

VLAAMS PARLEMENT



Zitting 1998-1999

26 februari 1999

ONTWERP VAN DECREET

betreffende de geestelijke gezondheidszorg

INHOUD

	Blz.
Memorie van toelichting	3
Voorontwerp van decreet	15
Advies van de Vlaamse Gezondheidsraad	27
Advies van de Raad van State	61
Ontwerp van decreet	81

MEMORIE VAN TOELICHTING

Krachtlijnen van het decreet

DAMES EN HEREN,

Inleiding

De centra voor geestelijke gezondheidszorg bestaan in hun huidige vorm sinds 1975.

Door het koninklijk besluit van 20 maart 1975 betreffende de erkenning en subsidiëring van de Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg werd het mogelijk om centra met multidisciplinaire equipes te erkennen en te subsidiëren die als opdracht hebben ambulante psychiatrische zorg te verlenen en preventieve activiteiten op te zetten.

Dit besluit maakte deel uit van een globale vernieuwing van de psychiatrische zorg, waarbij ook nieuwe normen voor de psychiatrische ziekenhuisdiensten werden ingevoerd. De wenselijkheid van samenwerking tussen de intra- en extramurale zorgverlening in de reglementering voorzien bleek reeds in 1975.

Op 12/10/1988 werd voor de Vlaamse Gemeenschap het koninklijk besluit van 1975 vervangen door het besluit van de Vlaamse Executieve inzake erkenning en betoelaging van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg. De erkenningsvoorwaarden en subsidiëeringsmodaliteiten voor de centra werden erin aangepast.

In 1996 werd in opdracht van de Vlaamse regering een begrotingsenquête uitgevoerd door de Inspectie van Financiën. In een steekproef van 20 centra – op een totaal van 84 – werden de algemene werking, het beheer en de financiële situatie onderzocht. De belangrijkste conclusies uit deze doorlichting waren :

- er is een nauwkeurige afbakening van opdrachten en doelgroepen nodig ;
- een schaalvergroting op niveau van het beheer dringt zich op ;
- het subsidiëringssysteem verdient actualisatie.

Na deze doorlichting werd meteen het overleg terzake gestart met de representatieve vertegenwoordigers van de werkgevers. In een latere fase sloten de representatieve vertegenwoordigers van de werknemers zich bij dit overleg aan.

1° Situering van de opdracht en bepaling van de werkingsbeginselen

In eerste instantie wordt de opdrachtverklaring nauwkeuriger omschreven dan voorheen het geval was. De kernopdracht is het verlenen van verantwoorde zorg aan patiënten met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen of met geestelijke gezondheidsproblemen die een ernstig risico tot chroniciteit in zich dragen. Het doel van deze zorgverlening is het herstel van het psychisch evenwicht of het draaglijk maken van psychische stoornissen voor patiënten en hun leefomgeving, opdat aldus patiënten competenties verwerven of ontwikkelen die de basis vormen voor hun emancipatie en hun maatschappelijk geïntegreerd functioneren. Dit is een opdracht die aansluit bij wat centra voor geestelijke gezondheidszorg horen te zijn, namelijk gespecialiseerde voorzieningen die zich situeren op de tweede lijn binnen de gezondheidszorg. Dit is een wezenlijk andere positionering dan bijvoorbeeld een eerstelijns welzijnsdienst.

Hoewel er in ons land geen grootschalig epidemiologisch onderzoek inzake psychiatrische ziektebeelden is verricht, kan uit de resultaten van recente onderzoeken in Nederland, de Verenigde Staten en Canada worden afgeleid dat jaarlijks een aanzienlijk percentage van de bevolking te kampen heeft met een ernstige verstoring van het psychisch evenwicht. Dit betekent evenwel niet dat al deze problemen ook onmiddellijk professioneel en psychiatrisch moeten behandeld worden. Veel problemen hebben immers te maken met een bepaalde levensfase of met bijzondere omstandigheden en geven aanleiding tot het zoeken van een nieuw evenwicht. Als dit evenwel niet wordt bereikt bestaat het risico op de ontwikkeling van een chronisch verminderde capaciteit tot maatschappelijk geïntegreerd functioneren. Naast de behandeling van ernstige bestaande problemen, dient de beschikbare hulpverleningscapaciteit vooral te worden ingezet om deze ontwikkeling tot chroniciteit tegen te gaan bij patiënten die daar het grootste risico toe lopen.

Het logisch gevolg daarvan is dat de rechtstreekse toegang tot de centra beperkt wordt en dat patiënten bij voorkeur na verwijzing door een deskundige op een centrum een beroep kunnen doen. De verwachting is dat daardoor een aantal hulpvragen dat thans nog onterecht op een centrum komt zal verminderen, zodat er meer tijd beschikbaar is voor de personen die terecht een beroep doen op de centra. De problematiek van de wachtlijsten

kan zodoende worden gemilderd. Dit vereist evenwel een doorgedreven inspanning om de verwijzers precies te informeren over de opdracht en de preciese doelgroep van de centra, zodat zij met kennis van zaken een adequate verwijzing kunnen voorstellen.

In principe kunnen ook patiënten die niet zijn verwezen, beroep doen op het centrum. Dit zal echter een minderheid betreffen.

De kern van de zorgverlening blijft bestaan uit intake, diagnose- en indicatiestelling, sociaal-psychiatrische en psychotherapeutische behandeling en begeleiding, en dit met het oog op het herstel van het psychisch evenwicht of het draaglijk maken van psychische stoornissen voor patiënten en hun leefomgeving. Elk erkend centrum zal een multidisciplinair team aanduiden dat aan kinderen en ouderen geestelijke gezondheidszorg verleent.

De preventieve opdracht van de centra wordt in overeenstemming met de tweedelijnsopdracht beperkt tot het verlenen van medewerking aan acties die kaderen in het verlengde van haar kernopdracht en die gericht zijn op specifieke risicogroepen in de bevolking, en sluit daartoe samenwerkingsakkoorden met de Logo's binnen het werkgebied van het centrum.

Daarnaast wordt van de centra verwacht dat zij op basis van een systematische registratie om de drie jaar signaleren welke factoren structureel de geestelijke gezondheid van de bevolking van hun werkgebied beïnvloeden. Door de systematische verzameling van de data en de wetenschappelijke reflectie daarover, zal de overheid toelaten een preventief en inclusief beleid uit te stippelen.

Tenslotte wordt in de opdrachtsverklaring en de werkingsbeginselen de nadruk gelegd op het begrip verantwoorde zorg en de daarmee gepaard gaande vereisten van doelmatigheid, doeltreffendheid en maatschappelijke aanvaardbaarheid, waardoor er een duidelijk verband gelegd wordt met de toepassing van het decreet van 25 februari 1997 betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen.

2° Schaalvergroting

In de reglementeringen van 1975 en 1988 was als programmatienorm bepaald : 1 centrum per 50 000 inwoners. Dit heeft geleid tot de erkenning van 84 centra in de Vlaamse Gemeenschap.

Het gemiddelde personeelseffectief bedraagt 6,2 voltijdse equivalenten. In de loop van 1997 is dit door de invoering van de convenanten verhoogd tot gemiddeld 6,9 voltijdse equivalenten.

Het is duidelijk dat de centra voor geestelijke gezondheidszorg tot op heden zeer kleinschalig georganiseerd zijn en dus heel kwetsbaar zijn en niet steeds in de mogelijkheid verkeren om continue en spoedige zorg te verzekeren.

Om deze en volgende redenen dringt schaalvergroting zich op :

1. schaalvergroting laat toe dat elk centrum naast haar basisaanbod een noodzakelijk aantal specialisaties naar doelgroepen of problematieken toe, kan uitbouwen ;

2. het bestuur en dagelijks beheer kan professioneel en kwaliteitsvol gevoerd worden omdat de schaalvergroting toelaat daartoe een specifieke opdracht toe te wijzen aan een personeelslid ;

3. door de bundeling van de thans versnipperde krachten zullen de centra zich duidelijker en krachtiger positioneren t.o.v. de andere actoren binnen de samenwerkingsverbanden en netwerken die zich zullen ontwikkelen in de geestelijke gezondheidszorg ;

4. schaalvergroting laat toe te opteren voor een hendaagser financieringsmodel dat aan de initiatiefnemers voldoende autonomie en verantwoordelijkheid toekent om de beschikbare middelen optimaal in te zetten.

De schaalvergroting op bestuurlijk niveau zal bij de inwerkingtreding van dit decreet resulteren in de erkenning van maximum 26 centra waarvan maximum 2 in Brussel-hoofdstad in plaats van de huidige 84. Het werkgebied van een centrum voor geestelijke gezondheidszorg wordt gevormd door een sociologisch geheel van aaneensluitende steden en gemeenten binnen eenzelfde provincie dat minimum 400.000 inwoners telt en maximum hetzij de werkgebieden omvat van de Logo's die tot één preventieplatform toetreden. Per werkgebied kunnen maximum 2 centra worden erkend.

Deze laatste optie laat functionele afspraken tussen beide centra in eenzelfde werkgebied toe over o.m. het zorgaanbod.

Overlappingsen en blinde vlekken inzake zorgaanbod kunnen aldus worden vermeden, terwijl alle inwoners vlot terecht kunnen in de centra. De ver-

wijzing naar de werkgebieden van de Logo's komt voort uit de keuze om in de toekomst alle voorzieningen in de gezondheidszorg te situeren binnen herkenbare regio's. Daarmee geeft dit decreet meteen een aanzet tot een vernieuwde globale structuur voor de geestelijke gezondheidszorg in de 21^{ste} eeuw.

Schaalvergroting betekent evenwel niet dat er slechts 26 vestigingsplaatsen van centra zullen bestaan. Elk centrum zal bij voorkeur over meerdere vestigingsplaatsen beschikken om een vlotte bereikbaarheid voor het publiek te waarborgen.

In de specifieke situatie van Brussel-hoofdstad kunnen maximum 2 centra erkend worden. Dit betekent niet er geen schaalvergroting kan doorgevoerd worden samen met de centra van de provincie Vlaams-Brabant.

3° Actualisering van het financieringssysteem

In overeenstemming met de algemene beleidsopaties van de Vlaamse Regering inzake responsabilisering van voorzieningen wordt de bestaande subsidiëring vervangen door een enveloppe-financiering. Die is bij aanvang gebaseerd op de som van de toegekende subsidies die aan de partners die deel uitmaken van één nieuw te erkennen nieuwe centrum.

In een daaropvolgende fase zal de subsidie-enveloppe worden onderhandeld tussen de overheid en de centra rekening houdend met de prestaties waartoe de centra zich verbinden als met de resultaten die zij beogen. De verhouding van de personeels- en werkingskosten in de subsidie-enveloppe evenals de mate waarin de subsidie-enveloppe evolueert ingevolge indexering en weddedrift zullen in deze onderhandeling mee opgenomen worden.

De toegekende subsidie-enveloppe heeft betrekking op de onderhandelde overeenkomst die een geldigheidsperiode van drie jaar heeft. Een voordeel van het werken met een overeenkomst en een dergelijke financiering is dat elk centrum binnen voorafgekende en zekere grenzen een autonoom beleid kunnen voeren.

Daarnaast is er het engagement om, gespreid over een periode van 4 jaar, bijzondere inspanningen te doen om de nodige budgettaire middelen voor te behouden om

– de sector in staat te stellen een collectieve arbeidsovereenkomst af te sluiten die de lonen van

de medewerkers op hetzelfde niveau brengt als in de psychiatrische ziekenhuizen ;

– de subsidie-enveloppe globaal te verhogen met 5% om een correcte dekking van de werkingskosten te verzekeren ;

– leidinggevende functies in te vullen.

4° Wetenschappelijke ondersteuning en dienstverlening

De Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg wordt door de Vlaamse Gemeenschap financieel ondersteund voor de uitvoering van diverse opdrachten die verband houden met wetenschappelijke en logistieke ondersteuning van de geestelijke gezondheidszorg in haar geheel. Haar werking bevat onder meer :

– de verwerking van de registratiegegevens die door de centra worden ingevoerd ;

– de uitbouw en organisatie van een publiek toegankelijk documentatiecentrum ;

– de ondersteuning van de gebruikersvereniging van psychiatrische patiënten ;

– de coördinatie van de provinciale overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg ;

– de coördinatie van initiatieven inzake klachtenbehandeling in de psychiatrie.

Met deze vereniging zal de overheid een overeenkomst sluiten met als objectief de multidisciplinaire wetenschappelijke ondersteuning van de geestelijke gezondheidszorg.

Het Verbond voor Medisch-Sociale Instellingen, sector geestelijke gezondheidszorg, en de Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg zullen door de Vlaamse Gemeenschap gefinancierd voor het uitvoeren van ondersteunende of dienstverlenende opdrachten t.o.v. de centra voor geestelijke gezondheidszorg, die bij hen zijn aangesloten.

In een desbetreffende overeenkomst zullen o.m. volgende opdrachten worden ingeschreven :

– de vertegenwoordiging van de centra bij intersectorieel overleg ;

– de organisatie van vorming ten behoeve van het personeel van de centra ;

– de begeleiding van de registratie volgens de regels die de regering zal bepalen, in de centra ;

– het bijdragen tot de implementatie van nieuwe beleidsontwikkelingen ;

– het ondersteunen van de centra bij het sluiten van overeenkomsten met de overheid en van afspraken met partners in de geestelijke gezondheidszorg.

Commentaar bij de artikelen

Artikel 1

Dit artikel vergt geen commentaar.

Artikel 2

In dit artikel worden een aantal termen die verder in het decreet en de memorie van toelichting werden gehanteerd, in alfabetische volgorde gedefinieerd.

Artikel 3

Als uitgangspunt wordt bepaald dat iedere patiënt recht heeft op een verantwoorde zorg en op respectvolle behandeling. Geen enkele patiënt mag gediscrimineerd worden op basis van zijn leeftijd of geslacht of van zijn ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging, noch op grond van zijn vermogenstoestand.

De centra voor geestelijke gezondheidszorg dienen toegankelijk te zijn voor alle patiënten maar dienen daarenboven een bijzondere inspanning te leveren om sociaal en financieel zwakkere personen effectief te bereiken.

Artikel 4

Dit artikel vindt zijn basis in het decreet betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen. Het kwaliteitsbeleid is gericht op

verantwoorde zorg en respect-volle omgang en behandeling van de patiënt.

“Verantwoorde zorg” is een veranderlijk begrip. Verantwoorde zorgverlening zal mee evolueren met het wijzigende beeld over het psychisch ziek en gezond zijn. Onder “verantwoorde zorg” verstaat men ondermeer doeltreffende, doelmatige, continue, veilige en maatschappelijke aanvaardbare zorg. Deze aspecten verwijzen naar de kwaliteitsaspecten van de zorg.

Met doeltreffendheid bedoelen we de optimale zorg in functie van de behoeften van de patiënt. In de afgelopen jaren is heel wat wetenschappelijke kennis verzameld en werden therapieën en methodieken ontwikkeld waardoor aan patiënten een adequatere zorg kan worden geboden. Elke patiënt moet op basis van zijn zorgbehoefte toegang hebben tot de meest “geëigende” zorg. Hier ligt een grote uitdaging om in de zorgverlening gelijke tred te houden met de wetenschappelijke ontwikkelingen en bevindingen inzake geestelijke gezondheidszorg.

Onder doelmatigheid wordt verstaan : een afweziging van de baten ten opzichte van de inspanningen die moeten worden geleverd om deze baten te realiseren. De doeltreffendheid en doelmatigheid van de zorgverlening behelzen eveneens de beheersing van de kosten. De doeltreffendheid en de doelmatigheid zullen door de voorziening zelf moeten worden bewaakt.

De maatschappelijke aanvaardbaarheid van de zorg houdt in dat bij zorgverlening de zorgverspreker dient na te gaan of de behandeling die men voorstelt, aanvaard wordt door de maatschappelijke omgeving van de patiënt.

Onder respectvolle omgang en behandeling van de patiënt wordt begrepen : het persoonlijk onthaal, de passende verwijzing van de hulpvrager, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en van het zelfbeschikkingsrecht, de informatie en de inspraak van de patiënt. In deze context hebben de centra ook de verantwoordelijkheid om potentiële verwijzers te informeren over hun opdracht, werkingsbeginselen en doelgroepen. Met deze verwijzers, maar ook met andere hulpverleners, dienen afspraken te worden gemaakt over de bijdrage van elk tot de zorg van de patiënt.

Artikel 5

Dit artikel vergt geen commentaar.

Artikel 6

Dit artikel vergt geen commentaar.

Artikel 7

In artikel 7, § 1 wordt de opdracht voor het geheel van voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg omschreven, terwijl in § 2 wordt bepaald dat de centra voor geestelijke gezondheidszorg tot de realisatie van deze opdracht dienen bij te dragen.

In § 3 wordt de mogelijkheid voorzien om met andere initiatiefnemers dan deze die gevat zijn door dit decreet, overeenkomsten af te sluiten teneinde de opdracht van de geestelijke gezondheidszorg te realiseren. De Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) en Similes zijn hiervan voorbeelden.

In § 4 wordt de mogelijkheid voorzien om teneinde de samenwerking tussen de sector van de geestelijke gezondheidszorg en de sectoren uit welzijn en gezondheid te bevorderen en de concrete afspraken tussen voorzieningen te kaderen en voor alle betrokkenen duidelijk te stellen, protocollen tussen de beleidsverantwoordelijken van de geestelijke gezondheidszorg en o.m. van de welzijnsvoorzieningen samenwerkingsprotocollen te sluiten. Dit naar analogie met het kaderprotocol naar aanleiding van de samenwerking tussen de centra voor geestelijke gezondheidszorg en de vertrouwenscentra kindermishandeling.

Er zullen samenwerkingsprotocollen gesloten worden voor o.m. het Algemeen Welzijnswerk, bijzondere jeugdbijstand, gehandicaptenzorg, de centra voor leerlingenbegeleiding en de vertrouwenscentra kindermishandeling. Een nominatieve specificatie in het decreet is niet aangewezen, omdat de meeste van deze sectoren een evolutief karakter hebben, zodat een nominatieve (en dus ook limitatieve) aanduiding onvoldoende exhaustief is. De aansluiting en de positionering van de C.G.G.'s zou aldus niet de maatschappelijke realiteit kunnen volgen, hetgeen duidelijk niet de bedoeling is van dit decreet, dat veeleer de bedoeling heeft de C.G.G.'s te verplichten tot inschakeling in samenwerkingsverbanden, en dit in eerste instantie in de sectoren Algemeen Welzijnswerk, bijzondere jeugdbijstand, gehandicaptenzorg, de centra voor leerlingenbegeleiding en de vertrouwenscentra kindermishandeling.

Artikel 8

In dit artikel wordt het subsidiariteitsprincipe ingeschreven : de voorkeur gaat uit naar de minst ingrijpende behandeling voor zover het gewenste effect zo maximaal mogelijk wordt bereikt. Tevens moet een beroep worden gedaan op de medeverantwoordelijkheid en zelfredzaamheid van de patiënt.

Artikel 9

In dit artikel worden een aantal werkingsbeginselen geëxpliciteerd :

1°) De centra voor geestelijke gezondheidszorg situeren zich expliciet als een gespecialiseerde gezondheidsvoorziening op de tweede lijn. De patiënten komen bij voorkeur bij een centrum terecht na verwijzing door een deskundige.

2°) In het verleden functioneerden sommige voorzieningen eerder aanbodgericht dan vraaggestuurd. In de actuele visie op zorgverstrekking staan de noden en de behoeften van de patiënt uitdrukkelijk voorop. Vertrekkend vanuit de ziekte-toestand van de patiënt wordt de meest aangewezen zorgvorm bepaald.

3°) Onverminderd artikel 3 waarin wordt gesteld dat het centrum voor geestelijke gezondheidszorg principieel openstaat voor alle personen zonder onderscheid, worden kinderen en ouderen als specifieke doelgroepen naar voren geschoven.

4°) Binnen een centrum werken deskundigen vanuit verschillende disciplines in team samen. Deze samenwerking wordt gepreciseerd in de artikelen 10 en 13, die samen dienen te worden gelezen met deze bepaling.

Minimaal dient een psychiatrische, psychologische, agogische en sociale functie aanwezig te zijn om een multidisciplinaire benadering te waarborgen. Voor de ondersteuning van de werking en de uitvoering van de administratieve taken wordt logistiek personeel voorzien.

5°) Een centrum is ingeschakeld in één of meerdere psychiatrische netwerken. Dit begrip is omschreven in artikel 2, 6° als een geheel van juridisch onafhankelijke voorzieningen, instellingen, diensten en initiatieven dat een functioneel samenwerkingsverband vormt teneinde voor doelgroepen zorg-

programma's aan te bieden die als een samenhangend geheel worden ervaren.

Binnen dergelijk netwerk dient de patiënt de meest kwaliteitsvolle zorg te krijgen door de daartoe meest geschikte zorgverstreker.

Voor de intramurale en transmurale voorzieningen (psychiatrische ziekenhuizen, PAAZ-diensten binnen algemene ziekenhuizen, PVT en BW) is deze voorwaarde een aanvullende erkenningsnorm.

De Vlaamse Gemeenschap is daartoe bevoegd volgens de Bijzondere Wet van 8 augustus 1980 en een constante rechtspraak van de hogere gerechtshoven.

6°) Zowel het werken met kinderen als met ouderen veronderstelt van de zorgverstrekkers specifieke deskundigheid. Voor deze twee doelgroepen dienen volwaardige multidisciplinaire teams samengesteld, naast de multidisciplinaire teams die de basiswerking schragen. De optie om multidisciplinaire teams aan te wijzen voor kinderen en ouderen steunt enerzijds op de noodzakelijkheid daartoe die blijkt uit wetenschappelijk onderzoek en anderzijds op signalen die vanuit diverse gezondheids- en welzijnsvoorzieningen uitgestuurd worden en tenslotte op de uitdrukkelijke vragen van de centra zelf.

7°) Een centrum werkt samen met en vaak op verwijzing door eerstelijns gezondheids- en welzijnsvoorzieningen binnen haar regio. Voor belangrijke aspecten van de hulp die niet tot de kernopdracht van het centrum behoren dient een beroep gedaan op o.a. OCMW, PMS, MST, Algemeen Welzijnswerk, Kind en Gezin, VFSIPH ... Door degelijke afspraken en uitdrukkelijk wederzijdse engagementen tussen deze samenwerkende partners kan de efficiëntie en effectiviteit van de zorgverstrekking worden geoptimaliseerd, terwijl deze zorgverstrekking daarenboven als integraal en samenhangend wordt ervaren door de patiënt.

8°) Alle medewerkers in een centrum dienen het beroepsgeheim te respecteren. Niet alleen de personeelsleden maar ook stagiairs en vrijwilligers dienen zich te houden aan de regels van het beroepsgeheim. De op te stellen deontologische code zal daarbij een houvast bieden.

9°) Het beroepsgeheim wordt gedeeld door alle medewerkers en personen zoals bedoeld in 8°.

10°) Primaire preventie behoort niet tot het takenpakket van het centrum. Preventie is hier te inter-

preteren als secundaire en tertiaire preventie. Naar de nulde en de eerste lijn kan een centrum een ondersteunende rol spelen bij de begeleiding van de werking op deze lijnen. Essentieel echter is dat het centrum telkens de afweging maakt of haar preventie-initiatieven kaderen in het verlengde van haar opdracht, zoals bepaald in artikel 7 en dat deze preventie-initiatieven kaderen in de samenwerkingsakkoorden die het centrum terzake sluit met de LOGO's in haar werkgebied.

Naast de expliciet vermelde taken in § 1 wordt in § 2 de mogelijkheid voorzien dat de regering bijkomende taken oplegt aan de centra. Zeer specifieke thema's, doelgroepen of regiogebonden behoeften kunnen daartoe aanleiding geven. De eerder opgestarte overeenkomsten met (netwerken van) centra betreffende de problematiek van kindermishandeling, drughulpverlening en -preventie, daderhulp en zelfdoding, behoren tot het bedoelde van deze § 2. Acute crisissituaties die bijvoorbeeld door natuurrampen of andere traumatiserende gebeurtenissen ontstaan, kunnen evenzeer aanleiding geven tot bijkomende interventies door centra.

Naast het takenpakket omschreven in § 1 en § 2 kan een centrum opdrachten aanvaarden op vraag van privé-personen, van diensten of andere voorzieningen die niet als verwijzers aangewezen zijn.

