

V L A A M S P A R L E M E N T



Zitting 1998-1999

8 april 1999

ONTWERP VAN DECREET

betreffende de geestelijke gezondheidszorg

VERSLAG

**namens de Commissie voor Welzijn, Gezondheid en Gezin
uitgebracht door de heer Bart Vandendriessche**

Samenstelling van de commissie :

Voorzitter : mevrouw Trees Merckx-Van Goey.

Vaste leden :

mevrouw Sonja Becq, de heer Jan Béghin,
mevrouw Trees Merckx-Van Goey, de heren Marc Olivier,
Bart Vandendriessche ;

mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens,
de heer Etienne De Groot ;

de heer Peter De Ridder, mevrouw Kathy Lindekens, de
heer Guy Swennen ;

de heren Wilfried Aers, Felix Strackx ;

de heer Etienne Van Vaerenbergh ;

mevrouw Ria Van Den Heuvel.

Plaatsvervangers :

de heren Leo Cannaerts, Johan De Roo, mevrouw Veerle
Heeren, mevrouw Kathleen Helsen, mevrouw Riet Van
Cleuvenbergen ;

de heer Jacques Devolder, mevrouw Marleen Vanderpoorten,
mevrouw Sonja Van Lindt ;

de heren Fred Dielens, Johnny Goos, Jacky Maes ;

de heren Frank Creyelman, Karim Van Overmeire ;

de heer Herman Lauwers ;

de heer Jos Stassen.

Zie :

1322 (1998-1999)

– Nr. 1 : Ontwerp van decreet

– Nrs. 2 en 3 : Amendementen

INHOUD

	blz.
1. Inleidende uiteenzetting door mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid	4
2. Algemene bespreking	8
3. Artikelsgewijze bespreking en stemming	16
4. Stemming over het geheel	24
Tekst aangenomen door de commissie	25

DAMES EN HEREN,

De Commissie voor Welzijn, Gezondheid en Gezin behandelde het ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheidszorg op 18 en 25 maart en 1 april 1999.

1. Inleidende uiteenzetting door mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid

Van de voorliggende tekst van het ontwerp van decreet is de titel van zeer groot belang. Het ontwerp behandelt namelijk de zorg om de geestelijke gezondheid van patiënten, ongeacht de structuren, diensten, instellingen of voorzieningen waarbinnen deze zorg wordt verstrekt.

Het exclusieve uitgangspunt bij het ontwikkelen van een visie van dit ontwerp van decreet is dus heel duidelijk *de patiënt en de geestelijke gezondheidszorg* die deze patiënt van doen heeft. Dit lijkt bijzonder vanzelfsprekend en dit is het in feite ook. Nochtans is dit centraal plaatsen van de patiënt nieuw en zelfs baanbrekend. Op het terrein domineert immers nog vaak de 'logica van de structuren'. Vandaag is het overwegend zo dat waar een patiënt toevallig terecht komt op eigen initiatief of waarheen hij verwezen wordt, bepalend is voor het type van zorg of behandeling dat hem wordt aangeboden, zonder dat daarbij de pathologie zelf de eerste indicator is. Een voorbeeld : personen met ernstige verslavingsproblemen kunnen : – kortstondig worden behandeld in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, – een langdurige en intensieve residentiële behandeling krijgen in een afdeling toxicomanie van een psychiatrisch ziekenhuis, – ambulant behandeld worden in een centrum voor geestelijke gezondheidszorg, – en bovendien of daarnaast 'bewaard' worden in penitentiaire milieu, – een farmacologische therapie aangeboden worden door de huisarts, – begeleid worden in een centrum of dienst binnen het algemeen welzijnswerk, – of terechtkomen in een zelfhulpgroep enz.

Dit voorbeeld illustreert hoe in de huidige praktijk de aan- of afwezigheid van bepaalde 'helpende instanties' in de onmiddellijke omgeving van de patiënt determinerend kan zijn voor het behandelingsaanbod. Dit biedt vanzelfsprekend geen garanties op optimale zorg-op-maat van de patiënt, hoe goedbedoeld de inspanningen van de therapeuten ook zijn.

Het voorliggende ontwerp van decreet wil de geestelijke gezondheidszorg daarom op een nieuw spoor zetten dat méér garanties biedt op adequate, effectieve en efficiënte zorg voor patiënten. Bij het nadenken daarover bleek het meteen van essentieel belang om het begrip patiënt te definiëren. Wie is de patiënt die in aanmerking komt voor zorgverlening ? De definitie in het ontwerp van decreet stelt dat de patiënt de persoon is met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen of met geestelijke gezondheidsproblemen die een ernstig risico tot chroniciteit in zich dragen.

Hiermee is meteen aangegeven dat de geestelijke gezondheidszorg op de tweede lijn gesitueerd is. Wie effectief kan worden geholpen in of door mantelzorg, zelfhulpgroep, huisarts, sociaal-educatief begeleidingswerk enz., die zich op de nulde of eerste lijn begeven, hoeft niet te worden doorverwezen naar de tweede lijn. Maar alle actoren binnen het brede domein van het gezondheids- en welzijnswerk moeten wél zeer goed weten waarvoor elk van hen staat. De bepaling die voorziet in de optie om *samenwerkingsprotocollen* te sluiten tussen de eerstelijnsgezondheids- en welzijnsvoorzieningen en de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg, is daarom van cruciaal belang. Als wordt uitgegaan van de patiënt en de zorg die deze patiënt nodig heeft, dan zal deze patiënt niet van het kastje naar de muur of van wachtlijst naar wachtlijst worden gestuurd. Integendeel zal in de toekomst kunnen worden gewerkt met *zorgprogramma's* die voor elk van de doelgroepen en individuele patiënten duidelijk zullen aangeven *waar en bij wie* zij in de onderscheiden fases van de behandeling het best terecht kunnen. Zo is het goed denkbaar dat voor een patiënt met een nauwkeurig gediagnosticeerde pathologie, een zorgprogramma wordt aangeboden dat in aanvang een residentiële psychiatrische behandeling bevat, die vervolgens overgaat in een fase van ambulante therapie door een centrum voor geestelijke gezondheidszorg. Tijdens een derde fase zou deze patiënt dagactiviteiten kunnen ontplooien vanuit een vorm van beschut wonen. Naarmate de rehabilitatie succesvol verloopt, kan in een daaropvolgende fase bijvoorbeeld worden voorzien in een tweewekelijkse opvolging door de huisarts van deze patiënt, die inmiddels opnieuw zelfstandig functioneert en door tussenkomst van het OCMW of VDAB opnieuw ingeschakeld is in het arbeidsproces. Dit voorbeeld geeft aan hoe in de toekomst de patiënt – *de casus* – zal worden begeleid – *gemanaged* -.

In dit therapeutisch proces van een patiënt zijn dus mogelijkwerwijze residentiële, semi-ambulante en ambulante 'momenten' ingebouwd, die vertrekken

vanuit de logica van de patiëntpathologie en niet vanuit de logica van de structuren. Het hoeft geen verder betoog dat in deze benadering de samenwerking van en tussen alle actoren primordiaal is.

Hiermee is aangegeven dat de titel van het ontwerp van decreet een veel grotere lading en vooral ambitie dekt dan bij een eerste oogopslag kan worden vermoed.

Vooraleer de minister de krachtlijnen van dit ontwerp van decreet verder en systematisch toelicht, wil zij nog wijzen op het bijzonder positief karakter van het proces van totstandkoming van de teksten. Van bij het prille begin in 1997 is er de open en constructieve dialoog geweest tussen de administratie gezondheidszorg, de representatieve vertegenwoordigers van de werkgevers en de minister zelf. In een tweede fase hebben ook de representatieve vertegenwoordigers van de werknemers geparticipeerd aan het overleg. Vanzelfsprekend waren een aantal hindernissen te overwinnen en heeft dit proces de nodige tijd en heel veel dialoog geleverd. Ter illustratie : tussen de eerste ontwerp-tekst en het ontwerp dat hier nu voorligt, liggen 27 versies. Deze volgehouden dialoog, deze voortdurende bijsturingen en de zorgvuldige aandacht die werd geschonken aan de adviezen van de Vlaamse Gezondheidsraad, van de SERV en van de Raad van State, hebben uiteindelijk geleid tot een product dat de minister als heel matuur en evenwichtig durft te kwalificeren. Zij vermoedt dat de zorgvuldigheid waarmee dit proces van totstandkoming werd bejegend, ertoe bijgedragen heeft dat de centra voor geestelijke gezondheidszorg en hun koepeis nu reeds maandenlang met elkaar in overleg zijn met het oog op de implementatie van de nieuwe missie en werkingsbeginselen en om te voldoen aan de toekomstige erkenningsvoorwaarden en programmatienormen. Dat dit alles niet noodzakelijk van een leien dakje verloopt, lijkt de minister zeer begrijpelijk. Dat de sector echter vragende en reeds bezige partij is om dit ontwerp van decreet te effectueren, is de verdienste van deze sector.

Ter inleiding van het debat over dit ontwerp van decreet, staat de minister even stil bij de krachtlijnen die dit concept dragen :

1. *Situering van de opdracht en bepaling van de werkingsbeginselen*

In eerste instantie wordt de opdrachtsverklaring nauwkeuriger omschreven dan voorheen het geval was. De kernopdracht is het verlenen van verant-

woorde zorg aan patiënten met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen of met geestelijke gezondheidsproblemen die een ernstig risico tot chroniciteit in zich dragen. Dit heeft de minister zopas reeds toegelicht. *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.* Deze missie is gauw uitgesproken maar is op het niveau van de concrete uitvoering bijzonder complex en ambitieus. Personen met geestelijke gezondheidsproblemen ervaren heden immers nog te zeer de werkzaamheid van de sociale uitstotings- en uitsluitingsmechanismen. Tot op de dag van vandaag worden die mensen nog vaak gemarginaliseerd, heerst er een taboe op dit type van pathologieën en zijn emancipatie en maatschappelijke participatie van die patiënten dikwijls niks meer dan holle slogans.

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 die problemen ook onmiddellijk professioneel en psychiatrisch moeten worden behandeld. 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 daarom de beschikbare hulpverleningscapaciteit te worden ingezet om deze ontwikkeling tot chroniciteit tegen te gaan bij patiënten die daar het grootste risico toe lopen.

Het logisch gevolg van dit alles 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 op-

dracht en de precieze doelgroepen van de centra, zodat zij met kennis van zaken een adequate verwijzing kunnen voorstellen. In principe kunnen ook patiënten die niet zijn verwezen, een 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 ouders – als specifieke doelgroepen – geestelijke gezondheidszorg verleent.

De preventieve opdracht van de centra wordt in overeenstemming met de tweedelijsopdracht beperkt tot het verlenen van medewerking aan acties die kaderen in het verlengde van hun kernopdracht en die gericht zijn op specifieke risicogroepen in de bevolking. De centra zullen daartoe samenwerkingsakkoorden met de Logo's sluiten.

