Inleiding

Het is een goed signaal dat de Vlaamse beleidsmaker de Geestelijke Gezondheid in Vlaanderen onder de aandacht brengt met voorliggend actieplan. De SAR WGG heeft begrepen dat dit actieplan nog niet als het grote masterplan voor de geestelijke gezondheid in Vlaanderen moet worden gezien, maar slechts als een kader om tot 2019 te kunnen werken.

De raad is inderdaad van oordeel dat het actieplan de lange termijn visie onvoldoende schetst en er nog niet in slaagt om een ad hoc beleid te overstijgen. De SAR WGG pleit er voor dat de Vlaamse regering nu al een traject op gang zou trekken voor die langere termijn. Een traject dat naar een omvattende en gedragen visie over de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen leidt. De raad wil hierbij graag betrokken worden.

Om tot een integraal model van zorg en ondersteuning te komen voor de geestelijke gezondheidszorg zal er een intense samenwerking nodig zijn over de grenzen van de zesde staatshervorming heen waar, vanuit een gemeenschappelijke visie, realistische voorstellen worden uitgewerkt over, onder meer, zorgstrategische planning, governance van structureel verankerde netwerken en modulaire financiering. De raad vraagt uitdrukkelijk in dit actieplan duidelijkheid te creëren over hoe de afstemming en samenwerking met de federale overheid zal verlopen.

De raad vraagt aan de Vlaamse regering om in het actieplan doelstellingen voorop te stellen die wetenschappelijk onderbouwd werden en een duidelijke koppeling te maken van de acties met deze doelstellingen. De raad wenst meer duidelijkheid over de beschikbare financiële middelen (meerjarenbegroting) hiervoor en over de timing. Tenslotte beveelt de raad aan om indicatoren op te stellen waarmee de uitvoering van het plan kan worden opgevolgd.

De SAR WGG schuift in dit advies enkele **eigen uitgangspunten en prioriteiten** naar voor. De raad sluit het advies af met specifieke opmerkingen en vragen over acties en initiatieven uit het actieplan.

Uitgangspunten van de SAR WGG

Health in all policies - Vlaanderen heeft, naast het aanbieden van zorg en ondersteuning, nog heel wat hefbomen in handen die kunnen worden ingezet om bij te dragen aan de geestelijke gezondheid van de burgers in Vlaanderen. Daarom verbaast het de raad dat de Vlaamse regering in dit actieplan niet méér inzet op een maatschappij brede aanpak van de geestelijke gezondheid vertrekkend vanuit fundamentele maatschappelijke vraagstellingen. In elk beleidsdomein moet ingezet worden op geestelijke gezondheidzorg en er moet meer werk gemaakt worden van de organisatie van het overleg en afstemming tussen de verantwoordelijke ministers van belendende sectoren zoals onderwijs, werk, wonen….

Vermaatschappelijking - Wie zijn deze personen met psychische zorgbehoefte? Op welke manier kunnen zij van betekenis zijn voor ons allen in deze samenleving? Wat kan de samenleving van hen leren? Hoe kunnen we als samenleving ondersteunend zijn voor het realiseren van levensdromen en doelen van mensen met een psychische

of psychiatrische zorgbehoefte? Enkel door deze vragen vanuit een breed maatschappelijk perspectief én engagement te benaderen kan aan vermaatschappelijking echt worden vormgegeven.

Geïntegreerde benadering op populatieniveau - We moeten evolueren van pilootprojecten naar een omvattend zorg- en ondersteuningssysteem met een geïntegreerde benadering op populatieniveau. Zorg en ondersteuning moet daarbij vertrekken van de doelgroepen die men wil bereiken en de noden en behoeften die zij ervaren en formuleren. Voor de raad moet er in de eerste plaats meer geïnvesteerd worden in de zorg en ondersteuning zelf, in plaats van in allerhande coördinatoren, tussenstructuren en verdiepingen. De organisatie van de zorg en ondersteuning moet daarbij sterk worden vereenvoudigd.

Evenwichtige zorg en ondersteuning - of *balanced care* betekent dat er in het zorg- en ondersteuningsaanbod een waaier aan voorzieningen bestaat die alle zorg en ondersteuning bieden die voor een bepaalde populatie nodig is. Daarbij moet zowel overaanbod als onderaanbod vermeden worden. Op alle trappen van de zorg moet een gepast aanbod voor handen zijn en ook het samenspel tussen de verschillende vormen van aanbod moet duidelijk zijn. De raad vraagt dat de Vlaamse regering in het actieplan duidelijk maakt hoe de verbinding tussen de eerste lijn en de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg wordt opgevat.

Prioriteiten van de SAR WGG

De SAR WGG schuift volgende prioriteiten naar voor:

- stigma en discriminatie bestrijden;
- preventie en gezondheidsbevordering;
- de ambulante geestelijke gezondheidszorg versterken met
    - het structureel uitbouwen van de eerstelijnspsychologische functie en
    - een versterking van de Centra Geestelijke gezondheidszorg, inclusief vroegdetectie en vroeginterventie;
- de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de geestelijke gezondheidszorg verbeteren met bijzondere aandacht voor kwetsbare groepen en diversiteit;
- de uitbouw van de geestelijke gezondheidszorg voor adolescenten;
- een focus op wonen en op arbeidsparticipatie van mensen met psychische problemen;
- tenslotte, budgettaire engagementen vanuit de Vlaamse en federale overheden. De middelen van residentiële zorg moeten naast **een volwaardig uitgebouwde ambulante zorg** staan. In te veel gevallen zijn opnames de enige mogelijkheid voor mensen, omdat alternatieve zorg ontbreekt of met enorme wachttijden kampt. De Raad vraagt de minister om naast de toekomstige terugbetaling op federaal niveau van de psycholoog bij de huisarts, meer te investeren in de uitbouw van de GGZ in de eerste lijn, de centra voor geestelijke gezondheidszorg, revalidatie, PVT en IBW.

Het totale budget voor de geestelijke gezondheidzorg moet toenemen. De duidelijke onderfinanciering van de geestelijke gezondheidszorg die we vandaag kennen - slechts 6% van het totale gezondheidszorgbudget wordt aan geestelijke gezondheidszorg besteed – is niet langer houdbaar!

Specifieke opmerkingen

Ter afsluiting van het advies formuleert de SAR WGG specifieke opmerkingen bij de acties in het plan.

Advies over het Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019

Situering adviesvraag

De Strategische adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, gezondheids- en gezinsbeleid (SAR WGG) ontving op 23 december 2016 een adviesvraag van de Vlaamse minister voor welzijn, volksgezondheid en gezin, Jo Vandeurzen over het Vlaams Actieplan Geestelijke gezondheid 2017-2019.

Het actieplan geeft aan dat *zowel de overheid als de sector vragende partij zijn voor een 'Vlaams actieplan geestelijke gezondheid' waarin we een ad hoc-beleid overstijgen en een lange termijnvisie concretiseren. Doelstelling is de versterking van de geestelijke gezondheid en een kwaliteitsvolle, duurzame, flexibele en vraaggestuurde zorg. […] Het is de expliciete doelstelling om dit Vlaams actieplan tegen het einde van de legislatuur te laten uitmonden in een nieuw decreet geestelijke gezondheid dat enerzijds vertrekt vanuit de beschreven visie en anderzijds een wettelijke, decretale basis biedt voor alle acties en de met de zesde staatshervorming overgekomen sectoren* (inleiding, p.2).

De raad vergaderde over deze adviesvraag op 10 januari, op 26 januari, op 7 februari en op 23 februari 2017. Op 7 februari 2017 heeft de SAR WGG met het kabinet van minister Vandeurzen over het actieplan van gedachten gewisseld. Het advies van de SAR WGG werd in consensus goedgekeurd op 3 maart 2017.

1. Inleiding

De SAR WGG vindt het een goed signaal dat de Vlaamse beleidsmaker de Geestelijke Gezondheid in Vlaanderen onder de aandacht brengt met voorliggend actieplan. De raad meent dat het actieplan een duidelijk overzicht biedt van wat er vandaag in Vlaanderen al bestaat met betrekking tot geestelijke gezondheidszorg.

De Vlaamse regering kiest er duidelijk voor om de komende jaren acties, projecten, bestaande werkingen,… te continueren en tegelijk maximale afstemming binnen netwerken te stimuleren. Het is goed dat verschillende beleidskeuzes die minister Vandeurzen eerder maakte - zoals de focus op zorgpaden en ketenzorg en de inkanteling van verslavingszorg in de geestelijke gezondheidszorg - in dit actieplan bevestigd worden. De raad waardeert ook dat er rekening werd gehouden met heel wat opmerkingen van de SAR WGG (o.a. uit advies verslavingszorg).