Deze aanvullende opdrachten mag het centrum aanvaarden op voorwaarde dat :

- er een financiële tussenkomst is voor de geleverde prestaties ;
- het gaat om een opdracht die past binnen het takenpakket van een centrum ;
- de doelgroepen waarvoor het centrum is aangewezen, blijvend terecht kunnen in het centrum ;
- het centrum jaarlijks een rapport opstelt waarin de omvang van aanvullende taken aangegeven wordt. Ook dient de aard van deze aanvullende taken te worden toegelicht.

Artikel 10

In artikel 4 werden de samenstellende componenten van het zorgproces reeds opgesomd. Elke nieuwe patiënt wordt onderworpen aan een onderzoek. Na de diagnose- en indicatiestelling dient een handelingsplan te worden opgesteld door het multidisciplinaire team, zodat op een geïntegreerde wijze

aan de psychiatrische, psychologische, agogische en sociale aspecten van het probleem of de stoornis aandacht wordt besteed.

Elk handelingsplan maakt het voorwerp uit van multidisciplinaire teambespreking en de vorderingen in het zorgproces dienen regelmatig binnen dit multidisciplinair team te worden opgevolgd.

Een psychiater heeft de medische eindverantwoordelijkheid met betrekking tot de zorgverstrekking.

Artikel 11

Aangezien een centrum zich profileert als een tweedelijns gezondheidsvoorziening, doet in principe een patiënt een beroep op een centrum na verwijzing.

Na aanmelding van een patiënt staat het centrum in voor zijn 'onthaal'. Het onthaal in een voorziening is een belangrijk aspect in de respectvolle omgang met de patiënt.

Respectvolle omgang is één van de uitgangspunten van het decreet betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen. Korte wachttijden tussen het eerste contact met het centrum en de eerste interventie en de eventueel daaropvolgende zorgverlening door de zorgverstrekker, zijn bepalend voor het al dan niet als positief ervaren van het onthaal en de zorgverstrekking door een centrum. Gelet op het belang van het voorgaande zal in het beleidsplan van elk centrum deze "redelijke termijn" worden bepaald.

De verantwoorde zorg bestaat ook uit overleg met de verwijzers, teneinde het adequate karakter van de verwijzingen te vrijwaren.

Artikel 12

Alle partners binnen de psychiatrische netwerken voeren op uniforme wijze een registratie. Enkel op die manier kunnen op systematische wijze relevante gegevens worden verzameld over kenmerken van de patiëntenpopulatie en over de geleverde zorg.

In eerste instantie kan op basis van deze gegevens de zorgvoorziening de eigen werking evalueren. In tweede instantie kunnen de kwantitatieve en kwa-

litatieve gegevens informatie leveren die relevant zijn voor het beleid. Vanuit deze invalshoek dient artikel 15 te worden begrepen.

Artikel 13

Het multidisciplinair samenwerken sluit uit dat elke discipline eigen dossiers opstelt. Eén multidisciplinair dossier per patiënt bundelt alle voor de zorgverstrekking nuttige en noodzakelijke gegevens.

Artikel 14

Dit artikel vergt geen commentaar

Artikel 15

Om de drie jaar dient het centrum een rapport op te stellen waarin de registratiegegevens over langere termijn worden bekeken en geïnterpreteerd. De context waarin problemen ontstaan en voortbestaan zal voor elk werkgebied van een centrum geëxpliciteerd worden.

Artikel 16

Het centrum dient zich zo te organiseren dat patiënten ook in vakantieperiodes terecht kunnen voor zorg. Een minimaal noodzakelijke permanentie dient gewaarborgd te worden. Tijdens de sluitingsuren dient het centrum te zorgen voor telefonische bereikbaarheid.

Een antwoordapparaat dient de nodige informatie te geven tot wie en waar men zich kan wenden voor onmiddellijke zorg.

Artikel 17

Het vormingsbeleid van een centrum vindt haar weerslag in een jaarlijks aan te passen vormingsplan of kan een onderdeel vormen van het driejaarlijks beleidsplan.

Artikel 18

Door de patiëntbijdragen te moduleren in functie van ondermeer inkomen, gezinssituatie, intensiteit en chroniciteit van de zorgbehoefte, wordt erover gewaakt dat de toegankelijkheid van de centra optimaal is.

Artikel 19

Een centrum kan en mag de benaming ‘centrum voor geestelijke gezondheidszorg’ maar dragen indien het als zodanig is erkend.

Aan de formele beslissing tot erkenning gaat een advies van de inspectie vooraf. In dit advies zal aangegeven worden hoe en in welke mate aan de erkenningsvoorwaarden wordt voldaan.

Artikel 20

Om erkend te worden en erkend te blijven dient een centrum aan de opgesomde voorwaarden te voldoen. Deze bepalingen hebben betrekking op verplichtingen inzake organisatiestructuur, huisvesting, kwaliteitsbeleid, uit te voeren opdrachten, personeel en leiding, inspectie, boekhoudkundige verplichtingen en programmatienormen. De regering kan bovendien bijkomende erkenningsvoorwaarden opleggen na advies van de Vlaamse Gezondheidsraad. De regering zal in een uitvoeringsbesluit vastleggen op welke wijze een erkenning dient aangevraagd te worden.

Enkel inzake de programmatie kunnen er afwijkingen worden toegestaan en dit onder twee voorwaarden :

- de regering kan hiertoe beslissen op basis van een gemotiveerd advies van de inspectie ;
- het totaal van het aantal erkende centra kan nooit hoger zijn dan 26.

Artikel 21

Wanneer aan één of meer erkenningsvoorwaarden, opgesomd in artikel 20, niet voldaan wordt kan de inspectie een advies voorleggen aan de regering op basis waarvan de erkenning kan worden ingetrokken.

De criteria op basis waarvan de regering zal beslissen tot intrekking van de erkenning en de manier waarop dit zal gebeuren zal in een uitvoeringsbesluit worden bepaald, dat in beroepsmogelijkheden zal voorzien.

Artikel 22

Om op 1 januari 2000 als één van de 26 centra erkend te worden dient het bestuur van het centrum aan de strikte voorwaarde te voldoen dat het op 1 januari 1999 als centrum voor geestelijke gezondheidszorg was erkend, hetzij er de rechtsoptvolger van is.

Indien in een bepaald werkgebied er minder dan twee centra voor geestelijke gezondheidszorg erkend zijn dan kan de regering vanaf 1 januari 2001 een erkenning verlenen aan een instantie die nog niet erkend was op 1 januari 1999. Dit kan het geval zijn wanneer een bestaande VZW haar werkzaamheden stopzet en een nieuwe VZW het initiatief neemt om de opdrachten in te vullen. Deze paragraaf werd ingelast om blinde vlekken te voorkomen.

Artikel 23

In elk dossier waar de minister het voornemen heeft om voor een centrum een nadelige beslissing te nemen inzake een erkenning of verlenging van erkenning, een weigering, intrekking of schorsing van erkenning, kan het centrum, vooraleer de definitieve beslissing genomen wordt, een advies uitlokken van de Vlaamse Adviesraad voor erkenning van verzorgingsvoorzieningen (VAR) opgericht bij decreet van 19 december 1996.

Hiervoor moet het centrum een bezwaarschrift indienen bij de VAR.

In het besluit van de Vlaamse regering 28 januari 1997 tot uitvoering van het decreet van 19 december 1996 wordt in artikel 32 de procedure toegevoegd die door de Adviesraad dient gevolgd te worden.

De uitvoeringsbesluiten op basis van artikel 20, § 3 en artikel 21, § 2 zullen derhalve ook met de bepalingen van het decreet van 19 december 1996 moeten rekening houden.

Artikel 24

De Vlaamse regering zal een centrum financieren op basis van een overeenkomst.

Bij het in voege treden van het decreet zal tussen elk centrum en de regering een overeenkomst worden afgesloten voor een periode van drie jaar. In de overeenkomst zullen algemene en specifieke doelstellingen worden omschreven. De prestaties die geleverd moeten worden en de resultaten waartoe het centrum zich inspant om deze doelstellingen te realiseren, worden erin expliciet opgenomen.

In de overeenkomst worden ook de bepalingen inzake de subsidie-enveloppe ingeschreven. De responsabilisering van de voorzieningen en de daarmee gepaard gaande deregulering staan centraal. Er wordt resoluut voor een subsidie-enveloppe geopteerd : een globaal krediet dat het centrum autonoom inzet voor de vervulling van de overeengekomen opdrachten.

Artikel 25

De basis voor de overeenkomst is het beleidsplan, opgesteld door het centrum.

De regering beoordeelt het beleidsplan en sluit op basis hiervan de overeenkomst.

De administratie Gezondheidszorg van de Vlaamse Gemeenschap zal toezien op de uitvoering van het beleidsplan.

Het beleidsplan bevat ondermeer volgende elementen :

- de wijze waarop het centrum zijn taken in overeenstemming met de werkingsbeginselen realiseert ;
- de wijze waarop de kwaliteitsindicatoren worden toegepast. Kwaliteitsindicatoren geven aanwijzingen over de structuur, het proces of het resultaat ;
- de wijze waarop de prestatie-indicatoren worden toegepast. Prestatie-indicatoren geven aanwijzingen over de kwantiteit en het volume van de prestaties ;
- welke acties desgevallend ondernomen worden om het functioneren van het centrum te optimaliseren.

Artikel 26

De regering zal met de centra onderhandelen over de verhouding van de personeels- en werkingskosten in de subsidie-enveloppe.

Aangezien de omvang van de subsidie-enveloppe bepaald wordt in een overeenkomst die voor drie jaar wordt gesloten is het belangrijk dat de subsidie-enveloppe gekoppeld wordt aan een aantal parameters, zoals de index en de weddedrift, zodat in de loop van de 3 jaar een tussentijdse aanpassing van de subsidie-enveloppe mogelijk wordt.

Artikel 27

De schaalvergroting in de sector moet resulteren in de erkenning van maximum 26 centra in plaats van de huidige 84 centra.

Hiervoor dienen de centra zich te herorganiseren in een bepaald werkgebied.

Onder werkgebied wordt verstaan : een sociologisch geheel van aaneensluitende gemeenten dat minimum 400.000 inwoners telt en maximum de werkgebieden omvat van de LOGO's die tot één provinciaal preventieplatform toetreden.

Per werkgebied kunnen maximum 2 centra worden erkend.

Met de mogelijkheid om per werkingsgebied twee centra te erkennen is geopteerd voor een evenwicht tussen een functionele samenwerking van voorzieningen in hetzelfde werkgebied enerzijds en een keuzemogelijkheid van de huidige centra voor een bestuurlijk samengaan anderzijds.

Worden er in één werkgebied twee centra opgericht dan dienen zij afspraken te maken over hun aanbod binnen het psychiatrisch netwerk. De onderlinge afspraken hierover dienen te resulteren in een formeel akkoord. Zonder dit akkoord kan er geen erkenning gegeven worden aan de twee centra. Blijkt op een bepaald ogenblik dat het overleg tussen de twee centra ernstig geblokkeerd dreigt te raken, dan kan de regering een bemiddelaar aanstellen.

In het totaal kunnen 26 centra erkend worden, met inbegrip van maximum 2 in Brussel-hoofdstad. Deze vooropgestelde schaalvergroting betekent niet dat er maar 26 vestigingsplaatsen van centra zullen overblijven. Elk centrum kan uiteraard over

meerdere vestigingen beschikken om een vlotte bereikbaarheid voor het publiek te waarborgen. Erkenningen kunnen niet eerder verleend worden dan wanneer is aangetoond dat er geen blinde vlekken resterend in de Vlaamse Gemeenschap.

Artikel 28

De regering zal de parameters vastleggen op basis waarvan de zorgbehoeften in het werkveld opgespoord en bepaald kunnen worden.

De zorgbehoeften zullen determinerend zijn voor de toekomstige spreiding van de zorgverleningscapaciteit.

Artikel 29

Binnen de VIPA-reglementering is een luik voorzien voor investeringssubsidies voor centra voor geestelijke gezondheidszorg. Deze reglementering is vanzelfsprekend integraal van toepassing voor de centra.

Artikel 30

De regering voorziet een jaarlijks budget voor multidisciplinaire wetenschappelijke ondersteuning door de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg.

Voor de ondersteuning van het geheel van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen wordt minimum 70 % van dit krediet via overeenkomsten toegewezen. Op deze manier wil de regering ertoe bijdragen dat er op permanente basis een doorstroming plaatsvindt van relevante, actuele wetenschappelijke inzichten naar de voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg. De wetenschappelijke onderbouw van de geestelijke gezondheidszorg wordt hierdoor gegarandeerd. Vanzelfsprekend zullen universiteiten en wetenschappelijke instellingen verder wetenschappelijk onderzoek blijven uitvoeren binnen de daartoe voorziene onderzoekskredieten.

Naast de permanente opdracht kan de regering beslissen om maximum 30 % van het bedrag toe te wijzen aan tijdelijke projecten. De multidisciplinaire samenstelling van de vereniging garandeert de deelname van de psychiatrische, psychologische, agogische en sociale discipline.

Artikel 31

Daar waar de opdracht in artikel 30 het geheel van de geestelijke gezondheidszorg beoogt zijn de ondersteunende of dienstverlenende opdrachten van de koepelorganisaties (VMSI-FDGG) in artikel 31 enkel van toepassing op de centra voor geestelijke gezondheidszorg.

Artikel 32

De regering legt een aantal voorwaarden op aan de leidinggevende van een centrum.

Ervaring en deskundigheid zijn primordiaal. De regering koppelt hieraan nog een bijkomende voorwaarde van specifieke vorming inzake leidinggeven. Daartoe zal de regering een lijst opstellen van vormingsinitiatieven en/of opleidingen die voldoen aan de door de regering gestelde norm en zal nader bepalen wat onder “voldoende ervaring en deskundigheid” wordt verstaan.

De regering bepaalt de minimumbarema's van de personeelsleden evenals de respectieve diplomavoorwaarden voor de respectieve disciplines. Hierbij zal de regering zoveel mogelijk de autonomie van de centra verzekeren.

De regering heeft zich geëngageerd om, gespreid over een periode van 4 jaar, de nodige budgettaire middelen voor te behouden om

- de sector in staat te stellen een collectieve arbeidsovereenkomst af te sluiten die de lonen van de medewerkers op hetzelfde niveau brengt als in de psychiatrische ziekenhuizen ;
- de subsidie-enveloppe globaal te verhogen met 5% om een correcte dekking van de werkingskosten te verzekeren ;
- leidinggevende functies in te vullen.

Artikel 33

Dit artikel laat toe om specifieke deskundigheid van personeelsleden in een centrum op een ruimer niveau inzetbaar te maken. Het opzetten van projecten waarin deze specifieke deskundigheid maximaal aan bod kan komen moet bijdragen tot het verhogen en het efficiënt aanwenden van de deskundigheid die momenteel aanwezig is in de sector.

Aan deze projecten participeren één of meerdere centra voor geestelijke gezondheidszorg en/of één of meerdere partners van de psychiatrische netwerken en/of de multidisciplinaire ondersteuning en/of dienstverlenende organisaties.

Artikel 34

Vanuit de administratie wordt de inspectie van de centra georganiseerd op de wijze die algemeen gangbaar is en in overeenstemming met nieuwe concepten inzake inspectie van voorzieningen.

Artikel 35

Naast de inspectie, waar de klemtoon ligt op toezicht en adviesverlening, wordt een nieuw element ingebracht door het invoegen van het principe van een zesjaarlijkse doorlichting door een visitatiecommissie.

De samenstelling, de opdrachten en de werking van de visitatiecommissie worden aan de regering toevertrouwd.

Bedoeling is wel om vanuit een multidisciplinaire benadering de centra door te lichten en dit zowel naar de inhoudelijke werking als naar het bestuurlijk en financieel beheer.

Op basis van de bevindingen kunnen aanbevelingen worden geformuleerd die zowel de werking als het functioneren van de sector, ten goede komen.

Artikel 36

Dit artikel vergt geen commentaar.

Artikel 37

Dit artikel vergt geen commentaar.

De minister-president van de Vlaamse regering,

Luc VAN DEN BRANDE

*De Vlaamse minister van Financiën, Begroting
en Gezondheidsbeleid*

Wivina DEMEESTER-DE MEYER

VOORONTWERP VAN DECREET

VOORONTWERP VAN DECREET

betreffende de geestelijke gezondheidszorg

DE VLAAMSE REGERING

Op voorstel van de Vlaamse minister bevoegd voor het gezondheidsbeleid ;

Na beraadslaging,

BESLUIT :

De Vlaamse minister bevoegd voor het gezondheidsbeleid is ermee belast, in naam van de Vlaamse regering, bij het Vlaams Parlement het voorontwerp van decreet in te dienen, waarvan de tekst volgt :

HOOFDSTUK 1

Algemene bepalingen en definities

Artikel 1

Dit decreet regelt een gemeenschapsaangelegenheid.

Artikel 2

Voor de toepassing van dit decreet wordt verstaan onder

- 1° administratie de administratie gezondheidszorg van het ministerie van de Vlaamse gemeenschap
- 2° centrum voor geestelijke gezondheidszorg : de erkende verzorgingsvoorziening die op multidisciplinaire wijze ambulante geestelijke gezondheidszorg verleent in een extramuraal kader aan personen wiens geestelijke gezondheid verstoord is ;
- 3° LOGO : samenwerkingsverband voor bovenlokaal gezondheidsoverleg en – organisatie, dat zich uitsprekt over een gebied dat 250.000 tot 300.000 inwoners omvat ;
- 4° overeenkomst : overeenkomst tussen het centrum voor geestelijke gezondheidszorg en de regering waarvan het beleidsplan deel uitmaakt en waarin voor een welbepaalde periode de algemene en specifieke doelstellingen worden omschreven, evenals de prestaties waartoe men zich verbindt en de resultaten die het centrum voor geestelijke gezondheidszorg beoogt en waarin het volume van de subsidie-enveloppe wordt bepaald ;
- 5° patiënt : persoon met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen of met geestelijke gezondheidsproblemen die een ernstig risico tot chroniciteit in zich dragen en die in aanmerking komen voor zorgverlening ;

- 6° psychiatrisch netwerk : het geheel van juridisch 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 ;
- 7° regering : de Vlaamse regering ;
- 8° registratie : de geüniformiseerde verzameling van kwantitatieve en kwalitatieve gegevens van de kenmerken van de patiëntenpopulatie en van de geleverde verantwoorde zorg en dit met het oog op de zelfevaluatie van het centrum voor geestelijke gezondheidszorg en het leveren van relevante informatie aan de regering ;
- 9° subsidie-enveloppe : het budget dat het centrum voor geestelijke gezondheidszorg jaarlijks ontvangt, op basis van vooraf door de regering vastgestelde parameters, om de overeengekomen prestaties en resultaten te leveren op een kwaliteitsvolle wijze ;
- 10° verwijzers : de door de regering aangewezen instanties die onder meer op basis van hun adequaat inzicht in het hulpverleningsaanbod binnen de Vlaamse gemeenschap patiënten verwijzen naar centra voor geestelijke gezondheidszorg.

Artikel 3

Onverminderd de naleving van de erkenningsnormen die op haar van toepassing zijn, is een centrum voor geestelijke gezondheidszorg overeenkomstig de opdrachtverklaring, verplicht aan iedere patiënt, zonder onderscheid van leeftijd of geslacht, van ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging en zonder onderscheid van de vermogenstoestand van de betrokkene, verantwoorde zorg zoals bedoeld in artikel 4 te verstrekken en hem op een respectvolle manier te behandelen.

Artikel 4

§ 1. Een centrum voor geestelijke gezondheidszorg verstrekt verantwoorde zorg als deze zorg voldoet aan de vereisten van doelmatigheid, doeltreffendheid, continuïteit, veiligheid en maatschappelijke aanvaardbaarheid, en bestaat uit onder meer volgende elementen : intake, diagnose- en indicatiestelling, sociaal-psychiatrische en psychotherapeutische behandeling en begeleiding, informatie- en adviesverstrekking aan verwijzers met betrekking tot haar opdracht, werkingsbeginselen en doelgroepen.

§ 2. Onverminderd de bepalingen van § 1 en na overleg met de patiënt, overlegt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg met de verwijzer en in voorkomend geval met andere betrokken hulpverleners en/of personen uit de leefomgeving van de patiënt. Dit overleg leidt tot afspraken over de bijdrage tot de zorg van elk van deze samenwerkende betrokkenen.

Artikel 5

Het centrum voor geestelijke gezondheidszorg respecteert te allen tijde de rechten van het kind, zoals opgesomd in het Verdrag inzake de Rechten van het Kind, ondertekend te New York op 20 november 1989 en goedgekeurd bij de wet van 25 november 1991.

Artikel 6

Het centrum voor geestelijke gezondheidszorg respecteert te allen tijde de rechten van de mens, zoals opgesomd in het Verdrag ter bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden, ondertekend te Rome op 4 november 1950 en in de aanvullende protocollen bij het Verdrag.

HOOFDSTUK II

Opdrachtverklaring en werkingsbeginselen

AFDELING 1

Opdrachtverklaring

Artikel 7

§ 1. De geestelijke gezondheidszorg heeft als opdracht de verantwoorde zorg aan te bieden met het oog op het herstel van het psychisch evenwicht of het draaglijk maken van psychische stoornissen voor patiënten en hun leefomgeving, opdat aldus patiënten competenties verwerven of ontwikkelen die de basis vormen voor hun emancipatie en hun maatschappelijk geïntegreerd functioneren.

§ 2. De centra voor geestelijke gezondheidszorg dragen bij tot de verwezenlijking van de opdracht zoals bepaald in § 1.

§ 3. De regering kan overeenkomsten sluiten met de voorzieningen en diensten of initiatieven die op basis van hun specifieke deskundigheid en ervaring m.b.t. specifieke doelgroepen en/of problematieken, in Vlaanderen een bijdrage leveren tot verwezenlijking van de opdracht zoals bepaald in § 1.

§ 4. De Vlaamse regering bepaalt de sectoren waarmee de sector “centra voor geestelijke gezondheidszorg” samenwerkingsprotocollen sluiten met het oog op de samenwerking tussen de sectoren en als kader voor de afspraken bedoeld in artikel 9 § 1, 7°. Zij bepaalt eveneens de minimale criteria waaraan deze samenwerkingsprotocollen moeten voldoen.

AFDELING 2

Werkingsbeginselen

Artikel 8

Onverminderd de bepalingen van het decreet van 25 februari 1997 betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen is de aangeboden zorgverlening gebaseerd op respect voor de persoonlijke levenssfeer van de patiënt. Daarnaast zal zij maximaal een beroep doen op de medeverantwoordelijkheid en de zelfredzaamheid van de patiënt en zo gebruik maken van de minst ingrijpende behandeling om ten aanzien van de vastgestelde problematiek het gewenste effect zo maximaal mogelijk te bereiken.

Artikel 9

§ 1. Teneinde bij te dragen tot de vervulling van de opdracht zoals bepaald in Artikel 7 :

- 1° profileert het centrum voor geestelijke gezondheidszorg zich als tweedelijsgezondheidsvoorziening ;
- 2° stelt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg het belang van de patiënt centraal
- 3° schenkt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg uitdrukkelijk aandacht aan kinderen en aan ouderen als specifieke doelgroepen en aan sociaal en financieel zwakkere personen ;
- 4° werkt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg interdisciplinair en benadert de patiënten vanuit psychiatrische, psychologische, agogische en sociale disciplines en wordt hierbij logistiek ondersteund ;
- 5° functioneert het centrum voor geestelijke gezondheidszorg binnen één of meerdere psychiatrische netwerken waarin samenwerkingsafspraken en -procedures zijn overeengekomen teneinde een voldoende, gedifferentieerd en doelgroepgericht geestelijk gezondheidszorgaanbod te realiseren, zodat patiënten er terecht kunnen voor passende zorg op maat ;
- 6° duidt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg multidisciplinair teams aan die aan kinderen en aan ouderen, bedoeld in 3°, geestelijke gezondheidszorg verlenen ;
- 7° maakt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg afspraken met haar verwijzers en werkt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg samen met eerstelijns gezondheids- en welzijnsvoorzieningen binnen haar werkgebied ;
- 8° ontwikkelt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg een deontologische code en respecteren de medewerkers van het centrum voor geestelijke gezondheidszorg het beroepsgeheim ;
- 9° is er een gedeeld beroepsgeheim tussen de medewerkers van het centrum voor geestelijke gezondheidszorg ;
- 10° verleent het centrum voor geestelijke gezondheidszorg haar medewerking aan preventieve acties die kaderen in het verlengde van haar opdracht en die gericht zijn op specifieke risicogroepen in de bevolking en sluit daartoe samenwerkingsakkoorden met de LOGO's die actief zijn binnen het werkgebied van het centrum voor geestelijke gezondheidszorg.