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. 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 verder in de werkingsbeginselen de nadruk gelegd op het begrip 'verantwoorde zorg' en de daarmee gepaard gaande vereisten van doelmatigheid, doeltreffendheid en maatschappelijke aanvaardbaarheid. Op deze wijze wordt een duidelijk verband gelegd met 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 is schaalvergroting noodzakelijk :

1. schaalvergroting laat toe dat elk centrum naast zijn basisaanbod een noodzakelijk aantal specialisaties ten aanzien van doelgroepen of problematieken, 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 hedendaagser 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 de werkgebieden omvat van de Logo's die tot één provinciaal preventieplatform toetreden. Per werkgebied kunnen maximum 2 centra worden erkend.

Deze laatste optie laat toe functionele afspraken te formuleren over o.m. het zorgaanbod van twee centra die in eenzelfde werkgebied actief zijn.

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

tuur voor de geestelijke gezondheidszorg in de 21ste 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 dat 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 enveloppefinanciering. Die is bij aanvang gebaseerd op de som van de toegekende subsidies 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 en 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 zekere grenzen een autonoom beleid kan 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 doel 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 worden 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 ;
- 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.

5. *Leiding van de centra en optimalisering van de personeelsinzet*

In het financieringsplan voor de toekomstige centra is ruimte voorzien om ervaren en deskundige leidinggevers aan te stellen. Voorwaarde zal evenwel zijn dat de kandidaten een specifieke vorming inzake leidinggeven zullen hebben gevolgd. Het is niet ondenkbaar dat in de toekomst centra zullen worden erkend die 20 à 50 personeelsleden tellen. Een heus management is dan een conditio sine qua non.

Het artikel 33 van het ontwerp van decreet laat toe om specifieke deskundigheid van personeelsleden die aan een centrum verbonden zijn, op een ruimer niveau inzetbaar te maken. Het opzetten van projecten waarin deze specifieke deskundigheid maximaal aan bod kan komen, zal bijdragen tot het verhogen en het efficiënt benutten van de deskundigheid die momenteel reeds aanwezig is in de sector. Aan deze projecten zullen meerdere centra kunnen participeren, evenals de andere partners van de psychiatrische netwerken en van de multidisciplinaire ondersteuningscel of dienstverlenende organisaties.

6. *Visitatie vult inspectie aan*

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.

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.

Over dit ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheidszorg, dat niet meer dan 37 arti-

kels bevat, is veel meer te zeggen dan dat de omvang laat vermoeden, besluit de minister.

2. **Algemene bespreking**

– *Algemeen*

Mevrouw Ria Van Den Heuvel, de heer Bart Vandendriessche, de heer Guy Swennen, mevrouw Sonja Becq en mevrouw Trees Merckx-Van Goey zeggen verheugd te zijn over het feit dat de centra geestelijke gezondheidszorg een decretale verandering krijgen.

De heer Bart Vandendriessche, verslaggever, en de heer Guy Swennen hebben lof voor de wijze waarop dit ontwerpdecreet tot stand is gekomen. Het is een goed ontwerpdecreet, dat het resultaat is van intensief en constructief overleg met de verschillende actoren.

Het kader dat de beleidsbrief aanbood, is consequent ingevuld geworden, zegt de heer Vandendriessche. Men heeft geleerd uit de convenanten. Hij kan zich terugvinden in de globale doelstellingen en het concept. De algemene beoordeling van dit ontwerpdecreet valt positief uit. De heer Vandendriessche somt de positieve elementen op : een decretale basis, CGG's op de tweede lijn, schaalvergroting, vrije keuze in een regio tussen meer dan één centrum, de therapeutische leiding bij een psychiater en de dagelijkse leiding bij de directeur, bijkomende middelen, doorlichting door een visitatiecommissie, management. De heer Guy Swennen onderlijnt de integratie in een globale visie, de functionele samenwerking, de schaalvergroting, de enveloppefinanciering als such, de hogere werkings-toelagen en de harmonisatie van de lonen.

Het ontwerpdecreet zorgt voor een klaardere profilering van de CGG's, meent mevrouw Trees Merckx-Van Goey. Ze worden bij deze niet opgenomen in de ruimere welzijnssector. Het ontwerpdecreet overstijgt duidelijk het niveau van alleen de CGG's. De CGG's worden ingebed in een algemene visie over geestelijke gezondheidszorg.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel betreurt dat de geestelijke gezondheid niet als aandachtspunt is opgenomen in de vijf Vlaamse gezondheidsdoelstellingen (zie *Parl. St.* VI. P. 1997-98, nr. 1038/1). Voor de Logo's zijn nu weinig stimulansen om rond geestelijke gezondheidszorg in het algemeen te werken. Nochtans wordt de psychische draagkracht van mensen hoe langer hoe meer op de

proef gesteld. Het aantal relationele problemen en depressies bv. neemt toe.

De spreker vindt het verder jammer dat de nota "De Vlaamse Geestelijke Gezondheidszorg in de 21ste eeuw" niet afzonderlijk in de commissie besproken werd. (De nota werd als bijlage opgenomen bij de Beleidsbrief Gezondheidsbeleid – Beleidsprioriteiten 1998-1999 (*Parl. St.* VI. P. 1998-99, nr. 1202/1) die naar aanleiding van de indiening van de begroting 1999 besproken werd.)

De laatste tijd hebben in de psychiatrische zorgverlening ingrijpende wijzigingen plaatsgevonden, stelt de heer Bart Vandendriessche. De reconversie heeft echter niet geleid tot de versterking van de ambulante zorg, zeker niet wat de CGG's op Vlaams niveau betreft. Tegenover de afbouw van residentiële bedden staat geen exponentiële groei van de ambulante zorg. Nochtans neemt het belang van de geestelijke gezondheidszorg toe. Het aantal patiënten in de CGG's is sinds 1989 toegenomen met 7 percent. Tegelijk neemt het aandeel van de jongeren toe. Er is een verschuiving bezig van de lichamelijke naar de geestelijke gezondheidszorg. Deze evolutie is beangstigend en stemt tot nadenken. In die zin vindt het lid net als de vorige spreker dat de geestelijke gezondheid een gezondheidsdoelstelling van de Vlaamse Gemeenschap had kunnen zijn. De CGG's zijn met hun ervaring en expertise de aangewezen partners voor het opzetten van preventie.

Volgens de heer Bart Vandendriessche is het belang van het defederaliseringsdebat niet te onderschatten. De vraag naar homogene bevoegdheden is op dit domein acuut. Met een budget van amper 1 miljard frank worden de CGG's niet als volwaardige partners aanvaard; ze zijn een dwerg ten opzichte van de vanuit RIZIV zwaar gesubsidieerde intramurale residentiële zorg. Dit ontwerpdecreet zal hun onderhandelingspositie versterken. De plaats van de CGG's in de psychiatrische zorgcircuits en netwerken moet gedefinieerd worden o.a. wat de uitbouw van psychiatrische thuiszorg betreft. Hoe dan ook is er nood aan een homogeen bevoegdheidspakket en eenheid van beleid inzake programmatie, controle, financiering en ook registratie. Dit ontwerpdecreet is een goed kader voor verdere defederalisering.

Mevrouw Sonja Becq sluit zich daarbij aan. De sector hoopt via de schaalvergroting en de netwerken sterker naar voren te kunnen treden in de psychiatrie. Tot nog toe voelden de centra zich het kleine broertje. Als op federaal vlak de residentiële zorg afgebouwd wordt, moet daar een groei van de am-

bulante zorg tegenover staan. Beide moeten op elkaar afgestemd worden.

Anderzijds laat de schaalvergroting toe dat dicht bij de cliënt gewerkt kan blijven worden, via de netwerkvorming en een stuk decentralisatie, voegt het lid eraan toe. De onderhandelingen in het kader van de schaalvergroting zijn al volop bezig, en de facto is de schaalvergroting al gedeeltelijk gerealiseerd, vervolgt mevrouw Trees Merckx-Van Goey. Uiteraard heeft dat gevolgen op de regionale spreiding van de hulpverlening. Men moet erover waken dat het aanbod voldoende gespreid blijft.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey vraagt de minister de uitvoeringsbesluiten aan het parlement voor te leggen vooraleer ze definitief door de regering goedgekeurd worden.

Andere opmerkingen van de leden bij dit ontwerp-decreet komen verder punt voor punt aan bod.

Antwoord van de minister

Minister Wivina Demeester-De Meyer wenst te beamen dat aan het ontwerpdecreet een lange voorbereiding voorafgegaan is. Door de invoering van de convenanten over welbepaalde thema's werd al een tijd samenwerking gerealiseerd over de grenzen van de centra heen. Die grotere samenwerking is in het belang van zowel de CGG's als van de patiënt.

Waarom werd de geestelijke gezondheidszorg niet opgenomen in één van de vijf Vlaamse gezondheidsdoelstellingen? In het algemeen gesteld werden de gezondheidsdoelstellingen bepaald op basis van de gezondheidsindicatoren, van het advies van de Vlaamse Gezondheidsraad en het Vlaams Preventiecongres in 1997. Meer in het bijzonder is de minister vooreerst van oordeel dat een gezondheidsdoelstelling maar vooropgesteld kan worden als de bevolking er klaar voor is, d.w.z. als de doelstelling begrijpbaar, vatbaar is voor iedereen en gericht tot een groot publiek. Ten tweede heeft een gezondheidsdoelstelling maar zin als er meetbare resultaten bereikt kunnen worden binnen een welbepaalde periode. Zoniet leidt dit alleen maar tot ontgoocheling bij de bevolking en de zorgverleners. Het tabaksgebruik bv. kan perfect gemeten worden; het aantal verloren potentiële levensjaren kan verminderd worden. De geestelijke gezondheidszorg is een heel belangrijk domein, maar ook een heel moeilijk domein, ook als het gaat om het formuleren van een doelstelling. In verband met

zelfdoding bv. (waarvan cijfers in de gezondheids-indicatoren opgenomen zijn) is het moeilijk voorop te stellen of over vijf jaar resultaat geboekt kan worden. De minister wil er wel op wijzen dat mogelijks in de loop van de vijf jaren nog één of twee gezondheidsdoelstellingen toegevoegd kunnen worden, maar men moet zich ervoor hoeden de taak voor de Logo's en de gezondheidsactoren te verzwaren. De huidige gezondheidsdoelstellingen zijn op één na vrij goed meetbaar. (De minister belooft de brochure over de gezondheidsdoelstellingen aan de commissieleden te bezorgen.) Tenslotte onderstreept de minister nogmaals dat wel degelijk aandacht besteed wordt aan de geestelijke gezondheidszorg. Zij verwijst bv. naar het convenant dat afgesloten werd ter voorkoming van zelfdoding.

De heer Bart Vandendriessche wees erop dat het aantal patiënten van de CGG's met 7 percent toegenomen is. De minister brengt daar tegen in dat het budget in 1996-1999 ook met 25 percent gestegen is. Het beleid poogt dus de evolutie te volgen.