Het voornemen van de minister om aan de hand van structureel overleg de relevante en representatieve stakeholders en actoren op het terrein te betrekken bij de verdere realisatie van dit actieplan is voor de raad belangrijk en kan dus op instemming rekenen.

De SAR WGG heeft begrepen dat dit actieplan nog niet als het grote masterplan voor de geestelijke gezondheid in Vlaanderen moet worden gezien, maar slechts als een kader om tot 2019 te kunnen werken. De raad is inderdaad van oordeel dat het actieplan de lange termijn visie onvoldoende schetst en er nog niet in slaagt om een ad hoc beleid te overstijgen. De SAR WGG pleit er voor dat de Vlaamse regering **nu al een traject op gang zou trekken voor die langere termijn.** Een traject dat naar een omvattend en gedragen visie over de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen leidt.

Voor die lange termijn moet Vlaanderen ambitieus zijn, verder kijken dan 2019 én los van de bevoegdheidsverdeling in dit land. Op basis van een duidelijke probleemstelling en omvattende visie moet Vlaanderen doelstellingen formuleren die een wezenlijk verschil zullen maken voor de geestelijke gezondheid. Deze doelstellingen moeten worden uitgevoerd met overeenkomstige budgetlijnen. De raad dringt erop aan dat voor de ontwikkeling van die visie gebruik gemaakt wordt van de uitgebreide wetenschapppelijke kennis die voor handen is[1].

De raad wil graag betrokken worden bij de ontwikkeling van die lange termijn visie. In voorliggend advies schuift de SAR WGG al enkele uitgangspunten en prioriteiten naar voor.

Op korte termijn is het voor de raad ook belangrijk dat de continuïteit van de met de 6de staatshervorming overgedragen bevoegdheden (zoals revalidatie, PVT, beschut wonen,…) wordt verzekerd door de inkanteling in VSB stapsgewijs te implementeren. De raad is tevreden dat hiervan werk wordt gemaakt via een overgangsdecreet.

Verdeelde bevoegdheden

Het is pijnlijk opnieuw vast te stellen dat de staatshervorming voor de geestelijke gezondheidszorg niet tot een homogeen bevoegdheidspakket heeft geleid. De basisprincipes die in het actieplan worden gekoesterd, werden jammer genoeg niet vertaald via de 6de staatshervorming.

Het Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheidszorg engageert noodgedwongen in zijn initiatieven vaak andere beleidsniveaus. Dat is evident, maar het moet verder gaan.

Om tot een integraal model van zorg en ondersteuning te komen voor de geestelijke gezondheidszorg zal er immers een **intense samenwerking nodig zijn over de grenzen van de zesde staatshervorming heen** waar, vanuit een gemeenschappelijke visie, realistische voorstellen worden uitgewerkt over, onder meer, zorgstrategische planning, governance van structureel verankerde netwerken en modulaire financiering[2].

De SAR WGG roept de overheden op om actief werk te maken van een voortdurende afstemming via alle mogelijke kanalen, onder andere via de Interministeriële Conferen-

---

[1] We verwijzen daarbij bijvoorbeeld naar het advies van de HGR, 2016, http://www.health.belgium.be/nl/advies-9204-kwaliteitsindicatoren-de-geestelijke-gezondheidszorg. Dit advies vertrekt van het Europese Actieplan voor de Geestelijke Gezondheid (WGO, 2013, p. 3-15) dat vier basisdoelstellingen en drie transversale doelstellingen formuleert met betrekking tot de kwaliteit van geestelijke gezondheidszorg in Europese landen. Het bevat een uitgebreide litaratuurlijst.

Ook volgend document is zeer inspirerend: WHO (2009) *Improving health systems and services for mental health*.

[2] Het congres Open Minds (26-27 mei 2016) bijvoorbeeld deed heel wat aanbevelingen rond een uitgewerkte en juridisch onderbouwde governance structuur voor de netwerken, modulaire financiering van de GGZ en de uitwerking van incentives voor kwaliteit en innovatie in de financiering.

tie (IMC). De raad vraagt uitdrukkelijk in dit actieplan **duidelijkheid** te creëren **over hoe deze afstemming zal verlopen**.

Doelstellingen, acties en indicatoren

Het actieplan vertrekt van de visie van de gidsen geestelijke gezondheid kinderen en jongeren en volwassenen. Er worden vervolgens 17 basisprincipes naar voorgeschoven (pp. 3-4). In het algemeen kan de raad zich zeker achter deze principes scharen. Het is een goede zaak dat het actieplan het hele continuüm van preventie tot curatie in de visie betrekt.

Ondanks de verwijzing naar de visie in de twee gidsen mist de raad in het actieplan toch een probleemstelling en duidelijke doelstellingen. Vooraleer tot actie over te gaan, moeten immers de uitdagingen voor Vlaanderen op het vlak van geestelijke gezondheid worden beschreven. Op basis van die probleemstelling kunnen dan doelstellingen bepaald worden.

Door het gebrek hieraan overstijgen de geformuleerde acties in het huidige actieplan een ad-hoc beleid niet. Voor veel acties is het niet duidelijk aan welke doelstellingen ze zijn gekoppeld. De acties zijn niet altijd concreet genoeg en de operationalisering is vaak niet duidelijk (wie doet wat en hoe?). Termen als *stroomlijnen, afstemmen, inkantelen, samenwerken, en aansluiten bij* worden veel gebruikt in het actieplan, maar vaak blijft het bij intenties zonder de concrete operationalisering te beschrijven. Hierdoor biedt het actieplan **te weinig handvatten voor professionals en organisaties op het terrein**. Door de vele veranderingen in het domein van de geestelijke gezondheidszorg de laatste jaren zijn die handvatten nochtans broodnodig.

Ook de budgettaire implicaties van dit plan komen niet aan bod. Het is voor de raad heel duidelijk dat het voor de uitvoering van dit actieplan niet voldoende zal zijn om louter meer te doen met de bestaande middelen en ook niet door de bestaande middelen te integreren. Indien we werkelijk vooruit willen, zullen voor een aantal prioritaire acties beduidende budgetten moeten worden vrijgemaakt.

Tenslotte wordt het voorgenomen beleid te weinig wetenschappelijk onderbouwd.

De raad vraagt aan de Vlaamse regering om doelstellingen voorop te stellen die wetenschappelijk onderbouwd werden en een duidelijke koppeling te maken van de acties met deze doelstellingen. De raad wenst meer duidelijkheid over de beschikbare financiële middelen (meerjarenbegroting) hiervoor en over de timing. Tenslotte beveelt de raad aan om indicatoren op te stellen waarmee de uitvoering van het plan kan worden opgevolgd.

De SAR WGG schuift hierna enkele eigen uitgangspunten (2.) en prioriteiten (3.) naar voor. Waar dit nuttig is, zal de raad de acties en voornemens uit het actieplan, die op die uitgangspunten of prioriteiten betrekking hebben, bespreken. De raad sluit het advies af met specifieke opmerkingen en vragen over acties en initiatieven uit het actieplan (4.).

2. Uitgangspunten van de SAR WGG

2.1. Health in all policies

In de basisprincipes van het actieplan wordt naar *health in all policies* verwezen. Dit principe is inderdaad zeer relevant. De sleutel tot meer geestelijke gezondheid zit immers in elke ministerportefeuille, in elk beleidsdomein, in elk segment van de samenleving: volksgezondheid, welzijn, onderwijs, economie, wonen, werk, cultuur, justitie, gelijke kansen… In elk beleidsdomein moet ingezet worden op geestelijke gezondheidzorg en er moet meer werk gemaakt worden van de organisatie van het overleg en afstemming tussen de verantwoordelijke ministers.

Voor heel wat thema's die betrekking hebben op geestelijke gezondheidszorg is de Vlaamse regering aangewezen op een goede afstemming en samenwerking met het federale beleidsniveau. Toch meent de raad dat een Vlaams Actieplan over de geestelijke gezondheid zeker niet alleen over het aanbod aan zorg en ondersteuning mag handelen. Vlaanderen heeft, naast het aanbieden van zorg en ondersteuning, nog heel wat hefbomen in handen die kunnen worden ingezet om bij te dragen aan de geestelijke gezondheid van de burgers in Vlaanderen.