§ 2. De regering kan bijkomende taken opdragen aan de centra voor geestelijke gezondheidszorg ten behoeve van specifieke doelgroepen, problematieken of regionale behoeften.

§ 3. Teneinde de effectiviteit, uniformiteit en professionaliteit van de aanpak van de drugproblematiek te vrijwaren, ondersteunt en begeleidt de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) de personeelsleden en hun opvolgers die daartoe aan de centra werden toegekend in het kader van enerzijds de twaalf overeenkomsten tussen de Vlaamse Gemeenschap en de CGG-samenwerkingsverbanden voor drugpreventie en -hulpverlening en die ingingen op 1 oktober 1997 en anderzijds de personeelsleden en hun opvolgers die binnen het subsidieerbaar personeelskader opgenomen werden als aanvullende functie in het Ministerieel Besluit van 28 maart 1990.

§ 4. Een centrum voor geestelijke gezondheidszorg kan tegen vergoeding taken aanvaarden van personen, diensten of voorzieningen, andere dan bedoeld in artikel 2, 10'. Deze aanvullende taken beperken zich tot die gebieden die in de opdrachtverklaring zijn omschreven. Zij mogen in geen geval leiden tot een verminderde verwezenlijking of het in gevaar brengen van de realisatie van deze opdracht. De centra voor geestelijke gezondheidszorg rapporteren jaarlijks over de aard en omvang van deze aanvullende taken aan de regering.

Artikel 10

§ 1. Ter uitvoering van de bepaling omschreven in artikel 4 stelt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg een handelingsplan op voor elke patiënt.

§ 2. De opstelling, de voortgangsbewaking en de eindevaluatie van elk handelingsplan gebeurt door een multidisciplinair team onder leiding van een psychiater.

Artikel 11

§ 1. Onverminderd de bepalingen van artikel 3 verstrekt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg zorg aan elke patiënt die op haar een beroep doet na verwijzing door een verwijzer.

§ 2. Het centrum voor geestelijke gezondheidszorg vat de eerste intake-gesprekken en daaropvolgend de eventuele zorgverlening aan binnen een redelijke termijn na de eerste aanmelding. Het beleidsplan zoals bepaald in Artikel 25 bepaalt deze redelijke termijn.

§ 3. De centra voor geestelijke gezondheidszorg en de verwijzers en de voorzieningen bedoeld in artikel 9 § 1, 7° wisselen met elkaar hun ervaringen uit teneinde de doelmatigheid en de doeltreffendheid van de verwijzingen te evalueren en zonodig mechanismen uit te werken om de verwijzingen te optimaliseren.

Artikel 12

Alle partners binnen de psychiatrische netwerken voeren een registratie zoals bedoeld in artikel 2, 8° volgens de regels die de regering bepaalt. De registratie gebeurt met respect voor de persoonlijke levenssfeer van de patiënt.

Artikel 13

Het centrum voor geestelijke gezondheidszorg legt voor elke patiënt aan wie zorgverlening wordt verstrekt één multidisciplinair dossier aan.

Artikel 14

De regering bepaalt de regels voor de samenstelling, het bijhouden, het vermenigvuldigen en de vernietiging van het patiëntendossier evenals de procedure voor de eventuele raadpleging en eventuele overdracht van het dossier. Ze houdt hierbij rekening met de geldende regels inzake het beroepsgeheim, de deontologie en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Artikel 15

Het centrum voor geestelijke gezondheidszorg signaleert driejaarlijks aan de regering de factoren die op systematische wijze de geestelijke gezondheid van de bevolking van hun werkgebied beïnvloeden door de interpretatie van de gegevens die worden verzameld in het kader van de registratie. Een eerste rapport terzake wordt door het centrum voor geestelijke gezondheidszorg opgemaakt binnen een termijn van zes maanden die volgt op het einde van de eerste overeenkomst zoals bedoeld in artikel 24.

Artikel 16

Het centrum voor geestelijke gezondheidszorg organiseert de minimaal noodzakelijke permanentie tijdens vakantieperiodes en haar bereikbaarheid tijdens de sluitingsuren.

Artikel 17

Het centrum voor geestelijke gezondheidszorg schept de voorwaarden zodat haar personeelsleden zich voldoende en voortdurend kunnen vormen.

Artikel 18

De regering bepaalt na overleg met alle betrokken partijen de modaliteiten inzake de financiële bijdrage van de patiënt, rekening houdend met artikel 9, § 1, 3°.

HOOFDSTUK III

Erkenning van centra voor geestelijke gezondheidszorg

Artikel 19

Elk centrum voor geestelijke gezondheidszorg dient als zodanig erkend te zijn door de regering.

Artikel 20

§ 1. Om erkend te worden en te blijven zijn volgende voorwaarden van toepassing :

- 1° opgericht zijn door een vereniging zonder winstoogmerk, een provincie, een gemeente, een openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn of universiteit, die krachtens de wet, het decreet of de statuten, naargelang het geval, daartoe bevoegd zijn ;
- 2° gevestigd zijn in gebouwen en lokalen die aan de voorwaarden inzake hygiëne, veiligheid en bewoonbaarheid voldoen ;
- 3° beschikken over een infrastructuur waardoor de opdrachten kwaliteitsvol uitgevoerd kunnen worden en de reglementering op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer kan worden nageleefd ;
- 4° de controle door de inspectie en de doorlichting door de visitatiecommissie zoals bepaald in de artikel 34 en 35 mogelijk maken ;
- 5° de taken uitvoeren en de werkingsbeginselen nakomen zoals bepaald in hoofdstuk 11 en voldoen aan de bepalingen van hoofdstuk VIII ;
- 6° een kwaliteitsbeleid voeren overeenkomstig de bepalingen van het decreet van 25 februari 1997 betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen
- 7° passen in de programmatie zoals bedoeld in artikel 27 ;
- 8° een boekhouding voeren volgens het boekhoudplan van de Vlaamse Gemeenschap
- 9° de vorm aannemen van een vereniging zonder winstoogmerk of van een vereniging opgericht volgens artikel 118 tot en met 135 van de organieke wet van 8 juli 1976 op de openbare centra voor maatschappelijk werk.

§ 2. De regering kan bijkomende erkenningsvoorwaarden opleggen.

§ 3. De regering bepaalt de procedure voor de erkenningsaanvraag en de modaliteiten voor de erkenning.

§ 4. In specifieke gevallen kan de regering afwijkingen toestaan inzake de voorwaarden zoals bedoeld in § 1, 7° zonder evenwel in het totaal meer dan 26 centra voor geestelijke gezondheidszorg te erkennen.

Artikel 21

§ 1. De regering kan de erkenning van een centrum voor geestelijke gezondheidszorg intrekken wanneer aan één of meer voorwaarden van artikel 20 niet meer volledig voldaan is.

§ 2. De regering bepaalt de procedure voor de intrekking van de erkenning. Die procedure waarborgt de rechten van de verdediging.

Artikel 22

Onverminderd de toepassing van de artikelen 20 en 21 geldt voor een centrum voor geestelijke gezondheidszorg, dat wordt erkend vanaf 1 januari 2000 en werd opgericht door een instantie zoals bedoeld in artikel 20, § 1, 1°, of de rechtsopvolger ervan, dat het was erkend op 1 januari 1999.

Artikel 23

Hoofdstuk 111 van het decreet van 20 december 1996 houdende oprichting van een Vlaamse gezondheidsraad en van een Vlaamse adviesraad inzake erkenning van een verzorgingsvoorziening, is van toepassing op de beslissingen inzake de erkenning en intrekking van erkenning van de centra voor geestelijke gezondheidszorg.

HOOFDSTUK IV

Overeenkomst en beleidsplan

Artikel 24

Enkel een erkend centrum voor geestelijke gezondheidszorg waarmee de regering een overeenkomst sluit komt in aanmerking voor subsidiëring. Deze overeenkomst bestaat uit twee delen : enerzijds de beschrijving van het beleidsplan, anderzijds de bepaling van de subsidieenveloppe. Het beleidsplan maakt integreerend deel uit van de overeenkomst. Deze overeenkomst heeft betrekking op een periode van 3 jaar.

Artikel 25

Het beleidsplan omvat minimaal :

- 1° de wijze waarop het centrum voor geestelijke gezondheidszorg de bepalingen van hoofdstuk 11 realiseert ;
- 2° de wijze waarop de kwaliteits- en prestatie-indicatoren worden toegepast en welke acties desgevallend ondernomen worden ter optimalisering van het functioneren van het centrum voor geestelijke gezondheidszorg ;

3° in voorkomend geval het akkoord zoals bedoeld in artikel 27 § 3.

Artikel 26

De regering onderhandelt met de centra voor geestelijke gezondheidszorg :

1° de verhouding van de personeels- en werkingskosten in de subsidie-enveloppe ;

2° de mate waarin de subsidie-enveloppe evolueert ingevolge indexering en weddedrift.

HOOFDSTUK V

Programmatie van de centra voor geestelijke gezondheidszorg en hun investeringsmiddelen

AFDELING 1

Programmatie

Artikel 27

§ 1. Het werkgebied van een centrum voor geestelijke gezondheidszorg wordt gevormd door een sociologisch geheel van aaneensluitende gemeenten dat minimum 400.000 inwoners telt en maximum de werkgebieden omvat van de LOGO's die tot één provinciaal preventieplatform toetreden. Per werkgebied kunnen maximum 2 centra voor geestelijke gezondheidszorg worden erkend. Voor de Vlaamse Gemeenschap kunnen maximum 26 centra voor geestelijke gezondheidszorg worden erkend waarvan maximum 2 in Brussel-hoofdstad.

§ 2. Elk centrum voor geestelijke gezondheidszorg kan over verschillende vestigingsplaatsen beschikken om een vlotte bereikbaarheid voor het publiek te realiseren.

§ 3. In elke werkgebied formaliseren in voorkomend geval de 2 centra voor geestelijke gezondheidszorg hun afspraken zodat wordt geconcretiseerd op welke wijze voldaan wordt aan artikel 9, 5°.

§ 4. De centra voor geestelijke gezondheidszorg kunnen niet eerder worden erkend dan wanneer is aangetoond dat de som van de werkgebieden van de som van de centra voor geestelijke gezondheidszorg, de volledige Vlaamse Gemeenschap dekt.

Artikel 28

De regering bepaalt de parameters die zullen worden gehanteerd om de zorgbehoeften in elke werkgebied te detecteren als instrument om te komen tot een evenwichtige spreiding van de zorgverleningscapaciteit.

AFDELING 2

Investeringsmiddelen

Artikel 29

De centra voor geestelijke gezondheidszorg kunnen een beroep doen op de aan het VIPA binnen de beschikbare begrotingskredieten toegekende investeringsmiddelen voor zover :

1. het centrum voor geestelijke gezondheidszorg voldoet aan de erkenningsvoorwaarden zoals bedoeld in artikel 20 ;
2. de behoefte aan nieuwbouw, verbouwing of uitbreiding is aangetoond en er binnen de werkgebieden van de psychiatrische netwerken geen bestaande geschikte gebouwen of voorzieningen beschikbaar zijn die geheel of gedeeltelijk door de Vlaamse Gemeenschap worden gesubsidieerd ;
3. de werken beantwoorden aan de door de regering vastgelegde fysische en financiële normen.

HOOFDSTUK VI

Multidisciplinaire wetenschappelijke ondersteuning

Artikel 30

§ 1. De regering stelt jaarlijks maximaal 12 miljoen frank ter beschikking voor multidisciplinaire wetenschappelijke ondersteuning. Minimum 70 procent van dit bedrag wordt gereserveerd voor permanente en multidisciplinaire wetenschappelijke ondersteuning van de geestelijke gezondheidszorg. De regering stelt deze middelen via overeenkomsten ter beschikking.

§ 2. De regering stelt maximum 30 procent van het bedrag vermeld in § 1 ter beschikking voor tijdelijke projecten, die zij omschrijft en waarvan zij de tijdsduur bepaalt, evenals de voorwaarden.

§ 3. De regering bepaalt hoe het bedrag vermeld in § 1 evolueert ingevolge indexering.

HOOFDSTUK VII

Dienstverlenende organisaties

Artikel 31

§ 1. De regering stelt jaarlijks maximum 10 miljoen frank ter beschikking voor ondersteunende of dienstverlenende opdrachten aan de centra voor geestelijke gezondheidszorg door één of meerdere organisaties. De regering stelt deze middelen via overeenkomsten ter beschikking.

§ 2. De regering bepaalt hoe het bedrag vermeld in § 1 evolueert ingevolge indexering.

HOOFDSTUK VIII

Personeel en leiding van het centrum voor geestelijke gezondheidszorg

Artikel 32

§ 1. Het centrum voor geestelijke gezondheidszorg wordt geleid door een persoon die over voldoende ervaring en deskundigheid beschikt en die een specifieke vorming inzake leidinggeven heeft gevolgd. De regering bepaalt wat onder voldoende ervaring en deskundigheid wordt verstaan en welke specifieke vorming inzake leidinggeven in aanmerking komt.

§ 2. De functie van leidinggevende komt in aanmerking voor subsidiëring binnen de subsidieenveloppe, zoals bepaald in artikel 26, indien het centrum over een personeelsbestand beschikt van tenminste twintig voltijdse equivalenten. Per bijkomende schijf van vijf personeelsleden kan de regering bijkomende werkingskosten in aanmerking nemen voor subsidiëring binnen de subsidie-enveloppe, zoals bedoeld in artikel 26.

§ 3. De disciplines zoals vermeld in artikel 9, § 1, 4° zijn vertegenwoordigd in het multidisciplinair team en stellen het centrum voor geestelijke gezondheidszorg in staat om de opdrachten zoals vermeld in artikel 7 te vervullen. De regering kan aanvullende voorwaarden voor de samenstelling van het team bepalen.

§ 4. De regering bepaalt de minimumbarema's van de personeelsleden van de centra voor geestelijke gezondheidszorg evenals de respectieve diplomavooraanwaarden voor de respectieve disciplines zoals vermeld in artikel 9, § 1, 4°.

Artikel 33

§ 1. Om specifieke deskundigheid maximaal aan te wenden kan maximum 10 procent van het personeel van een centrum voor geestelijke gezondheidszorg worden toegewezen aan een project waaraan andere centra voor geestelijke gezondheidszorg en/of één of meerdere partners van een psychiatrisch netwerk en/of de multidisciplinaire ondersteuning zoals bedoeld in artikel 30 en/of de dienstverlenende organisaties zoals bedoeld in artikel 31, participeren.

§ 2. De personeelsleden bedoeld in § 1 blijven administratief verbonden aan hun centrum voor geestelijke gezondheidszorg van oorsprong. Dit laatste centrum voor geestelijke gezondheidszorg rapporteert aan de administratie over deze medewerking aan projecten.

§ 3. Elk centrum voor geestelijke gezondheidszorg kan een proportioneel gedeelte van haar werkingsbudget overdragen aan de projecten zoals bedoeld in § 1.

§ 4. De toepassing van § 1 en § 3 mag er niet toe leiden dat een centrum voor geestelijke gezondheidszorg haar opdrachten zoals bepaald in artikel 7 niet vervult.

HOOFDSTUK IX

Toezicht en visitatie van de centra voor geestelijke gezondheidszorg

Artikel 34

De administratie organiseert het toezicht op en de adviesverlening aan de centra voor geestelijke gezondheidszorg door ambtenaren.

Artikel 35

Met het oog op de optimalisering van de zorgverlening en van het beheer van het centrum voor geestelijke gezondheidszorg, wordt elk centrum voor geestelijke gezondheidszorg minimaal zesjaarlijks doorgelicht door een visitatiecommissie. Deze visitatiecommissie is minstens samengesteld uit ambtenaren bedoeld in artikel 34, aangevuld met externe deskundigen. De regering bepaalt de opdrachten, de samenstelling en de werking van de visitatiecommissie.

HOOFDSTUK X

Opheffing- en overgangsbepalingen en inwerkingtreding

Artikel 36

Worden opgeheven per 1 januari 2000 :

- het besluit van 12 oktober 1988 inzake erkenning en betoelaging van de centra voor geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen ;
- het besluit van de Vlaamse regering van 21 maart 1990 betreffende de diploma's en de specifieke bekwaamheidsvereisten nodig voor het uitoefenen van bepaalde functies in de centra voor geestelijke gezondheidszorg (B.S. van 29 november 1990) ;
- het besluit van de Vlaamse regering van 21 maart 1990 betreffende de lokalen en de infrastructuur van de centra voor geestelijke gezondheidszorg (B.S. van 29 november 1990) ;
- het ministerieel besluit van 21 maart 1990 betreffende de indiening en de samenstelling van het aanvraagdossier voor het principieel akkoord, het erkenningsdossier en het wedererkenningsdossier van de centra voor geestelijke gezondheidszorg (B.S. van 5 februari 1991).

Artikel 37

Dit decreet treedt in werking op 1 januari 2000.

Brussel,

De minister-president van de Vlaamse regering,

Luc VAN DEN BRANDE

De Vlaamse minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid,

Wivina DEMEESTER-DE MEYER

ADVIES VAN DE VLAAMSE GEZONDHEIDSRAAD

ADVIES VAN DE VLAAMSE GEZONDHEIDSRAAD

TITEL: ADVIES INZAKE HET VOORONTWERP VAN DECREET
BETREFFENDE DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

VGR.98/GGZ-13

I. BELEIDSADVIES**A. HISTORIEK EN BELEIDSKADER**

Mevrouw Wivina Demeester, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid heeft in haar brief van 15-10-1998 aan de Vlaamse Gezondheidsraad gevraagd tegen 20-11-1998 advies uit te brengen over het "Voorontwerp van Decreet betreffende de Geestelijke Gezondheidszorg".

B. ADVIES**1. ALGEMENE UITGANGSPUNTEN**

Volgende bedenkingen vormen voor de leden van de werkgroep de aanleiding voor het advies:

1. De werkgroep stelt vast dat in het ontwerpdecreet een **globale visie** omtrent de GGZ¹ en een **nieuw decreet** voor de CGG met elkaar worden **verweven**.
2. De **globale visie** omtrent de GGZ is **onvoldoende duidelijk en doordacht**; de basisfilosofie en uitgangspunten zijn niet voldoende geëxpliciteerd.
3. Het ontwerpdecreet is een toekomstgericht decreet: **de nieuwe begrippen zijn onzorgvuldig geformuleerd en niet conform een aantal andere gehanteerde begrippen**²; dit schept grote onduidelijkheid m.b.t. de operationalisering.
4. Op diverse punten houdt het decreet **een te sterke reglementering** in m.b.t. de uitvoering van de geformuleerde opdrachten van de CGG. Desalniettemin meent de werkgroep dat het decreet voor de CGG een aantal **positieve elementen** bevat.

¹ Deze globale visie en de toekomstige organisatie van de GGZ in zijn totaliteit maken deel uit van de 2^{de} opdracht (lange termijn) van de werkgroep GGZ, waar dit ontwerpdecreet in feite op vooruit loopt.

² zoals de begrippen vervat in de beleidsbrief "Vlaamse GGZ in de 21e eeuw" van minister Demeester; en de begrippenlijst van de NRZV.

2. FORMULERING VAN HET ADVIES

In eerste instantie worden de krachtlijnen van het ontwerpdecreet besproken, zowel de basisvisie van het ontwerpdecreet als specifieke thema's. Daarna komt de artikelsgewijze bespreking aan bod, waarvoor verwezen wordt naar de bijlage.

A) DE BASISVISIE VAN HET ONTWERPDECREET

Het voorliggende ontwerpdecreet is een poging om vanuit een toekomstgerichte visie op de GGZ in zijn totaliteit een nieuw en aangepast zorg- en organisatiemodel voor de CGG voor te stellen. Volgens de werkgroep slaagt het ontwerpdecreet hier slechts ten dele in, omwille van de huidige bevoegdheidsverdeling en omwille van het onvoldoende nauwkeurig definiëren van begrippen m.b.t. functionele en heterogene samenwerkingsverbanden en zorgcircuits. Desalniettemin pleit de werkgroep ervoor dat reeds wordt ingespeeld op de **nood aan een globaal en consistent beleid (c.q. homogene bevoegdheidspakketten)** en dat de **gehanteerde visie en principes** op de toekomstige GGZ voldoende worden **verduidelijkt en op eensgezinde wijze worden verwoord**.

In dit kader wenst de werkgroep volgende bedenkingen te formuleren omtrent een aantal principes:

- De **titel** verwijst duidelijk naar GGZ in het algemeen, terwijl de **inhoud** van het ontwerpdecreet grotendeels bedoeld is voor de CGG: de werkgroep stelt voor de titel in die zin te wijzigen tot "Voorontwerp van Decreet betreffende de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg"³.
- Opdat de onderliggende intenties ook zouden kunnen gerealiseerd worden, is een effectieve **harmonisering van diverse wet- en regelgeving onontbeerlijk**.
- De werkgroep pleit ervoor dat de Vlaamse Overheid via de nog te bepalen uitvoeringsbesluiten **niet té veel reguleert**. De werkgroep meent dat het de **taak van de centra zélf is om uit te zoeken welke voor hen de meest werkbare modellen zijn**.
- Het decreet zal, na goedkeuring, **ingang vinden per 1 Januari 2000, onder een andere legislatuur**. Dit heeft als gevolg dat de **reikwijdte** van dit decreet veel groter kan zijn dan nu kan worden ingeschat.

³ In dit kader vragen sommige leden om de bepalingen die de CGG-werking overstijgen, uit het ontwerpdecreet te weren. Indien het ontwerpdecreet desgevallend toch een ruimere toepassing zou krijgen, dienen meerdere artikels vanuit de brede GGZ-context te worden bekeken en dus te worden geherformuleerd.

B) BEMERKINGEN M.B.T. SPECIFIEKE THEMA'S

DOELGROEPGERICHTE EN REGIONALE INVALSHOEK

De werkgroep ondersteunt de **primaire uitgangspunten** van het beleid inzake organisatie van de GGZ: namelijk **regionalisering** enerzijds en **ontwikkelings- en levensfaze kenmerken** van de mens anderzijds. De werkgroep pleit in dit kader voor een **maximale afstemming tussen de doelgroepgerichte invalshoek en de regionale invalshoek** bij de organisatie van voorzieningoverschrijdende zorgprogramma's. Het **territorialiteitsbeginsel** dient zowel inhoudelijk als wat betreft de grootte beargumenteerd te worden.

Het begrip "**Regionaal Psychiatrisch Netwerk**" (RPN) is **onvoldoende afgestemd** op de (federaal gehanteerde) begrippen "netwerk van zorgvoorzieningen" en "zorgcircuit". Ofschoon de meerderheid van de leden van de werkgroep zich kan vinden in de omschrijving van het RPN, dient opgemerkt dat **sommige leden** zich **niet akkoord** kunnen verklaren met het concept en het woordgebruik.

DE OPDRACHTEN VAN DE CGG De werkgroep **onderschrijft de duidelijke keuze om de CGG op de tweede lijn te situeren**. Het is echter niet denkbeeldig dat de CGG met de huidige omkadering niet aan de behoeften van patiënten en de verwachtingen van familieleden en verwijzers kunnen voldoen.

Binnen het kader van een "continuüm aan zorg" is het concept verwijzing daarenboven eerder achterhaald; bovendien geeft het voorontwerp van decreet geen toelichting over wie de **verwijzers** zijn.

Voor wat de opdrachten van de CGG betreffen, meent de werkgroep te moeten wijzen op volgende punten:

- De eventuele **gevolgen van verschuivingen in de patiëntenpopulatie zijn moeilijk te overzien** (o/a m.b.t. toegang tot zorg, wachtlijsten, etc). Het herpositioneren van de CGG moet m.a.w. gepaard gaan met een duidelijke taakomschrijving van het eerstelijnsniveau, teneinde een goede afstemming van de zorg te kunnen garanderen.
- De **concrete afbakening van de beoogde doelgroepen dient door het CGG in samenspraak met de andere GGZ-partners in het werkgebied te gebeuren**; via het overleg binnen de overlegplatforms GGZ en in het kader van de uitbouw van doelgroepgerichte en voorzieningoverschrijdende zorgprogramma's binnen de regionale samenwerking.
- De **preventieve opdracht van de CGG, o/a inzake gerichte preventie naar risicogroepen, alsook ondersteuning, deskundigheidsbevordering en consultatieve coaching van hulpverleners en instellingen op de eerste lijn, krijgt in het decreet te weinig aandacht**.