De minister beaamt dat de onderhandelingspositie van de CGG's in de psychiatrische sector zal verbeteren door de schaalvergroting. Om die reden kan de minister het amendement niet steunen dat de heer Etienne De Groot heeft ingediend. Het strekt ertoe om de titel van het ontwerpdecreet te wijzigen en in plaats van "betreffende de geestelijke gezondheidszorg" te spreken van "betreffende de centra geestelijke gezondheidszorg" (zia artikels-gewijze bespreking). Het is uitdrukkelijk de bedoeling van de minister om de geestelijke gezondheidszorg als globaliteit op de voorgrond te plaatsen en haar positie in de netwerken te versterken. Als de residentiële sector afgebouwd wordt moet de ambulante sector kunnen groeien. In de psychiatrische zorgcircuits moet de plaats van de CGG's duidelijk omschreven zijn. De registratiesystemen moeten inderdaad geüniformiseerd worden. Dat zal nu mogelijk worden via dit ontwerp-decreet.

De minister meent niet dat de schaalvergroting een grotere afstand zal creëren ten aanzien van de cliënten : de vestigingsplaatsen blijven bestaan.

Tenslotte belooft de minister de ontwerp-uitvoeringsbesluiten aan het parlement voor te leggen.

– *Verloop psychiaters*

De heer Guy Swennen vraagt aandacht voor het acute probleem van het verloop van psychiaters in de sector. Het lid pleit voor loonsverhoging of be-

tere vergoeding van psychiaters om dat tegen te gaan. Is het verloop effectief een probleem en hoe denkt de minister dat op te lossen ? De heer Etienne De Groot sluit zich daarbij aan. De psychiaters zijn de spilfiguren in de centra ; het is essentieel het verloop te voorkomen.

In het groeipad zit de mogelijkheid om de financiële verloning op termijn gelijk te schakelen met die in de gezondheidszorg, antwoordt de minister. Er is het engagement om over een periode van vier jaar 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. Er is ook het engagement om de subsidie globaal te verhogen met vijf percent om een correcte dekking van de werkingskosten te verzekeren en de leidinggevende functies in te vullen. Met de sector werd onderhandeld dat de inkomsten van de CGG uit de honoraria (RIZIV-bijdragen) in de toekomst niet meer in mindering worden gebracht op de door de Vlaamse Gemeenschap verstrekte subsidies.

– *Verhouding tot het kwaliteitsdecreet*

Verschillende leden hebben vragen zich af hoe voorliggend ontwerpdecreet zich verhoudt tot het kwaliteitsdecreet gezondheidsvoorzieningen. Mevrouw Ria Van Den Heuvel stelt die vraag niet alleen in het algemeen. Worden in de toekomst 26 of 84 kwaliteitscoördinatoren aangesteld ? Ook de heer Bart Vandendriessche heeft vragen over de timing. Het heeft geen zin de 84 centra nu nog elk een kwaliteitsplan te laten opmaken. Mevrouw Trees Merckx-Van Goey sluit zich daarbij aan. Het kwaliteitsdecreet legt de lat hoog. In principe wordt het op gelijke wijze toegepast voor de kleinschalige CGG's als voor de grootschalige ziekenhuizen. De centra krijgen twee belangrijke hervormingen tegelijk te verwerken, stelt ook de heer Guy Swennen : dit ontwerpdecreet en het kwaliteitsdecreet. Is het niet aangewezen een en ander op elkaar af te stemmen ?

Het voorliggende ontwerpdecreet en het kwaliteitsdecreet bereiken de georganiseerde hulpverlening, niet de zelfstandige psychotherapeuten. Hoe kan de kwaliteit van deze laatste groep gegarandeerd worden, wil mevrouw Ria Van Den Heuvel weten.

De thema's in uitvoering van het kwaliteitsdecreet zijn reeds bepaald, antwoordt de minister. De sector kent de thema's overigens al en bereidt er zich al op voor. Het desbetreffende besluit wordt binnenkort door de regering goedgekeurd. Zes maanden na publicatie van het besluit in het Belgisch Staatsblad moeten de voorzieningen een kwaliteitshandboek indienen. Vanaf 1 januari 2000 moet elk centrum (alle 26 centra) over een kwaliteitscoördinator beschikken. Niets belet dat per vestigingsplaats iemand aangewezen wordt die aan kwaliteitsbegeleiding doet. De minister zegt het zo te kunnen organiseren dat het besluit ongeveer zes maand vóór 1 januari 2000 gepubliceerd wordt. De uitvoering van voorliggend decreet en het kwaliteitsdecreet kan dus perfect samenvallen.

De heer Etienne De Groot pleit ervoor de bureaucratie bij de uitvoering van beide decreten tot een minimum te beperken. De minister antwoordt dat het allerminst de bedoeling is de papierberg te vergroten, wel integendeel.

– *Tweedelijns, verwijzing en capaciteit*

De commissie is het ermee eens de centra geestelijke gezondheidszorg (CGG's) als tweedelijnsvoorzieningen te beschouwen. Er rijst wel een probleem voor de cliënten die zonder doorverwijzing bij de centra aankloppen. Mevrouw Ria Van Den Heuvel wenst te weten hoe zij nog terecht kunnen bij de CGG's. Mensen met een depressie bv. worden volgens het lid het best op de tweede lijn geholpen. Hoe wordt de eerstelijnsgezondheidszorg georganiseerd? En hoe worden de doorverwijzers juist geïnformeerd over de juiste taakafbakening van de verschillende lijnsvoorzieningen?

De problematiek van de wachtlijsten kan mogelijks gedeeltelijk opgelost worden door de rechtstreekse toegang tot de CGG's te beperken, maar niet helemaal, meent het lid. Er moet worden nagegaan of de caseload in de CGG's niet te zwaar is. Is dat wel degelijk het geval, dan moeten de CGG's uitgebreid worden.

Het persbericht van de regering sprak van de CGG's als een tweedelijnsvoorziening waar men "bij voorkeur" na verwijzing terecht kan. De heer Bart Vandendriessche stelt vast dat "bij voorkeur" niet in het ontwerpdecreet opgenomen is. Anderzijds biedt artikel 3 de garantie dat niemand afgewezen kan worden, ook zonder verwijzing. Het is goed om weten dat iemand die zich spontaan aanbiedt of na een vroegere behandeling terug aan-

klopt, niet aan de deur zal worden gezet. Mevrouw Sonja Becq sluit zich daarbij aan. In de praktijk worden toch heel wat mensen geholpen die rechtstreeks bij de centra aankloppen. Zij moeten verder geholpen kunnen worden.

De vraag overstijgt het beschikbare aanbod, stelt de heer Guy Swennen. Het lid kent het fenomeen van de aanbodgeïnduceerde vraag wel, maar vraagt zich toch af of een capaciteitsuitbreiding niet verantwoord is gezien de toename van psychische problemen bij jongeren.

De heer Etienne De Groot merkt op dat in het ontwerpdecreet niet geëxpliciteerd wordt wie de verwijzers zijn. Kan de minister dit verduidelijken?

Antwoord van de minister en bijkomende reacties van de leden

Artikel 4, § 2 en artikel 7, § 4 moeten in samenhang gelezen worden, antwoordt de minister. Artikel 4, § 2 luidt als volgt: "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 7, § 4 bepaalt dat: "De regering (...) kaderprotocollen (sluit) tussen de gezondheids- en welzijnssectoren en de sector "centra voor geestelijke gezondheidszorg" teneinde de samenwerking zoals bedoeld in artikel 9, § 1, 7° te optimaliseren".

Tot hier toe was er in de CGG's ongeveer dertig percent eerstelijnszorg, stelt de minister. De minister geeft ter verduidelijking een schematische schets van de gezondheidszorg. Er zijn vier niveaus te onderscheiden: van de nulde lijn tot de derde lijn. Tegelijk kan een onderscheid gemaakt worden tussen preventie, curatie en zorg. Hun respectievelijk aandeel varieert naargelang de lijn waarop men zich bevindt. Op de eerste lijn is een deel preventie, een deel curatie en een deel (vooral niet-medische) zorg aanwezig. Op de tweede lijn wordt het deel preventie en het deel van de zorg veel kleiner. De CGG's zitten vooral op de tweede lijn, in de curatie. Dat betekent niet dat in het verlengde van de verleende zorg niet een vorm van secundaire en tertiaire preventie bestaat. Als men iemand begeleidt met zelfdodingsneigingen is men uiteraard preventief werk aan het doen. De preventieve op-

dracht van de centra wordt in overeenstemming met de tweedelijnsopdracht beperkt tot het verlenen van medewerking aan acties die kaderen in het verlengde van hun kernopdracht en die gericht zijn op specifieke risicogroepen in de bevolking. De centra zullen daartoe samenwerkingsakkoorden met de Logo's afsluiten.

Als 30 percent van de patiënten rechtstreeks bij de CGG's aanklopt, zit het volgens de minister verkeerd. Voor de behandeling van een depressie moet men bij een huisarts terecht, m.a.w. bij de algemene basiszorg. Pas als de depressie het gevolg is van onderliggende factoren, gaat men beter naar een CGG. De minister verwijst naar de definitie van patiënt (artikel 2, 3°) : het moet gaan om ernstige geestelijke gezondheidsproblemen of geestelijke gezondheidsproblemen die een ernstig risico tot chroniciteit in zich dragen. De CGG's moeten zich heroriënteren zodat hun aandacht meer en meer uitgaat naar de tweede lijn, die hoofdzakelijk curatief is.

Wie zijn de doorverwijzers ? Het zijn de betrokkenen waarmee protocollen afgesloten worden, vervolgt de minister. Het gaat o.a. om de huisartsen en het welzijnswerk (bv. de vroegere centra voor levens- en gezinsvragen).

De heer Etienne De Groot wijst op het feit dat de communicatie tussen de huisartsen en de CGG's vaak problematisch is. De minister ontkent dat niet. De CGG's zouden moeten nagaan wie de behandelende huisarts is. De heer De Groot repliceert dat een patiënt soms liever heeft dat zijn huisarts niet op de hoogte gebracht wordt. Dat is zijn recht op privacy. Vanuit de CGG's zou men wel systematisch kunnen vragen wie de huisarts is en of hij op de hoogte gebracht mag worden.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel merkt op dat degenen die niet meer in de CGG's terecht kunnen, bij de eerstelijnszorg zullen aankloppen. Er wordt overigens gesteld dat de wachtlijsten bij de CGG's op die manier weggewerkt kunnen worden. Dat betekent voor de eerste lijn een extra toevloed van cliënten. Zal voor die opdracht van de eerste lijn een convenant afgesloten worden, vraagt mevrouw Ria Van Den Heuvel. Krijgt de eerste lijn – die al met een hoge caseload te kampen heeft – bijkomende middelen om die extra toevloed op te vangen ?

De minister wil het anders voorstellen. Vooreerst zal er minder over en weer gegaan worden van eer-

ste naar tweede lijn en omgekeerd. Ten tweede is er een groep patiënten die tegelijk naar bv. de huisarts en een CGG gaan, terwijl eigenlijk uitgemaakt moet worden op welke lijn zij het best geholpen worden. De minister verwijst nogmaals naar artikel 4, § 2. Overleg met de verwijzer en eventueel andere betrokken hulpverleners moet leiden tot afspraken over de bijdrage tot de zorg van elk van deze samenwerkende betrokkenen. De huisarts kan verwijzen naar het CGG als hij het probleem niet aan kan. Het CGG van zijn kant kan oordelen dat een na begeleiding 'ontslagen' patiënt bij terugkerende problemen het best eerst terug contact opneemt met zijn huisarts. In het kader van continuüm van zorg is het logisch dat de behandelend psychiater van het CGG een rapport bezorgt aan de huisarts.