Daarom verbaast het de raad dat de Vlaamse regering in dit actieplan niet méér inzet op een **maatschappij brede aanpak van de geestelijke gezondheid,** vertrekkend vanuit fundamentele maatschappelijke vraagstellingen: waarom kampen zoveel burgers in Vlaanderen met psychische problemen? Moeten we daarbij de rol van onze maatschappelijke systemen niet bekijken? (Hoe) kunnen we de maatschappij anders inrichten zodat mensen zich beter in hun vel kunnen voelen? Hoe kunnen we ervoor zorgen dat meer kinderen veilig gehecht zijn? Hoe gaan we in onze samenleving om met prestatiedruk? Hoe zorgen we voor een gezonde combinatie tussen werk en privé? Hoe gaan we om met rouw en verlieservaringen? Hoe zorgen we voor het welbevinden van ouderen bij verhoogde kwetsbaarheid? Hoe kunnen we de *mental health literacy* van de bevolking bevorderen? Dergelijke vragen zouden in een plan over geestelijke gezondheid bijzonder op hun plaats zijn.

2.2. Vermaatschappelijking

Health in all policies is ook essentieel voor vermaatschappelijking van zorg en ondersteuning. We omschreven vermaatschappelijking eerder als een *verschuiving binnen de zorg waarbij ernaar gestreefd wordt om mensen met beperkingen (van lichamelijke, verstandelijke of psychische aard), chronisch zieken, kwetsbare ouderen, jongeren met gedrags- en emotionele problemen, mensen die in armoede leven,… met al hun mogelijkheden en kwetsbaarheden een eigen zinvolle plek in de samenleving te laten innemen, hen daarbij waar nodig te ondersteunen en de zorg zoveel mogelijk geïntegreerd in de gemeenschap te laten verlopen. Begrippen die hierbij een rol spelen zijn onder meer desinstitutionalisering, community care, empowerment, kracht- en contextgericht werken, vraagsturing en respijtzorg*[3].

[3] SAR WGG (7 december 2012) *visienota integrale zorg en ondersteuning*, p. 8

Het betekent dat burgers die beroep doen op geestelijke gezondheidszorg ook altijd vanuit hun mogelijkheden en talenten worden benaderd. Wie zijn deze personen met psychische zorgbehoefte? Op welke manier kunnen zij van betekenis zijn voor ons allen in deze samenleving? Wat kan de samenleving van hen leren? Hoe kunnen we als samenleving ondersteunend zijn voor het realiseren van levensdromen en doelen van mensen met een psychische of psychiatrische zorgbehoefte?

Enkel door deze vragen vanuit een breed maatschappelijk perspectief én engagement te benaderen kan aan vermaatschappelijking echt worden vormgegeven.

In benaderingen voor meer geestelijke gezondheid dient daarbij **de context van de personen met zorgbehoefte** (de relaties in gezinnen, familie, het bredere netwerk of de buurt,…) veel meer aandacht te krijgen dan vandaag het geval is. Het is goed dat het actieplan initiatieven voorstelt om familie en context nauwer te betrekken bij de residentiële zorg (p.18), maar het kan zich daartoe niet beperken. De context van mensen speelt zowel bij gezondheidspromotie, bij preventie als in het zorg- en ondersteuningsaanbod zelf een belangrijke rol. Voor het versterken van de context ziet de raad enkele hefbomen:

- Meer buurtgericht werken.
  - Modellen van 'community oriented mental health care' voor Vlaanderen verder verkennen en implementeren[4].
  - Projecten opzetten die het sociaal netwerk (inclusief mantelzorger) versterken.
- Het verenigingsleven ondersteunen.
- Van participatie een vanzelfsprekend onderdeel van de organisatie- en beleidscultuur maken op micro-, meso- en macroniveau.
  - Ervaringsdeskundigen, ervaringswerkers en mantelzorgers een significante plaats geven in de zorg voor meer geestelijke gezondheid. Er moet een erkenning en een uniform kader voor ervaringsdeskundigen worden ontwikkeld en ondersteuning worden voorzien.
  - Patiënten- en familieverenigingen erkenning geven en ze voldoende ondersteunen zodat ze op continue basis een bijdrage kunnen leveren op mesoniveau en een stem hebben op macroniveau.
- Nieuwe vaardigheden voor de professional.
  - Herstelgericht en contextgericht kunnen werken zodat behandelingen beter focussen op herstel en ontwikkeling van het vermogen om weer aan betekenisvolle doelen te werken en een zinvol bestaan te ervaren[5].
  - Kunnen samenwerken met informele zorgverleners.
- Concrete maatregelen om de arbeidsparticipatie van mensen met psychische problemen te verbeteren, bijvoorbeeld de uitvoering van het decreet 'Werk- en zorgtrajecten van 23 april 2014' (zie ook prioriteiten 3.6).

[4] Er zijn ook nieuwe ervaringen met het inschakelen van IT op niveau van buurten om de onderlinge communicatie te stimuleren. Dit kan ook bijdragen tot de empowerment op het vlak van geestelijke gezondheid.

[5] Zie hiervoor ook SAR WGG (17 december 2015) *Visienota Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst*.

2.3. Geïntegreerde benadering op populatieniveau

De geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen moet de ambitie hebben om **integrale zorg en ondersteuning te realiseren vanuit een holistische benadering van de persoon met zorgbehoefte**. Daarbij moeten we evolueren van pilootprojecten naar een omvattend zorg- en ondersteuningssysteem met een **geïntegreerde benadering op populatieniveau**.

Want terwijl we zien dat zorg en ondersteuning voor welzijn en gezondheid wereldwijd meer en meer vanuit een populatiebenadering georganiseerd en gefinancierd worden, ontbreekt juist dit als uitgangspunt in het Vlaams actieplan geestelijke gezondheid. Gevolg is dat het plan erg gedreven blijft vanuit het aanbod en vanuit de interventies[6]. Een populatiebenadering, **die vertrekt vanuit de behoeften van de bevolking**, zou er beter in slagen het ad-hoc-gehalte van het actieplan te overstijgen. Zorg en ondersteuning moeten immers in de eerste plaats vertrekken van de doelgroepen die men wil bereiken en de noden en behoeften die zij ervaren en formuleren.

Het actieplan focust sterk op overleg en formuleert allerhande plannen en goede voornemens voor meer en betere samenwerking. Er loopt een sterke netwerkgedachte doorheen het plan, wat goed is op voorwaarde dat men daarbij vertrekt van duidelijke doelstellingen. Deze doelstellingen kunnen uitwijzen waartoe welke netwerkstructuren en welke vormen van samenwerking en overleg nodig zijn. Nu geeft het actieplan sterk de indruk dat er vooral veel verwacht wordt van die structuren en netwerken 'an sich'.

Voor de raad moet er in de eerste plaats meer geïnvesteerd worden in de zorg en ondersteuning zelf, in plaats van in allerhande coördinatoren, tussenstructuren en verdiepingen. De organisatie van de zorg en ondersteuning moet daarbij sterk worden vereenvoudigd.

- De raad vraagt er over te waken dat de financiering van de netwerken aan de uitvoering van doelstellingen en aan programma's wordt gekoppeld.
- De raad vraagt bij het ontwikkelen van een governancestructuur voor de netwerken voldoende ruimte te laten voor het sociaal ondernemerschap.
- De raad vraagt de bestaande overlegorganen ook kritisch te benaderen en de kosten/baten door te lichten. Welke resultaten van het overleg kunnen voorgelegd worden?

Het actieplan verwijst wel naar de ambitie om het zorgsysteem beter te laten aansluiten bij de behoefte van de burgers (p. 23). Daarbij zal worden onderzocht of de zorgstrategische planning voor de ziekenhuizen kan dienen als basis voor de zorgstrategische planning voor de psychiatrische ziekenhuizen.

- Valide, recente data om de behoeften te objectiveren zullen een essentieel vertrekpunt zijn om te werken via een zorgstrategische planning. De raad vraagt zich af hoe Vlaanderen dergelijke data zal bekomen? Er is immers geen recent prevalentie-onderzoek op Vlaamse schaal beschikbaar. Er wordt veel verwacht van een nog

[6] De raad verwijst naar de nieuwe GGZ-beweging die in Nederland opgang maakt. De Nieuwe GGZ tracht geestelijke gezondheid ook te benaderen op populatieniveau. Cfr. Delespaul Ph., Milo M. Schalken F., Boeving W. & Van Os J. (2016) *Goede GGZ!* Diagnosis Uitgevers.

op te starten KCE-studie, maar de raad wijst er wel op dat de gespecialiseerde zorg in de ziekenhuizen hierin niet wordt meegenomen.