- Bij het **specificiëren van verantwoorde zorg dient rekening gehouden te worden met de behoefte aan zorg en de aard van de hulpvraag**. Het takenpakket van een CGG dient maximaal te worden omschreven.
- CGG hebben tevens als opdracht om buiten het kader van de eigen instelling een **goede samenwerking op te bouwen met andere zorgverstrekkers en zorgvoorzieningen**, wat in het decreet zeer sterk aanwezig is, doch zonder concrete modaliteiten en bijkomende middelen.

MULTIDISCIPLINAIRE WERKING

Het door de werkgroep gehanteerde conceptuele kader bij het denken over geestelijke gezondheidszorg is het **bio-psycho-sociaal model**, dat **als dusdanig in het decreet dient te worden opgenomen**. Het ontwerpdecreet stelt vanuit dit model de interdisciplinaire werking van het CGG voorop.

Een **interdisciplinair hulpaanbod** dient uiteraard in alle CGG **beschikbaar** te zijn, maar dient **niet noodzakelijk** voor elke cliënt te worden ingeroepen: het gaat er volgens de werkgroep vooral om dat binnen een organisatie van GGZ een **interdisciplinair pakket aan functies aanwezig** is zodat elke hulpvrager een **optimaal geïntegreerd hulpaanbod van zorg op maat kán krijgen**.

De **psychiater** draagt hierbij de medische, inhoudelijke en juridische eindverantwoordelijkheid. Er moet wel een articulatie komen tussen deze medische verantwoordelijkheid en de algemene eindverantwoordelijkheid van het CGG.

REGISTRATIE

De werkgroep **ondersteunt de betrachting van het ontwerpdecreet om te komen tot een geharmoniseerde registratie** voor de partners binnen de GGZ.

Belangrijk is dat in dit kader de **bestaande registratiesystemen geëvalueerd** worden en waar nodig worden **aangepast** of desgevallend vervangen, zodat een geüniformiseerd en modulair opgebouwd systeem kan worden gerealiseerd.

BESTUURLIJKE SCHAALVERGROTING EN FUNCTIONELE SAMENWERKING

De werkgroep **ondersteunt de idee dat ook een CGG dient te beschikken over de middelen van professioneel management en een voldoende schaalgrootte om de geformuleerde doelstellingen en opdrachten te realiseren**, en onderschrijft in die zin het principe van schaalvergroting voor de kleine CGG als basisoptie voor het aanbieden van GGZ op tweedelijksniveau. De werkgroep pleit voor de **eigen verantwoordelijkheid van de betrokken centra om te komen tot een gepast organisatiemodel en de specifieke invulling ervan**.

Desondanks wensen de leden van de werkgroep de nadruk te leggen op volgende belangrijke aspecten:

- Het ontwerpdecreet voorziet verschillende mogelijke statuten en rechtspersonen, waar de huidige regelgeving geen bestuurlijke schaalvergroting toelaat tussen CGG met een privaat en een openbaar karakter: effectieve **juridische aanpassingen** zijn hiervoor noodzakelijk⁴.
- Er moet een onderscheid worden gemaakt tussen bestuurlijke/organisatorische schaalvergroting en functionele samenwerking. Binnen dergelijke heterogene netwerken zal de **functionele samenwerking moeten primeren op bestuurlijke samenwerking**. Er dient te worden voorkomen dat bedrijfseconomische of ideologische motieven de bovenhand zouden krijgen op patiëntgerichte, functionele en regionale argumenten. Tevens dienen nieuwe juridische samenwerkingsvormen te worden gecreëerd om functionele samenwerking binnen heterogene samenwerkingsverbanden blijvend mogelijk te maken.
- De werkgroep onderschrijft de stelling dat **regionalisering een belangrijk middel is om GGZ voor een zo groot mogelijke groep beschikbaar en toegankelijk te maken**. De actoren dienen echter zelf de regio's af te bakenen. Een indeling kan gebaseerd zijn op LOGO's, maar er zijn ook andere referenties mogelijk zoals sociologische entiteiten, CGG-netwerken (huidige convenants) en allerlei andere overleg- en samenwerkingsstructuren. Vanuit het oogpunt van functionele samenwerking is het **maximale werkingsgebied op provinciaal niveau weinig relevant**.

HULPVERLENINGSCAPACITEIT EN FINANCIËLE ASPECTEN

Het ontwerpdecreet omschrijft expliciet een brede en ruime opdracht voor de CGG, zonder dat daar echter een structurele **verhoging van de huidige beschikbare zorgverleningscapaciteit**⁵ tegenover staat: het is volgens de werkgroep onmogelijk om "meer en beter te doen" met enkel "maar dezelfde, gefusioneerde middelen".

Voor de **allocatie van personeelsleden naar de teams** voor kinderen, volwassenen en ouderen dient rekening gehouden te worden met de **respectievelijke verhouding van de genoemde doelgroepen** binnen de bevolking van de te bedienen regio.

De voorziene **aanpassing van de barema's** is wenselijk en noodzakelijk, zowel voor wat de barema's van CGG-medewerkers als voor de barema's van de psychiaters.

De **financiële toegankelijkheid van de CGG dient maximaal gevrijwaard te blijven**. De werkgroep pleit enerzijds voor het behoud van de mogelijkheid van een kosteloze dienstverlening en anderzijds voor een effectieve tariefzekerheid.

⁴ Tevens betreuren sommige leden van de werkgroep dat het decreet niet resoluut opteert voor een consequent pluralisme onder de vorm van één CGG per regio.

⁵ Wanneer een CGG zich gaat richten naar een nieuwe doelgroep, zoals bv de ouderen met psychiatrische zorgnoden, dienen hier logischerwijze ook de nodige financiële middelen voor te worden voorzien. Indien dit niet het geval is, kan dit ongewenste effecten hebben naar andere doelgroepen toe.

De leden van de werkgroep kunnen een werkwijze van **voorlopige subsidie-enveloppes niet** ondersteunen daar dit **rechtsonzekerheid** creëert voor de centra en hun personeel. De werkgroep stelt voor om een **prospectief financieringssysteem** te hanteren en gebruik te maken van de reeds beschikbare controlemogelijkheden en instrumenten om de werking van de centra bij te sturen. Daarnaast is het niet duidelijk of de budgetten van de **lopende convenants** al dan niet in de subsidie-enveloppe worden opgenomen.

BETROKKENHEID VAN DERDEN

De werkgroep vindt het positief dat binnen het ontwerpdecreet sprake is van een **structurele ondersteuning** van de GGZ door een verankering in het decreet van de VGG. Daarnaast wordt door sommige leden gepleit voor een duidelijk onderscheid met het specifiek **wetenschappelijk onderzoek**, waarvoor bijkomende middelen moeten worden vrijgemaakt.

Andere structuren zoals de Overlegplatforms GGZ, familie- en patiëntenverenigingen en ziekenfondsen die expliciet verbonden zijn met de GGZ dienen volgens meerdere werkgroep leden **formeel in het decreet te worden opgenomen**.

3. AANBEVELINGEN

Voor bepaalde principes - zoals netwerken, doelgroepen en regionalisering - wenst de werkgroep expliciet aan te geven dat hierrond verder gewerkt wordt in het kader van de 2de opdracht (vanwege de VGR), nl. de toekomstige organisatie van de GGZ, welke zal worden afgestemd op de verwachte adviesvraag omtrent de nota van de Vlaamse GGZ in de 21ste eeuw.

II. ACHTERGROND

A. INLEIDING EN VRAAGSTELLING

Mevrouw Wivina Demeester, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid heeft in haar brief van 15-10-1998 aan de Vlaamse Gezondheidsraad gevraagd tegen 20-11-1998 advies uit te brengen over het "Voorontwerp van Decreet betreffende de Geestelijke Gezondheidszorg".

B. METHODIEK

De werkgroep 'Geestelijke Gezondheidszorg' telt 12 leden: VGR leden: dhr. dr. R. De Ridder, mevr. H. Dierckx (voorzitter), dhr. dr. J. Janssen en dhr. M. Tack; externe experts: dhr. dr. J. Boydens, mevr. M. Craeymeersch, dhr. prof. dr. D. Deboutte, dhr. R. De Rycke, dhr. prof. dr. P. Igodt, dhr. dr. B. Remans, dhr. dr. H. Schröter en dhr. J. Van Holsbeke.

Voor de administratie werden de vergaderingen gevolgd door mevr. dr. T. Dusauchoit, dhr. dr. M. Servaes, mevr. R. Vandenreijt en dhr. P. Van Agtmaal.

De groep kwam, met het oog op het uitwerken van dit advies, voor het eerst samen op 27-10-98, de volgende vergaderingen vonden plaats op 09-11-98 en 19-11-98. Een voorlopig werkdocument van de werkgroep is op de plenaire van 17-11-98 besproken. Het voorliggend advies wordt aan de plenaire van 15-12-98 ter bekrachtiging voorgelegd.

Tussen en na de vergaderingen werden de sneuvelteksten verder aangepast op basis van de schriftelijk ontvangen feedback. Het dient aangestipt dat zowel tijdens de vergadermomenten als voor wat de schriftelijke reacties betreft, de werkgroepleden zeer betrokken en actief hebben meegewerkt. Deze werkwijze heeft toegelaten dat de formulering van dit advies binnen de gevraagde tijd kon worden gerealiseerd.

C. RESULTATEN

1. ALGEMENE UITGANGSPUNTEN

Volgende bedenkingen vormen voor de leden van de werkgroep de aanleiding voor het advies:

1. De werkgroep heeft sterk de indruk dat het advies zich in aanvang tot de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) beperkte en nadien is uitgebreid tot de gehele Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Als gevolg hiervan worden in het ontwerpdecreet **2 zaken verweven**, nl. een globale visie omtrent de GGZ⁶ en een nieuw decreet voor de CGG. Desalniettemin meent de werkgroep dat het decreet wat betreft de CGG, een aantal **positieve elementen** bevat.
2. De **globale visie** omtrent de GGZ is **onvoldoende duidelijk** en **doordacht**; de basisfilosofie en de gehanteerde uitgangspunten zijn niet voldoende geëxpliciteerd.
3. Het ontwerpdecreet is een toekomstgericht decreet: **de nieuwe begrippen zijn onzorgvuldig geformuleerd en niet conform een aantal andere gehanteerde begrippen**⁷; dit schept grote onduidelijkheid m.b.t. de operationalisering. Tevens is onduidelijk welke hefbomen nodig zijn voor de realisatie ervan.

⁶ Deze globale visie en de toekomstige organisatie van de GGZ in zijn totaliteit maken deel uit van de 2^{de} opdracht (lange termijn) van de werkgroep GGZ, waar dit ontwerpdecreet in feite op vooruit loopt.

⁷ zoals de begrippen vervat in de beleidsbrief "Vlaamse GGZ in de 21e eeuw" van minister Demeester; en de begrippenlijst van de NRZV.

4. Op diverse punten houdt het decreet **een te sterke reglementering** in m.b.t. de uitvoering van de geformuleerde opdrachten van de CGG (bv. verwijzing, leidinggevende, subsidie-enveloppe), terwijl bovendien uitgebreide mogelijkheden van controle worden voorzien (inspectie, visitatie).

2. FORMULERING VAN HET ADVIES

In eerste instantie worden de krachtlijnen van het ontwerpdecreet besproken, zowel de basisvisie van het ontwerpdecreet als specifieke thema's. Daarna komt de artikelsgewijze bespreking aan bod, waarvoor verwezen wordt naar de bijlage.

A) DE BASISVISIE VAN HET ONTWERPDECREET

Het voorliggende ontwerpdecreet is een poging om vanuit een toekomstgerichte visie op de GGZ in zijn totaliteit een nieuw en aangepast zorg- en organisatie-model voor de CGG voor te stellen. Volgens de werkgroep slaagt het ontwerpdecreet er echter slechts ten dele in om deze basisfilosofie en de nieuw aangereikte principes ten gronde en op een coherente manier voor de gehele sector van de GGZ uit te werken. Dit vindt ten dele zijn verklaring in de huidige bevoegdheidsverdeling tussen de Federale en de Vlaamse Overheid en ten dele in het onvoldoende nauwkeurig definiëren van begrippen m.b.t. functionele en heterogene samenwerkingsverbanden en zorgcircuits (met voorzieningsoverschrijdende zorgprogramma's)⁸.

Desalniettemin pleit de werkgroep ervoor dat – in de mate van het mogelijke – reeds wordt ingespeeld op de **nood aan een globaal en consistent beleid (c.q. homogene bevoegdheidspakketten)** en dat de **gehanteerde visie en principes** op de toekomstige GGZ voldoende worden **verduidelijkt en op eensgezinde wijze worden verwoord**, in overeenstemming met de ontwikkelingen op Federaal niveau.

In dit kader wenst de werkgroep volgende bedenkingen te formuleren omtrent een aantal principes:

- De **titel** verwijst duidelijk naar GGZ in het algemeen, terwijl de **inhoud** van het ontwerpdecreet grotendeels bedoeld is voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg zoals die verstrekt wordt in de CGG. De werkgroep stelt voor de titel in die zin te wijzigen tot "Voorontwerp van Decreet betreffende de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg"⁹.
- Opdat de onderliggende intenties - aangegeven door de titel - ook zouden kunnen gerealiseerd worden, is een effectieve **harmonisering van diverse wet- en regelgeving** - o/a m.b.t. patiëntenrechten, financieringssystemen, persoonlijke bijdragen van de patiënt, inbreng van ziekenfondsen -

⁸ zie ook de 2^{de} opdracht van de werkgroep GGZ.

⁹ In dit kader vragen sommige leden om de bepalingen die de CGG-werking overstijgen, uit het ontwerpdecreet te weren. Indien het ontwerpdecreet desgevallend toch een ruimere toepassing zou krijgen, dienen meerdere artikels vanuit de brede GGZ-context te worden bekeken en dus te worden geherformuleerd.

onontbeerlijk, alsook de creatie van functionele samenhang en afstemming van de diverse hulpverleningsmogelijkheden binnen het totale veld van de GGZ.

- De regering dient nog veel te bepalen via uitvoeringsbesluiten. De werkgroep pleit ervoor dat de **Vlaamse overheid** via de verwachte uitvoeringsbesluiten **niet té veel reguleert** en niet té ver gaat in het formuleren van hoe het zorgaanbod concreet moet worden georganiseerd. Het is de opdracht van de overheid om het raamkader, de doelstellingen en de (financiële) middelen te bepalen - waarbij de realisatie van deze doelstelling(en)¹⁰ expliciet tot de verantwoordelijkheid en de taak van de betrokken voorzieningen behoort, zowel m.b.t. de organisatie als m.b.t. de uitvoering ervan. De werkgroep meent dus dat het de **taak van de centra zélf is om uit te zoeken welke voor hen de meest werkbaar modellen zijn**¹¹.
- Het decreet zal, na goedkeuring, **ingang** vinden per 1 Januari 2000, onder een **andere legislatuur**. Dit heeft als gevolg dat de **reikwijdte** van dit decreet veel groter kan zijn dan nu kan worden ingeschat.

¹⁰ namelijk een professionele interdisciplinaire en multifunctionele geestelijke gezondheidszorg, toegankelijk en beschikbaar voor alle burgers, vanuit het recht op gezondheidszorg

¹¹ Eén illustratie hiervan: de overheid wijst - volkomen terecht - op het belang van een degelijk management binnen de CGG, maar de CGG moeten zelf kunnen bepalen hoe ze deze functie(s) in de praktijk zullen invullen.

B) *BEMERKINGEN M.B.T. SPECIFIEKE THEMA'S*

DOELGROEPGERICHTE EN REGIONALE INVALSHOEK

De werkgroep ondersteunt de **primaire uitgangspunten** van het beleid inzake organisatie van de GGZ - namelijk **regionalisering** enerzijds en **ontwikkelings- en levensfaze kenmerken** van de mens anderzijds - om regionaal gespreide, voorzieningoverschrijdende zorgprogramma's voor elk van de doelgroepen te kunnen aanbieden.

De werkgroep pleit in dit kader voor een **maximale afstemming tussen de doelgroepgerichte invalshoek en de regionale invalshoek** bij de organisatie van voorzieningoverschrijdende zorgprogramma's; met oog voor wat voor elke doelgroep en zorgopdracht wenselijk en haalbaar is. Het territorialiteitsbeginsel dient zowel inhoudelijk als wat betreft de grootte beargumenteerd te worden, enerzijds m.b.t. de doelgroepen en de geografische bereikbaarheid en anderzijds i.f.v. een "werkbare" samenwerking tussen verschillende voorzieningen, wat eveneens afhankelijk is van de beschikbare middelen¹².

In het decreet wordt gesproken van een **Regionaal Psychiatrisch Netwerk (RPN)**; dit begrip is **onvoldoende afgestemd** op de begrippen "netwerk van zorgvoorzieningen" en "zorgcircuit" dat de federale overheid ten aanzien van de andere belangrijke actoren op het terrein van de GGZ hanteert¹³. Ofschoon de meerderheid van de leden van de werkgroep zich kan vinden in de omschrijving van het RPN, dient gesteld dat **sommige leden zich niet akkoord** kunnen verklaren met het concept en de definitie ervan¹⁴ en vragende partij zijn om een ander begrip te gebruiken.

DE OPDRACHTEN VAN DE CGG

De werkgroep onderschrijft de **duidelijke keuze om de CGG op de tweede lijn te situeren**. Dit laat o/a toe dat de CGG zich kunnen richten naar ernstige geestelijke gezondheidsproblemen, waarbij zich uiteraard de vraag stelt wat onder "ernstige" geestelijke gezondheidsproblemen moet worden begrepen.

Verwacht wordt dat deze opdrachtsomschrijving – in combinatie met de voorkeur van aanmeldingen via verwijzing¹⁵ – een verschuiving van de patiëntenpopulatie met zich zal meebrengen. Het is echter niet denkbeeldig dat de CGG - ondanks de

¹² zie advies omtrent het convenantenbeleid in de sector van de C.G.G.'s en de nota van Prof. Dr. J. De Maeseneer omtrent een territoriale benadering in de gezondheidszorg.

¹³ De vraag van de plenaire dd. 17/11/98 om de verschillende definities te vergelijken en een alternatief voorstel te formuleren, zal door de werkgroep verder worden opgenomen in het kader van haar 2de (langere termijn) opdracht.

¹⁴ In de mate dat het begrip RPN ook een bestuurlijke invulling zou krijgen en niet beperkt zou blijven tot een functionele samenwerking kunnen de meeste werkgroepleden hiermee zeker niet akkoord gaan.

¹⁵ wat volgens sommige werkgroepleden niet alleen in de toelichting doch expliciet in de artikelen van het decreet moet worden vermeld en volgens anderen niet bindend mag zijn daar de expliciet verplichte doorverwijzing de variatie en kwetsbaarheid in het ontstaan van hulpvragen in de GGZ miskent.

nieuwe accenten, zoals een efficiënt management en functionele samenwerking met andere partners – met de huidige omkadering niet aan de behoeften van patiënten en de verwachtingen van familieleden en verwijzers kunnen voldoen.

Binnen het kader van een "continuüm aan zorg" is het concept **verwijzing** daarenboven eerder achterhaald; bovendien geeft het voorontwerp van decreet geen toelichting over wie de verwijzers zijn.

Voor wat de opdrachten van de CGG betreft, meent de werkgroep te moeten wijzen op volgende punten:

- De eventuele **gevolgen van verschuivingen in de patiëntenpopulatie zijn moeilijk te overzien**, o/a voor wat betreft de mate waarin mensen toegang krijgen tot aangepaste zorg op het meest geëigende zorgniveau, het beperken van wachtlijsten, etc. Het herpositioneren van de CGG op het tweedelijsniveau moet gepaard gaan met een duidelijke taakomschrijving van het eerstelijsniveau zowel voor wat betreft de taken die niet meer door de CGG zullen worden opgenomen als voor wat betreft een goede afstemming van de zorg¹⁶. Indien dit niet gebeurt, zullen vele patiënten met problemen in de kou blijven staan, waardoor het risico bestaat dat minder ernstige GGZ-problemen snel enodeloos verergeren. Ook het probleem van de onderdetectie van GGZ-problemen kan hierdoor toenemen. Een belangrijke taak is hierbij weggelegd voor het **management van de CGG**, dat ervoor moet zorgen dat de beschikbare middelen zo efficiënt mogelijk worden aangewend en terecht komen bij die doelgroepen die er het meest nood aan hebben.
- De **concrete afbakening van de beoogde doelgroepen dient door het CGG in samenspraak met de andere GGZ-partners binnen het werkgebied te gebeuren**. Het overleg terzake moet opgenomen worden door de overlegplatforms voor GGZ¹⁷ en de realisatie van functionele samenwerkingsverbanden dient te gebeuren in het kader van de uitbouw van doelgroepgerichte en voorzieningoverschrijdende zorgprogramma's binnen de regionale samenwerking. De mate waarin CGG zullen participeren aan de uitbouw van diverse doelgroepgerichte zorgprogramma's zal o/a afhangen van de reeds bestaande samenwerking, hun deskundigheid en de eventuele interesse om met nieuwe doelgroepen te werken, zoals vb. langdurige zorg voor psychosen, gerontopsychiatrie en verslavingszorg.
- De nodige **preventieve opdracht van de CGG** krijgt, vanuit hun verscherpt tweedelijsprofiel, **te weinig aandacht**. De taken van primaire preventie van geestelijke gezondheid en het creëren van geestelijk welbevinden situeren zich inderdaad niet op dit niveau¹⁸. De CGG hebben echter wel een belangrijke taak in de ondersteuning, deskundigheidsbevordering en consultatieve coaching van hulpverleners, van instellingen op de eerste lijn, alsook van lokale netwerkstructuren. Daarnaast behoort gerichte preventie naar specifieke risicogroepen evenzeer tot de opdrachten van de CGG. Dit bevordert de

¹⁶ Gezien een aantal van de zorgverleners op het eerste niveau (nog) niet onder de bevoegdheid van de Vlaamse gemeenschap vallen en niet betrokken werden bij de voorbereidende besprekingen over het decreet, dient zo spoedig mogelijk een overleg voorzien zowel met de federale overheid als met de betrokken beroepsgroepen.

¹⁷ zie de doelstellingen van de overlegplatforms als samenwerkingsverband van psychiatrische instellingen en diensten.

¹⁸ Waar die primaire preventie dan wél thuishoort, wordt in dit decreet niet aangegeven.

autonomie op de eerste lijn en ondersteunt tevens de inhoudelijke en functionele doorverwijzingen.

- Bij het **specificeren van verantwoorde zorg dient rekening gehouden te worden met de behoefte aan zorg en de aard van de hulpvraag**, waarbij ook het probleemvoorkomend handelen aan bod kan komen. Tevens dienen hierbij volgende functies en werkwijzen te worden opgenomen: crisisinterventie via consulting of m.a.w. de organisatie van dringende hulpverlening, de mogelijkheid om "outreaching" te werken, hulp bieden in het leefmilieu van de patiënt en zelfs de organisatie van "bemoeizorg" voor "zorgmijders". Een **maximale** omschrijving van het takenpakket van een CGG impliceert enerzijds een taakverdeling tussen de vestigingsplaatsen en anderzijds overleg en samenwerking met de andere voorzieningen in het werkgebied.
- CGG hebben tevens als opdracht om buiten het kader van de eigen instelling een **goede samenwerking op te bouwen met andere zorgverstrekkers en zorgvoorzieningen** (in casu huisartsen en intramurale voorzieningen) die met problemen van GGZ te maken hebben. Uiteraard dienen hiervoor de nodige middelen te worden vrijgemaakt. Dit decreet gaat aan deze opdracht voorbij.

MULTIDISCIPLINAIRE WERKING

Het door de werkgroep gehanteerde conceptuele kader bij het denken over geestelijke gezondheidszorg is het **bio-psycho-sociaal model**. Dit model stelt een holistische benadering van de patiënt¹⁹ en een integrale en interdisciplinaire GGZ voorop en dient **als dusdanig in het decreet te worden opgenomen**.