Belangrijk in dat verband zijn de kaderprotocollen die tussen de CGG's, de gezondheids- en de welzijnssector worden afgesloten, gaat de minister verder. De Vlaamse regering bereidt de protocollen voor ; uiteindelijk moeten de sectoren ze zelf afsluiten. Die protocollen worden niet financieel gehonoreerd. Op de vraag van mevrouw Van Den Heuvel of de eerste lijn geen bijkomende middelen moet krijgen om de extra toevloed van cliënten op te vangen, antwoordt de minister dat er in ieder geval geen probleem rijst voor de huisartsen. Wat de eerstelijnsvoorzieningen betreft is het mogelijk dat een deel van hun cliënteel thuishoort in de tweede lijn. De minister zegt nog geen zicht te hebben op een eventuele verschuiving van cliënteel van de CGG's naar het algemeen welzijnswerk. Op de vraag of een capaciteitsuitbreiding noodzakelijk is, kan pas geantwoord worden zodra er een correcte registratie is, ook in de welzijnssector. Ongerustheid op zich volstaat niet om daarop te antwoorden. Mevrouw Ria Van Den Heuvel beaamt dat, maar het is belangrijk te acteren dat er geen zekerheid bestaat over het feit of een probleem ziet van de ene sector naar de andere overgedragen wordt .

De heer Bart Vandendriessche voegt daaraan toe dat in het convenantenbeleid de voorwaarde gesteld wordt dat in een netwerk ook met welzijnsvoorzieningen gewerkt wordt. Volgens de heer Etienne De Groot is het doorverwijzen puur theoretisch : een huisarts blijft na doorverwijzing naar een CGG altijd betrokken bij de problematiek van zijn patiënt. Dat klopt als men uitgaat van de huisarts, zegt mevrouw Ria Van Den Heuvel, maar niet in het geval een cliënt toevallig bij een CGG terecht komt en dan naar het AWW verwezen wordt.

– *Preventie*

De CGG's hebben een enorme expertise opgebouwd inzake preventie, stellen de heer Bart Vandendriessche en mevrouw Sonja Becq vast. Zij hadden de CGG's dan ook graag meer initiatiefrecht gegeven voor preventie. In de sector heerst nogal wat verwarring over het soort preventie dat de centra mogen voeren, merkt de heer Guy Swennen op. Het lid is het ermee eens dat primaire preventie een taak is van de Logo's, maar de secundaire en tertiaire preventie moet verder door de CGG's opgenomen kunnen worden. Om elke twijfel daaromtrent weg te nemen vraagt het lid dat de minister dit zou bevestigen. De CGG's zijn historisch de eerste centra die zowel curatief als preventief goed werk verrichten. Mevrouw Trees Merckx-Van Goey gaat ervan uit dat preventieve werking niet helemaal uitgesloten is. Bij de artikelsgewijze bespreking moeten de mogelijkheden duidelijk worden.

De minister verwijst naar haar antwoord over de tweede lijn (zie hierboven).

– *Functie van leidinggevende*

Er wordt tegemoetgekomen aan de vraag van de sector om een directiefunctie, stelt de heer Bart Vandendriessche vast. Anderzijds vindt het lid dat met de vereiste van 20 voltijdse personeelsleden per centrum voor één voltijdse functie van leidinggevende de lat iets te hoog gelegd wordt. 15 voltijdse personeelsleden moet volstaan. Er is een amendement in die zin neergelegd. Budgettair heeft dat geen gevolgen: het aantal centra blijft hetzelfde. Het lid vraagt ook of in de overgangperiode de functie van leidinggevende niet vroeger gesubsidieerd kan worden. Het operationeel worden van dit ontwerpdecreet zal immers tot bijkomend werk nopen.

Volgens de heer Guy Swennen is het onduidelijk of één manager dan wel het management als collectiviteit gesubsidieerd wordt. Hij wenst daaromtrent een duidelijk antwoord van de minister.

De minister zegt ermee te kunnen instemmen dat een centrum vanaf 15 voltijdse personeelsleden een voltijdse functie van leidinggevende toegewezen krijgt. De minister stemt er ook mee in dat een overgangperiode in het ontwerpdecreet ingebouwd wordt. Verder wordt verwezen naar de bespreking van artikel 32.

– *Registratie*

In de commissie is men het al lang eens over het belang van registratie. Bij registratie moet een bepaalde deontologie gehanteerd worden, stelt mevrouw Ria Van Den Heuvel. Er moet duidelijkheid bestaan over welke gegevens geregistreerd worden en hoe ze verwerkt worden. De privacy van de cliënt moet gerespecteerd worden. Niet alle gegevens mogen opvraagbaar zijn voor de overheid. Op welke wijze kan screening en registratie geharmoniseerd worden in de sector? In dat verband is het aangewezen de recente ideeën daaromtrent in de uitvoeringsbesluiten op te nemen.

Bij de registratie speelt uiteraard de deontologie, antwoordt de minister. De privacy moet beschermd worden, de gegevens worden anoniem geregistreerd. Dat is terug te vinden in artikel 9, § 1, 8°. Registratie heeft enkel en alleen tot doel gegevens te verzamelen om het beleid in de toekomst te optimaliseren. Op basis daarvan kan bv. tot capaciteitsuitbreiding besloten worden. De wetenschappelijke ondersteuning en dienstverlening door de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg wordt gefinancierd voor o.m. de verwerking van de gegevens die door de centra geregistreerd worden. De registratie gebeurt dus door de sector zelf onder permanente begeleiding van deskundigen.

– *Cliëntenrechten en rechten van de mens*

Volgens mevrouw Ria Van Den Heuvel komt de plaats van de cliënt/patiënt en zijn familie onvoldoende aan bod in voorliggend ontwerpdecreet. In haar toelichting stelt de minister uitdrukkelijk dat het de bedoeling is van het ontwerpdecreet de dienstverlening aan de patiënt centraal te stellen. Het lid onderschrijft dit, maar dit ontwerpdecreet biedt, wat concrete structuren betreft, op macroniveau te weinig garantie inzake patiëntenparticipatie. Voor het lid is het onvoldoende dat dit aspect aan bod komt in het kwaliteitsdecreet. Zij wenst dat patiëntenparticipatie uitdrukkelijk in ontwerpdecreten wordt opgenomen.

Artikel 6 van het ontwerpdecreet stelt dat de centra de rechten van de mens moeten eerbiedigen en verwijst naar het Verdrag en de aanvullende protocollen. Volgens de heer Etienne De Groot kan beter nominatim aangegeven worden om welke artikelen van het verdrag en om welke protocollen het gaat. Verschillende artikelen van het verdrag en

protocollen hebben immers niets van doen met de geestelijke gezondheidszorg.

Mevrouw Sonja Becq zag ook graag de rechten van de cliënt wat explicieter verwoord in het ontwerp-decreet. Voor de cliënt is het belangrijk een antwoord te krijgen op vragen over het recht op informatie, het recht op privacy, de mogelijkheid op het werken met een vertrouwenspersoon, het inzage-recht in het dossier. Het lid pleit ervoor dat mee te nemen in de verdere uitvoering van het ontwerp-decreet, alsook de klachtenbemiddeling en de patiëntenparticipatie.

De minister antwoordt dat de positie van de cliënt/patiënt geregeld wordt in de artikelen 5 en 6 : het centrum respecteert de rechten van het kind en de rechten van de mens. Specifiek de artikelen en protocollen opsommen zoals de heer De Groot suggereert, zou het ontwerp-decreet verzwaren. Dan rijst ook het probleem op welk(e) artikel(en) meer of minder de nadruk gelegd moet worden.

In verband met de cliëntenrechten is de minister van oordeel dat men op dit ogenblik niet verder kan gaan dan de bepaling in artikel 14. Een open communicatie zou inherent moeten zijn aan de begeleiding in een CGG. De relatie tussen hulpverlener en patiënt is op vertrouwen gebouwd. Als een patiënt het recht op inzage toch opeist, dan kan men stellen dat de begeleiding ergens gefaald heeft. Mevrouw Sonja Becq beaamt dat, maar iets anders is het recht op informatie, op inspraak, op het gebruik van een vertrouwenspersoon. Daarbij wordt er uitgegaan van de rechten van de mens, maar gespecificeerd naar de cliënt. De minister vraagt zich af of dat wel specifiek in een decreet opgenomen moet worden. Het kan in de toekomst een element worden van de kwaliteitszorg, bv. als specifiek thema. De minister meent dat een decreetale bepaling overbodig is. Mevrouw Ria Van Den Heuvel meent dat de rechten toch nauwkeuriger omschreven kunnen worden zonder daardoor de hulpverlening in het gedrang te brengen. Het lid denkt bv. aan hulpverleningscontracten waardoor de patiënten weten waaraan ze beginnen. De minister meent dat dat tot de verantwoordelijkheid van de centra zelf behoort. De overheid moet niet bepalen hoe informatie overgebracht wordt. Het lid beaamt dat, maar de overheid kan wel aanbevelen aandacht te hebben voor informatieverstrekking. De minister blijft ertegen gekant dat uitdrukkelijk in een decreet op te nemen. Zij vreest dat het ten onrechte aanleiding kan geven tot klachten bij de Raad van State, met andere bedoelingen dan die van de decreetgever. Mevrouw Sonja Becq dringt niet verder aan dit op te nemen in het ont-

werpdecreet, maar is de mening toegedaan dat dit gedachtengoed toch in de toekomst meegenomen moet worden, zonder in een klachtensysteem te vervallen. Binnen de voorzieningen moet een informatiecultuur ontwikkeld worden : op een toegankelijke manier moet informatie gegeven worden over de opdracht van het CGG, de duur van de behandeling, enz. Volgens de heer Bart Vandendriessche kan er bv. verplicht worden de tarieven van de cliëntenbijdrage uit te hangen.

De informatieverstrekking moet ook uitgebreid worden naar de familie van de cliënt, zegt mevrouw Ria Van Den Heuvel. De minister benadrukt dat het steeds gaat om de cliënt en zijn leef-omgeving.

– *Relatie met de convenanten*

Hoe verhouden de bestaande convenanten met de CGG's zich tot het ontwerp-decreet, vraagt mevrouw Ria Van Den Heuvel. Worden de problematieken die nu het voorwerp uitmaken van een convenant (bv. kindermishandeling...), een reguliere opdracht van de CGG's of blijft dat verder geregeld via een convenant ? Zit in de subsidie-enveloppe voor de CGG's de financiering verbonden aan de convenanten verrat of niet ? Wat gebeurt er met het personeel dat voor de convenanten ingezet wordt, wil de heer Bart Vandendriessche weten. Het convenant kindermishandeling loopt bv. af in oktober 2000.

De minister antwoordt dat de financiering van de convenanten verrat zit in de subsidie-enveloppe.