- In dit kader kan de gezondheidsenquête 2018 ook een duidelijke peiling doen naar de geestelijke gezondheid van burgers.
- De raad verwijst ook naar het onderzoek over programmatie van de GGZ van het Steunpunt WVG waar een methode wordt voorgesteld om zorgbehoeften te objectiveren (Vanclooster S. et.a (2013). *Inschatting van de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg*, rapport 16).

Voor een populatiebenadering zijn er werkingsgebieden nodig. De raad leest in het actieplan dat de conclusies vanuit de Eerstelijnsconferentie (16 februari 2017) zeer richtinggevend worden voor de geestelijke gezondheidszorg. Uit die conclusies komt naar voor dat er eerstelijnszones zullen worden gevormd. De raad maant de Vlaamse Regering aan de implementatie van de eerstelijnszones te versnellen.

Men wil de werkingsgebieden van de netwerken volwassenen, internering en de werkingsgebieden van de voorzieningen (CGG) aanpassen aan de eerstelijnszones. Ondertussen buigt het overlegorgaan 107 zich ook over de afbakening van werkingsgebieden.

- Afstemming tussen beide oefeningen alsook duidelijkheid voor de lopende projecten is noodzakelijk.
- De raad vraagt de Vlaamse regering haalbare en werkzame afbakeningen na te streven met respect voor reeds opgebouwde samenwerkingen.
- De raad vraagt ook te verduidelijken wat er zal gebeuren met bestaande netwerken en organisaties die in dit kader al een samenwerkingsverband hebben dat buiten de nieuwe werkingsgebieden valt, en hoe er zal afgestemd worden met de ziekenhuisnetwerken.

2.4. Evenwichtige zorg en ondersteuning

Evenwichtige zorg en ondersteuning of *balanced care* betekent dat er in het zorg- en ondersteuningsaanbod een waaier aan voorzieningen bestaat die alle zorg en ondersteuning bieden die voor een bepaalde populatie nodig is. Daarbij moet zowel overaanbod als onderaanbod vermeden worden. Op alle trappen van de zorg moet een gepast aanbod voor handen zijn en ook het samenspel tussen de verschillende vormen van aanbod moet duidelijk zijn[7]

Het actieplan (p.3) omschrijft balanced care als zorg *waarbij eerst geïnvesteerd wordt in de uitbouw van een generalistisch aanbod, om vervolgens een meer gespecialiseerd aanbod te realiseren.* De raad is ervan overtuigd dat er vooral meer op een generalistisch aanbod moet worden ingezet. Dat blijkt verder uit de prioriteiten die de raad naar voor schuift. Toch is het in het kader van een evenwichtige zorg en ondersteuning ook essentieel het goede samenspel tussen de verschillende trappen te bewaken.

[7] Wanneer burgers bijvoorbeeld een online-test over depressie kunnen doen, moet een mogelijk vervolgtraject al aanwezig zijn. Wanneer burgers ambulant hulp zoeken voor geestelijke gezondheidsproblemen, moet gespecialiseerde vervolgzorg beschikbaar zijn wanneer deze noodzakelijk wordt.

- De raad vraagt dat de Vlaamse regering in het actieplan duidelijk maakt hoe de verbinding tussen de eerstelijn en de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg wordt opgevat. Het actieplan verwijst wel naar de conferentie eerstelijnszorg die in februari 2017 plaatsvindt, maar het blijft onduidelijk hoe de samenwerking van de geestelijke gezondheidszorg met eerstelijnsactoren er op het terrein concreet zal uitzien. Het is, bijvoorbeeld, belangrijk om de wederzijdse samenwerking tussen de huisartsenpraktijken, de CAW en de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB) en de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg duidelijk vorm te geven, bijvoorbeeld in het kader van de eerstelijnszones.
- Het is ook nodig in het actieplan concreet af te spreken hoe de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg de generalistische zorg beter kan ondersteunen.
- Uit het actieplan komt evenmin naar voor hoe Vlaanderen de integratie van de somatische geneeskunde en de geestelijke gezondheidszorg zal ondersteunen. De raad denkt, bijvoorbeeld, dat huisartsen meer zouden kunnen gestimueerd worden om ook preventief rond de geestelijke gezondheid te werken met de bij hen ingeschreven patiënten in het kader van eerstelijnsnetwerken. De raad vraagt dat in de opleidingen van professionals (gezondheidszorg en welzijn) meer aandacht zou gaan naar de wisselwerking tussen geestelijke en fysieke gezondheid. In dit verband wijst de raad ook op het risico dat somatische klachten bij personen met psychisch zorgbehoeften worden toegewezen aan de psychische of psychiatrische aandoening en zo tot foute diagnoses en laattijdige behandeling van de klacht kunnen leiden (Diagnostic overshadowing)[8].

Hoe de geestelijke gezondheidszorg zich in de toekomst verder ontwikkelt, zal in het masterplan moeten vastgelegd worden, waarbij de verschillende overheden zich samen engageren om, onder meer:

- Subsidiariteit en getrapte zorg concreet vorm te geven waardoor meer zorg op maat kan geboden worden.
- Een financieringstechniek te ontwikkelen waarbij opdrachten en modules worden gefinancierd in plaats van prestaties (o.a. bundled payment, bepaalde principes van rugzakfinanciering, prikkels voor kwaliteit).
- Een bijkomende financiering te voorzien wanneer blijkt dat er een tekort is aan bepaalde zorgvormen in bepaalde regio's.
- De zorgstrategische planning en de governance van structureel verankerde netwerken vorm te geven
- Het verantwoord gebruik van psychofarmaca in de gezondheidszorg realiseren.
- Verder te werken aan continue kwaliteitsverbetering van het zorgaanbod.
- De technologische component (gegevensdeling, mhealth, patiënt interface) van integrale zorg en ondersteuning ook voor de geestelijke gezondheidszorg verder uit te bouwen.
- …

[8] Guy Shefer, et.al. Diagnostic Overshadowing and Other Challenges Involved in the Diagnostic Process of Patients with Mental Illness Who Present in Emergency Departmentswith Physical Symptoms – A Qualitative Study. In: *Plos One*. November 2014, Vol. 9 | Issue 11.

3. Prioriteiten van de SAR WGG

Vertrekkend van de geschetste uitgangspunten, benoemt de raad hierna een aantal prioriteiten. Acties of initiatieven in het actieplan die hiermee verband houden worden besproken.

3.1. Stigma en discriminatie bestrijden

Stigma en discriminatie bestrijden is en blijft een cruciaal speerpunt voor de Vlaamse regering. Het is goed dat het actieplan hieraan aandacht besteedt.

Toch beoordeelt de raad deze aandacht als te eenzijdig. In het actieplan wordt beeldvorming als enig element in de strijd tegen stigma en discriminatie opgegeven. De raad meent dat er veel meer nodig is om de strijd tegen stigma in zijn diverse vormen op een effectieve wijze aan te pakken[9]. Zo kunnen volgens Van Weeghel (et al., 2016) ook deze elementen bijdragen aan de strijd tegen stigma en discriminatie:

- Kennis verbeteren over geestelijke gezondheid (mental health literacy).
- Contact met mensen met psychische problemen bevorderen.
- Acties gericht op empowerment.
- Stigma-zelfmanagement.
- Universele acties (algemeen publiek), selectieve acties (gerichte doelgroepen, gerichte domeinen) en geïndiceerde acties (stigmamodules in individuele behandeling en herstelondersteuning).

Het actieplan wil het taboe onder meer doorbreken door, waar nodig, positieve ervaringen met psychologische hulp uit te spreken (p.5). Deze interventie is belangrijk maar dient niet bovenaan te staan om het taboe te doorbreken. Vooraf moet bevorderd worden dat mensen op informeel niveau psychologische ervaringen en moeilijkheden met elkaar bespreken. Indien dit niet voldoende is, is formele psychologische hulp inderdaad aangewezen.

De raad is van mening dat de samenleving in haar totaliteit stappen moet zetten naar meer preventie en bespreekbaarheid van psychische kwetsbaarheid, zodat psychische problemen voorkomen of in een vroeg stadium aangepakt kunnen worden.

- De raad mist dan ook aandacht voor ‘mental health literacy’ en psycho-educatie in het plan[10]. Zowel in het onderwijs, op de werkvloer, in buurten, wijken, verenigingen enz. moet er meer en systematische aandacht komen voor psychische kwestbaarheid.
- Een eerste stap kan erin bestaan de mental health literacy bij sleutelfiguren te verhogen[11]. Het actieplan moet voor de raad dan ook concrete initiatieven nemen om de mental health literacy van sleutelfiguren zoals leerkrachten, werkgevers, buurtwerkers, verpleegkundigen, politiemensen, … te versterken.