Het ontwerpdecreet stelt in die zin de interdisciplinaire werking van het CGG voorop. Wanneer het multidisciplinaire karakter van het CGG echter te sterk methodisch wordt vastgelegd, kan de toegankelijkheid van het CGG in het gedrang komen en kan ook het therapeutische proces negatief worden beïnvloed.²⁰ Een **interdisciplinair hulpaanbod** – in het kader van het bio-psycho-sociaal denkmodel – dient uiteraard in alle CGG **beschikbaar** te zijn, maar dient **niet noodzakelijk voor elke cliënt** te worden **ingeroepen**; het gaat er volgens de werkgroep vooral om dat binnen een organisatie van GGZ een interdisciplinair pakket aan functies (zoals vb. advies, diagnostiek, behandeling en begeleiding) aanwezig is zodat elke hulpvrager een **optimaal geïntegreerd hulpaanbod van zorg op maat kan krijgen**. Naar het oordeel van sommige leden van de werkgroep wordt in het decreet de multidisciplinaire werking al te veel vertaald naar een "verplichting" om elke hulpvrager vanuit diverse disciplines te benaderen. Dit komt o/a tot uiting in de verplichting van een multidisciplinair dossier; desalniettemin ondersteunt de werkgroep de idee dat er één geïntegreerd patiëntendossier moet zijn.

¹⁹ met niet alleen oog voor zijn/haar medische problematiek maar evenzeer voor de psychosociale situatie waarin de patiënt verkeert

²⁰ In vele gevallen is het feit dat één hulpverlener, al dan niet met inroepen van ondersteuning en hulp van andere collega's, de hulpverlening op zich neemt voldoende om optimaal aan de hulpvraag van de patiënt tegemoet te komen.

Uit hoofde van zijn/haar opleiding draagt de **psychiater** de medische, inhoudelijke en juridische **eindverantwoordelijkheid** over het verloop van het begeleidings- en behandelingsproces en het eindproduct van de geleverde zorg. De psychiater²¹ heeft zowel de verantwoordelijkheid bij de toegang (intake) als bij de uitgang (afsluiting en eventuele doorverwijzing). Er moet weliswaar een articulatie komen tussen deze medische verantwoordelijkheid en de algemene eindverantwoordelijkheid van het CGG.

REGISTRATIE

De werkgroep **ondersteunt de betrachting van het ontwerpdecreet om te komen tot een geharmoniseerde registratie** (compatibiliteit en complementariteit) voor de partners binnen de GGZ. Belangrijk is dat de **bestaande registratiesystemen geëvalueerd** worden op hun bruikbaarheid en waar nodig worden **aangepast of desgevallend worden vervangen** om te komen tot een geharmoniseerde en geüniformiseerde registratie voor de partners binnen de regionale samenwerkingsstructuren²². In functie van de voorzieningoverschrijdende zorgprogramma's dient een **éénvormige en samenhangende registratie modulair te worden opgebouwd**, waarbij verschillende registratiesystemen aan elkaar moeten worden gekoppeld, teneinde de nodige beleidsinformatie te kunnen genereren. Deze betrachting zal echter nog veel studiewerk en technische ondersteuning vergen.

BESTUURLIJKE SCHAAALVERGROTING EN FUNCTIONELE SAMENWERKING

De werkgroep **ondersteunt de idee dat ook een CGG dient te beschikken over de middelen van professioneel management en een voldoende schaalgrootte om de geformuleerde doelstellingen en opdrachten te realiseren**, en onderschrijft in die zin het principe van schaalvergroting voor de kleine CGG als basisoptie voor het aanbieden van GGZ op tweedelijnsniveau. De werkgroep is eveneens van oordeel dat de CGG hiervoor momenteel over onvoldoende mogelijkheden beschikken. Een reorganisatie en samenwerking met de andere partners binnen het veld van de GGZ dringen zich op: hierover heerst bij alle betrokkenen een consensus²³. De werkgroep pleit voor **de eigen verantwoordelijkheid van de betrokken centra om te komen tot een gepast organisatiemodel en de specifieke invulling ervan**.

²¹ Bovendien is de werkgroep van mening dat dit mbt de doelgroep van de jongeren een psychiater met een bijkomende vorming en ervaring in de kinder- en jeugdpsychiatrie dient te zijn; voor de doelgroep ouderen geldt mutatis mutandi dat een bijkomende vorming en ervaring in de gerontopsychiatrie vereist is.

²² Sommige leden kunnen zich akkoord verklaren met een 'geharmoniseerde' registratie doch niet met een 'geüniformiseerde' registratie.

²³ Dit veronderstelt evenwel een globale visie met betrekking tot de doelstellingen en organisatie van de GGZ. Momenteel is de werkgroep bezig om hieromtrent een globaal advies te formuleren (dat verwacht kan worden tegen medio 1999).

Desondanks wensen de leden van de werkgroep de nadruk te leggen op volgende belangrijke aspecten:

- Het ontwerpdecreet voorziet verschillende mogelijke statuten en rechtspersonen, uitgaande van de huidige bestaande inrichtende machten. In de huidige regelgeving is in deze context juridisch gezien geen bestuurlijke schaalvergroting mogelijk tussen CGG met een privaat (VZW-statuut) en een openbaar karakter (OCMW of provincie). Concrete **juridische aanpassingen** zijn noodzakelijk om dergelijke bestuurlijke samenwerking effectief te kunnen realiseren. Tevens betreuen sommige leden van de werkgroep dat het decreet niet resoluut opteert voor een consequent pluralisme onder de vorm van één CGG per werkgebied.
- De in het decreet vooropgestelde bestuurlijke en organisatorische schaalvergroting van de CGG moet onderscheiden worden van de noodzaak tot functionele samenwerking in de doelgroepgerichte voorzieningsoverschrijdende zorgprogramma's. Binnen dergelijke heterogene netwerken zal de **functionele samenwerking tussen CGG, psychiatrische ziekenhuizen, PAAZ, BW, etc. primeren op bestuurlijke samenwerking**. Er dient echter te worden voorkomen dat bedrijfseconomische of ideologische motieven de bovenhand zouden krijgen op patiëntgerichte, functionele en regionale argumenten²⁴. Om functionele samenwerking binnen heterogene samenwerkingsverbanden op continue basis mogelijk te maken, dienen nieuwe juridische samenwerkingsvormen te worden gecreëerd zoals bv. zorgassociaties.
- De werkgroep onderschrijft de stelling dat **regionalisering een belangrijk middel is om GGZ voor een zo groot mogelijke groep beschikbaar en toegankelijk te maken**. De actoren dienen echter zelf – vanuit een gezamenlijk overleg met andere sectoren op het niveau van de wettelijk voorziene overlegplatforms – de regio's af te bakenen. Een indeling gebaseerd op de LOGO's is slechts één van de mogelijkheden (en vermoedelijk niet de meest evidente) ten aanzien van de organisatie van het aanbod van GGZ: sociologische entiteiten, CGG-netwerken in het kader van de huidige convenants en allerlei andere overleg- en samenwerkingsstructuren kunnen hierbij in rekening worden gebracht. Vanuit het oogpunt van functionele samenwerking is het **maximale werkingsgebied op provinciaal niveau weinig relevant**. In dit decreet is dit provinciaal niveau echter bedoeld als maximale regio voor de bestuurlijke schaalvergroting van de CGG²⁵.

²⁴ Enkele leden van de werkgroep wensen hierbij aan te geven dat in sommige regio's de teamleden van de CGG de wens uiten om de reeds opgebouwde functionele samenwerking - bv. in het kader van de lopende convenants - via bestuurlijke samenwerking te bestendigen.

²⁵ wat volgens sommige leden tot de mogelijkheden moet behoren en wat anderen ook op het bestuurlijke niveau als te groot beschouwen.

HULPVERLENINGSCAPACITEIT EN FINANCIËLE ASPECTEN

Ongeacht de intenties van het ontwerpdecreet (art. 28) komt het aspect "**programmatische**" niet aan bod. Er wordt voor gepleit om met de reeds beschikbare epidemiologische gegevens m.b.t. prevalentie van GGZ-problemen rekening te houden.

Het ontwerpdecreet omschrijft expliciet een brede en ruime opdracht voor de CGG, zonder dat daar echter een structurele **verhoging van de huidige beschikbare zorgverleningscapaciteit**²⁶ (materiële en personele middelen, middelen inzake vorming en opleiding) tegenover staat. Het is volgens de werkgroep onmogelijk om "meer en beter te doen" met enkel "maar dezelfde, gefusioneerde middelen".

Voor de **allocatie van personeelsleden naar de teams** voor kinderen, volwassenen en ouderen dient rekening gehouden te worden met de **respectievelijke verhouding van de genoemde doelgroepen** binnen de bevolking van de te bedienen regio. Bovendien dient de personeelsnorm globaal verhoogd te worden.

De voorziene **aanpassing van de barema's** is wenselijk en noodzakelijk. De doelstelling hierbij is niet zozeer dat de barema's van CGG-medewerkers gelijk gesteld worden aan die van de psychiatrische ziekenhuizen, maar dat er gelijke barema's komen voor het totale veld van de GGZ. Bovendien dringt de werkgroep erop aan dat ook de barema's van de psychiaters aangepast worden. Gezien het grote verloop van bijvoorbeeld Vlaamse (kinder- en jeugd)psychiaters naar Nederland zal hierbij rekening gehouden moeten worden met de verloning ginder.

De **financiële toegankelijkheid van de CGG dient maximaal gevrijwaard te blijven**. Het voorontwerp van decreet geeft de regering immers de mogelijkheid om een persoonlijke bijdrage in te voeren en te reguleren. De werkgroep pleit enerzijds voor het behoud van de mogelijkheid van een kosteloze dienstverlening en anderzijds voor een effectieve tariefzekerheid. Aanvullende maatregelen zullen nodig zijn om negatieve gevolgen voor CGG met een grotere concentratie van financieel zwakkere patiënten weg te werken.

De leden van de werkgroep kunnen een werkwijze van **voorlopige subsidie-enveloppes** niet ondersteunen daar dit rechtsonzekerheid creëert voor de centra en hun personeel, alsook bijkomende administratieve bekommernissen met zich meebrengt met een hoogstwaarschijnlijk retrospectief karakter. De voorgestelde beoordelingen om het definitieve bedrag van de subsidie-enveloppe te kunnen bepalen roepen daarenboven diverse vragen op: hoe en door wie zal dit gebeuren? welke criteria of parameters worden hiervoor gehanteerd? hoe worden deze parameters geoperationaliseerd?

De werkgroep stelt voor om een **prospectief financieringssysteem** te hanteren en gebruik te maken van de reeds beschikbare controlemogelijkheden en instrumenten

²⁶ Wanneer een CGG zich gaat richten naar een nieuwe doelgroep, zoals bv de ouderen met psychiatrische zorgnoden, dienen hier logischerwijze ook de nodige financiële middelen voor te worden voorzien. Indien dit niet het geval is, kan dit ongewenste effecten hebben naar andere doelgroepen toe.

(methodieken en indicatoren) om de werking van de centra systematisch bij te sturen.

Daarnaast is het niet duidelijk of de budgetten van de **lopende convenants** (nl. kindermishandeling, seksuele delinquentie, drugproblematiek en zelfmoordpreventie) al dan niet in de subsidie-enveloppe worden opgenomen.

BETROKKENHEID VAN DERDEN

De werkgroep vindt het positief dat binnen het ontwerpdecreet sprake is van een **structurele ondersteuning** van de GGZ, door een verankering in het decreet van de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg, zoals in de toelichting is gespecificeerd.

Sommige leden pleiten er echter voor dat de opdrachten van de VVGG duidelijk worden onderscheiden van het specifiek **wetenschappelijk onderzoek** ten behoeve van de GGZ, waarbij de universiteiten en andere onderzoeksinstituten een belangrijke rol te vervullen hebben. Hiervoor dienen echter meer middelen te worden vrijgemaakt.

Andere structuren zoals de Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg²⁷, familie- en patiëntenverenigingen (Similes, UilenSpiegel, Vlaamse Vereniging voor Autisme; Zit Stil, ...), de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen, ziekenfondsen ... die expliciet verbonden zijn met de GGZ dienen volgens meerdere leden van de werkgroep **formeel in het decreet te worden opgenomen** daar zij een plaats verdienen in de beleidsadviserende en bewakende structuren van GGZ. De rol en opdrachten van deze structuren dienen daarbij nog verder te worden uitgeklaard²⁸.

C) ARTIKELSGEWIJZE BESPREKING

zie tekst als bijlage

3. AANBEVELINGEN

Voor bepaalde principes - zoals netwerken, doelgroepen en regionalisering - wenst de werkgroep expliciet aan te geven dat hierrond verder gewerkt wordt in het kader van de 2de opdracht (vanwege de VGR), nl. de toekomstige organisatie van de GGZ, welke zal worden afgestemd op de verwachte adviesvraag omtrent de nota van de Vlaamse GGZ in de 21ste eeuw.

²⁷ Correctie ivm de toelichting: de Overlegplatforms worden *niet gecoördineerd* door de VVGG. De Vlaamse Overlegplatforms organiseren op eigen initiatief 4-jarlijks een onderling overleg met een beurtsysteem voor het voorzitterschap en de administratieve ondersteuning tussen de participerende Overlegplatforms; de VVGG wordt systematisch uitgenodigd op deze vergaderingen.

²⁸ de werkgroep verwijst hierbij naar de tweede opdracht

Desgevallend kan ook advies worden uitgebracht over de uitvoeringsbesluiten van het decreet.

REFERENTIES

- BOYDENS J., Implicaties voor indicatiestelling en keuze van zorgverstrekker; lezing Knokke, K.U.Leuven, permanente vorming; 29 en 30/11/1998.
- DE MAESENEER J., Een territoriale benadering in de gezondheidszorg: probleemstelling en een eerste voorstel voor een toetsingskader; in Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Vlaamse Gezondheidsraad, Jaarverslag 1997; pp. 56-58.
- DEMEULEMEESTER P., MOLENBERGHS G., NASSEN E., BELLINGS P., "Een pragmatisch en patiëntgericht raamkader voor de geestelijke gezondheidszorg", publicatie in 'Acta Hospitalia' aangevraagd
- DE RYCKE R., Implicaties van netwerking voor financiële en geografische toegankelijkheid; lezing Knokke, K.U.Leuven, permanente vorming; 29 en 30/11/1998.
- DIERCKX H., Geestelijke Gezondheidszorg in Vlaams-Brabant: Regionale Zorgcircuits Gerontopsychiatrie; lezing Knokke, K.U.Leuven, permanente vorming; 29 en 30/11/1998.
- GROOT L.M.J., BREDA J., VAN DAELE D., VAN REGENMORTEL T., "Evaluatie Ziekenhuisprogrammatie, Deel II: Psychiatrische Ziekenhuiszorg", 1989, pp. 140 + bijlagen
- IGODT, P.; Geestelijke Gezondheidszorg in het brede perspectief van een nieuw gezondheidszorgbeleid. Ervaringen vanuit het buitenland. Ervaringen vanuit trends in de gezondheidszorg; in Acta Hospitalia, 1997, nr. 2, pp. 5-16.
- MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP; Naar een continuüm van zorgvormen: De opdrachten en positie van zorgcircuits, netwerken en samenwerkingsverbanden; Rapport van het CZV van de K.U. Leuven in opdracht van de Vlaamse Gezondheidsraad; 1998; pp. 135.
- MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP; Vlaamse Gezondheidsraad, Jaarverslag 1997; pp. 160.
- NASSEN E., Conceptueel kader en terminologie inzake zorgvernieuwing in GGZ; lezing Knokke, K.U.Leuven, permanente vorming; 29 en 30/11/1998.
- REMANS B., "Netwerkpsychiatrie... als gevolg van de reconversie, 29 april 1997, pp. 13
- REMANS B., MESOTTEN F., Regionaal psychiatrisch netwerk Genk-Bilzen, lezing Knokke, K.U.Leuven, permanente vorming; 29 en 30/11/1998.
- VAN DAELE B., "Opdrachten voor de uitbouw van een toekomstgerichte professionele geestelijke gezondheidszorg", Acta Hospitalia, 1997, nr. 2, pp. 157-163

Goedkeuring plenaire vergadering

Dit advies kwam tot stand na gedachtenwisseling door de werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg tijdens de bijeenkomsten van 27/10/1998, 09/11/1998 en 19/11/1998.

De plenaire vergadering van de Vlaamse Gezondheidsraad besprak de adviestekst op 17/11/1998 en keurde het advies definitief goed op 15 december 1998.

Goedkeuring Bureau

Het Bureau heeft zich, bij wijze van eindadvies, bij het advies van de plenaire vergadering aangesloten,

Gedaan te Brussel op 15 december 1998,

de secretaris,



Annemie Doms

de voorzitter van de Werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg,



de voorzitter van de Vlaamse Gezondheidsraad,



prof. dr. Katrien Kesteloot, afwezig

o. mev. Lieve Decaluwé

BIJLAGE BIJ HET ADVIES VGR.98/GGZ-13

**WERKDOCUMENT VAN DE WERKGROEP 'GEESTELIJKE
GEZONDHEIDSZORG'****TITEL: ARTIKELSGEWIJZE BESPREKING VAN HET
VOORONTWERP VAN DECREET BETREFFENDE DE CENTRA VOOR
GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG****Voorafgaande opmerkingen:**

- De artikelsgewijze bespreking vanuit de werkgroep moet worden gesitueerd in het kader dat dit ontwerpdecreet enkel betrekking heeft op de CGG en niet op de ruimere GGZ. De commentaren dienen dan ook vanuit die invalshoek te worden begrepen¹.
- Algemeen beschouwd wordt ervoor gepleit om systematisch bepaalde begrippen aan te passen:
 - *niet langer "lijn- of echelon-"terminologie gebruiken maar eerder termen die verwijzen naar het integratieve éénheids- en netwerkdenken*
 - *waar relevant het bio-psycho-sociaal model vermelden*
 - *waar relevant verwijzen naar patiënten- en familie-organisaties, alsook naar de rol van de ziekenfondsen.*
- Sommige commentaren zijn als een bedenking of concrete vraag geformuleerd, terwijl voor andere opmerkingen reeds een alternatieve formulering voor het betreffende artikel is voorgesteld.
- Voor bepaalde principes - zoals netwerken, doelgroepen en regionalisering - wenst de werkgroep expliciet aan te geven dat hierrond verder gewerkt wordt in het kader van de 2de opdracht (vanwege de VGR), nl. de toekomstige organisatie van de GGZ, welke zal worden afgestemd op de verwachte adviesvraag omtrent de nota van de Vlaamse GGZ in de 21ste eeuw.

¹ In dit kader vragen sommige leden om de bepalingen die de CGG-werking overstijgen, uit het ontwerpdecreet te weren. Indien het ontwerpdecreet desgevallend toch een ruimere toepassing zou krijgen, dienen meerdere artikels vanuit de brede GGZ-context te worden bekeken en dus te worden geherformuleerd.

HOOFDSTUK I : ALGEMENE BEPALINGEN EN DEFINITIES

Artikel 1. Dit decreet regelt een gemeenschapsaangelegenheid.

Bepaalde leden van de werkgroep wijzen erop dat - juridisch gezien - kan betwist worden of het hier om een zuivere gemeenschapsaangelegenheid gaat.

Art. 2. Voor de toepassing van dit decreet wordt verstaan onder :

- 1° administratie : de administratie gezondheidszorg van het ministerie van de Vlaamse gemeenschap ;
- 2° centrum voor geestelijke gezondheidszorg : de erkende verzorgingsvoorziening die op multidisciplinaire wijze ambulante geestelijke gezondheidszorg verleent in een extramuraal kader aan personen wiens geestelijke gezondheid verstoord is ;
- 3° LOGO : samenwerkingsverband voor bovenlokaal gezondheidsoverleg en -organisatie, dat zich uitstrekt over een gebied dat 250.000 tot 300.000 inwoners omvat ;
- 4° overeenkomst : overeenkomst tussen het centrum voor geestelijke gezondheidszorg en de regering waarin voor een welbepaalde periode de algemene en specifieke doelstellingen worden omschreven, evenals de prestaties waartoe men zich verbindt en de resultaten die het centrum voor geestelijke gezondheidszorg beoogt en waarin het volume van de subsidie-enveloppe wordt bepaald ;
- 5° patiënt : persoon met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen of met geestelijke gezondheidsproblemen die een ernstig risico tot chroniciteit in zich dragen en die in aanmerking komen voor zorgverlening ;

Er wordt gevraagd om duidelijk te omschrijven - voor zover mogelijk - wat onder "ernstig" wordt verstaan of dat de patiëntenpopulatie die door de CGG moet worden opgevangen duidelijker wordt omschreven.

- 6° regering : de Vlaamse regering ;
- 7° regionaal psychiatrisch netwerk : het geheel van juridisch onafhankelijke voorzieningen, instellingen, diensten en initiatieven die met het oog op het verstrekken van geestelijke gezondheidszorg binnen het werkgebied dat zij bedienen, een functioneel samenwerkingsverband vormen ;

Deze definitie moet inhoudelijk worden afgestemd op de andere gangbare begrippen zoals 'netwerk van zorgvoorzieningen' en 'zorgcircuit'; sommige leden van de werkgroep vragen expliciet om het begrip RPN niet te gebruiken.

- 8° registratie : de geüniformiseerde verzameling van kwantitatieve en kwalitatieve gegevens van de kenmerken van de patiëntenpopulatie en van de geleverde verantwoorde zorg en dit met het oog op de zelfevaluatie van het centrum voor geestelijke gezondheidszorg en het leveren van relevante informatie aan de regering ;

- 9° subsidie-enveloppe: het budget dat het centrum voor geestelijke gezondheidszorg driejaarlijks ontvangt, op basis van vooraf door de regering vastgestelde parameters, om de overeengekomen prestaties en resultaten te leveren op een kwaliteitsvolle wijze ;

Motivatie: teneinde een effectieve langetermijnplanning voor de centra mogelijk te maken.

10°verwijzers: de door de regering aangewezen instanties die onder meer op basis van hun adequaat inzicht in het hulpverleningsaanbod binnen de Vlaamse gemeenschap patiënten verwijzen naar centra voor geestelijke gezondheidszorg.
Dit gegeven wordt als te onduidelijk beschouwd; er wordt gevraagd om in het ontwerpdecreet de verwijzers concreet te bepalen.

Art. 3. Onverminderd de naleving van de erkenningsnormen die op haar van toepassing zijn, is een centrum voor geestelijke gezondheidszorg overeenkomstig de opdrachtverklaring, verplicht aan iedere patiënt, zonder onderscheid van leeftijd of geslacht, van ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging en zonder onderscheid van de vermogenstoestand van de betrokkene, verantwoorde zorg zoals bedoeld in artikel 4 te verstrekken en hem op een respectvolle manier te behandelen.

Art. 4. § 1. Een centrum voor geestelijke gezondheidszorg verstrekt verantwoorde zorg als deze zorg voldoet aan de vereisten van doelmatigheid, doeltreffendheid, continuïteit, veiligheid en maatschappelijke aanvaardbaarheid, en bestaat uit onder meer volgende elementen : **probleemvoorkomend handelen, dringende hulpverlening, intake, diagnose- en indicatiestelling, sociaal-psychiatrische en psychotherapeutische behandeling en begeleiding, informatie- en adviesverstrekking aan verwijzers met betrekking tot haar opdracht, werkingsbeginselen en doelgroepen, alsook het opzetten van specifieke en categoriale preventie ten aanzien van risicogroepen, van 'bemoeizorg'² en hulp aan huis (d.w.z. thuiszorg in het leefmilieu van de patiënt), waar dit nodig wordt geacht.**

De leden pleiten ervoor om de invulling van het begrip 'verantwoorde zorg' zo maximaal mogelijk weer te geven.

§ 2. Onverminderd de bepalingen van § 1 en mits instemming van de patiënt, overlegt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg met de verwijzer en in voorkomend geval met andere betrokken hulpverleners en/of familieleden van de patiënt. Dit overleg leidt tot afspraken over de bijdrage tot de zorg van elk van deze samenwerkende betrokkenen.

Hieromtrent wordt door bepaalde leden van de werkgroep opgemerkt dat overleg met de verwijzer dermate essentieel is, dat hiervoor niet steeds de instemming van de patiënt vereist is.

Art. 5. Het centrum voor geestelijke gezondheidszorg respecteert te allen tijde de rechten van het kind, zoals opgesomd in het Verdrag inzake de Rechten van het Kind, ondertekend te New York op 20 november 1989 en goedgekeurd bij de wet van 25 november 1991.

Art. 6. Het centrum voor geestelijke gezondheidszorg respecteert te allen tijde de rechten van de mens, zoals opgesomd in het Verdrag ter bescherming van de

² 'bemoeizorg' verwijst naar de zorg gericht op cliënten die hulp nodig hebben, doch zelf geen hulpvraag stellen en zorg mijden; het gaat om cliënten die zich niet als cliënt presenteren. (Bruntink, R.; Grensoverschrijdend gedrag in de bemoeizorg; in: Psy, 1997, jrg. 1, nr. 13, pp. 18-19.)

rechten van de mens en de fundamentele vrijheden, ondertekend te Rome op 4 november 1950 en in de aanvullende protocollen bij het Verdrag.