– *Enveloppefinanciering*

In het algemeen vindt mevrouw Ria Van Den Heuvel de omschrijving van de budgetfinanciering zorgwekkend. De subsidie-enveloppe wordt voorlopig vastgesteld, wat niet meteen geruststellend is. Het principe van de enveloppefinanciering is aanvaardbaar, meent de heer Bart Vandendriessche, mits een soepele overgang met verrekening van anciënniteit. Dat innovatief financieringsmechanisme moet ook groeimogelijkheden bieden. De toelichting spreekt nogal vrijblijvend van "bijzondere inspanningen". Mevrouw Trees Merckx-Van Goey onderstreept dat een correcte opvolging van de enveloppefinanciering belangrijk is om problemen voor de centra te vermijden. Het mag zeker niet de bedoeling zijn een besparingsoperatie door te voe-

ren. De enveloppefinanciering staat of valt met de inhoud van de enveloppe, zegt de heer Guy Swennen. De enveloppe moet vanzelfsprekend de reële kosten dekken. Naar verluidt is een sterke toename van de enveloppe voorzien, maar zou de garantie ontbreken voor 166 miljoen frank.

De minister benadrukt dat de sectoren die nu al met enveloppefinanciering werken, niet meer wensen terug te keren naar de oude financieringswijze. Het hoger onderwijs is daar een voorbeeld van. Er is daar een enorme dynamiek ontstaan, zij het dat er verschillen zijn tussen de onderscheiden hogescholen. Gezamenlijk heeft het hoger onderwijs voor het jaar 1997 een reserve van 1 miljard frank inzake werkingskosten. Ook sommige welzijnssectoren wensen de overgang te maken naar enveloppefinanciering met respect voor de lonen. De minister voorspelt dat de CGG's over drie jaar niet meer terug willen naar het oude systeem.

De minister geeft een overzicht van de financiering. De enveloppe voor de CGG's vertrekt van 1150 miljoen frank (inclusief de bedragen van de convenanten). In 1999 komt er 65 miljoen frank bij, in 2000 nog eens 111 miljoen frank en in 2001 nog eens 55 miljoen frank. Globaal komt er dus voor 2000 en 2001 samen 166 miljoen frank bij. Dat is het engagement dat de minister aangaat, in de veronderstelling dat het parlement de komende begrotingen in die zin goedkeurt. Met die enveloppe moeten CGG's de hen opgelegde opdrachten uitvoeren. De enveloppe wordt aangepast aan de inflatie. In de enveloppe is alles inbegrepen.

– *Gezondheidsbevordering van kansarmen, financiële toegankelijkheid en cliëntbijdrage*

Het psychisch welzijn is bij kansarmen een zeer groot probleem. Mevrouw Ria van Den Heuvel heeft in dit ontwerpdecreet geen specifieke aandacht voor die doelgroep gevonden. Als specifieke doelgroepen worden wel jongeren en ouderen vermeld, kansarmen niet.

De financiële onvermogenheid van de patiënt mag geen reden zijn om niet geholpen te worden, stelt mevrouw Van Den Heuvel. Hulpverlening moet gratis verstrekt kunnen worden. De heer Bart Vandendriessche herinnert eveneens aan het belang van het sociale aspect van de CGG's : de toegankelijkheid voor minderbegoeden moet gegarandeerd worden. Een cliëntbijdrage moet daarom niet uitgesloten worden : hulpverlening moet in principe niet kosteloos zijn. Vanuit therapeutisch

oogpunt is het betalen van een cliëntbijdrage zinvol : het onderstreept het professionele karakter van de hulpverlening en de onafhankelijkheid van de patiënt. Vanuit financieel oogpunt zijn de cliëntbijdragen voor het centrum een bron van inkomsten zodat het minder afhankelijk is van subsidies. Volgens de spreker moet wel te allen tijde vermeden worden dat de cliëntbijdragen zouden aanzetten tot prestatiegeneskunde. In bepaalde gevallen, bv. voor kansarmen, moet kosteloze dienstverlening mogelijk zijn, in alle gevallen moet de bijdrage geplafonneerd zijn. Het al of niet vragen van patiëntenbijdragen moeten niet voor alle CGG's uniform geregeld zijn. Belangrijk is dat de patiënt duidelijk op voorhand weet waaraan hij zich te verwachten heeft.

Ook de heer Guy Swennen houdt een pleidooi voor het behoud of de verbetering van de financiële toegankelijkheid van de CGG's. De toegang tot gezondheidszorg kan niet geweigerd worden omdat de cliënt niet kan betalen. De hulpverlening moet niet gratis zijn, maar moet betaalbaar blijven. Men moet er zich voor hoeden af te glijden naar prestatiegeneskunde. Met de huidige regeling bestaat dit gevaar niet : de inkomsten van de centra worden afgetrokken van de subsidies. Men heeft er dus geen baat bij de prestaties op te drijven. Met artikel 18 van dit ontwerpdecreet, over de financiële bijdrage, bestaat volgens het lid de kans dat op de duur de drang ontstaat naar meer prestaties. Artikel 9, § 1, 3°, bepaalt wel dat het centrum vooral aandacht moet schenken aan sociaal en financieel zwakkere personen, maar welke structurele garantie heeft men dat dat effectief gebeurt ? Wordt dan niet beter het bestaande mechanisme behouden ? Eventueel kan op termijn gewerkt worden met een sociale correctie naar analogie met de ziekenhuisfinanciering als een centrum verhoudingsgewijs meer patiënten met een lager inkomen heeft.

Wat wordt verstaan onder maatschappelijk aanvaardbare zorg in de geestelijke gezondheidszorg, vraagt mevrouw Ria Van Den Heuvel. Waaruit bestaat het basisaanbod ?

Wat de financiële toegankelijkheid betreft verwijst de minister naar het te verwachten uitvoeringsbesluit waarin bepaald zal worden – naar aanleiding van artikel 18 van het ontwerpdecreet – dat bepaalde groepen gratis geholpen moeten worden. Een besluit is daartoe het gepaste instrument omdat men soepel moet kunnen inspelen op de noodwendigheden. Artikel 3 van het ontwerpdecreet bepaalt overigens dat aan iedereen "zonder onderscheid van de vermogenstoestand van de be-

trokkene" verantwoorde zorg verstrekt moet worden. Ook artikel 9, § 1, 3°, stelt dat bijzondere aandacht moet gaan naar financieel zwakkere personen.

De minister is van oordeel dat de garantie moet bestaan dat men niet afglijdt naar prestatiezorg. In het algemeen in de gezondheidszorg moet aan iedereen een basispakket aangeboden kunnen worden. De toegankelijkheid moet voor iedereen gegarandeerd zijn. De heer Guy Swennen vraagt of de minister het uitdrukkelijke voornemen heeft erover te waken dat geen twee snelheden ontstaan tussen de centra al naargelang de financiële draagkracht van hun cliënten. De minister beaamt dat en begrijpt de bezorgdheid van het lid. Eventueel zullen de enveloppes bijgestuurd moeten worden als blijkt dat er een grote ongelijkheid is tussen de centra onderling. De beleidsplannen zullen hierbij richtinggevend zijn, alsook het overleg op het niveau van de centra en ten slotte ook het verslag dat de visitatiecommissie opmaakt.

Kinderen en ouderen worden als specifieke groepen vermeld, omdat sociologisch en epidemiologisch aangetoond is dat dit de zwakkere groepen zijn inzake geestelijke gezondheidszorg, gaat de minister verder. De groep ouderen wordt ook steeds groter. In de aandacht voor kinderen speelt ook de tijdsgeest een rol.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel vindt het belangrijk dat de CGG's in hun informatieopdracht aandacht besteden aan de kansarmen. De minister repliceert dat één van de kwaliteitsthema's het onthaal betreft. Een brochure daarover werd verspreid.

3. Artikelsgewijze bespreking en stemming

Opschrift

De heer Etienne De Groot heeft een amendement ingediend dat ertoe strekt het opschrift van het ontwerpdecreet te vervangen door wat volgt : "Ontwerp van decreet betreffende de centra voor geestelijke gezondheidszorg" (1322/2). De indiener was van oordeel dat het decreet niet de globaliteit van de geestelijke gezondheidszorg beoogde te regelen, maar slechts de centra voor geestelijke gezondheidszorg. In de algemene bespreking antwoordde de minister reeds dat zij dit amendement niet kan steunen. Het is immers de bedoeling de

geestelijke gezondheidszorg als globaliteit op de voorgrond te plaatsen.

Het amendement wordt verworpen met 8 stemmen tegen 5 bij 1 onthouding.

Artikel 1

Artikel 1 wordt zonder opmerkingen unaniem aangenomen met 14 stemmen.

Artikel 2

De heer Etienne De Groot heeft een amendement ingediend dat ertoe strekt aan artikel 2, 1°, de woorden "of dreigt verstoord te worden" toe te voegen (1322/2). De heer De Groot verduidelijkt dat in het ontwerpdecreet geen ruimte of opening gelaten wordt voor het preventieve werk dat de CGG's dienen te vervullen op het vlak van de geestelijke gezondheid. De CGG's werken sinds hun ontstaan met een dubbele opdracht : curatie en preventie. De minister is tegen het amendement gekant en verwijst naar haar antwoord over preventie in de algemene bespreking. Primaire preventie behoort niet tot de opdracht van de CGG's.

Het amendement wordt verworpen met 8 stemmen tegen 6.

De heer Bart Vandendriessche, mevrouw Sonja Becq en mevrouw Trees Merckx-Van Goey hebben een amendement ingediend dat ertoe strekt in artikel 2, 2°, in de definitie van "Logo" de zinsnede "dat zich uitstrekt over een gebied dat 250.000 tot 300.000 inwoners omvat" te vervangen door de verwijzing naar het desbetreffende besluit van de Vlaamse regering (1322/2). Het betreft dus veeleer een technisch-juridische aanpassing. De minister kan ermee instemmen.

Het amendement wordt unaniem aangenomen met 14 stemmen.

In artikel 2, 8°, wordt de definitie gegeven van "verwijzers" : "de door de regering aangewezen instanties die (...)". De heer Bart Vandendriessche vraagt of de Vlaamse regering dan een exhaustieve lijst van verwijzers opstelt. De minister antwoordt dat dat tot de mogelijkheden behoort, maar een dergelijke lijst zal niet opgenomen worden in een besluit. De minister verwijst ook naar artikel 7, § 4, waar naar de gezondheids- en welzijnssectoren vermeld zijn. Dat zijn de eerste verwijzers.

Het aldus geamendeerde artikel 2 wordt unaniem aangenomen met 14 stemmen.

Artikel 3

Mevrouw Ria Van Den Heuvel onderstreept dat er geen discriminatie mag bestaan ten aanzien van allochtonen en veronderstelt dat dat in het artikel vervat zit. De minister beaamt dat, en verwijst tegelijk naar de artikelen 5 en 6 over de rechten van het kind en de rechten van de mens. Uiteraard moeten de CGG's even toegankelijk zijn voor allochtonen. De heer Bart Vandendriessche voegt eraan toe dat dat voor heel wat minderheidsgroepen moet gelden. Het lid denkt bv. aan personen met een auditieve handicap.