[9] Zie bvb. Corrigan et al., 2011, 2012; Thornicroft, 2006; Thornicroft et al., 2016; Van Weeghel et al., 2016

[10] Zie Barry et al., 2013; Kutcher et al., 2016

[11] Ondere andere op het congres ‘open minds’ werden hiertoe al aanzetten gegeven. .

- De raad wijst erop dat ziektegerichte programma's aanleiding kunnen geven tot 'inequity by disease' wat ook tot discriminatie kan leiden.

3.2. Preventie en gezondheidsbevordering

De uitbouw van een geestelijke gezondheidspromotie, waarbij de relevante knowhow naar leefomgevingen zoals scholen, arbeidsomgevingen, kansarme wijken en zo meer doorstroomt, moet volgens de raad een prioritaire actie zijn in het plan. De raad ondersteunt ook de sterke nadruk op preventie in het actieplan, maar stelt vast dat de initiatieven zeer versnipperd blijven.

- Zou het niet beter zijn om te werken met één preventiecentrum voor geestelijke gezondheidszorg, dat verschillende campagnes kan voeren in het kader van universele preventie? Of het nu gaat om alcohol, tabak, eetstoornissen, suïcide,… de basisstrategieën voor universele preventie blijven telkens dezelfde.
- Er moet ook over gewaakt worden dat preventie én zorg en ondersteuning op één continuüm worden aangeboden.
- Gezin, partnerrelaties en ondersteuning van de context zijn belangrijke preventieve factoren[12]. Er moeten middelen ingezet worden op zowel de versterking van de sociale cohesie als op het ondersteunen van persoonlijke relaties.
- De raad merkt op dat in het Vlaams actieplan geen ambities worden geformuleerd om stress en burn-out aan te pakken binnen de Vlaamse welzijns- en gezondheidszorg actoren. Nochtans zijn hierrond vanuit de sector zelf in het recente verleden heel bruikbare iniatiatieven genomen waarop kan worden verder gebouwd[13].
- Ook de link met de Vlaamse onderwijsbevoegdheid en het integrereren van zelfzorg als basisonderdeel in elke zorggerelateerde opleiding is hierbij cruciaal.

3.3. De ambulante geestelijke gezondheidszorg versterken

Burgers mogen geen drempels ervaren naar generalistische psychologische hulp op de eerste lijn, ook geen financiële drempels. Over heel Vlaanderen moet zorg voor geestelijke gezondheid geïntegreerd worden in de eerste lijn. De versterking van de ambulante geestelijke gezondheidszorg, met de uitrol van de eerstelijnspsychologische functie en een versterking van het aanbod van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), inclusief vroegdetectie en vroeginterventie, behoren tot de prioriteiten.

[12] SVR, *De gezinsdimensie in de psychische gezondheid*, 03/213, Martine Corrijn

[13] Cfr. project Burn-out in de zorg

3.3.1. Eerstelijnspsychologische functie structureel uitbouwen

De raad vraagt een concreet engagement van de Vlaamse regering om de eerstelijnspsychologische functie (ELPF) structureel uit te bouwen in heel Vlaanderen, met bijzondere aandacht voor de toegankelijkheid en betaalbaarheid voor kwetsbare personen.

Daarbij is het aangewezen dat de Vlaamse regering de aanbevelingen uit het onderzoek naar de invoering van de eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen[14] implementeert. De eerstelijnspsychologische functie sluit best aan bij bestaande zorgverstrekkers en bij zorgactoren op de eerste lijn zonder het oprichten van nieuwe structuren of zorginstanties. Het is essentieel en evident dat er bij de uitbouw van de eerstelijnspsychologische functie een link met de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg wordt gelegd, zoals ook wordt voorgesteld in het KCE-rapport rond het organisatiemodel voor psychologische zorg van april 2016.

- Het verbaast de raad dat er in het actieplan nergens de link tussen de ELPF en Artikel 107 wordt gelegd. De ELPF geeft immers mee vorm aan één van de sleutelfuncties van Artikel 107, met name aan functie 1: het organiseren van activiteiten inzake preventie en promotie van geestelijke gezondheid en vroegdetectie, screening en diagnosestelling. In het onderzoek naar de invoering van de ELPF werd geopperd om de ELPF te integreren in en af te stemmen op het netwerk GGZ (Artikel 107).
- De raad wijst er ook op dat een aparte ELPF voor kinderen en jongeren niet helemaal strookt met de aanbevelingen binnen de wetenschappelijke literatuur. De eerstelijnspsycholoog zou, net als de huisarts, een generalist moeten zijn die alle doelgroepen met een psychische problematiek voor zijn rekening neemt. Dit betekent dat ook kinderen en jongeren tot de doelgroep behoren. De opdeling van geestelijke gezondheidszorg in een GGZ voor kinderen en jongeren en een GGZ voor volwassenen zorgt er ook voor dat jongvolwassenen vaak tussen de mazen van het net vallen (ADOCARE onderzoek). Een opsplitsing in de eerstelijnspsychologische functie in leeftijdsgroepen is niet wenselijk voor de continuïteit van zorg. Er zijn ook al heel wat psychologen actief in de eerstelijn voor kinderen en jongeren (-18), bijvoorbeeld in de CLB. Een dubbelcircuit wordt best vermeden.
- Hoewel de eerstelijnsspychologische functie zich op de ganse bevolking dient te richten en zo mee de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg voor elke persoon met een zorgbehoefte kan verbeteren, meent de raad toch dat er bij het ontwikkelen van het kader voor de eerstelijnspsychologische functie van bij het begin bijzondere aandacht nodig is voor het bereiken van kansengroepen. Dat betekent dat de betaalbaarheid van de psychologische interventies op de eerste lijn moet gegarandeerd worden voor iedereen, maar ook dat hierin expliciet de opdracht gaat naar het bereiken van bepaalde doelgroepen. Alleen op die manier kan het optreden van een mattheüseffect vermeden worden.

[14] Coppens E., Neyens I. & Van Audenhove Ch. (2015) *Onderzoek naar de invoering van een eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen.* SWVG-Rapport 38.

3.3.2. Versterken van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg

Naast de uitrol van de eerstelijnspsychologische functie moet binnen een visie op getrapte zorg ook de capaciteit van de centra geestelijke gezondheidszorg, inclusief vroegdetectie en vroeginterventie, verhoogd worden.

We lezen in het actieplan dat *het ambulante en mobiele aanbod van de CGG afgestemd wordt met het zorgaanbod in de netwerken en verder verfijnd in termen van intensiteit en frequentie* (p.16). Het valt de raad op dat de Vlaamse regering zich hiermee lijkt in te schakelen in de lopende hervorming van de geestelijke gezondheidszorg op federaal niveau zonder er evenwel extra financiële engagementen rond te nemen. Zo wordt de ambulante zorg en ondersteuning vanuit Vlaanderen niet versterkt maar wel geïntegreerd in de interprofessionele teams binnen de netwerken. Vlaanderen heeft momenteel een eigen uitgebouwd ambulant aanbod geestelijke gezondheidszorg maar kiest er in het actieplan niet voor om deze expertise inzake ambulant en mobiel aanbod het broodnodige groeipad te geven.

- De raad meent dat Vlaanderen ervoor moet kiezen om de capaciteit van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) verder uit te bouwen in een meerjarenplan.

3.4. Toegankelijkheid en betaalbaarheid

Het verhogen van de toegankelijkheid en verzekeren van de betaalbaarheid van de geestelijke gezondheidszorg moet voor de SAR WGG hand in hand gaan met de uitbouw en versterking van de eerste trappen van de geestelijke gezondheidszorg.

De toegang tot de geestelijke gezondheidszorg blijft voor vele kwetsbare groepen een pijnpunt. Dat wordt in het actieplan te weinig belicht. Er worden wel initiatieven voorgesteld om stigma te verminderen, maar stigma is slechts één aspect van het probleem van toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg.

- De raad beveelt aan om het wegwerken van de verschillende goed gekende aspecten van (on)toegankelijkheid tot geestelijke gezondheidszorg in concrete acties uit te werken, met onder meer, de aanpak van zogenaamde vierde wereld settings in grootsteden, de strijd tegen stigma en discriminatie op een wetenschappelijke basis, de uitbouw van een passend GGZ aanbod voor adolescenten.