HOOFDSTUK II : OPDRACHTVERKLARING EN WERKINGSBEGINSELEN

Afdeling 1 : Opdrachtverklaring

Art. 7. § 1. De geestelijke gezondheidszorg heeft als opdracht de verantwoorde zorg aan te bieden met het oog op het herstel van het psychisch evenwicht of het draaglijk maken van psychische stoornissen voor patiënten en hun leefomgeving, opdat aldus patiënten competenties verwerven of ontwikkelen die de basis vormen voor hun emancipatie en hun maatschappelijk geïntegreerd functioneren.

§ 2. De centra voor geestelijke gezondheidszorg dragen bij tot de verwezenlijking van de opdracht zoals bepaald in § 1.

§ 3. De regering kan overeenkomsten sluiten met de voorzieningen en diensten **binnen de GGZ** of initiatieven die op basis van hun specifieke deskundigheid en ervaring m.b.t. specifieke doelgroepen en/of problematieken **binnen de GGZ**, in Vlaanderen een bijdrage leveren tot verwezenlijking van de opdracht zoals bepaald in § 1.

Sommige leden stellen zich de vraag of de regering - in het kader van dit artikel - ook aan andere voorzieningen buiten de CGG en desgevallend buiten de GGZ-sector specifieke opdrachten omtrent GGZ-activiteiten kan toevertrouwen.

§ 4. De Vlaamse regering bepaalt de sectoren waarmee de sector "centra voor geestelijke gezondheidszorg" samenwerkingsprotocollen sluiten met het oog op de samenwerking tussen de sectoren en als kader voor de afspraken bedoeld in artikel 9 § 1, 7°. Zij bepaalt eveneens de minimale criteria waaraan deze samenwerkingsprotocollen moeten voldoen.

Afdeling 2 : Werkingsbeginselen

Art. 8. Onverminderd de bepalingen van het decreet van 25 februari 1997 betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen is de aangeboden zorgverlening gebaseerd op respect voor de persoonlijke levenssfeer van de patiënt. Daarnaast zal zij maximaal een beroep doen op de medeverantwoordelijkheid en de zelfredzaamheid van de patiënt en zo gebruik maken van de minst ingrijpende behandeling om ten aanzien van de vastgestelde problematiek het gewenste effect zo maximaal mogelijk te bereiken.

Art. 9. § 1. Teneinde bij te dragen tot de vervulling van de opdracht zoals bepaald in art. 7 :

1° profileert het centrum voor geestelijke gezondheidszorg zich als tweedelijns-gezondheidsvoorziening ;

Hierbij stelt zich de vraag naar enerzijds de verschuivingen van de toekomstige patiëntenpopulatie van de CGG en anderzijds de effecten naar de andere sectoren toe.

2° stelt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg het belang van de patiënt centraal, rekening houdend met zijn leefomgeving ;

Indien de leefomgeving de patiënt verwaarloost en het in het belang van de patiënt noodzakelijk wordt geacht om hulp te verstrekken moet het CGG hiertoe de nodige initiatieven kunnen nemen.

3° schenkt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg uitdrukkelijk aandacht aan kinderen en aan ouderen als specifieke doelgroepen en aan sociaal en financieel zwakkere personen ;

Twee bedenkingen:

- *het is niet duidelijk of hulpverlening aan kinderen en ouderen al dan niet tot het basispakket van de CGG behoort, vergelijk 'specifieke doelgroep' versus artikel 3 'zonder onderscheid van leeftijd' alsook artikel 5 (zie ook commentaar bij artikel 9 § 2);*
- *zonder een structurele verhoging van de hulpverleningscapaciteit zal dergelijke opsplitsing in gespecialiseerde teams - gecombineerd met de veelomvattende opdracht inzake verantwoorde zorg (artikel 4) - eerder 'schaalverkleining' als gevolg hebben.*

4° werkt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg interdisciplinair en benadert de patiënten - **afhankelijk van de concrete hulpvraag** - vanuit psychiatrische, psychologische, agogische en sociale disciplines en wordt hierbij logistiek ondersteund ;

Deze bepaling mag niet geïnterpreteerd worden als zou elke patiënt door alle teamleden moeten worden benaderd.

5° functioneert het centrum voor geestelijke gezondheidszorg binnen het centrum dient deel uit te maken van een *regionaal psychiatrisch netwerk* waarin samenwerkingsafspraken en -procedures zijn overeengekomen teneinde een voldoende, gedifferentieerd en doelgroepgericht geestelijk gezondheidszorgaanbod op regionaal niveau te realiseren, zodat patiënten er terecht kunnen voor passende zorg op maat ;

De werkgroep pleit ervoor de doelgroepgerichte invalshoek en de regionale invalshoek maximaal op elkaar af te stemmen (+ zie ook artikel 2 7°).

6° duidt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg multidisciplinair teams aan die aan kinderen en aan ouderen, bedoeld in 3°, geestelijke gezondheidszorg verlenen ;

elk centrum beschikt over een aparte en herkenbare organisatorische eenheid van tenminste een psychiatrische én psychologische of orthopedagogische én agogische én sociale full-time functie ter verstrekking van GGZ aan jeugdigen (< 18 jaar) enerzijds en ouderen (> 65 jaar) anderzijds ; het percentage van direct patiëntgebonden personeel ten behoeve van deze organisatorische eenheden dient gelijk te zijn aan het percentage van jeugdigen en ouderen in de bevolking ;

Er wordt expliciet gevraagd om bij de opsplitsing van de hulpverleningscapaciteit rekening te houden met het aandeel van de leeftijdsgroep in de bevolking, vermits in wezen de prevalentie van geestelijke gezondheidsproblemen voor de verschillende leeftijdsgroepen niet verschillend is.

7° maakt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg afspraken met haar verwijzers en werkt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg samen met de eerstelijns gezondheids- en welzijnsvoorzieningen binnen haar regio ;

Er wordt voor gepleit om de lijn-terminologie zoveel mogelijk achterwege te laten en te overstijgen.

8° ontwikkelt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg een deontologische code en respecteren de medewerkers van het centrum voor geestelijke gezondheidszorg het beroepsgeheim ;

Sommige leden van de werkgroep stellen voor te spreken van het medisch beroepsgeheim; anderen wensen erop te wijzen dat het begrip beroepsgeheim op zich een bredere interpretatie toelaat.

9° is er een gedeeld beroepsgeheim tussen de medewerkers van het centrum voor geestelijke gezondheidszorg ;

Deze formulering dient getoetst te worden op de juridische juistheid ervan t.o.v. de bestaande wetgeving dienaangaande.

10° verleent het centrum voor geestelijke gezondheidszorg haar medewerking aan preventieve acties of ontwikkelt het preventie-activiteiten die kaderen in het verlengde van haar opdracht en die gericht zijn op specifieke risicogroepen in de bevolking en sluit daartoe samenwerkingsakkoorden met de LOGO's die actief zijn binnen het werkgebied van het centrum voor geestelijke gezondheidszorg.

Het is belangrijk dat preventie op een actieve wijze wordt beschreven, gezien de reeds opgebouwde deskundigheid hieromtrent van een aantal CGG.

§ 2. De regering kan bijkomende taken opdragen aan de centra voor geestelijke gezondheidszorg ten behoeve van specifieke doelgroepen, problematieken of regionale behoeften.

Sommige leden vragen verduidelijking i.v.m. de hier bedoelde 'specifieke doelgroepen' t.o.v. de algemene doelpopulatie (zie ook commentaar bij artikel 9 § 1 3°): worden de huidige convenants inzake kindermishandeling, seksuele delinquentie, drugproblematiek en zelfmoordpreventie in de nieuwe subsidie-enveloppe opgenomen of blijven dit 'bijkomende taken'?³.

§ 3. Een centrum voor geestelijke gezondheidszorg kan tegen vergoeding taken aanvaarden van personen, diensten of voorzieningen, andere dan bedoeld in artikel 2, 10°. Deze aanvullende taken beperken zich tot die gebieden die in de opdrachtverklaring zijn omschreven. Zij mogen in geen geval leiden tot een verminderde verwezenlijking of het in gevaar brengen van de realisatie van deze opdracht. De centra voor geestelijke gezondheidszorg rapporteren jaarlijks over de aard en omvang van deze aanvullende taken aan de regering.

Art. 10. § 1. Ter uitvoering van de bepaling omschreven in artikel 4 stelt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg - **uitgaande van het bio-psycho-sociaal model** - een behandelingsplan op voor elke patiënt.

Er wordt gevraagd om het begrip behandelingsplan te vervangen door handelingsplan of begeleidingsplan, vermits (hopelijk) niet voor elke patiënt een behandeling moet worden opgestart.

³ zie advies omtrent het convenantenbeleid in de sector van de C.G.G.'s.

§ 2. De opstelling, de voortgangsbewaking en de eindevaluatie van elk behandelingsplan gebeurt door een multidisciplinair team onder leiding **de verantwoordelijkheid** van een psychiater; **voor de eenheid jeugd van een psychiater met een bijkomende vorming en ervaring in de kinder- en jeugdpsychiatrie, voor de eenheid ouderen met een bijkomende vorming en ervaring in de gerontopsychiatrie.**

Art. 11. § 1. Onverminderd de bepalingen van artikel 3 verstrekt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg zorg aan elke patiënt die op haar een beroep doet, **bij voorkeur** na verwijzing door een verwijzer.

De werkgroep stelt dat een patiënt ook rechtstreeks - zonder verwijzing - beroep moet kunnen doen op een CGG, zoals ook in de toelichting is aangegeven.

§ 2. Het centrum voor geestelijke gezondheidszorg vat de eerste intake-gesprekken en daaropvolgend de eventuele zorgverlening aan binnen een redelijke termijn na de eerste aanmelding. Het beleidsplan zoals bepaald in art. 25 bepaalt deze redelijke termijn.

§ 3. De centra voor geestelijke gezondheidszorg en de verwijzers en de voorzieningen bedoeld in artikel 9 § 1, 7° wisselen met elkaar hun ervaringen uit teneinde de doelmatigheid en de doeltreffendheid van de verwijzingen te evalueren en zonodig mechanismen uit te werken om de verwijzingen **en doorverwijzingen** te optimaliseren.

Art. 12. Alle partners binnen het *regionaal psychiatrisch netwerk* voeren een registratie zoals bedoeld in artikel 2, 8° volgens de regels die de regering bepaalt. De registratie gebeurt met respect voor de persoonlijke levenssfeer van de patiënt.

Gezien de reeds geformuleerde bedenkingen omtrent het RPN (zie artikel 2 7°) en het huidige probleem van de onderlinge afstemming van de verschillende bestaande registratiesystemen, wordt door de meeste werkgroepleden voorgesteld om de eerste zin van deze bepaling te vervangen door "Het centrum voor geestelijke gezondheidszorg voert een registratie zoals bedoeld in artikel 2, 8° volgens de regels die de regering bepaalt".

Art. 13. Het centrum voor geestelijke gezondheidszorg legt ~~voor~~**over** elke patiënt aan wie zorgverlening wordt verstrekt één multidisciplinair **geïntegreerd** dossier aan.

Niet elke patiënt moet door het hele team worden gezien (zie ook artikel 9 § 1 4°).

Art. 14. De regering bepaalt de regels voor de samenstelling, het bijhouden, het vermenigvuldigen en de vernietiging van het patiëntendossier evenals de procedure voor de eventuele raadpleging en eventuele overdracht van het dossier. Ze houdt hierbij rekening met de geldende regels inzake het beroepsgeheim, de deontologie en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

In deze context wordt gevraagd of ook de patiënt inzagerecht heeft in zijn/haar en in hoeverre dit dient verduidelijkt te worden, in overeenstemming met andere regelgeving hieromtrent.

Art. 15. Het centrum voor geestelijke gezondheidszorg signaleert driejaarlijks aan de regering de factoren die op systematische wijze de geestelijke gezondheid van de bevolking van hun werkgebied beïnvloeden door de interpretatie van de gegevens die worden verzameld in het kader van de registratie. Een eerste rapport terzake wordt door het centrum voor geestelijke gezondheidszorg opgemaakt binnen een termijn van zes maanden die volgt op het einde van de eerste overeenkomst zoals bedoeld in artikel 24.

Art. 16. Het centrum voor geestelijke gezondheidszorg organiseert de minimaal **maximaal** noodzakelijke permanente tijdens vakantieperiodes en haar bereikbaarheid tijdens de sluitingsuren. **Het centrum organiseert samen met de andere GGZ-partners in het werkgebied een 24/24 uur beschikbaarheid voor dringende psychiatrische hulpverlening.**

Art. 17. Het centrum voor geestelijke gezondheidszorg schept de voorwaarden zodat haar personeelsleden zich voldoende en voortdurend kunnen vormen.

Art. 18. De regering bepaalt na overleg met alle betrokken partijen de modaliteiten inzake de financiële bijdrage van de patiënt, rekening houdend met artikel 9, § 1, 3°. *De werkgroep pleit ervoor dat kosteloze hulpverlening mogelijk moet blijven, teneinde de financiële toegankelijkheid van de zorg te kunnen garanderen. In dit kader wordt eveneens de aandacht gevestigd op het belang van de tariefzekerheid. Sommige leden wijzen erop dat een zekere vorm van selectiviteit gevolgen kan hebben voor CGG met een concentratie van financieel zwakke cliënten, wat kan worden opgevangen via een soort egalisatiefonds.*

HOOFDSTUK III : ERKENNING VAN CENTRA VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Art. 19. Elk centrum voor geestelijke gezondheidszorg dient als zodanig erkend te zijn door de regering.

Art. 20. § 1. Om erkend te worden en te blijven zijn volgende voorwaarden van toepassing :

1° opgericht zijn door een vereniging zonder winstoogmerk, een provincie, een gemeente, een openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn of universiteit, die krachtens de wet, het decreet of de statuten, naargelang het geval, daartoe bevoegd zijn ;

De relevantie van de gemeente als inrichtende macht wordt door bepaalde leden in vraag gesteld, gezien momenteel geen enkel CGG opgericht is door een gemeentebestuur en gezien de bepaling van artikel 22. Tevens wordt er door enkele leden op gewezen dat de huidige regelgeving vooralsnog niet

toelaat dat een effectieve bestuurlijke schaalvergroting tussen inrichters met een verschillend statuut de vorm aan kan nemen zoals bedoeld in art. 20 § 1 9°.

- 2° gevestigd zijn in gebouwen en lokalen die aan de voorwaarden inzake hygiëne, veiligheid en bewoonbaarheid voldoen ;
- 3° beschikken over een infrastructuur waardoor de opdrachten kwaliteitsvol uitgevoerd kunnen worden en de reglementering op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer kan worden nageleefd ;
- 4° de controle door de inspectie en de doorlichting door de visitatiecommissie zoals bepaald in de artikel 34 en 35 mogelijk maken ;
- 5° de taken uitvoeren en de werkingsbeginselen nakomen zoals bepaald in hoofdstuk II ;
- 6° een kwaliteitsbeleid voeren overeenkomstig de bepalingen van het decreet van 25 februari 1997 betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen ;
- 7° passen in de programmatie zoals bedoeld in artikel 27 ;
- 8° een boekhouding voeren volgens het boekhoudplan van de Vlaamse Gemeenschap ;
- 9° de vorm aannemen van een vereniging zonder winstoogmerk of van een vereniging opgericht volgens artikel 118 tot en met 135 van de organieke wet van 8 juli 1976 op de openbare centra voor maatschappelijk werk.

§ 2. De regering kan bijkomende erkenningsvoorwaarden opleggen.

Dit artikel roept vele vragen op: op basis van welke normen kunnen bijkomende erkenningsvoorwaarden worden opgelegd? hoever kan dit gaan?

§ 3. De regering bepaalt de procedure voor de erkenningsaanvraag en de modaliteiten voor de erkenning.

§ 4. In specifieke gevallen kan de regering afwijkingen toestaan inzake de voorwaarden zoals bedoeld in § 1, 7° zonder evenwel in het totaal meer dan 26 centra voor geestelijke gezondheidszorg te erkennen.

Art. 21. § 1. De regering kan de erkenning van een centrum voor geestelijke gezondheidszorg intrekken wanneer aan één of meer voorwaarden van artikel 20 niet meer volledig voldaan is.

§ 2. De regering bepaalt de procedure voor de intrekking van de erkenning. Die procedure waarborgt de rechten van de verdediging.

Art. 22. Onverminderd de toepassing van de artikelen 20 en 21 geldt voor een centrum voor geestelijke gezondheidszorg, dat wordt erkend vanaf 1 januari 2000 en werd opgericht door een instantie zoals bedoeld in artikel 20, § 1, 1°, of de rechtsoptvolger ervan, dat het was erkend op 1 januari 1999.

Art. 23. Hoofdstuk III van het decreet van 20 december 1996 houdende oprichting van een Vlaamse gezondheidsraad en van een Vlaamse adviesraad inzake erkenning van een verzorgingsvoorziening, is van toepassing op de beslissingen

inzake de erkenning en intrekking van erkenning van de centra voor geestelijke gezondheidszorg.

HOOFDSTUK IV : OVEREENKOMST EN BELEIDSPLAN

Art. 24. Enkel een erkend centrum voor geestelijke gezondheidszorg waarmee de regering een overeenkomst sluit komt in aanmerking voor subsidiëring. Deze overeenkomst bestaat uit twee delen: enerzijds de beschrijving van het beleidsplan, anderzijds de bepaling van de subsidie-enveloppe. Deze overeenkomst heeft betrekking op een periode van 3 jaar.

Art. 25. § 1. Het beleidsplan omvat minimaal:

- 1° de wijze waarop het centrum voor geestelijke gezondheidszorg de bepalingen van hoofdstuk II realiseert ;
- 2° de wijze waarop de kwaliteits- en prestatie-indicatoren worden toegepast en welke acties desgevallend ondernomen worden ter optimalisering van het functioneren van het centrum voor geestelijke gezondheidszorg ;
- 3° in voorkomend geval het akkoord zoals bedoeld in artikel 27 § 3.

§2. Bij de bepaling van de voorlopige omvang van de subsidie-enveloppe wordt rekening gehouden met:

- 1° personeelskosten;
- 2° werkingskosten;
- 3° de tussentijdse wijziging van personeels- en werkingskosten ten gevolge van externe factoren.

De leden van de werkgroep kunnen een werkwijze van voorlopige én definitieve subsidie-enveloppes niet ondersteunen: enerzijds brengt dit rechtsonzekerheid met zich mee, anderzijds zorgt dit voor bijkomende administratieve bekommernissen met een hoogstwaarschijnlijk retrospectief karakter. Er wordt voorgesteld om prospectief te werken en bij te sturen via de beschikbare methodieken en indicatoren.

§3. Bij de bepaling van het definitieve bedrag van de subsidie-enveloppe waarop het centrum recht heeft, zal rekening gehouden worden met:

- 1° de beoordeling van de doeltreffendheid van de zorg;
- 2° de beoordeling van de naleving van het subsidiariteitsprincipe;
- 3° de beoordeling van de **behoeftegestuurde** en vraaggestuurde werking van het centrum.

De voorgestelde beoordelingen roepen diverse vragen op: hoe en door wie zal dit gebeuren? welke criteria of parameters worden hiervoor gehanteerd? welke normen zullen worden gebruikt om bv. de doeltreffendheid van de zorg te beoordelen voor de doelgroep van de chronische psychiatrische patiënten?

Art. 26. De regering onderhandelt met de centra voor geestelijke gezondheidszorg :

- 1° de verhouding van de personeels- en werkingskosten in de subsidie-enveloppe ;
- 2° de mate waarin de subsidie-enveloppe evolueert ingevolge indexering en weddedrift.

HOOFDSTUK V : PROGRAMMATIE VAN DE CENTRA VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG EN HUN INVESTERINGSMIDDELEN

Afdeling 1: Programmatie

Art. 27. § 1. Het werkgebied van een centrum voor geestelijke gezondheidszorg wordt gevormd door een sociologisch geheel van aaneensluitende gemeenten dat minimum 400.000 inwoners telt en maximum de werkgebieden omvat van de LOGO's die tot één provinciaal preventieplatform toetreden. Per werkgebied kunnen maximum 2 centra voor geestelijke gezondheidszorg worden erkend. Voor de Vlaamse Gemeenschap kunnen maximum 26 centra voor geestelijke gezondheidszorg worden erkend waarvan maximum 2 in Brussel-hoofdstad.

Sommige leden opteren voor één centrum per werkgebied; bepaalde leden wensen erop te wijzen dat de grootte van de provincie als vooropgesteld maximum niet opportuun is.

§ 2. Elk centrum voor geestelijke gezondheidszorg kan over verschillende vestigingsplaatsen beschikken om een vlotte bereikbaarheid voor het publiek te realiseren.

§ 3. In elke werkgebied formaliseren in voorkomend geval de 2 centra voor geestelijke gezondheidszorg hun afspraken zodat wordt geconcretiseerd op welke wijze voldaan wordt aan artikel 9, 5°.

§ 4. De centra voor geestelijke gezondheidszorg kunnen niet eerder worden erkend dan wanneer is aangetoond dat de som van de werkgebieden van de som van de centra voor geestelijke gezondheidszorg, de volledige Vlaamse Gemeenschap dekt.

Art. 28. De regering bepaalt de parameters die zullen worden gehanteerd om de zorgbehoeften in elke werkgebied te detecteren als instrument om te komen tot een evenwichtige spreiding van de zorgverleningscapaciteit.

Afdeling 2 : Investeringsmiddelen

Art. 29. De centra voor geestelijke gezondheidszorg kunnen een beroep doen op de aan het VIPA binnen de beschikbare begrotingskredieten toegekende investeringsmiddelen voor zover:

1. het centrum voor geestelijke gezondheidszorg voldoet aan de erkenningsvoorwaarden zoals bedoeld in artikel 20 ;
2. de behoefte aan nieuwbouw, verbouwing of uitbreiding is aangetoond en er binnen de gebiedsomschrijving van het regionaal psychiatrisch netwerk geen bestaande geschikte gebouwen of voorzieningen beschikbaar zijn die geheel of gedeeltelijk door de Vlaamse Gemeenschap worden gesubsidieerd ;
3. de werken beantwoorden aan de door de regering vastgelegde fysische en financiële normen.

HOOFDSTUK VI : MULTIDISCIPLINAIRE WETENSCHAPPELIJKE ONDERSTEUNING

Art. 30. § 1. De regering stelt jaarlijks maximaal 12 miljoen frank ter beschikking voor multidisciplinaire wetenschappelijke ondersteuning. Minimum 70 procent van dit bedrag wordt gereserveerd voor permanente en multidisciplinaire wetenschappelijke ondersteuning van de geestelijke gezondheidszorg. De regering stelt deze middelen via overeenkomsten ter beschikking.

De werkgroep ondersteunt de - volgens de toelichting - bedoelde verankering in het decreet van de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg (VVG) en haar opdrachten t.a.v. de GGZ-sector. Ter verduidelijking van dit artikel stellen enkele leden voor om de opdrachten van de VVG te onderscheiden van het gespecialiseerd wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van de GGZ, waar andere instanties (zoals de universiteiten en wetenschappelijke onderzoeksinstituten) een rol te vervullen hebben. Voor dit laatste dienen bijkomende middelen te worden vrijgemaakt.

§ 2. De regering stelt maximum 30 procent van het bedrag vermeld in § 1 ter beschikking voor tijdelijke projecten, die zij omschrijft en waarvan zij de tijdsduur bepaalt, evenals de voorwaarden.

§ 3. De regering bepaalt hoe het bedrag vermeld in § 1 evolueert ingevolge indexering.

HOOFDSTUK VII: DIENSTVERLENENDE ORGANISATIES

Art. 31. § 1. De regering stelt jaarlijks maximum 10 miljoen frank ter beschikking voor ondersteunende of dienstverlenende opdrachten aan de centra voor geestelijke gezondheidszorg door één of meerdere organisaties. De regering stelt deze middelen via overeenkomsten ter beschikking.

§ 2. De regering bepaalt hoe het bedrag vermeld in § 1 evolueert ingevolge indexering.

HOOFDSTUK VIII : PERSONEEL EN LEIDING VAN HET CENTRUM VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Art. 32. § 1. Het centrum voor geestelijke gezondheidszorg wordt geleid door een persoon die over voldoende ervaring en deskundigheid beschikt en die een specifieke vorming inzake leidinggeven heeft gevolgd. De functie van leidinggevende is voltijds. De regering bepaalt wat onder voldoende ervaring en deskundigheid wordt verstaan en welke specifieke vorming inzake leidinggeven in aanmerking komt.