Artikel 3 wordt unaniem aangenomen met 15 stemmen.

Artikel 4

De heer Etienne De Groot heeft een amendement ingediend dat ertoe strekt aan § 1 de zinsnede "en preventie ten aanzien van specifieke risicogroepen, ondersteuning van de eerstelijnsvoorzieningen in hun preventieve opdracht" toe te voegen (1322/2). In dit artikel worden de voorwaarden omschreven waaraan de zorg van een CGG moet voldoen om als verantwoorde zorg te kunnen worden beschouwd. Het lijkt dus vanzelfsprekend dat ook hier het element van preventie wordt opgenomen. De minister repliceert dat daarmee opnieuw aan de CGG's een taak van de eerste lijn gegeven wordt. Primaire preventie is geen taak voor de CGG's. De minister geeft een voorbeeld. Jongeren overtuigen om geen softdrugs te gebruiken, behoort niet tot de opdracht van de CGG's. Het behoort wel tot hun taak om jongeren met een verslavingsproblematiek te begeleiden. Preventieve begeleiding in het verlengde van een problematiek die reeds aangemeld is, kan wel. Dat is wat men secundaire en tertiaire preventie noemt.

Het amendement wordt verworpen met 9 stemmen tegen 6.

Artikel 4 wordt aangenomen met 9 stemmen bij 6 onthoudingen.

Artikelen 5 en 6

Mevrouw Ria Van Den Heuvel uit haar bekommernis om de kinderen van ouders met psychiatrische problemen. Het betreft een doelgroep waar extra aandacht naar moet uitgaan. Kunnen zij terecht bij de CGG's gezien het een zeer specifieke problematiek betreft? De minister antwoordt dat dat inderdaad mogelijk moet zijn. Het gaat hier om de leefomgeving van een patiënt.

De artikelen 5 en 6 worden unaniem aangenomen met 15 stemmen.

Artikel 7

De heer Bart Vandendriessche, mevrouw Sonja Becq en mevrouw Trees Merckx-Van Goey hebben een amendement ingediend dat ertoe strekt in § 4, op de eerste regel, het woord "sluit" te vervangen door de woorden "voorziet in" (1322/2). Die formulering beantwoordt beter aan de bedoeling. De minister beaamt dat. Het is de bedoeling dat de regering typeprotocollen opstelt, die dan concreter ingevuld kunnen worden door de sectoren (de CGG's met een andere gezondheidssector en/of de welzijnssector) die de protocollen afsluiten.

Het amendement wordt unaniem aangenomen met 15 stemmen.

Het aldus geamendeerde artikel wordt aangenomen met dezelfde stemuitslag.

Artikel 8

Wat wordt bedoeld met "de minst ingrijpende behandeling", vraagt de heer Etienne De Groot. Is dat een efficiëntieprincipe of een zuinigheidsprincipe? De minister antwoordt dat het om het subsidiariteitsprincipe gaat. De heer De Groot vreest dat de bepaling "maatschappelijk aanvaardbare zorg" geïnterpreteerd kan worden in de richting van rantsoenering van zorg, wat tegenwoordig de trend is. De minister onkent dat ten stelligste. Het gaat erom niet te "over-therapeutiseren". Als bv. ambulante zorg niet effectief is, dan pas moet overgegaan worden tot residentiële zorg.

Artikel 8 wordt unaniem aangenomen met 15 stemmen.

Artikel 9

De heer Etienne De Groot heeft een amendement ingediend dat ertoe strekt aan § 1, 1°, de zinsnede "waarop bij voorkeur een beroep wordt gedaan door of via een verwijzer" toe te voegen (1322/2). Het ontwerpdecreet beoogt onder meer de rechtstreekse toegankelijkheid tot de CGG's te beperken. In de praktijk is het echter nu al zo dat 65 percent van de aanmeldingen gebeurt op verwijzing. Zeker wanneer speciale aandacht dient gegeven te worden aan sociaal en financieel zwakkere groepen is het drastisch verhogen van de drempel naar de CGG's niet gewenst. De mogelijkheid tot rechtstreekse toegankelijkheid dient behouden te blijven, ook al wordt bij voorkeur gewerkt via een verwijzing.

De minister is het daar niet mee eens. Het is de doelstelling van het ontwerpdecreet de rechtstreekse toegankelijkheid te beperken. Het is niet de bedoeling die 35 percent zonder doorverwijzing direct de toegang tot de CGG's te ontfemen, maar wel om hen op termijn naar de eerste lijn te sturen. Preventieve begeleiding in het verlengde van een problematiek die reeds aangemeld is, kan wel. Mevrouw Ria Van Den Heuvel wijst erop dat niet iedereen van die 35 percent zonder doorverwijzing per se in de eerste lijn thuisheert. De minister beaamt dat. Belangrijk is dat men zich eerst bij de eerste lijn aanmeldt.

Het amendement bij § 1, 1°, wordt verworpen met 9 stemmen tegen 6.

De heer Bart Vandendriessche, mevrouw Sonja Becq en de heer Guy Swennen hebben een amendement ingediend dat ertoe strekt in § 1, 3° op de derde regel, de woorden "als specifieke doelgroepen" te schrappen (1322/2). De huidige formulering kan begrepen worden in de zin dat de aandacht voor kinderen en ouderen wordt beschouwd als een bovenbouw, terwijl die bijzondere aandacht moet aanwezig zijn in de basiswerking van ieder centrum voor geestelijke gezondheidszorg. Met dit amendement willen de indieners verduidelijken dat de bijzondere aandacht voor kinderen en ouderen een onderdeel is van de basiswerking.

De heer Etienne De Groot vraagt of adolescenten ook onder "kinderen" vallen. De minister antwoordt dat het om minderjarigen gaat, dus beneden de leeftijd van 18 jaar.

Het amendement bij § 1, 3°, wordt aangenomen met 9 stemmen bij 6 onthoudingen.

§ 1, 4° handelt over de multidisciplinaire werking van de CGG's. De heer Bart Vandendriessche vindt de laatste zin in § 1, 4°, onduidelijk: "Het centrum voorziet daartoe logistieke ondersteuning". Wordt het woord "daartoe" niet beter geschrapt? De minister merkt op dat dan eigenlijk beter de hele zin geschrapt wordt. De zin schrappen zou echter onnodige ongerustheid creëren bij de administratieve krachten die vrezen dat hun functie in de toekomst verdwijnt.

De heer Etienne De Groot heeft een amendement ingediend dat ertoe strekt in § 1, 9°, op de derde regel, na het woord "acties" de woorden "of ontwikkelt het preventie-activiteiten" in te voegen (1322/2). Om de redenen die reeds werden aangegeven in de verantwoording bij het amendement bij artikel 4, wil hij ook hier de preventieve werking opnemen. De minister verwijst naar haar antwoord bij artikel 4. De heer De Groot meent dat een centrum ook zelf het initiatief moet kunnen nemen tot bepaalde acties wanneer ze met een groep van bepaalde problemen geconfronteerd worden. De minister meent dat dat het best in het beleidsplan opgenomen wordt, waarna beoordeeld kan worden of dat tot de taak van het CGG behoort of niet.

Het amendement bij § 1, 9°, wordt verworpen met 9 stemmen tegen 6.

De heer Bart Vandendriessche, mevrouw Sonja Becq, mevrouw Trees Merckx-Van Goey en de heer Guy Swennen hebben een amendement ingediend dat ertoe strekt aan § 2 de woorden "of in geval van acute crisissituaties" toe te voegen (1322/2). Met dit amendement wordt de tekst van het ontwerpdecreet in overeenstemming gebracht met de tekst van de memorie van toelichting, waar vermeld staat dat acute crisissituaties die bijvoorbeeld door natuurrampen of andere traumatiserende gebeurtenissen ontstaan, evenzeer aanleiding kunnen geven tot bijkomende interventies door de centra.

Mevrouw Sonja Becq wil weten of de bepaling in § 2 ruim genoeg is om ervoor te zorgen dat personen met een auditieve handicap geholpen worden in een CGG. Moet het gebruik van een tolk niet voorzien worden? De minister antwoordt dat nu al de mogelijkheid bestaat voor personen met een auditieve handicap om via het Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie voor Personen met een Handicap een tolk te vragen. Personen met een auditieve handicap zijn in ieder geval te beschouwen als een specifieke doelgroep.

De centra moeten uitdrukkelijk aandacht besteden aan ouderen en kinderen. Mevrouw Kathy Lindkens vraagt hoe zich dat vertaalt in de inzet van het personeel. De begeleiding van die doelgroepen vergt een specifieke deskundigheid. De minister antwoordt dat nu al specifieke teams voor kinderen actief zijn. 17 centra beschikken over een speciaal team, 54 centra besteden bijzondere aandacht aan die doelgroepen, en via het convenant inzake kindermishandeling werden netwerken uitgebouwd. Na de schaalvergroting zal elk centrum een specifieke begeleiding kunnen aanbieden. Het is ook zo dat steeds onderling doorverwezen kan worden voor bepaalde specifieke problematieken. Of er genoeg kinderteams zullen zijn, zal moeten blijken. In ieder geval beschikken een aantal centra over zeer goede kinderpsychiaters en -psychologen.

Het amendement bij § 2 wordt aangenomen met 14 stemmen bij 1 onthouding.

Bij § 3 vraagt de heer Bart Vandendriessche zich af waarom vermeld staat : de VAD "of haar rechtsopvolger". Is dat niet evident ? De minister antwoordt dat de VAD erkend is voor drie jaar op basis van een convenant. De Raad van State heeft die formulering geadviseerd. De heer Etienne De Groot is de mening toegedaan dat de bepaling in § 3 de jure een monopoliepositie toekent aan een organisatie. Houdt dat geen gevaar in ? De minister repliceert dat de VAD op dit ogenblik de enige instantie is met een dergelijke know-how op dat gebied. Na drie jaar wordt de werking van de VAD geëvalueerd.

§ 3 bepaalt dat de CGG's een beroep doen op de ondersteuning van de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) voor de aanpak van de drugproblematiek. Mevrouw Sonja Becq veronderstelt dat VAD dan als tweedelijnspreventiewerkers beschouwd moeten worden. De minister antwoordt bevestigend. Zij werken nochtans bv. aan bewustwording in de scholen, weet mevrouw Sonja Becq. Behoort dat dan nog tot hun opdracht ? De minister meent van niet, maar men kan dit niet onmiddellijk stopzetten. De meeste preventiewerkers vanuit de CGG's werken op de tweede lijn. § 3 gaat niet over de preventiewerkers, maar over het aanreiken van bv. methodieken aan de CGG's.

De heer Bart Vandendriessche, mevrouw Sonja Becq en de heer Guy Swennen hebben een amendement ingediend dat ertoe strekt in § 4, op de vierde regel, de woorden "artikel 2, 10°" te vervangen door de woorden "artikel 2, 8°" (1322/2). Het

betreft een technische correctie. Artikel 2, 10°, komt niet voor in het ontwerp.

Het amendement bij § 4 wordt unaniem aangenomen met 15 stemmen.

