



Vlaams  
Parlement

ingediend op **1840** (2018-2019) – Nr. 2  
18 maart 2019 (2018-2019)

## **Verslag**

namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin  
uitgebracht door Björn Anseeuw en Vera Jans

over het ontwerp van decreet

betreffende de organisatie en ondersteuning  
van het geestelijke gezondheidsaanbod

---

*Samenstelling van de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin:*

*Voorzitter:* Bert Moyaers.

*Vaste leden:*

Ingeborg De Meulemeester, Danielle Godderis-T'Jonck, Lorin Parys, Peter Persyn, Elke Sleurs,  
Tine van der Vloet;

Griet Coppé, Cindy Franssen, Vera Jans, Katrien Schryvers;

Freya Saeys, Martine Taelman;

Bert Moyaers, Freya Van den Bossche;

Elke Van den Brandt.

*Plaatsvervangers:*

Björn Anseeuw, Cathy Coudyser, Koen Daniëls, Lies Jans, Manuela Van Werde, Elke Wouters;

Sonja Claes, Dirk de Kort, Jamila Hamddan Lachkar, Tinne Rombouts;

Jo De Ro, Laurence Libert;

Jan Bertels, Bart Van Malderen;

Elisabeth Meuleman.

*Toegevoegde leden:*

Ortwin Depoortere.

Documenten in het dossier:

**1840** (2018-2019) – Nr. 1: Ontwerp van decreet

## INHOUD

I.	Toelichting door Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin .....	4
1.	Situering.....	4
1.1.	Evoluties in de internationale en Vlaamse samenleving.....	5
1.2.	Toegankelijkheid van passende geestelijke gezondheidszorg .....	6
1.3.	Nieuwe Vlaamse bevoegdheden door de zesde staatshervorming....	7
2.	Doelstellingen van het ontwerp van decreet .....	7
2.1.	Niet enkel inzetten op individugerichte zorg maar ook op populatiegerichte acties. ....	8
2.2.	Verbeteren van de toegankelijkheid en aanvaardbaarheid van het geestelijke gezondheidsaanbod.....	8
2.3.	Heroriëntering van de principes die de zorg voor personen met psychische zorgnoden en hun context vorm geven .....	9
2.4.	Veranderingen in de organisatie van het geestelijke gezondheidsaanbod.....	10
3.	Het geestelijke gezondheidsaanbod georganiseerd in zorgniveaus en geestelijke gezondheidsnetwerken, en ingedeeld in functies en programma's.....	10
3.1.	De opdeling van de individugerichte zorg in zorgniveaus.....	11
3.2.	De opdeling van het geestelijke gezondheidsaanbod in kernopdrachten van zorgvoorzieningen, andere professionals die betrokken zijn bij geestelijke gezondheidszorg en initiatieven van vrijwillige en informele zorg of ondersteuning, functies genaamd .	11
3.3.	De samenwerking van de professionele, vrijwillige en informele zorg en ondersteuning over de zorgniveaus heen in geestelijke gezondheidsnetwerken .....	12
3.4.	Ervaringsdeskundigheid in het geestelijke gezondheidsaanbod .....	12
3.5.	Oprichting van een comité geestelijke gezondheidsnetwerken en van partnerorganisaties voor het geestelijke gezondheidsaanbod .	13
II.	Algemene bespreking .....	13
III.	Artikelsgewijze bespreking .....	24
IV.	Stemming over het geheel .....	26
	Gebruikte afkortingen .....	27

De Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin besprak het ontwerp van decreet betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod, tijdens haar vergadering van 26 februari 2019 en 12 maart 2019.

## **I. Toelichting door Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin**

### **1. Situering**

Vlaanderen erkent – net zoals andere overheden in België – de steeds toenemende nood aan een grondige hervorming van de geestelijke gezondheidszorg. De laatste decennia zijn er een aantal evoluties gaande – zowel op internationaal, Europees als Vlaams niveau – die zorgwekkend zijn. Andere ontwikkelingen bieden opportuniteiten. Minister *Jo Vandeurzen* benadrukt dat dit ontwerp van decreet een toekomstgericht kader wil realiseren waarin de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg zich zal moeten inbedden. Een kader waarin netwerken en functies centraal staan in plaats van voorzieningen en aanbod, een kader vertrekkend vanuit informele zorg en betrekken van de context, een kader met validering van ervaringsdeskundigheid enzovoort. Tegelijk moet een aantal bewegingen die zich reeds jarenlang manifesteren, zoals bijvoorbeeld de realisatie van de netwerken geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren, en voor volwassenen gebaseerd op de respectievelijke gidsen, in regelgeving worden omgezet. Ter plaatste blijven trappelen vanwege de complexe bevoegdheidsverdeling in de geestelijke gezondheidszorg is niet langer een optie.