De werkgroep stelt in vraag of de functie van de leidinggevende door één persoon op voltijdse wijze moet worden ingevuld. Volgende alternatieven worden voorgesteld:

- ***De noodzaak om als leidinggevende over voldoende ervaring te kunnen beschikken, pleit voor een combinatie met een klinische activiteit. Sommige leden stellen een leidinggevend duo voor: een psychiater en een manager, die samen 1 FTE uitmaken.***
- ***Anderen pleiten voor een managementstoelage, gerelateerd t.o.v. de effectieve schaalgrootte van het centrum, waarbij de raden van bestuur zelf instaan voor de concrete invulling ervan.***

§ 2. De disciplines zoals vermeld in artikel 9, §1, 4° zijn vertegenwoordigd in het multidisciplinair team en stellen het centrum voor geestelijke gezondheidszorg in staat om de opdrachten zoals vermeld in artikel 7 te vervullen. De regering kan aanvullende voorwaarden voor de samenstelling van het team bepalen.

§ 3. De regering bepaalt de minimumbarema's van de personeelsleden van de centra voor geestelijke gezondheidszorg evenals de respectieve diplomavooraanvoorwaarden voor de respectieve disciplines zoals vermeld in artikel 9, §1, 4°.

Sommige leden pleiten ervoor dat kan onderhandeld worden over de diplomavooraanvoorwaarden en disciplines, weliswaar binnen de gangbare regelgeving hieromtrent.

Art. 33. § 1. Om specifieke deskundigheid maximaal aan te wenden kan maximum 10 procent van het personeel van een centrum voor geestelijke gezondheidszorg worden toegewezen aan een project waaraan andere centra voor geestelijke gezondheidszorg en/of één of meerdere partners van het regionaal psychiatrisch netwerk en/of de multidisciplinaire ondersteuning zoals bedoeld in artikel 30 en/of de dienstverlenende organisaties zoals bedoeld in artikel 31, participeren.

Enkele leden stellen voor om het percentage in het artikel achterwege te laten. In het licht van de ruime GGZ-werking merken sommige leden op dat de omgekeerde personeelsbeweging ook mogelijk moet gemaakt worden.

§ 2. De personeelsleden bedoeld in § 1 blijven administratief verbonden aan hun centrum voor geestelijke gezondheidszorg van oorsprong. Dit laatste centrum voor geestelijke gezondheidszorg rapporteert aan de administratie over deze medewerking aan projecten.

§ 3. Elk centrum voor geestelijke gezondheidszorg kan een proportioneel gedeelte van haar werkingsbudget overdragen aan de projecten zoals bedoeld in § 1.

§ 4. De toepassing van § 1 en § 3 mag er niet toe leiden dat een centrum voor geestelijke gezondheidszorg haar opdrachten zoals bepaald in artikel 7 niet vervult.

HOOFDSTUK IX: TOEZICHT EN VISITATIE VAN DE CENTRA VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Art. 34. De administratie organiseert het toezicht op en de adviesverlening aan de centra voor geestelijke gezondheidszorg door ambtenaren.

Art. 35. Met het oog op de optimalisering van de zorgverlening en van het beheer van het centrum voor geestelijke gezondheidszorg, wordt elk centrum voor geestelijke gezondheidszorg minimaal zesjaarlijks doorgelicht door een visitatiecommissie. Deze visitatiecommissie is minstens samengesteld uit ambtenaren bedoeld in artikel 34, aangevuld met externe deskundigen. De regering bepaalt de opdrachten, de samenstelling en de werking van de visitatiecommissie.

HOOFDSTUK X : OPHEFFING- EN OVERGANGSBEPALINGEN EN INWERKINGTREDING

Art. 36. Worden opgeheven per 1 januari 2000 :

- het besluit van 12 oktober 1988 inzake erkenning en betoelaging van de centra voor geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen ;
- het besluit van de Vlaamse regering van 21 maart 1990 betreffende de diploma's en de specifieke bekwaamheidsvereisten nodig voor het uitoefenen van bepaalde functies in de centra voor geestelijke gezondheidszorg (B.S. van 29 november 1990) ;
- het besluit van de Vlaamse regering van 21 maart 1990 betreffende de lokalen en de infrastructuur van de centra voor geestelijke gezondheidszorg (B.S. van 29 november 1990);
- het ministerieel besluit van 21 maart 1990 betreffende de indiening en de samenstelling van het aanvraagdossier voor het principiële akkoord, het erkenningsdossier en het wedererkeningsdossier van de centra voor geestelijke gezondheidszorg (B.S. van 5 februari 1991).

Art. 37. De bepalingen van het decreet van 25 februari 1997 betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen en die van toepassing zijn op de centra voor geestelijke gezondheidszorg, treden in werking op 1 januari 2000.

Art. 38. Dit decreet treedt in werking op 1 januari 2000.

ADVIES VAN DE RAAD VAN STATE

KONINKRIJK BELGIE
-----ADVIES VAN DE RAAD VAN STATE

De RAAD VAN STATE, afdeling wetgeving, derde kamer, op 10 december 1998 door de Vlaamse minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid verzocht haar van advies te dienen over een voorontwerp van decreet "betreffende de geestelijke gezondheidszorg", en op 4 februari 1999 om mededeling van dat advies verzocht binnen een termijn van ten hoogste drie dagen, heeft op 9 februari 1999 het volgende advies gegeven :

Volgens artikel 84, eerste lid, 2°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State moeten in de adviesaanvraag de redenen worden opgegeven tot staving van het spoedeisend karakter ervan.

In het onderhavige geval wordt het verzoek om spoedbehandeling gemotiveerd

"door het feit dat de centra voor geestelijke gezondheidszorg reeds volop gesprekken aan het voeren zijn in verband met de door te voeren schaalvergroting, nl. de overgang van 84 naar 26 centra.

Het is wenselijk dat de schaalvergroting reeds doorgevoerd is op het ogenblik dat de bepalingen van het decreet i.v.m. de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsinstellingen als erkenningsnormen van toepassing worden, nl. op 1 januari 2001. Het kwaliteitsdecreet bepaalt immers dat elke verzorgingsvoorziening een kwaliteitshandboek en -plan dient in te dienen. Het zou zinloos zijn om eerst 84 kwaliteitshandboeken en -plannen in te dienen en te beoordelen.

Gelet op de complexiteit van de schaalvergroting en de invoering van het kwaliteitsdecreet, is een implementatieperiode van 18 maanden noodzakelijk. Dit veronderstelt een goedkeuring van het decreet geestelijke gezondheidszorg vóór mei 1999".

*

* *

Gelet op de korte termijn welke hem voor het geven van zijn advies wordt toegemeten, heeft de Raad van State zich moeten bepalen tot het maken van de hiernavolgende opmerkingen.

*

* *

STREKKING VAN HET ONTWERP

Zoals wordt aangegeven in de memorie van toelichting, worden met het voor advies voorgelegde voorontwerp van decreet de volgende doelstellingen nagestreefd :

- een nauwkeurige omschrijving van de opdracht van de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen (artikel 7 van het ontwerp), van de werkingsbeginselen van de centra voor geestelijke gezondheidszorg (artikelen 3 tot 6 en 8 tot 18) en van de erkenningsvoorwaarden voor die centra (artikelen 19 tot 23);
- een striktere programmatie die resulteert in schaalvergroting door het reduceren van het aantal erkende centra van 84 tot 26 (artikelen 27 en 28);
- de actualisering van het financieringssysteem die erin bestaat de vigerende subsidieregeling te vervangen door een enveloppefinanciering (artikelen 24 en 26);
- de wetenschappelijke ondersteuning van en de dienstverlening aan de centra voor geestelijke gezondheidszorg (artikelen 30 en 31).

ONDERZOEK VAN DE TEKSTArtikel 2

1. Rekening houdende met de opmerkingen welke hierna worden gemaakt met betrekking tot de artikelen 33 en 34 van het ontwerp, kan de definitie van het begrip "administratie" sub 1° beter worden weggelaten.

2. In de bepaling sub 4° wordt de term "overeenkomst" gedefinieerd als "overeenkomst tussen het centrum voor geestelijke gezondheidszorg en de regering waarvan het beleidsplan deel uitmaakt ... en waarin het volume van de subsidie-enveloppe wordt bepaald". Die definitie geldt kennelijk alleen voor de term "overeenkomst" die wordt gehanteerd in het opschrift van hoofdstuk IV van het ontwerp en in artikel 24 : luidens dat artikel 24 bestaat de daarin bedoelde overeenkomst immers uit "de beschrijving van het beleidsplan" en "de bepaling van de subsidie-enveloppe". De term "overeenkomst" komt evenwel ook voor in de artikelen 7, § 3, en 9, § 3, waarvoor de definitie van artikel 2, 4°, manifest niet geldt. Het verdient dan ook aanbeveling die definitie uit het ontwerp weg te laten en de bepalingen van de artikelen 24 en 25 eventueel aan te vullen.

Artikel 3

Luidens dit artikel is een centrum voor geestelijke gezondheidszorg verplicht aan iedere patiënt verantwoorde zorg zoals bedoeld in artikel 4 te verstrekken en hem op een respectvolle manier te behandelen "onverminderd de naleving van de erkenningsnormen die op haar (lees : hem) van toepassing zijn".

Het is de Raad van State niet duidelijk wat met de aangehaalde woorden ("onverminderd ...") bedoeld is. Indien daarmee alleen bedoeld zou zijn te bevestigen dat de in artikel 20 van het ontwerp bepaalde erkenningsvoorwaarden moeten worden nageleefd, is de aangehaalde bepaling overbodig en kan ze beter worden weggelaten.

Artikel 7

Luidens paragraaf 4 van dit artikel "(bepaalt) de Vlaamse regering (lees, gelet op de definitie in artikel 2, 7", van het ontwerp : de regering) ... de sectoren waarmee de sector "centra voor geestelijke gezondheidszorg" samenwerkingsprotocollen sluiten (lees : sluit)".

Blijkens de memorie van toelichting voorziet die bepaling in de mogelijkheid om samenwerkingsprotocollen te sluiten tussen de "beleidsverantwoordelijken van de geestelijke gezondheidszorg" en die van o.m. de welzijnsvoorzieningen.

Er dient in de tekst van het ontwerp zelf te worden gepreciseerd wat bedoeld is met een "sector", en hoe de "sectoren" protocollen kunnen sluiten.

Artikel 9

1. Luidens paragraaf 1, 4°, werkt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg interdisciplinair "en wordt (het) hierbij logistiek ondersteund".

Blijkens de memorie van toelichting moeten de aangehaalde woorden in die zin worden begrepen dat "voor de ondersteuning van de werking en de uitvoering van de administratieve taken ... logistiek personeel (wordt) voorzien". De aangehaalde tekst van het ontwerp geeft die bedoeling niet voldoende duidelijk weer.

De bepaling zou ook zo geformuleerd moeten worden dat het gaat om een verplichting die de centra voor geestelijke gezondheidszorg moeten nakomen. Zoals de bepaling in het ontwerp is geredigeerd, zou ze gelezen kunnen worden als een verplichting voor de overheid.

2. Luidens paragraaf 1, 8°, moeten de medewerkers van het centrum voor geestelijke gezondheidszorg het beroepsgeheim respecteren. In paragraaf 1, 9°, wordt bepaald dat er een "gedeeld beroepsgeheim" is tussen de medewerkers van het centrum voor geestelijke gezondheidszorg.

Het in die laatste bepaling bedoelde "gedeeld beroepsgeheim" is een begrip dat in de rechtsleer dubbelzinnig genoemd wordt (1). Hiermee rekening houdende en gelet op de bepaling sub 8°, kan het 9° beter uit het ontwerp worden weggelaten.

3. Luidens paragraaf 3 "ondersteunt en begeleidt de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) (enerzijds) de personeelsleden en hun opvolgers die daartoe aan de centra werden toegekend in het kader van ... de twaalf overeenkomsten tussen de Vlaamse Gemeenschap en de CGG-samenwerkingsverbanden voor drugpreventie en -hulpverlening en die ingingen op 1 oktober 1997 en anderzijds de personeelsleden en hun opvolgers die binnen het subsidieerbaar personeelskader opgenomen werden als aanvullende functie in het Ministerieel Besluit van 28 maart 1990".

Aangezien die bepaling deel uitmaakt van de "werkingsbeginselen" die gelden voor de centra voor geestelijke gezondheidszorg, zou ze moeten worden geformuleerd als een verplichting voor die centra, veeleer dan als een

(1) Rdpl., o.m., P. Lambert, Le secret professionnel, Brussel, 1985, 121-124; H. Nys, Geneeskunde. Recht en medisch handelen, A.P.R., Brussel, 1991, p. 397, nr. 921.

opdracht voor de Vereniging voor Alcohol- en andere Drug-problemen (VAD) (1).

Voorts rijst de vraag of de beoogde verplichting om een beroep te doen op de medewerking van de VAD niet ruimer moet worden geformuleerd en of ze m.a.w. niet moet gelden voor al de personeelsleden die met de drug-problematiek in aanraking komen, in plaats van alleen voor de personeelsleden bedoeld in de vermelde overeenkomsten en in het ministerieel besluit van 28 maart 1990 (2).

Artikel 12

Luidens dit artikel voeren alle partners binnen de psychiatrische netwerken een registratie als bedoeld in artikel 2, 8°, van het ontwerp en gebeurt die registratie "met respect voor de persoonlijke levenssfeer van de patiënt".

Volgens de toelichting verstrekt door de gemachtigde van de regering heeft de bedoelde registratie betrekking op "geanonimiseerde gegevens". Die precisering zou in de tekst zelf van het ontwerp moeten worden

(1) Bij ontstentenis van enige uitleg in de memorie van toelichting, is het de Raad van State overigens niet duidelijk in welke mate die vereniging betrokken is bij het beleid van de Vlaamse Gemeenschap inzake de aanpak van de drugproblematiek.

(2) Dat ministerieel besluit en die overeenkomsten zijn de Raad van State niet bekend.

opgenomen. Aangezien het derhalve gaat om anonieme gegevens, is het voorts overbodig te bepalen dat de verwerking ervan gebeurt met respect voor de persoonlijke levenssfeer van de betrokkene.

Artikel 18

Luidens dit artikel "(bepaalt) de regering ... na overleg met alle betrokken partijen de modaliteiten inzake de financiële bijdrage van de patiënt, rekening houdend met artikel 9, § 1, 3°".

Blijkens de memorie van toelichting strekken de vast te stellen "modaliteiten" ertoe "de patiëntenbijdragen te moduleren in functie van ondermeer inkomen, gezins-situatie, intensiteit en chroniciteit van de zorgbehoefte". Die precisering zou beter in de tekst zelf van de ontworpen bepaling worden opgenomen. Overigens zou ook moeten worden verduidelijkt hoe het "overleg met de betrokken partijen" dient te verlopen.

Artikel 20

1. Luidens paragraaf 1, 1°, van dit artikel moet een centrum voor geestelijke gezondheidszorg, om erkend te worden en te blijven, "opgericht zijn door een vereniging zonder winstoogmerk, een provincie, een gemeente, een openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn of universiteit, die krachtens de wet, het decreet of de

statuten, naargelang het geval, daartoe bevoegd zijn". Paragraaf 1, 9°, bepaalt bovendien dat het centrum voor geestelijke gezondheidszorg "de vorm (moet) aannemen van een vereniging zonder winstoogmerk of van een vereniging opgericht volgens artikel (lees : de artikelen) 118 tot en met 135 van de organieke wet van 8 juli 1976 op de openbare centra voor maatschappelijk werk (lees : organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn)".

De combinatie van die beide voorwaarden heeft tot gevolg dat natuurlijke personen of andere rechtspersonen dan die vermeld in paragraaf 1, 1°, eerst een vereniging zonder winstoogmerk moeten oprichten of tot een dergelijke vereniging moeten toetreden vooraleer ze een centrum voor geestelijke gezondheidszorg kunnen oprichten dat op zijn beurt een vereniging zonder winstoogmerk moet zijn.

De vraag rijst dan ook of het niet kan volstaan de bepaling van paragraaf 1, 9°, te behouden en die van paragraaf 1, 1°, weg te laten. De Raad van State ziet overigens niet goed in hoe de in paragraaf 1, 1°, bedoelde beperking van de (rechts)personen die in aanmerking komen als oprichters van een centrum, kan worden verantwoord ten aanzien van het grondwettelijk gelijkheidsbeginsel.

2. Luidens paragraaf 2 kan de regering bijkomende erkenningsvoorwaarden opleggen.

Die delegatie van verordenende bevoegdheid is te ruim. Om verenigbaar te zijn met de beginselen inzake de bevoegdheidsverdeling tussen de gemeenschapswetgever en de -regering (artikel 20 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen), behoort in het ontwerp op zijn minst te worden aangegeven waarop de bedoelde aanvullende erkenningsvoorwaarden betrekking kunnen hebben.

In de memorie van toelichting wordt overigens gesteld dat de regering de bedoelde bijkomende erkenningsvoorwaarden slechts kan opleggen "na advies van de Vlaamse Gezondheidsraad". Ook dat voorschrift dient in de tekst van het ontwerp te worden opgenomen (zie artikel 3, § 2, d), van het decreet van 20 december 1996 houdende oprichting van een Vlaamse Gezondheidsraad en van een Vlaamse Adviesraad inzake erkenning van verzorgingsvoorzieningen).

Artikel 21

Zoals werd bevestigd door de gemachtigde van de regering, dient in paragraaf 1 van dit artikel het woord "volledig" te worden weggelaten.

Artikel 22

Volgens dit artikel kan een centrum voor geestelijke gezondheidszorg slechts worden erkend met toepassing van het ontworpen decreet indien "het was erkend op 1 januari 1999".

Een dergelijke regeling, die erop neerkomt dat de bestaande toestand wordt vergrendeld, en dat na de inwerkingtreding van het ontworpen decreet geen nieuwe centra voor erkenning in aanmerking komen, kan niet verenigbaar worden geacht met het gelijkheidsbeginsel.

Artikel 23

Luidens dit artikel is hoofdstuk III van het decreet van 20 december 1996 houdende oprichting van een Vlaamse Gezondheidsraad en van een Vlaamse Adviesraad inzake erkenning van een verzorgingsvoorziening (lees : van verzorgingsvoorzieningen) van toepassing op de beslissingen inzake de erkenning en de intrekking van een erkenning van de centra voor geestelijke gezondheidszorg.

Luidens artikel 10, § 2, 2° en 3°, van dat decreet van 20 december 1996 - welk artikel is opgenomen in het voornoemde hoofdstuk III - heeft de Vlaamse Adviesraad voor erkenning van verzorgingsvoorzieningen als uitdrukkelijke opdracht de regering telkens te adviseren met betrekking tot bezwaar- of verweermiddelen ingediend door een verzorgingsvoorziening tegen het door de regering geuite voornemen om een erkenning te weigeren of in te trekken. Gelet op die bepaling is artikel 23 van het ontwerp overbodig en kan het beter worden weggelaten.

Artikel 24

Luidens dit artikel wordt o.m. de subsidie-enveloppe voor ieder erkend centrum vastgesteld in een overeenkomst welke de regering sluit met het centrum.

De aldus aan de regering verleende beslissingsbevoegdheid is uitermate ruim. In het ontwerp zouden op zijn minst een aantal criteria moeten worden bepaald welke de regering moet in acht nemen bij het vaststellen van het subsidiebedrag.

Artikel 26

Luidens dit artikel "onderhandelt" de regering met de centra voor geestelijke gezondheidszorg over de verhouding van de personeels- en werkingskosten in de subsidie-enveloppe en over de indexering van die enveloppe.

Bedoeld is allicht dat in de overeenkomst welke overeenkomstig artikel 24 van het ontwerp wordt gesloten met de centra en welke o.m. betrekking heeft op de subsidie-enveloppe, inzonderheid bepalingen moeten worden opgenomen inzake het aandeel van de personeels- en werkingskosten en inzake de indexering. Het ontwerp zou die bedoeling duidelijker tot uiting moeten doen komen.

Artikel 27

In paragraaf 4 van dit artikel schrijve men "van de werkgebieden van de centra voor geestelijke gezondheidszorg" in plaats van "van de werkgebieden van de som van de centra voor geestelijke gezondheidszorg".

Artikel 30

Luidens paragraaf 1 van dit artikel "(stelt) de regering ... jaarlijks maximaal 12 miljoen frank ter beschikking voor multidisciplinaire wetenschappelijke ondersteuning. Minimum 70 procent van dit bedrag wordt gereserveerd voor permanente en multidisciplinaire wetenschappelijke ondersteuning van de geestelijke gezondheidszorg. De regering stelt deze middelen via overeenkomsten ter beschikking".

Uit de memorie van toelichting blijkt dat het ter beschikking stellen via overeenkomsten niet geldt voor het volledige bedrag van 12 miljoen, doch alleen voor de vermelde 70 procent. De resterende 30 procent, die overeenkomstig paragraaf 2 ter beschikking wordt gesteld voor tijdelijke projecten, zal m.a.w. bij eenzijdige beslissing worden toegewezen aan die projecten. Zulks zou duidelijker tot uiting moeten komen in de tekst van het ontwerp. Daartoe zouden de bepalingen van artikel 30 kunnen worden herschikt, in die zin :

- dat in paragraaf 1 alleen de bepaling in verband met het totale bedrag van 12 miljoen frank zou worden opgenomen (de eerste volzin van de ontworpen paragraaf 1), eventueel aangevuld met de indexeringsregeling welke thans is opgenomen in paragraaf 3;
- dat in paragraaf 2 de regeling wordt opgenomen in verband met de 70 procent (de tweede en derde volzin van de ontworpen paragraaf 1);
- en dat de regeling van de ontworpen paragraaf 2 wordt opgenomen in een nieuwe paragraaf 3.

Artikelen 33 en 34

Luidens artikel 33, § 2, dient het in die bepaling bedoelde centrum te rapporteren "aan de administratie".

Artikel 34 bepaalt dat "de administratie" het toezicht op en de adviesverlening aan de centra door ambtenaren organiseert.

Uit het bepaalde in artikel 2, 1°, van het ontwerp volgt dat onder "administratie" moet worden verstaan "de administratie gezondheidszorg van het ministerie van de Vlaamse Gemeenschap".

Met betrekking tot de vermelde bepalingen van de artikelen 33 en 34 moet worden opgemerkt dat het, overeenkomstig artikel 20 van de bijzondere wet van 8 augustus

1980, de gemeenschapsregering als zodanig is die de verordeningen maakt en de besluiten neemt die voor de uitvoering van de decreten nodig zijn, en dat uit artikel 87, § 1, van diezelfde bijzondere wet volgt dat het uitsluitend de regering toekomt de organisatie en de werking van haar diensten te regelen.

De vermelde bepalingen van de bijzondere wet staan eraan in de weg dat de decreetgever zich inlaat met de organisatie en de werking van de diensten van de regering.

Om in overeenstemming te zijn met de vermelde voorschriften van de bijzondere wet van 8 augustus 1980, moeten de ontworpen bepalingen derhalve worden aangepast, in die zin :

- dat in artikel 33, § 2, de woorden "de administratie" worden vervangen door "de regering";
- dat in artikel 34 de organisatie van het toezicht en van de adviesverlening wordt opgedragen aan de regering, en niet aan de administratie.

Artikel 36

1. In de bepaling na het eerste streepje schrijve men "het besluit van de Vlaamse regering van 12 oktober 1988" in plaats van "het besluit van 12 oktober 1988".

2. In de bepalingen na het tweede, derde en vierde streepje zou de - ongebruikelijke - vermelding van het Belgisch Staatsblad waarin de bedoelde besluiten zijn bekendgemaakt, beter worden weggelaten.

L. 28.561/3

De kamer was samengesteld uit

de Heren	W. DEROOVER,	kamervoorzitter,
	D. ALBRECHT,	staatsraden,
	P. LEMMENS,	
	A. ALEN,	assessoren van de
	H. COUSY,	afdeling wetgeving,
Mevrouw	F. LIEVENS,	griffier.

Het verslag werd uitgebracht door de H. B. SEUTIN, auditeur. De nota van het Coördinatiebureau werd opgesteld en toegelicht door de H. J. DRIJKONINGEN, referendaris.