Het aldus geamendeerde artikel 9 wordt aangenomen met 14 stemmen bij 1 onthouding.

Artikelen 10 tot 12

Artikel 10 wordt zonder opmerkingen aangenomen met 14 stemmen bij 1 onthouding.

Bij artikel 11 heeft de heer Etienne De Groot een amendement ingediend dat ertoe strekt § 1 te schrappen (1322/2). De indiener is de mening toegedaan dat de CGG ook toegankelijk moeten zijn voor personen die zich niet via een verwijzer aanmelden. (Zie ook het amendement bij artikel 9, §1, 1°).

Het amendement wordt verworpen met 9 stemmen tegen 6.

Artikel 11 wordt unaniem aangenomen met 15 stemmen.

In artikel 12 over de registratie wordt verkeerdelijk verwezen naar artikel 2, 8°, in plaats van naar artikel 2, 6°. De commissie beslist dit bij technische correctie recht te zetten.

Artikel 12 wordt unaniem aangenomen met 15 stemmen.

Artikel 13

De heer Etienne De Groot merkt op dat niet elke patiënt multidisciplinair behandeld moet worden. Als er sprake is van een "multidisciplinair dossier", mogen diegenen die niet rechtstreeks betrokken zijn dan ook inzage in het dossier hebben ? De minister repliceert dat de problematiek van de patiënt altijd van die aard zal zijn dat een multidisciplinaire behandeling vereist is. Volgens de sector niet, zegt het lid. Ware het niet beter te spreken van "centraal" dossier ? Voor elke patiënt die zich aanmeldt wordt een dossier aangelegd, dat bestaat uit een deel met sociale gegevens en een deel met medisch-psychologische gegevens, antwoordt de minister. Men belandt dus direct in de multidisciplinariteit. Het is inherent aan de problematieken die bij

de CGG's thuishoren. Mevrouw Kathy Lindekens is niet gekant tegen multidisciplinaire werking maar vraagt zich af of elke patiënt wel een multidisciplinair probleem heeft. In dat geval is het misschien een aanduiding dat die patiënt niet thuis hoort in een CGG, zegt de minister. In de geestelijke gezondheidszorg mag een probleem nooit vanuit één discipline bekeken worden. De minister verwijst ook naar de memorie van toelichting: "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". De minister wil er uitdrukkelijk voor pleiten de formulering te behouden. Overigens is ze zo ook opgenomen in de bestaande regelgeving.

Artikel 13 wordt unaniem aangenomen met 15 stemmen.

Artikelen 14 tot 17

In artikel 14 is sprake van de deontologie. De heer Etienne De Groot vraagt of het om de medische deontologie gaat. De minister antwoordt bevestigend. Wordt het advies van de Nationale Orde van Geneesheren ingewonnen voor de uitvoering van diet ontwerpdecreet, wil het lid weten. De minister zegt daar geen bezwaar tegen te hebben. Ook van de Vlaamse Gezondheidsraad wordt het advies gevraagd.

De artikelen 14 tot 17 worden zonder verdere opmerkingen unaniem aangenomen met 15 stemmen.

Artikel 18

De heer Bart Vandendriessche, mevrouw Sonja Becq, mevrouw Trees Merckx-Van Goey en de heer Guy Swennen hebben een amendement ingediend dat ertoe strekt op de tweede regel, na het woord "partijen" de woorden "de bestemming en" in te voegen (1322/2). Het is aangewezen dat het decreet expliciet voorziet dat de regering, in overleg, eveneens vastlegt wat er dient te gebeuren met de inkomsten die verkregen worden uit de persoonlijke bijdragen van de patiënten. De minister stemt daarmee in.

Het amendement wordt aangenomen met 9 stemmen bij 6 onthoudingen.

Het aldus geamendeerde artikel 18 wordt aangenomen met dezelfde stemuitslag.

Artikelen 19 en 20

Artikel 19 wordt zonder opmerkingen unaniem aangenomen met 15 stemmen.

Bij artikel 20 heeft de heer Etienne De Groot een amendement ingediend dat ertoe strekt § 2 te schrappen (1322/2). De bepaling in § 2 schept rechtsonzekerheid omdat niet bepaald wordt welke normen gehanteerd worden wanneer bijkomende erkenningsvoorwaarden worden opgelegd. De minister zegt geen bezwaar te hebben tegen dat amendement. Mochten nieuwe situaties nopen tot bijkomende erkenningsvoorwaarden, kan dat altijd aan het parlement voorgelegd worden.

De heer Bart Vandendriessche wijst op de opmerking van de Raad van State die zich afvraagt of § 1, 1°, niet overbodig is gezien het bepaalde in § 1, 9°. Is § 1, 1°, nodig? De minister antwoordt van wel.

Er is een onderscheid tussen "opgericht zijn door" en "de vorm aannemen van". De OCMW's zullen na de goedkeuring van het voorstel van decreet tot wijziging van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn (Parl. St. VI. P. 1998-99, nr. 1335/1/3) een vzw kunnen oprichten. Tot aan die goedkeuring is het legistiek vereist de OCMW's uitdrukkelijk te vermelden. De bepaling is vooral nodig om te voorkomen dat geen enkele van de huidige 84 centra uit de boot valt bij de oprichting van de nieuwe centra. Bepaalde centra zijn nu opgericht door een OCMW.

Het amendement van de heer Etienne De Groot wordt unaniem aangenomen met 15 stemmen.

Het aldus geamendeerde artikel 20 wordt aangenomen met dezelfde stemuitslag.

Artikelen 21 tot 29

De artikelen 21 tot 27 worden unaniem aangenomen met 15 stemmen. Artikel 28 wordt aangenomen met 9 stemmen bij 6 onthoudingen. Artikel 29 wordt unaniem aangenomen met 15 stemmen.

Artikel 30

De heer Etienne De Groot heeft een amendement ingediend dat ertoe strekt in § 1, op de eerste regel, het woord "maximaal" te vervangen door het woord "minimaal" (1322/2). De regeling zoals voorgesteld in het ontwerp van decreet biedt geen waarborgen ten aanzien van de CGG's inzake ondersteuning. Immers, niet de drempel-, maar de plafondtoelage wordt geregeld. In de mate dat het maximum bereikt wordt – wat op korte termijn kan gebeuren daar de beide federaties en de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg nu reeds bijna het vermelde bedrag ontvangen voor hun respectievelijke werkingskosten – is het niet ondenkbaar dat de betrokken organisaties verplicht kunnen worden personeelsleden te ontslaan wegens stijgende loonlasten. De indexering laat geen ruimte voor dergelijke kostenstijgingen.

De minister stelt voor om het woord "maximaal" te schrappen.

De heer Bart Vandendriessche en mevrouw Sonja Becq dienen een amendement in in die zin (1322/2). De inschrijving van een maximumsubsidie is ongebruikelijk.

De heer Marc Olivier merkt op dat de minister als minister van Financiën geen voorstander is van het nominatim inschrijven van kredieten in decreten. De minister beaamt dat waar het gaat om nominatim kredieten voor bepaalde verenigingen. De bepaling hier heeft tot doel de onzekerheid over de multidisciplinaire wetenschappelijke ondersteuning van hun werking in de toekomst weg te nemen. De heer Bart Vandendriessche sluit zich daarbij aan. Het is moeilijk wetenschappers aan te trekken als ze ieder jaar opnieuw in de onwetendheid gelaten worden over verdere werkperspectieven. Hoe moet hun anciënniteit opgevangen worden? De minister antwoordt dat de middelen ter beschikking gesteld worden via een overeenkomst met de regering. De best functionerende verenigingen kunnen volgens de overeenkomst 20 percent reserveren en over een periode van 5 jaar maximaal vijf maal 20 percent van de jaarsubsidie. Daarmee kan de anciënniteit opgevangen worden. Een dergelijke werkwijze zet aan tot zelfverantwoordelijkheid.

Het amendement van de heer De Groot wordt verworpen met 8 stemmen tegen 6.

Het amendement van de heer Vandendriessche en mevrouw Becq wordt aangenomen met dezelfde stemuitslag.

De laatste zin in § 1 luidt als volgt: "De regering bepaalt hoe dit bedrag vermeld in § 1 evolueert in-gevolge indexering". De heer Etienne De Groot vraagt om welke index het gaat: de gewone of de gezondheidsindex. Hij stelt een andere formulering voor: "Dit bedrag wordt aangepast aan de index". Het lid dient daartoe een amendement in (1322/2).

Het amendement wordt unaniem aangenomen met 14 stemmen.

De heer Bart Vandendriessche, mevrouw Sonja Becq, mevrouw Trees Merckx-Van Goey en de heer Guy Swennen hadden een amendement ingediend dat ertoe strekt in § 1, op de vierde regel, de woorden "vermeld in § 1" te schrappen (1322/2). Dit is een technisch amendement. De geschrapte woorden zijn hier zonder betekenis. Door de aanneming van het vorige amendement is dit amendement zonder voorwerp geworden.

Het aldus geamendeerde artikel 30 wordt unaniem aangenomen met 15 stemmen.

Artikel 31

De heer Etienne De Groot heeft een amendement ingediend dat ertoe strekt in § 1, op de eerste regel, het woord "maximum" te vervangen door het woord "minimum" (1322/2). Het amendement is van dezelfde strekking als dat bij artikel 30, § 1.

Mevrouw Sonja Becq en de heer Guy Swennen dienen een amendement in dat ertoe strekt in § 1, op de eerste regel het woord "maximum" te schrappen (1322/2). Er wordt verwezen naar de verantwoording bij het amendement bij artikel 30, § 1.

Het amendement van de heer De Groot wordt verworpen met 9 stemmen tegen 6.

Het amendement van de heer Vandendriessche en mevrouw Becq wordt aangenomen met 8 stemmen bij 7 onthoudingen.

Naar analogie met het amendement bij artikel 30, § 1, dient de heer Etienne De Groot een amendement in dat ertoe strekt § 2 te vervangen door: "§ 2 Dit bedrag wordt aangepast aan de index" (1322/2).

Het amendement wordt unaniem aangenomen met 15 stemmen.

Het aldus geamendeerde artikel 31 wordt aangenomen met dezelfde stemuitslag.

De heer Etienne De Groot heeft een amendement A ingediend dat ertoe strekt het opschrift "HOOFDSTUK VIII – Personeel en leiding van het centrum voor geestelijke gezondheidszorg" te schrappen. Een amendement B strekt ertoe de artikelen 32 en 33 als artikelen 22bis en 22ter in te voegen in Hoofdstuk III – Erkenning van centra voor geestelijke gezondheidszorg (1322/2). Volgens de indiener gaat het hier duidelijk om erkenningsvoorwaarden. Voorgesteld wordt om die criteria in het desbetreffende hoofdstuk op te nemen. De minister is het daar niet mee eens. De betreffende artikelen gaan hier over het personeel en zijn geen directe erkenningsvoorwaarde. Ze bieden garanties zowel ten aanzien van de werkgever als ten aanzien van de werknemer.

De amendementen worden verworpen met 9 stemmen tegen 5.