Dit ontwerp van decreet bouwt voort op heel wat beleidsinitiatieven van de afgelopen jaren. Het is volledig gebaseerd op de contouren van het Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019 dat de Vlaamse Regering in mei 2017 definitief goedgekeurd heeft, evenals op de conclusies van de hoorzittingen daarover (*Parl.St.* VI.Parl. 2016-17, nrs. 1177/1 en 2). Daarnaast worden er nog een aantal andere beleidsinitiatieven als uitgangspunt genomen zoals onder meer de conceptnota Verslavingszorg, de Gezondheidsconferentie Preventie in 2016, de Eerstelijnsconferentie in 2017, het Vlaamse Actieplan Autisme, de oriëntatienota 'Geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken in België', of het witboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België. Dit ontwerp biedt een kader waarin de respectievelijke sectoren waarvoor Vlaanderen bevoegd is, zich zullen moeten manifesteren.

Het decreet van 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg, dat na wijziging het decreet van 18 mei 1999 betreffende de centra voor geestelijke gezondheidszorg zal worden, en het Overnamedecreet van 6 juli 2018 blijven van kracht. Er is ook nauwe aansluiting gerealiseerd met het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, het Woonzorgdecreet van 15 februari 2019, het ontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders (*Parl.St.* VI.Parl. 2018-19, nr. 1878/1), het Kwaliteitsdecreet van 17 oktober 2003 of het Preventiedecreet van 21 november 2003.

Het ontwerp van decreet is nauw afgestemd met de belangrijkste stakeholders uit het werkveld, met de patiënten- en familieorganisaties, en met beroepsverenigingen, die allemaal vertegenwoordigd zijn in het Structureel Overleg Geestelijke Gezondheid. Daarnaast is er ook intensief afgestemd met de federale overheid en andere gemeenschappen en gewesten in de schoot van de IMC

Volksgezondheid. Dat heeft geleid tot een IMC-fiche met duidelijke afspraken die op 2 juli 2018 door de ministers bevoegd voor geestelijke gezondheid bekrachtigd zijn. De fiche handelt specifiek over de wettelijke initiatieven ter implementatie van de gidsen geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren, en voor volwassenen. Uit de goedgekeurde fiche, die naar aanleiding van de ontwikkeling van dit ontwerp van decreet ontwikkeld is, citeert minister Jo Vandeurzen: "Het is, gezien de complexe bevoegdheidsverdeling van de geestelijke gezondheidszorg, voor de hand liggend dat via een op te stellen samenwerkingsovereenkomst gegarandeerd kan worden dat er een uniform en coherent beleid gevoerd wordt m.b.t. de realisatie van netwerken. De IMC belast de IKW 'taskforce ggz' met de uitwerking van een afspraken- en procedureel kader waarbinnen de wettelijke initiatieven vanuit de verschillende overheden ter implementatie van de gidsen (realisatie netwerken, functies en programma's, ...) in de toekomst afgestemd zullen worden.". Ongeacht de nood aan een toekomstig samenwerkingsakkoord legt dit ontwerp van decreet de fundamenten van de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg van de toekomst vast.

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

De fundamenten van dit ontwerp van decreet zijn gebaseerd op een onderzoeksopdracht die aan het Steunpunt WVG werd toevertrouwd.

De impact van psychische aandoeningen op ongezondheid neemt toe. Wereldwijd wint de relatieve impact van psychische aandoeningen als oorzaak van ongezondheid aan belang. Deze impact wordt zoals aangegeven door de WGO gemeten aan de hand van het aantal levensjaren dat een bevolkingsgroep verliest ten gevolge van vroegtijdig overlijden of beperking veroorzaakt door een ziekte. Dat zijn de zogenaamde disability-adjusted life years of DALY's. Het aantal DALY's ten gevolge van psychische aandoeningen en verslaving is de voorbije decennia in België gestegen. In 1990 bedroeg het aantal DALY's ten gevolge van psychische aandoeningen en verslaving in België 7,4 percent, en in 2015 8,8 percent van het totale aantal DALY's. Deze cijfers impliceren onder andere dat de ziektelast door psychische aandoeningen en verslaving in België al groter geworden is dan de ziektelast die het gevolg is van neurologische aandoeningen.