Daarnaast moet ook de **financiële toegankelijkheid** of betaalbaarheid in dit actieplan onder de aandacht komen. Hoewel dit tot de federale bevoegdheden behoort is de terugbetaling - via de ziekteverzekering - van psychologische en orthopedagogische begeleidingen, behandelingen en psychotherapie een sleutelelement in de betaalbaarheid.

- Daarom dringt de raad erop aan dat de Vlaamse minister dit - vanuit een duidelijke visie op geïntegreerde zorg op basis van stepped care, balanced care en collaborative care - als een belangrijk thema meeneemt naar de IMC. De financiering van psychologische zorg kan niet los worden gezien van de huidige hervormingen van ons gezondheidszorgsysteem in het algemeen, waarbij een loutere prestatiefinanciering vervangen wordt door alternatieve, gemengde financieringsmodellen.

- **Uiteraard zal ook het totale budget voor de geestelijke gezondheidzorg moeten toenemen. De duidelijke onderfinanciering van de geestelijke gezondheidszorg die we vandaag kennen - slechts 6% van het totale gezondheidszorgbudget wordt aan geestelijke gezondheidszorg besteed – is niet langer houdbaar!** We durven de oefening voor het aandeel GGZ in het budget WVG zelfs niet te maken.

- Uit het ADOCARE onderzoek blijkt bovendien - uit cijfers voor Groot-Brittannië - dat de verdeling van de middelen voor geestelijke gezondheidszorg tussen kinderen en jongeren en volwassenen heel ongelijk is (verhouding 1/11). Deze verdeling geldt wellicht ook voor andere Europese landen en is dus een belangrijk aandachtspunt.

- Een recente gezamelijke verklaring van een groep Europese organisaties en beroepsverenigingen roept de Europese beleidsmakers ook op om werk te maken van een gelijke behandeling (parity of esteem) van geestelijke gezondheid en fysieke gezondheid[15].

Bijzondere aandacht voor kwetsbare groepen en diversiteit

De SAR WGG dringt erop aan bijzondere aandacht te besteden aan **kansengroepen** bij alle beleidsopties mbt. geestelijke gezondheid. Een studie van het Steunpunt WVG (Vanclooster et al., 2013) toont duidelijk aan dat er bijzondere aandacht moet uitgaan naar de meest kwetsbare groepen, die heel vaak geen toegang hebben tot de diensten waar ze nood aan hebben.

- De toegankelijkheid en betaalbaarheid van geestelijke gezondheidszorg voor kwetsbare groepen is immers niet alleen een belangrijk aandachtspunt bij de uitbouw van een eerstelijnspsychologische functie, maar ook in het kader van het bestaande aanbod in de CGG.
- De raad vraagt bij de inkanteling van de PVT en Beschut Wonen in de VSB de toegankelijkheid voor kwetsbare groepen actief te bewaken en dit zeker mee te nemen in studies met betrekking tot VSB.

De raad roept ook op om bijzondere aandacht te besteden aan **mensen met ernstige en langdurige psychische problemen**. Zij lopen in hoge inkomenslanden nog steeds een bijzonder hoog risico op vroegtijdig sterven, wat in tegenspraak is met het ‘recht op gezondheidszorg’.

Mensen met een migratieachtergrond met psychische zorgbehoeften (zeker in grootsteden) vormen een bijzondere doelgroep. Het actieplan besteedt in het algemeen weinig aandacht aan de bestaande diversiteit binnen de doelgroepen van de geestelijke gezondheidszorg. De Vlaamse Minister van welzijn, gezondheid en gezin besteedde hier wel aandacht aan in de beleidsbrief 2016-2017 (pp. 43-44). Zowel deradicalisering als de vluchtelingenproblematiek komen er aan bod. In zijn reflectienota over de impact van nieuwkomers op de zorg en ondersteuning in het beleidsdomein WVG benadrukte de SAR WGG al dat de nood aan traumabegeleiding en psychosociale begeleiding veel groter dreigt te zijn dan het zorgaanbod (5 februari 2016, p.11).

[15] Joint-statement on mental health for the RU Health Polity Platform

3.5. Geestelijke gezondheidszorg voor adolescenten uitbouwen

Jongeren vormen een kwetsbare groep voor psychsche aandoeningen: 75% van de psychische aandoeningen beginnen al voor de leeftijd van 24 jaar. Vroege detectie is dus cruciaal om later meer problemen te vermijden.

Er is een duidelijk tekort aan geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en een gespecialiseerd aanbod voor adolescenten (14-24 jarigen) is ontoereikend[16].

- De raad vraagt dat de Vlaamse regering extra inzet op deze doelgroep. Ook het advies van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) schuift dit als één van de prioriteiten naar voor[17]. De HGR verwijst naar de resultaten van de ADOCARE studie: die resultaten *bieden een bron van inspiratie voor de ontwikkeling van een betere integratie en overgang van jongeren, de ontwikkeling van diensten die zijn afgestemd op jongeren en promotie van geestelijke gezondheid in scholen*.

3.6. Focus op wonen en op arbeidsparticipatie van mensen met psychische problemen

Recht op wonen en arbeid zijn belangrijke elementen om te komen tot burgerschap in deze samenleving. We weten al langer dat dit een enorm probleem is voor mensen met een psychische beperking omdat zij dikwijls door hun ziekte geen inkomen hebben kunnen verwerven. Een betaalbare woning vinden op de privé-markt is zeer moeilijk en indien de toeleiding naar werk niet wordt ondersteund, al helemaal uitgesloten. Hoe kan die vermaatschappelijking van de zorg gerealiseerd worden wanneer men niet in de eerste plaats kijkt naar de basisbehoeften van de mensen met psychische problemen?

De raad meent dan ook dat de arbeidsparticipatie van mensen met psychische problemen (OESO, 2013) als prioriteit moet meegenomen worden in het actieplan.

De HGR stelt dat België *niet goed scoort op het vlak van tewerkstelling van mensen met psychische problemen. Een ruime implementatie van de principes van Individual Placement & Support (IPS) zou op een positieve manier kunnen bijdragen aan heel wat negatieve aspecten van de belasting van psychische problemen voor de samenleving. Dit vereist ondermeer een attitudeverandering bij de bevolking waardoor de voordelen van een passende werkomgeving aanvaard worden en een sterkere inclusie in werk-, educatie en vrijetijds-omgevingen van psychisch kwetsbare mensen als een belangrijke prioriteit gezien wordt.*

- Inzake arbeidszorg wordt in het actieplan wel een proeftuin benoemd in samenwerking met de minister van werk. De raad meent echter dat dit onvoldoende de vraag beantwoordt om meer structureel in te zetten op toeleiding naar arbeid van mensen met psychische problemen en op de engagementen op vlak van zorg en arbeid.

---

[16] Meys et al., 2016, Rapport KBS-project 'Geestelijke gezondheidszorg en uitsluiting'

[17] http://www.health.belgium.be/nl/advies-9204-kwaliteitsindicatoren-de-geestelijke-gezondheidszorg, p.32.

- De raad vraagt om concreet werk te maken van de uitvoering van de verschillende onderdelen van het decreet werk- en zorgtrajecten van 23 april 2014 (activeringstraject, arbeidszorg,…).

3.7. Budgettaire engagementen in de geestelijke gezondheidszorg

Het federale budget van geestelijke gezondheidszorg bedraagt 6% van het gezondheidsbudget. Bovendien krijgt slechts 3 op de 10 mensen met psychische problemen de zorg die ze nodig hebben. Vandaag gaat 80% van het budget geestelijke gezondheidszorg naar opnames. Amper 20% gaat naar andere vormen van zorg waarvan een heel klein deel naar ambulante zorg. Zoals de ministers De Block en Vandeurzen vandaag aanhalen, is het gezien de spreiding van middelen moeilijk om een budget op deze percentages te kleven.

Residentiële zorg blijft een belangrijke schakel in de geestelijke gezondheidszorg en de middelen die gegenereerd worden uit de huidige afbouw van bedden zullen broodnodig zijn voor de opdrachten waarvoor het psychiatrisch ziekenhuis vandaag en in de toekomst staat: zoals de verdere uitbouw van teams die aan huis gaan, crisisopnames, gedwongen opnames en intensieve behandelingen in gespecialiseerde diensten. Bovendien zitten in de beddencapaciteit een deel van de forensische zorg, zorg voor dubbeldiagnose, ed. – dit kunnen we sowieso niet meenemen in de bevriezing/intensifiëring van de bedden. Met de afbouw van bedden kan met andere woorden onmogelijk de GGZ in de eerste lijn gefinancierd worden.