Artikel 32

De heer Etienne De Groot wil weten waarom geen diplomavereisten in het ontwerpdecreet opgenomen zijn. De minister repliceert dat dat veeleer thuishoort in een uitvoeringsbesluit omdat de nodige soepelheid aan de dag gelegd moet kunnen worden; er ontstaan ook dikwijls nieuwe opleidingen. Voor de diplomavereisten wordt nu vertrokken van de huidige situatie in de CGG's.

De heer Etienne De Groot heeft een amendement ingediend dat ertoe strekt aan § 1 de volgende zin toe te voegen: "De regering bepaalt de overgangsmaatregelen voor de huidige directies in de centra voor geestelijke gezondheidszorg." (1322/2). In het decreet worden de voorwaarden om in aanmerking te komen als leidinggevende bepaald. Evenwel wordt er niet voorzien in overgangsmaatregelen voor de huidige directies. De minister antwoordt dat er op dit ogenblik geen directies zijn. Het amendement is dus zonder voorwerp. De heer De Groot besluit daarop zijn amendement in te trekken.

Hetzelfde lid heeft bij dit artikel nog een ander amendement dat ertoe strekt § 2 te vervangen door

wat volgt: "§ 2. De managementstoelage waarin personeels- en werkingskosten begrepen zijn, is een coëfficiënt op de subsidie-enveloppe. Deze coëfficiënt wordt bepaald door de regering." (1322/2). De indiener is van oordeel dat het beter is te opteren voor een managementstoelage, veeleer dan voor een managersfunctie (of functie van leidinggevende), overeenkomstig de grootte van het CGG, wat neerkomt op een coëfficiënt op de subsidie-enveloppe. Management is immers een zaak van meerdere personen, waarbij de manager veeleer een begeleidende, uitvoerende en coördinerende taak opgedragen krijgt.

De minister antwoordt dat het hier om een onderhandelde bepaling gaat. Als niet over een "functie" van leidinggevende gesproken wordt, is het onvolledig duidelijk dat iemand voor leidinggeven aangewezen wordt. De minister begrijpt de bekommernis van het lid, maar is van oordeel dat in een beginstadium het meer aangewezen is van één functie te spreken. Misschien is daarin op termijn wel meer vrijheid mogelijk.

De heer Bart Vandendriessche wil graag bevestigd horen dat het om een voltijdse functie van leidinggevende gaat. De minister antwoordt bevestigend.

De heer Bart Vandendriessche, mevrouw Sonja Becq, mevrouw Trees Merckx-Van Goey en de heer Guy Swennen hebben een amendement ingediend dat ertoe strekt in § 2, op de vijfde regel, het woord "twintig" te vervangen door het woord "vijftien" (1322/2). Het minimum aantal personeelsleden om in aanmerking te komen voor subsidiëring van de leidinggevende functie wordt met dit amendement teruggebracht van twintig naar vijftien. Dit lijkt de indieners een meer redelijk getal. De minister stemt in met dit amendement. De wijziging houdt geen verhoging in van de subsidie-enveloppe.

Het amendement van de heer De Groot wordt verworpen met 9 stemmen tegen 6.

Het amendement van de heer Bart Vandendriessche, mevrouw Sonja Becq, mevrouw Trees Merckx-Van Goey en de heer Guy Swennen wordt aangenomen met 11 stemmen bij 4 onthoudingen.

Het aldus geamendeerde artikel 32 wordt aangenomen met 9 stemmen bij 6 onthoudingen.

Artikelen 33 tot 36

Artikel 33 wordt zonder opmerkingen unaniem aangenomen met 15 stemmen.

Bij artikel 34 is er een amendement van de heer Bart Vandendriessche, mevrouw Sonja Becq, mevrouw Trees Merckx-Van Goey en de heer Guy Swennen dat ertoe strekt op de laatste regel de woorden "door ambtenaren" te schrappen (1322/2). Dit is een technisch amendement. De geschrapte woorden zijn overbodig.

Het amendement wordt unaniem aangenomen met 15 stemmen.

Het aldus geamendeerde artikel 34 wordt aangenomen met 9 stemmen bij 6 onthoudingen.

Bij artikel 35 hebben mevrouw Sonja Becq, mevrouw Trees Merckx-Van Goey en de heer Guy Swennen een amendement ingediend dat ertoe strekt de woorden "bedoeld in artikel 34" te schrappen. Dit amendement sluit aan bij het amendement op artikel 34 (1322/2).

De minister verduidelijkt dat het de bedoeling is dat de visitatiecommissie gemengd samengesteld is uit ambtenaren en externe deskundigen, zoals de visitatiecommissies in het onderwijs.

Het amendement bij artikel 35 wordt aangenomen met 11 stemmen bij 4 onthoudingen.

Het aldus geamendeerde artikel 35 wordt aangenomen met 9 stemmen bij 4 onthoudingen.

Artikel 36 wordt zonder opmerkingen aangenomen met 14 stemmen bij 1 onthouding.

Artikel 36bis (nieuw)

De heer Bart Vandendriessche, mevrouw Sonja Becq, en de heer Guy Swennen dienen een amendement in dat ertoe strekt een artikel 36bis in te voegen. De genoemde leden wensen daarmee bij wijze van overgangsmaatregel aan de centra voorschotten toe te kennen gedurende een aantal maanden, rekening houdend met de geplande verhoging van de subsidies. De voorgestelde tekst luidt als volgt :

" Artikel 36bis

De centra voor geestelijke gezondheidszorg die overeenkomstig artikel 22 worden erkend vanaf 1 januari 2000, dienen hun beleidsplan zoals bedoeld in artikel 25, in vóór 1 april 2000.

Met het oog op de continuïteit van de subsidiëring wordt aan deze centra in het eerste kwartaal van het jaar 2000 een voorschot toegekend dat gelijk is aan de helft van de som van de in 1999 verleende subsidies aan de centra voor geestelijke gezondheidszorg waarvan de centra die vanaf 1 januari 2000 worden erkend, dezelfde rechtspersoon of rechtsopvolger zijn." (1322/2)

De minister gaat akkoord met de geest van de tekst, maar meent dat het voorgestelde voorschot toch wat hoog ligt. Daarop trekken de indieners hun amendement in en dienen ze een nieuw amendement in dat ertoe strekt een artikel 36bis in te voegen dat luidt als volgt :

" Artikel 36bis

De centra voor geestelijke gezondheidszorg die overeenkomstig artikel 22 worden erkend vanaf 1 januari 2000, dienen hun beleidsplan zoals bedoeld in artikel 25, in vóór 1 april 2000.

Met het oog op de continuïteit van de subsidiëring wordt aan deze centra, in afwachting van de ondertekening van de overeenkomsten, maandelijks een voorschot toegekend. Dat voorschot is gelijk aan 1/12de van de som van de in 1999 verleende subsidies aan de centra voor geestelijke gezondheidszorg waarvan de centra die vanaf 1 januari 2000 worden erkend, dezelfde rechtspersoon of rechtsopvolger zijn, verhoogd met 5 percent werkingskosten en 1/12de van de kostprijs voor een leidinggevende functie." (1322/3)

Het amendement tot invoeging van een artikel 36bis wordt aangenomen met 11 stemmen bij 4 onthoudingen.

Artikel 37 (nieuw artikel 38)

De heer Etienne De Groot heeft een amendement ingediend dat ertoe strekt aan artikel 37 de woorden "met een overgangperiode van drie maanden" toe te voegen (1322/2). Het amendement gaat

uit van dezelfde bekommernis als het amendement tot invoeging van een artikel 36bis, zegt de indier. Hoewel een aantal CGG's nu reeds klaar zijn voor een eventuele toepassing van het ontwerpdecreet, blijft toch de vraag naar een overgangperiode, waarin de andere CGG's op zijn minst de tijd krijgen om zich in regel te stellen.

Het amendement wordt verworpen met 9 stemmen tegen 6.

Artikel 37 wordt unaniem aangenomen met 15 stemmen.

4. Stemming over het geheel

Het aldus geamendeerde ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheidszorg wordt aangenomen met 14 stemmen bij 1 onthouding.

De verslaggever,

De voorzitter,

Bart

Trees

VANDENDRIESSCHE MERCKX-VAN GOEY

TEKST AANGENOMEN DOOR DE COMMISSIE**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, zoals bedoeld in hoofdstuk IIbis van het besluit van de Vlaamse regering van 31 juli 1991 inzake gezondheidspromotie, ingevoegd bij besluit van de Vlaamse regering van 19 december 1997 ;
- 3° 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 ;
- 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 verantwoorde zorg en dit met het oog op de zelfevaluatie van het centrum voor geestelijke gezond-

heidszorg 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, 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 regering voorziet in kaderprotocollen tussen de gezondheids- en welzijnssectoren en de sector “centra voor geestelijke gezondheidszorg” ten-

einde 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 tweedelijnsgezondheidsvoorziening ;
- 2° stelt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg het belang van de patiënt centraal ;
- 3° schenkt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg uitdrukkelijk aandacht aan kinderen, ouderen 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 in logistieke ondersteuning ;
- 5° functioneert het centrum voor geestelijke gezondheidszorg binnen één of meer 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 zijn verwijzers en werkt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg samen met eerstelijnsgezondheids- en welzijnsvoorzieningen binnen zijn 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 zijn medewerking aan preventieve acties die kaderen in het verlengde van zijn opdracht en die gericht zijn op specifieke risicogroepen in de bevolking en sluit daartoe samenwerkingssakkoorden 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 of in geval van acute crisissituaties.

§ 3. Teneinde de effectiviteit, uniformiteit en professionaliteit van de aanpak van de drugproblematiek te vrijwaren, doen de centra voor geestelijke gezondheidszorg een 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, 8°. 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 hem 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, 6°, 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 be-

roepsgeheim, 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 zijn bereikbaarheid tijdens de sluitingsuren.

Artikel 17

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

Artikel 18

De regering bepaalt na overleg met alle betrokken partijen de bestemming en 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 bepaalt de procedure voor de erkenningsaanvraag en de modaliteiten voor de erkenning.

§ 3. 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 12 miljoen frank ter beschikking voor multidisciplinaire wetenschappelijke ondersteuning. Dit bedrag wordt aangepast aan de index.

§ 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 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. Dit bedrag wordt aangepast aan de index.

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 vijftien 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 zijn 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 zijn 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.

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 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

De centra voor geestelijke gezondheidszorg die overeenkomstig artikel 22 worden erkend vanaf 1 januari 2000, dienen hun beleidsplan zoals bedoeld in artikel 25, in vóór 1 april 2000.

Met het oog op de continuïteit van de subsidiëring wordt aan deze centra, in afwachting van de ondertekening van de overeenkomsten, maandelijks een voorschot toegekend. Dit voorschot is gelijk aan 1/12 van de som van de in 1999 verleende subsidies aan de centra voor geestelijke gezondheidszorg waarvan de centra die vanaf 1 januari 2000 worden erkend, dezelfde rechtspersoon of de rechtsopvolger zijn, verhoogd met 5 percent werkingskosten en 1/12 van de kostprijs voor een leidinggevende functie.

Artikel 38

Dit decreet treedt in werking op 1 januari 2000.