De impact van de vergrijzing op de zorgsector is bekend. In 2010 was in Vlaanderen 18 percent van de bevolking ouder dan 65 jaar. Voor 2030 verwacht men een toename tot 24 percent, en in 2060 tot 27 of 28 percent. Met de stijgende leeftijd veranderen de zorgnoden. Ze zijn niet altijd acuut van aard en vragen niet altijd om technologisch complexe behandelingen. Het zijn vaak vragen over het dagelijkse leven die zich kunnen situeren op verschillende levensdomeinen tegelijkertijd. De complexiteit van de zorgnoden zit in de context, in relaties of het gebrek daaraan, in het samenbrengen van informele en formele zorg, in het vinden van een goed samengaan tussen gebruiker en zorgverlener. Dat alles om tot aanvaardbare en passende zorg te komen.

Het biomedische model blijft hoog aangeschreven in de gezondheidszorg. Het bio-psychosociale model bestaat reeds decennialang, nochtans blijft dit model tot op vandaag in verschillende gezondheidssectoren moeilijk ingang vinden. In de context van de sterke toename van het aantal chronische ziektes worstelen de biomedische gezondheidszorgsystemen met de verbetering van de behandelingsresultaten zoals deze gerapporteerd worden door de cliënten zelf. Zeker in het

kader van chronische zorgnoden schiet het biomedische model tekort. Er is nood aan een nieuw zorgmodel met een andere visie op beperking en herstel.

Nieuwe visies op beperking komen steeds meer naar voren. In toenemende mate erkennen samenlevingen dat er veel perspectieven zijn van waaruit men naar lichamelijke, mentale, psychische of sociale beperkingen kan kijken. Vooral de visies op veerkracht en sterkte, en nieuwe soorten van competenties, komen op de voorgrond te staan en openen perspectieven voor inclusie en participatie. Zeker de hoge-inkomenslanden evolueren meer en meer in de richting van volwaardig burgerschap voor personen met een (psychische) beperking.

De herstelbeweging uitgaande van personen met een psychische kwetsbaarheid manifesteert zich steeds meer. Het begrip 'herstel' verwijst naar een intens persoonlijk en uniek proces dat iemands attitudes, waarden, gevoelens, doelen, vaardigheden en rollen verandert. Het is een manier om een hoopvol leven te leiden dat voldoening geeft en waarin personen ook bijdragen tot de samenleving. Belangrijke herstelprocessen zijn: verbondenheid opbouwen, hoop en optimisme over de toekomst opbouwen, (her)installeren van zelfcontrole, persoonlijke zingeving zoeken en empowerment.

### 1.2. Toegankelijkheid van passende geestelijke gezondheidszorg

Vanuit deze internationale en Vlaamse evoluties kunnen uitdagingen met betrekking tot de toegankelijkheid van passende geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen en in andere hoge inkomenslanden geformuleerd worden.

Er is sprake van een behandelingskloof wanneer personen met een reële nood of problematiek geen toegang krijgen tot passende zorg of behandeling. In vergelijking met fysieke problemen zijn de onvervulde zorgnoden met betrekking tot psychische problemen zoals depressie of psychose meer uitgesproken. De behandelingskloof heeft niet enkel te maken met de beschikbaarheid en organisatie van de geestelijke gezondheidszorg, maar ook met karakteristieken van personen die psychische problemen ervaren. Internationaal onderzoek toont aan dat de personen die langer wachten dan gemiddeld om hulp te zoeken jong, oud, man en laag opgeleid zijn, in armoede leven of behoren tot een etnische minderheid. Voor deze groepen moet extra aandacht besteed worden aan de toegankelijkheid en aanvaardbaarheid van het geestelijke gezondheidsaanbod. België beschikt amper over data over de prevalentie van ernstige psychische aandoeningen en heeft geen data over de behandelingskloof bij deze groep van personen.

Samen met de behandelingskloof is er sprake van overbehandeling in Europa en in België. België in het bijzonder is een constante wereldleider als het gaat om het aantal psychiatrische ziekenhuisbedden en het aantal opnames per honderdduizend inwoners. Een ander voorbeeld van overbehandeling is het gebruik van psychofarmaca. Er kan worden gesteld dat psychofarmaca voorgeschreven worden voor grote groepen van personen die niet lijden aan de ziektebeelden waarvoor antidepressiva en antipsychotica wel effectief zijn.

Het is reeds lang geweten dat de levensverwachting van personen met psychische zorgnoden substantieel korter is dan deze van de algemene bevolking. Deze lagere levensverwachting is te wijten aan leefstijlerisicofactoren, onnatuurlijke doodsoorzaken, gebruik van medicatie voor de psychische

aandoening die ook nadelige effecten kunnen hebben voor de persoon, en ongelijke behandeling van somatische klachten.