De middelen van residentiële zorg moeten echter naast een volwaardig uitgebouwde ambulante zorg staan. In te veel gevallen zijn opnames de enige mogelijkheid voor mensen, omdat alternatieve zorg ontbreekt of met enorme wachttijden kampt. **De Raad vraagt de minister om naast de toekomstige terugbetaling op federaal niveau van de psycholoog bij de huisarts, meer te investeren in de uitbouw van de GGZ in de eerste lijn, de centra voor geestelijke gezondheidszorg, revalidatie, PVT en IBW.**

4. Specifieke opmerkingen bij de acties

Tenslotte formuleert de SAR WGG nog enkele meer specifieke opmerkingen bij de acties in het plan.

- *pagina 2.* De inleiding van het actieplan verwijst naar een definitie van de WHO die gezondheid definieert als *een toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden*. Deze definitie is in feite al achterhaaldd. De raad stelt voor de definitie van Huber (2011) te gebruiken die minder statisch is en gezondheid ziet als *het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven*. Deze visie past ook beter bij de visie op herstel in de geestelijke gezondheidszorg.
- *Pagina 5. Beeldvorming* dient zich vooral te richten op groepen in de samenleving met negatieve attitudes ten aanzien van psychische problemen en de GGZ. Het onderzoek van Te Gek!? (Coppens et al., 2014) wijst aan welke subgroepen meer negatieve attitudes hebben ten aanzien van mensen met psychische problemen. Het onderzoek toont tevens dat Vlamingen met een lager maandelijks inkomen en een lagere opleiding de waarde van professionele hulp lager in schatten.
- *pagina 6. De samenwerking tussen de partnerorganisaties actief binnen geestelijke gezondheidsbevordering en ziektepreventie wordt geconcretiseerd, geformaliseerd, geëvalueerd en bijgestuurd. Deze partnerorganisaties verbinden zich in een associatie aan elkaar.* De raad meent dat dergelijke fusies aangewezen kunnen zijn, maar toch best aan het sociaal ondernemerschap worden overgelaten. Het is wel goed indien de Vlaamse regering incentives (vb. regelluw kader) in functie hiervan zou voorzien. Dit zou beter tegemoet komen aan het basisprincipe mbt. sociaal ondernemen (actieplan p. 4).
- *pagina 7. preventie postnatale depressie* De raad vraagt om het zorgtraject post partum depressie te verruimen naar post partum complicaties en wijst erop dat er hier onterecht een rechtstreekse link wordt gelegd met kindermishandeling.
- *pagina 8. vroegdetectie en –interventie*
    - De raad is van mening dat er zorgvuldiger met begrippen en initiatieven moet worden omgesprongen in de passage over vroegdetectie en –interventie. Nu wordt er een amalgaam gemaakt van vroegdetectie en –interventie met specifieke zorg voor jongeren (en de transitieleeftijd), met VDIP bij beginnende psychose en met preventiebeleidsmedewerkers in de gemeente. Beginnende psychose en experimenteel druggebruik zijn erg verschillend op vlak van gedragingen, evt. uiting van een stoornis, en van het nodige zorgaanbod.
    - De raad vindt het opmerkelijk dat in het actieplan nergens verwezen wordt naar de drugpunten zoals in Oost-Vlaanderen. Het zijn initiatieven die hun nut al bewezen hebben. Aangezien het gaat om een co-financiering lokale besturen - provincies is het onduidelijk hoe zij in de toekomst gefinancierd zullen worden. De raad vraagt hierover duidelijkheid te scheppen.
- *pagina 10.* Het actieplan verwijst naar de ambitie om met alle overheden te komen tot een nationale strategie inzake alcohol, tabak en gokken.
    - De raad drukt erop dat het hier in de eerste plaats zal moeten gaan om de organisatie van hulpverlening voor de gevolgen van de verslaving aan deze genotsmiddelen en niet zozeer over preventie of de vraag naar de plaats van deze middelen in onze samenleving.

- Ook cannabis, drugs en gamen moeten hierbij vernoemd worden.

- *pagina 11. De externe ombudsfunctie is verbonden aan de overlegplatforms GG.* De raad vraagt zich af of deze ombudsfunctie ook zal gerealiseerd worden in het kader van de eerstelijnsconferentie? Is het de bedoeling deze functie te integreren?
- *pagina 15.* De raad stelt vast dat de CAP werking - die in 2016 werd stopgezet wegens gebrek aan financiering – zal worden verder gezet maar dat men met dezelfde middelen niet alleen met drugsverslaafden maar met alle gedetineerden met een psychisch probleem zal moeten werken. Met nu al te beperkte middelen, dient dus een grotere groep te worden toegeleid. De raad vindt het een goede zaak dat de Vlaamse regering het CAP model wil verruimen maar verwacht dan ook dat er de nodige middelen aan gekoppeld worden.
- *pagina 15. Bestaande projecten als proefzorg (op niveau van het parket – strafbemiddeling) en de drugsbehandelingkamer-liaison (op niveau van de rechtbank) worden grondig geëvalueerd.* De raad wijst erop dat het succes van de pilootprojecten onder andere ligt bij de inbedding in de verslavingssector. Er wordt nog een grondige evaluatie voorzien. Waarom wil de Vlaamse regering deze aanpak dan nu al veranderen? Bovendien werd de drugbehandelingskamer (DBK) zoals experimenteel ontwikkeld (vanaf 2008) in de Genste regio al grondig onderzocht[18].
- *pagina 15. Zoals opgenomen in de conceptnota verslavingszorg positioneren we de liaisonfiguur binnen de drugsbehandelingskamer, net zoals de proefzorgmanager in de proefzorg, binnen de justitiehuizen.* Er wordt in dit actieplan beslist om de liaisonfiguur binnen de DBK, te positioneren binnen de justitiehuizen, dit terwijl alle betrokken partners er al herhaaldelijk op hebben gewezen dat het essentieel is dat de liaison-functie wordt aangestuurd vanuit de (drug)hulpverlening. En wel om volgende redenen:
    - Hulpverleners handelen binnen een beroepsgeheim, justitieassistenten hebben een meldingsplicht en een controlerende opdracht. Dit bepaalt de hulpverleningsrelatie die met de cliënt kan worden opgebouwd.
    - Een liaisonfunctie verbonden en aangestuurd door de drughulpverlening kan gemakkelijker doorverwijzingen of opnames realiseren dan een justitieassistent.
    - Door de liaisonfunctie in te bedden in de hulpverlening wordt automatisch de hulpverlening (via de netwerken/overlegplatforms) mee verantwoordelijk voor het DBK project en vergroot de samenwerking aanzienlijk.
- *pagina 16. Evaluatie en bijsturing van de werkingsgebieden CGG*. De raad vraagt te verduidelijken hoe het verband tussen werken volgens het subsidiariteitsprincipe en schaalvergroting van de CGG precies wordt gezien. Is het niet logischer te vertrekken van een programmatie-aanpak op basis van zorgbehoeften (cfr. Zorgstrategische planning) in plaats van per definitie uit te gaan van organisatorische schaalvergroting? De raad vraagt de CGG-sector sterk te betrekken bij deze evaluatie en eventuele bijsturing van de werkingsgebieden.
- *pagina 17.* Het is goed dat de CAR apart vermeld worden in het actieplan. De raad meent dat deze CAR een plaats moeten krijgen binnen de geestelijke gezond-

[18] Colman, C., De Ruyver, B., Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., Broekaert, E., De Keulenaer, S. & Thomaes, S. (2011). De drugbehandelingskamer: een andere manier van afhandelen. Het proefproject geëvalueerd. Antwerpen, Apeldoorn: Maklu. Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., Wittouck, C., Dekkers, A., De Ruyver, B., De Keulenaer S. & Thomaes, S. (2013). Het pilootproject drugbehandelingskamer te Gent: een uitkomstenevaluatie. Gent: Academia Press (qualect onderzoek)

heidszorg en dus ook meegenomen worden in een nieuw decreet over de geestelijke gezondheidszorg.