DE GRIFFIER,

DE VOORZITTER,

F. LIEVENS

W. DEROOVER

ONTWERP VAN DECREET

ONTWERP VAN DECREET

DE VLAAMSE REGERING,

Op voorstel van de Vlaamse minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid ;

Na beraadslaging,

BESLUIT :

De Vlaamse minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid is ermee belast, in naam van de Vlaamse regering, bij het Vlaams Parlement het ontwerp van decreet in te dienen, waarvan de tekst volgt :

HOOFDSTUK I

Algemene bepalingen en definities

Artikel 1

Dit decreet regelt een gemeenschapsaangelegenheid.

Artikel 2

Voor de toepassing van dit decreet wordt verstaan onder :

- 1° centrum voor geestelijke gezondheidszorg : de erkende verzorgingsvoorziening die op multidisciplinaire wijze ambulante geestelijke gezondheidszorg verleent in een extramuraal kader aan personen wiens geestelijke gezondheid verstoord is ;
- 2° LOGO : samenwerkingsverband voor bovenlokaal gezondheidsoverleg en – organisatie, dat zich uitstrekt over een gebied dat 250.000 tot 300.000 inwoners omvat ;
- 3° patiënt : persoon met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen of met geestelijke gezondheidsproblemen die een ernstig risico tot chro-

niciteit in zich dragen en die in aanmerking komen voor zorgverlening ;

4° psychiatrisch netwerk : het geheel van juridisch 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 ;

5° regering : de Vlaamse regering ;

6° registratie : de geüniformiseerde verzameling van geanonimiseerde kwantitatieve en kwalitatieve gegevens van de kenmerken van de patiëntenpopulatie en van de geleverde verantwoordende zorg en dit met het oog op de zelfevaluatie van het centrum voor geestelijke gezondheidszorg en het leveren van relevante informatie aan de regering ;

7° subsidie-enveloppe : het budget dat het centrum voor geestelijke gezondheidszorg jaarlijks ontvangt, op basis van vooraf door de regering vastgestelde parameters, om de overeengekomen prestaties en resultaten te leveren op een kwaliteitsvolle wijze ;

8° verwijzers : de door de regering aangewezen instanties die onder meer op basis van hun adequaat inzicht in het hulpverleningsaanbod binnen de Vlaamse Gemeenschap patiënten verwijzen naar centra voor geestelijke gezondheidszorg.

Artikel 3

Een centrum voor geestelijke gezondheidszorg is overeenkomstig de opdrachtverklaring, verplicht aan iedere patiënt, zonder onderscheid van leeftijd of geslacht, van ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging en zonder onderscheid van de vermogenstoestand van de betrokkene, verantwoordende zorg zoals bedoeld in artikel 4 te verstrekken en hem op een respectvolle manier te behandelen.

Artikel 4

§ 1. Een centrum voor geestelijke gezondheidszorg verstrekt verantwoorde zorg als deze zorg voldoet aan de vereisten van doelmatigheid, doeltreffendheid, continuïteit, veiligheid en maatschappelijke

aanvaardbaarheid, en bestaat uit onder meer volgende elementen : intake, diagnose- en indicatiestelling, sociaal-psychiatrische en psychotherapeutische behandeling en begeleiding, informatie- en adviesverstrekking aan verwijzers met betrekking tot haar opdracht, werkingsbeginselen en doelgroepen.

§ 2. Onverminderd de bepalingen van § 1 en na overleg met de patiënt, overlegt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg met de verwijzer en in voorkomend geval met andere betrokken hulpverleners en/of personen uit de leefomgeving van de patiënt. Dit overleg leidt tot afspraken over de bijdrage tot de zorg van elk van deze samenwerkende betrokkenen.

Artikel 5

Het centrum voor geestelijke gezondheidszorg respecteert te allen tijde de rechten van het kind, zoals opgesomd in het Verdrag inzake de Rechten van het Kind, ondertekend te New York op 20 november 1989 en goedgekeurd bij de wet van 25 november 1991.

Artikel 6

Het centrum voor geestelijke gezondheidszorg respecteert te allen tijde de rechten van de mens, zoals opgesomd in het Verdrag ter bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden, ondertekend te Rome op 4 november 1950 en in de aanvullende protocollen bij het Verdrag.

HOOFDSTUK II

Opdrachtverklaring en werkingsbeginselen

AFDELING 1

Opdrachtverklaring

Artikel 7

§ 1. De geestelijke gezondheidszorg heeft als opdracht de verantwoorde zorg aan te bieden met het oog op het herstel van het psychisch evenwicht of het draaglijk maken van psychische stoornissen

voor patiënten en hun leefomgeving, opdat aldus patiënten competenties verwerven of ontwikkelen die de basis vormen voor hun emancipatie en hun maatschappelijk geïntegreerd functioneren.

§ 2. De centra voor geestelijke gezondheidszorg dragen bij tot de verwezenlijking van de opdracht zoals bepaald in § 1.

§ 3. De regering kan overeenkomsten sluiten met de voorzieningen en diensten of initiatieven die op basis van hun specifieke deskundigheid en ervaring m.b.t. specifieke doelgroepen en/of problematieken, in Vlaanderen een bijdrage leveren tot verwezenlijking van de opdracht zoals bepaald in § 1.

§ 4. De regering sluit kaderprotocollen tussen de gezondheids- en welzijnssectoren en de sector “centra voor geestelijke gezondheidszorg” teneinde de samenwerking zoals bedoeld in artikel 9 § 1, 7°, te optimaliseren.

AFDELING 2

Werkingsbeginselen

Artikel 8

Onverminderd de bepalingen van het decreet van 25 februari 1997 betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen is de aangeboden zorgverlening gebaseerd op respect voor de persoonlijke levenssfeer van de patiënt. Daarnaast zal zij maximaal een beroep doen op de medeverantwoordelijkheid en de zelfredzaamheid van de patiënt en zo gebruik maken van de minst ingrijpende behandeling om ten aanzien van de vastgestelde problematiek het gewenste effect zo maximaal mogelijk te bereiken.

Artikel 9

§ 1. Teneinde bij te dragen tot de vervulling van de opdracht zoals bepaald in artikel 7 :

1° profileert het centrum voor geestelijke gezondheidszorg zich als tweedelijns- gezondheidsvoorziening ;

2° stelt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg het belang van de patiënt centraal ;

- 3° schenkt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg uitdrukkelijk aandacht aan kinderen en aan ouderen als specifieke doelgroepen en aan sociaal en financieel zwakkere personen ;
- 4° werkt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg interdisciplinair en benadert de patiënten vanuit psychiatrische, psychologische, agogische en sociale disciplines. Het centrum voorziet daartoe logistieke ondersteuning ;
- 5° functioneert het centrum voor geestelijke gezondheidszorg binnen één of meerdere psychiatrische netwerken waarin samenwerkingsafspraken en -procedures zijn overeengekomen teneinde een voldoende, gedifferentieerd en doelgroepgericht geestelijk gezondheidszorgaanbod te realiseren, zodat patiënten er terecht kunnen voor passende zorg op maat ;
- 6° duidt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg multidisciplinaire teams aan die aan kinderen en aan ouderen, bedoeld in 3°, geestelijke gezondheidszorg verlenen ;
- 7° maakt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg afspraken met haar verwijzers en werkt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg samen met eerstelijns gezondheids- en welzijnsvoorzieningen binnen haar werkgebied ;
- 8° ontwikkelt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg een deontologische code en respecteren de medewerkers van het centrum voor geestelijke gezondheidszorg het beroepsgeheim ;
- 9° verleent het centrum voor geestelijke gezondheidszorg haar medewerking aan preventieve acties die kaderen in het verlengde van haar opdracht en die gericht zijn op specifieke risicogroepen in de bevolking en sluit daartoe samenwerkingsakkoorden met de LOGO's die actief zijn binnen het werkgebied van het centrum voor geestelijke gezondheidszorg.

§ 2. De regering kan bijkomende taken opdragen aan de centra voor geestelijke gezondheidszorg ten behoeve van specifieke doelgroepen, problematieken of regionale behoeften.

§ 3. Teneinde de effectiviteit, uniformiteit en professionaliteit van de aanpak van de drugproblematiek te vrijwaren, doen de centra voor geestelijke gezondheidszorg beroep op de ondersteuning en

begeleiding van de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) of haar rechtsopvolger.

§ 4. Een centrum voor geestelijke gezondheidszorg kan tegen vergoeding taken aanvaarden van personen, diensten of voorzieningen, andere dan bedoeld in artikel 2, 10°. Deze aanvullende taken beperken zich tot die gebieden die in de opdrachtverklaring zijn omschreven. Zij mogen in geen geval leiden tot een verminderde verwezenlijking of het in gevaar brengen van de realisatie van deze opdracht. De centra voor geestelijke gezondheidszorg rapporteren jaarlijks over de aard en omvang van deze aanvullende taken aan de regering.

Artikel 10

§ 1. Ter uitvoering van de bepaling omschreven in artikel 4 stelt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg een handelingsplan op voor elke patiënt.

§ 2. De opstelling, de voortgangsbewaking en de eindevaluatie van elk handelingsplan gebeurt door een multidisciplinair team onder leiding van een psychiater.

Artikel 11

§ 1. Onverminderd de bepalingen van artikel 3 verstrekt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg zorg aan elke patiënt die op haar een beroep doet na verwijzing door een verwijzer.

§ 2. Het centrum voor geestelijke gezondheidszorg vat de eerste intake-gesprekken en daaropvolgend de eventuele zorgverlening aan binnen een redelijke termijn na de eerste aanmelding. Het beleidsplan zoals bepaald in artikel 25 bepaalt deze redelijke termijn.

§ 3. De centra voor geestelijke gezondheidszorg en de verwijzers en de voorzieningen bedoeld in artikel 9, § 1, 7° wisselen met elkaar hun ervaringen uit teneinde de doelmatigheid en de doeltreffendheid van de verwijzingen te evalueren en zonodig mechanismen uit te werken om de verwijzingen te optimaliseren.

Artikel 12

Alle partners binnen de psychiatrische netwerken voeren een registratie zoals bedoeld in artikel 2, 8°, volgens de regels die de regering bepaalt.

Artikel 13

Het centrum voor geestelijke gezondheidszorg legt voor elke patiënt aan wie zorgverlening wordt verstrekt één multidisciplinair dossier aan.

Artikel 14

De regering bepaalt de regels voor de samenstelling, het bijhouden, het vermenigvuldigen en de vernietiging van het patiëntendossier evenals de procedure voor de eventuele raadpleging en eventuele overdracht van het dossier. Ze houdt hierbij rekening met de geldende regels inzake het beroepsgeheim, de deontologie en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Artikel 15

Het centrum voor geestelijke gezondheidszorg signaleert driejaarlijks aan de regering de factoren die op systematische wijze de geestelijke gezondheid van de bevolking van hun werkgebied beïnvloeden door de interpretatie van de gegevens die worden verzameld in het kader van de registratie. Een eerste rapport terzake wordt door het centrum voor geestelijke gezondheidszorg opgemaakt binnen een termijn van zes maanden die volgt op het einde van de eerste overeenkomst zoals bedoeld in artikel 24.

Artikel 16

Het centrum voor geestelijke gezondheidszorg organiseert de minimaal noodzakelijke permanentie tijdens vakantieperiodes en haar bereikbaarheid tijdens de sluitingsuren.

Artikel 17

Het centrum voor geestelijke gezondheidszorg schept de voorwaarden zodat haar personeelsleden zich voldoende en voortdurend kunnen vormen.

Artikel 18

De regering bepaalt na overleg met alle betrokken partijen de modaliteiten inzake de financiële bijdrage van de patiënt in functie van onder meer inkomen, gezinssituatie, intensiteit en chroniciteit van de zorgbehoefte.

HOOFDSTUK III

Erkenning van centra voor geestelijke gezondheidszorg

Artikel 19

Elk centrum voor geestelijke gezondheidszorg dient als zodanig erkend te zijn door de regering.

Artikel 20

§ 1. Om erkend te worden en te blijven zijn volgende voorwaarden van toepassing :

- 1° opgericht zijn door een vereniging zonder winstoogmerk, een provincie, een gemeente, een openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn of universiteit, die krachtens de wet, het decreet of de statuten, naargelang het geval, daartoe bevoegd zijn ;
- 2° gevestigd zijn in gebouwen en lokalen die aan de voorwaarden inzake hygiëne, veiligheid en bewoonbaarheid voldoen ;
- 3° beschikken over een infrastructuur waardoor de opdrachten kwaliteitsvol uitgevoerd kunnen worden en de reglementering op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer kan worden nageleefd ;
- 4° de controle door de inspectie en de doorlichting door de visitatiecommissie zoals bepaald in de artikelen 34 en 35 mogelijk maken ;
- 5° de taken uitvoeren en de werkingsbeginselen nakomen zoals bepaald in hoofdstuk II en voldoen aan de bepalingen van hoofdstuk VIII ;
- 6° een kwaliteitsbeleid voeren overeenkomstig de bepalingen van het decreet van 25 februari 1997 betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen ;

7° passen in de programmatie zoals bedoeld in artikel 27 ;

8° een boekhouding voeren volgens het boekhoudplan van de Vlaamse Gemeenschap ;

9° de vorm aannemen van een vereniging zonder winstoogmerk of van een vereniging opgericht volgens artikelen 118 tot en met 135 van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn.

§ 2. De regering kan na advies van de Vlaamse Gezondheidsraad bijkomende erkenningsvoorwaarden opleggen.

§ 3. De regering bepaalt de procedure voor de erkenningsaanvraag en de modaliteiten voor de erkenning.

§ 4. In specifieke gevallen kan de regering afwijkingen toestaan inzake de voorwaarden zoals bedoeld in § 1, 7° zonder evenwel in het totaal meer dan 26 centra voor geestelijke gezondheidszorg te erkennen.

Artikel 21

§ 1. De regering kan de erkenning van een centrum voor geestelijke gezondheidszorg intrekken wanneer aan één of meer voorwaarden van artikel 20 niet meer voldaan is.

§ 2. De regering bepaalt de procedure voor de intrekking van de erkenning. Die procedure waarborgt de rechten van de verdediging.

Artikel 22

§ 1. Onverminderd de toepassing van de artikelen 20 en 21 geldt voor een centrum voor geestelijke gezondheidszorg, dat wordt erkend met ingang van 1 januari 2000 en werd opgericht door een instantie zoals bedoeld in artikel 20, § 1, 1°, of de rechtsopvolger ervan, dat het was erkend op 1 januari 1999.

§ 2. Indien in een werkgebied, zoals bepaald in artikel 27, § 1, minder dan twee centra voor geestelijke gezondheidszorg erkend zijn, kan de regering vanaf 1 januari 2001 een erkenning verlenen aan een instantie, zoals bepaald in artikel 20, § 1, 1°, en voorzover wordt voldaan aan de bepalingen van artikel 20 en artikel 27, §1.

Artikel 23

Hoofdstuk III van het decreet van 20 december 1996 houdende oprichting van een Vlaamse Gezondheidsraad en van een Vlaamse Adviesraad inzake erkenning van verzorgingsvoorzieningen, is van toepassing op de beslissingen inzake de erkenning en intrekking van erkenning van de centra voor geestelijke gezondheidszorg.

HOOFDSTUK IV

Overeenkomst en beleidsplan

Artikel 24

Enkel een erkend centrum voor geestelijke gezondheidszorg waarmee de regering een overeenkomst sluit komt in aanmerking voor subsidiëring. Deze overeenkomst bestaat uit twee delen : enerzijds de beschrijving van het beleidsplan, anderzijds de bepaling van de subsidie-enveloppe. In deze overeenkomst worden voor een periode van 3 jaar de algemene en specifieke doelstellingen omschreven, evenals de prestaties waartoe men zich verbindt en de resultaten die het centrum voor geestelijke gezondheidszorg beoogt.

Artikel 25

Het beleidsplan omvat minimaal :

1° de wijze waarop het centrum voor geestelijke gezondheidszorg de bepalingen van hoofdstuk II realiseert ;

2° de wijze waarop de kwaliteits- en prestatie-indicatoren worden toegepast en welke acties desgevallend ondernomen worden ter optimalisering van het functioneren van het centrum voor geestelijke gezondheidszorg ;

3° in voorkomend geval het akkoord zoals bedoeld in artikel 27, § 3.

Artikel 26

In het kader van de overeenkomst zoals bepaald in artikel 24 onderhandelt de regering met de centra voor geestelijke gezondheidszorg :

- 1° het aandeel van de personeels- en werkingskosten in de subsidie-enveloppe ;
- 2° de mate waarin de subsidie-enveloppe evolueert ingevolge indexering en weddedrift.

HOOFDSTUK V

Programmatie van de centra voor geestelijke gezondheidszorg en hun investeringsmiddelen

AFDELING 1

Programmatie

Artikel 27

§ 1. Het werkgebied van een centrum voor geestelijke gezondheidszorg wordt gevormd door een sociologisch geheel van aaneensluitende gemeenten dat minimum 400.000 inwoners telt en maximum de werkgebieden omvat van de LOGO's die tot één provinciaal preventieplatform toetreden. Per werkgebied kunnen maximum 2 centra voor geestelijke gezondheidszorg worden erkend. Voor de Vlaamse Gemeenschap kunnen maximum 26 centra voor geestelijke gezondheidszorg worden erkend waarvan maximum 2 in Brussel-Hoofdstad.

§ 2. Elk centrum voor geestelijke gezondheidszorg kan over verschillende vestigingsplaatsen beschikken om een vlotte bereikbaarheid voor het publiek te realiseren.

§ 3. In elk werkgebied formaliseren in voorkomend geval de 2 centra voor geestelijke gezondheidszorg hun afspraken zodat wordt geconcretiseerd op welke wijze voldaan wordt aan artikel 9, 5°.

§ 4. De centra voor geestelijke gezondheidszorg kunnen niet eerder worden erkend dan wanneer is aangetoond dat de som van de werkgebieden van de centra voor geestelijke gezondheidszorg, de volledige Vlaamse Gemeenschap dekt.

Artikel 28

De regering bepaalt de parameters die zullen worden gehanteerd om de zorgbehoeften in elk werkgebied te detecteren als instrument om te komen tot een evenwichtige spreiding van de zorgverleningscapaciteit.

AFDELING 2

Investeringsmiddelen

Artikel 29

De centra voor geestelijke gezondheidszorg kunnen een beroep doen op de aan het VIPA binnen de beschikbare begrotingskredieten toegekende investeringsmiddelen voorzover :

- 1° het centrum voor geestelijke gezondheidszorg voldoet aan de erkenningsvoorwaarden zoals bedoeld in artikel 20 ;
- 2° de behoefte aan nieuwbouw, verbouwing of uitbreiding is aangetoond en er binnen de werkgebieden van de psychiatrische netwerken geen bestaande geschikte gebouwen of voorzieningen beschikbaar zijn die geheel of gedeeltelijk door de Vlaamse Gemeenschap worden gesubsidieerd ;
- 3° de werken beantwoorden aan de door de regering vastgelegde fysische en financiële normen.

HOOFDSTUK VI

Multidisciplinaire wetenschappelijke ondersteuning

Artikel 30

§ 1. De regering stelt jaarlijks maximaal 12 miljoen frank ter beschikking voor multidisciplinaire wetenschappelijke ondersteuning. De regering bepaalt hoe dit bedrag vermeld in § 1 evolueert ingevolge indexering.

§2. Minimum 70 procent van dit bedrag wordt gereserveerd voor permanente en multidisciplinaire wetenschappelijke ondersteuning van de geestelijke gezondheidszorg. De regering stelt deze middelen via overeenkomsten ter beschikking.

§ 3. De regering stelt maximum 30 procent van het bedrag vermeld in § 1 ter beschikking voor tijdelijke projecten, die zij omschrijft en waarvan zij de tijdsduur bepaalt, evenals de voorwaarden.

HOOFDSTUK VII

Dienstverlenende organisaties

Artikel 31

§ 1. De regering stelt jaarlijks maximum 10 miljoen frank ter beschikking voor ondersteunende of dienstverlenende opdrachten aan de centra voor geestelijke gezondheidszorg door één of meerdere organisaties. De regering stelt deze middelen via overeenkomsten ter beschikking.

§ 2. De regering bepaalt hoe het bedrag vermeld in § 1 evolueert ingevolge indexering.

HOOFDSTUK VIII

Personeel en leiding van het centrum voor geestelijke gezondheidszorg

Artikel 32

§ 1. Het centrum voor geestelijke gezondheidszorg wordt geleid door een persoon die over voldoende ervaring en deskundigheid beschikt en die een specifieke vorming inzake leidinggeven heeft gevolgd. De regering bepaalt wat onder voldoende ervaring en deskundigheid wordt verstaan en welke specifieke vorming inzake leidinggeven in aanmerking komt.

§ 2. De functie van leidinggevende komt in aanmerking voor subsidiëring binnen de subsidie-enveloppe, zoals bepaald in artikel 26, indien het centrum over een personeelsbestand beschikt van ten minste twintig voltijdse equivalenten. Per bijkomende schijf van vijf personeelsleden kan de regering bijkomende werkingskosten in aanmerking nemen voor subsidiëring binnen de subsidie-enveloppe, zoals bedoeld in artikel 26.

§ 3. De disciplines zoals vermeld in artikel 9, § 1, 4° zijn vertegenwoordigd in het multidisciplinair team en stellen het centrum voor geestelijke gezondheidszorg in staat om de opdrachten zoals vermeld in artikel 7 te vervullen. De regering kan aanvullende voorwaarden voor de samenstelling van het team bepalen.

§ 4. De regering bepaalt de minimumbarema's van de personeelsleden van de centra voor geestelijke gezondheidszorg evenals de respectieve diploma-

voorwaarden voor de respectieve disciplines zoals vermeld in artikel 9, § 1, 4°.

Artikel 33

§ 1. Om specifieke deskundigheid maximaal aan te wenden kan maximum 10 procent van het personeel van een centrum voor geestelijke gezondheidszorg worden toegewezen aan een project waaraan andere centra voor geestelijke gezondheidszorg en/of één of meerdere partners van een psychiatrisch netwerk en/of de multidisciplinaire ondersteuning zoals bedoeld in artikel 30 en/of de dienstverlenende organisaties zoals bedoeld in artikel 31, participeren.

§ 2. De personeelsleden bedoeld in § 1 blijven administratief verbonden aan hun centrum voor geestelijke gezondheidszorg van oorsprong. Dit laatste centrum voor geestelijke gezondheidszorg rapporteert aan de regering over deze medewerking aan projecten.

§ 3. Elk centrum voor geestelijke gezondheidszorg kan een proportioneel gedeelte van haar werkingsbudget overdragen aan de projecten zoals bedoeld in § 1.

§ 4. De toepassing van § 1 en § 3 mag er niet toe leiden dat een centrum voor geestelijke gezondheidszorg haar opdrachten zoals bepaald in artikel 7 niet vervult.

HOOFDSTUK IX

Toezicht en visitatie van de centra voor geestelijke gezondheidszorg

Artikel 34

De regering organiseert het toezicht op en de adviesverlening aan de centra voor geestelijke gezondheidszorg door ambtenaren.

Artikel 35

Met het oog op de optimalisering van de zorgverlening en van het beheer van het centrum voor geestelijke gezondheidszorg, wordt elk centrum voor geestelijke gezondheidszorg minimaal zesjaarlijks doorgelicht door een visitatiecommissie. Deze visi-

tatiecommissie is minstens samengesteld uit ambtenaren bedoeld in artikel 34, aangevuld met externe deskundigen. De regering bepaalt de opdrachten, de samenstelling en de werking van de visitatiecommissie.

HOOFDSTUK X

Opheffings- en overgangsbepalingen en inwerkingtreding

Artikel 36

Worden opgeheven per 1 januari 2000 :

- 1° het besluit van de Vlaamse regering van 12 oktober 1988 inzake erkenning en betoelaging van de centra voor geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen ;
- 2° het besluit van de Vlaamse regering van 21 maart 1990 betreffende de diploma's en de specifieke bekwaamheidsvereisten nodig voor het uitoefenen van bepaalde functies in de centra voor geestelijke gezondheidszorg ;
- 3° het besluit van de Vlaamse regering van 21 maart 1990 betreffende de lokalen en de infrastructuur van de centra voor geestelijke gezondheidszorg ;
- 4° het ministerieel besluit van 21 maart 1990 betreffende de indiening en de samenstelling van het aanvraagdossier voor het principieel akkoord, het erkenningsdossier en het wedererkeningsdossier van de centra voor geestelijke gezondheidszorg.

Artikel 37

Dit decreet treedt in werking op 1 januari 2000.

Brussel, 23 februari 1999.

De minister-president van de Vlaamse regering,

Luc VAN DEN BRANDE

*De Vlaamse minister van Financiën, Begroting
en Gezondheidsbeleid,*

Wivina DEMEESTER-DE MEYER