- *pagina 17. De rol van de mobiele teams wordt bekrachtigd.*
  - De raad vraagt om specifieke expertise inzake verslavingszorg op te nemen in de mobiele en outreachtende 2b-teams.
  - De raad onderstreept dat mobiele teams niet de enig zaligmakende modaliteit van zorg zijn. In een logica van op zorgbehoeften gebaseerde programmatie is een voldoende uitgebouwd gespecialiseerd ambulant consultatie-aanbod evenzeer van belang. Het actieplan mist duidelijke ambitie rond de verdere uitbouw van het ambulant aanbod (zie punt 3.3.2.)
- *pagina 19.* De integratie van de herstelgerichte ondersteuning, rehabilitatie en revalidatie is inderdaad een belangrijk aandachtspunt, maar er blijkt uit het actieplan niet voldoende hoe men dit concreet ziet.
- *pagina 20. Begeleiding in het kader van woonzorg*.
  - De raad mist hier een verwijzing naar verslavingszorg en de specifieke woonproblematiek. In de verslavingszorg zijn er de halfweghuizen of de tussenhuizen. Een aanbod voor (ex)verslaafden is essentieel om een geleidelijk en ondersteunend hersteltraject uit te werken. We zien immers vaak exclusie van (ex)verslaafden in de reguliere woonzorg.
  - De raad vindt het goed dat de link met de projecten geïntegreerde zorg hier wordt gelegd maar het blijft onduidelijk hoe dat zich in de praktijk zal vertalen. De raad stelt vast dat deze projecten geïntegreerde zorg zich in hoofdzaak op de zwaardere zorgprofielen richten en vraagt hoe de personen met een lichtere zorgbehoefte zullen worden meegenomen.
  - Inzetten op de samenwerking met de woonzorgcentra voor de leeftijdsgroep ouderen is voor de raad zwak geformuleerd. Het roept ook vragen op. Welke samenwerking en hoe moet die eruit zien? Gaat het om inzetten van specifiek GGZ-personeel in de WZC? Gaat het om training of vorming vanuit de sector geestelijke gezondheidszorg voor personeel in de WZC? Gaat men zorgen voor duidelijke communicatielijnen of aanspreekpunten in de geestelijke gezondheidszorg voor de WZC? Wat is de doelstelling van de samenwerking? Wie trekt en wie is verantwoordelijk? Is het bedoeld voor een specifieke doelgroep of voor alle ouderen? Is hieruitvolgend een berekening gebeurd van de benodigde middelen? En zo meer. De raad vraagt dit meer uit te werken en meent dat de specifieke problematiek van de psychogeriatrie in het actieplan meer aandacht verdient.
- *pagina 21. Steunpuntfunctie: Er wordt actief samengewerkt en afgestemd met de koepel-, patiënten- en familieorganisaties actief binnen de GGZ*. De raad vraagt hier ook de ziekenfondsen te vermelden.
- *pagina 22.* Voor de vormgeving van de persoonsvolgende financiering verwijst de raad naar eerdere aanbevelingen in het advies over de Conceptnota Vlaamse sociale bescherming (2 oktober 2015).
- *pagina 22.* De raad stelt voor de term 'BelRAI' te vervangen door 'het interRAI assessment systeem', kortweg de interRAI. De interRAI verwijst naar het geïntegreerde geheel van interRAI instrumenten dat ontwikkeld werd voor verschillende doelgroepen en settings, en dat toepassingen heeft op het niveau van de hulpverleners, de zorgmanagers en de beleidsmakers. De BelRAI is het onderdeel van interRAI dat in België in de ouderenzorg in gebruik is. Daarnaast worden op dit mo-

ment andere onderdelen ontwikkeld en onderzocht in Vlaanderen zoals RAI mental health en RAI community mental health voor de geestelijke gezondheidszorg.

- *pagina 22. Het recht op financiering is principieel gekoppeld aan het verzekerd zijn in het kader van de VSB.*
  - Binnen VSB hangt het krijgen van zorg en ondersteuning af van het al dan niet betalen van de bijdrage voor VSB. Het wordt een belangrijke opgave om de toegang tot zorg te verzekeren voor een aantal doelgroepen die het actieplan wil bereiken.
  - De raad dringt erop aan een duidelijk onderscheid te maken tussen het recht op zorg enerzijds en de administratieve procedures die toegang geven tot zorg (de backoffice) anderzijds.
  - Binnen VSB moet er gegarandeerd worden dat de zorg toegankelijk is voor iedereen. De raad verwijst daarbij naar eerdere aanbevelingen in het advies Conceptnota Vlaamse sociale bescherming (2 oktober 2015).
- *pagina 22. Er is ook de VIPA-financiering voor infrastructuur. Voor de bij de zesde staatshervorming overgehevelde sectoren […]* ***wordt onderzocht*** *op welke manier we in de infrastructuur van deze voorzieningen kunnen investeren.* Voor de raad is de formulering 'wordt onderzocht' te vrijblijvend. Een verdergaand engagement is nodig. De noden van de revalidatieconventies op het vlak van infrastructuur zijn groot en blijven al jaren onbeantwoord. Er zijn ook engagementen nodig voor de revalidatieconventies die momenteel geen aanspraak op VIPA kunnen maken.
- *pagina 22. Er wordt ook nagegaan of het systeem voor de aangehaalde sectoren die zich op vandaag beroepen op de klassieke procedure zal worden ingekanteld in een nieuw mogelijks forfaitair systeem*. De raad vraagt of dat strategisch forfait dan zal worden gekoppeld aan een zorgstrategische planning.
- *pagina 22.* De raad vraagt de Vlaamse regering om zich de toepasbaarheid bij de integratie van de geestelijke gezondheidszorg in de VSB niet tot één vorm van financiering te beperken én ervoor te zorgen dat de toegankelijkheid actief bewaakt wordt.
- *pagina 23.* De raad wijst erop dat de overlegplatforms GG ook zullen moeten afstemmen met lokale actoren en voorzieningen omdat de netwerkcoördinatoren geen mandaat als vertegenwoordiger van voorzieningen opnemen. Het is wel belangrijk de netwerkcoördinatoren bij deze afstemming te betrekken.
- *pagina 23.* De raad vraagt dat de overlegplatforms geestelijke gezondheid zo worden samengesteld dat ook de sectoren, die met de 6de staatshervorming een Vlaamse bevoegdheid werden, mee kunnen participeren gezien het belang van de zorgstrategische planning.
- *pagina 23. Reconversieregels en programmatie benutten.*
  - De raad stelt vast dat de Vlaamse regering, wanneer het om reconversie en programmatie gaat, sterk naar het federale niveau kijkt. Het is minder duidelijk hoe de Vlaamse regering deze beleidsafstemming met het federale niveau wil aanpakken. Het actieplan biedt geen duidelijkheid rond de beleidsintenties van de Vlaamse regering met betrekking tot de uitdovende PVT-bedden of nieuwe PVT capaciteit.
  - De raad merkt ook op dat het actieplan hier een belangrijke voorafname doet op de mogelijkheid tot reconversie. Deze werd nog niet uitgewerkt voor de woonzorgcentra. De raad meent bovendien dat het moeilijk in te schatten is of dit een reële optie is voor de WZC. Liggen de noden (en expertise) van de

WZC niet eerder bij de reconversie naar zware zorg (RVT-bedden), kortverblijf, gezinszorg,…?.

- *pagina 23. Er wordt bij de inzet van de middelen steeds vertrokken van coëfficiënten die rekening houden met het aantal inwoners, prevalentie psychische problemen, sociaaleconomische situatie, … van iedere betreffende regio ten opzichte van Vlaanderen.* Ook verslavingsproblemen worden hier best expliciet vernoemd.
- *pagina 23-24. Geïntegreerde kwaliteitsbenadering*
  - De raad vraagt om de initiatieven vanuit het VIP²GGZ en de zorginspectie maximaal op elkaar af te stemmen.
  - De raad meent dat een geïntegreerde kwaliteitsbenadering en wetenschappelijk onderzoek en monitoring beter samen worden opgenomen in functie van een gestructureerde afstemming tussen beiden.
- *pagina 24.* De raad ondersteunt de expliciete keuze voor meer wetenschappelijk onderzoek en voor de ontsluiting ervan. Het lijkt aangewezen hier een connectie met het VIKZ te maken (bijvoorbeeld bij de studie naar INTERRAI).
- *pagina 25. Participatie.* Het is een goede zaak dat heel wat stakeholders op het terrein gehoord werden bij de voorbereiding van dit actieplan. Toch merkt de raad ook op dat in de voorgestelde structuren geen duidelijke plaats meer wordt voorzien voor een aantal huidige middenveldorganisaties. De raad vraagt onder meer om aandacht te besteden aan de rol die de ziekenfondsen en koepelorganisaties hier precies kunnen opnemen.
- *pagina 25. Patiëntenvragenlijst.* De raad verwijst daarnaast ook naar de participatiechecklists die ontwikkeld werden binnen het federale participatie-project. Deze checklists bevragen bij patiënten en naastbetrokkenen hun mate van participatie binnen hun eigen behandeling – of die van hun naaste- en binnen de voorziening waar zij – of hun naaste – behandeld worden.