Alle wetenschappelijke evidentie suggereert dat personen met psychische zorgnoden van over heel de wereld stigma en discriminatie ervaren. Stigma heeft belangrijke negatieve gevolgen zoals verminderde toegang tot opleiding en werk, tot passende gezondheidszorg, tot wettelijke beschermingsmaatregelen, tot sociale relaties of sociale participatie en inclusie. Daarenboven lijkt – tenminste in hoge inkomenslanden – de vermaatschappelijking van de zorg nog niet zoveel impact gehad te hebben op het stigma dat ervaren wordt door personen met psychische zorgnoden. Daartegenover staat dat er in Europa en Vlaanderen meer evidentie komt voor het feit dat lokale antistigma-interventies kennis, attitudes en gedrag kunnen verbeteren, zeker wanneer ervaringsdeskundigen een actieve bijdrage leveren tot deze antistigma-acties.

### 1.3. Nieuwe Vlaamse bevoegdheden door de zesde staatshervorming

Op beleidsmatig vlak is de geestelijke gezondheidszorg van Vlaanderen op een keerpunt beland en staat ze voor een grote hervorming. De Vlaamse Gemeenschap was reeds volledig bevoegd voor de cgg's en de preventieve gezondheidszorg. Thans is er ook de volledige bevoegdheid bijgekomen voor de psychiatrische verzorgingstehuizen, de initiatieven beschut wonen, de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg en de revalidatie. Daarnaast is de Vlaamse Gemeenschap principieel bevoegd geworden voor het vaststellen van erkenningsnormen voor de psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen en de psychiatrische ziekenhuizen. Dit ontwerp van decreet wil de opdrachten van de Vlaamse zorgvoorzieningen in een ruimer kader plaatsen, gericht op het versterken van de geestelijke gezondheid van elke Vlaamse burger, in plaats van louter op de geestelijke gezondheidszorg. Er zijn duidelijke keuzes gemaakt en nieuwe accenten gelegd, vertrekkende vanuit de beschreven evoluties en uitdagingen.

## 2. Doelstellingen van het ontwerp van decreet

De doelstellingen zijn ambitieus. Het ontwerp van decreet regelt de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod, en heeft als doel in samenwerking met de gebruiker, de bevolking en de professional als gelijkwaardige partners, de geestelijke gezondheid te waarborgen door het waarderen, beschermen en versterken van de geestelijke gezondheid op individueel en publiek niveau, en door het garanderen van een kwaliteitsvolle zorg voor geestelijke gezondheid in alle sectoren van de samenleving, die bovendien tijdig toegankelijk en aanvaardbaar is voor iedereen; geïntegreerd is in het hele gezondheids- en welzijnslandschap, op een transparante en consistente manier onderbouwd is met de recentste wetenschappelijke inzichten, praktijkkennis en ervaringsdeskundigheid; en gericht is op herstel, levenskwaliteit en participatie van alle gebruikers in een samenleving die vrij is van stigma en discriminatie.

Uiteraard kan Vlaanderen deze doelstellingen slechts nastreven voor zover zijn bevoegdheden over het geestelijke gezondheidsaanbod reiken. Om deze doelstellingen te realiseren, is het essentieel dat geestelijke gezondheid over beleidsdomeinen heen geïntegreerd aangepakt wordt. Om de realisatie van deze doelstellingen in de toekomst mogelijk te maken, zijn een aantal kwalitatieve veranderingen in het geestelijke gezondheidsaanbod noodzakelijk zodat iedereen in de samenleving zijn geestelijke gezondheid kan behouden en personen met

psychische zorgnoden in het bijzonder hun geestelijke gezondheid kunnen versterken of herstellen.

De vier noodzakelijke hervormingen van het geestelijke gezondheidsaanbod worden in het tweede hoofdstuk van het ontwerp van decreet omgezet in een tiental werkingsprincipes. In de volgende hoofdstukken worden deze werkingsprincipes geconcretiseerd door een aantal nieuwe structuren, regels en ook een nieuwe discipline voor het geestelijke gezondheidsaanbod decretaal te verankeren.

#### 2.1. Niet enkel inzetten op individugerichte zorg maar ook op populatiegerichte acties.

Dit omvat de bevordering van de geestelijke gezondheidscompetenties van alle burgers en de bevordering van destigmatisering van personen met psychische zorgnoden. Met populatiegerichte acties wil het ontwerp van decreet aanvullend werken op het Preventiedecreet van 21 november 2003. Het ontwerp van decreet wil er voornamelijk toe leiden dat alle actoren – gebruikers, hun context en professionals binnen en buiten de (geestelijke) gezondheidszorg – die op een of andere manier betrokken zijn bij individugerichte zorg, bijdragen aan de bevordering van de geestelijke gezondheidscompetenties van burgers en aan de destigmatisering van personen met psychische zorgnoden. De populatiegerichte acties dienen immers zo breed mogelijk gedragen en ondersteund te worden, ook in de geestelijke gezondheidszorg. Daarom ook maken de populatiegerichte acties – naast alle vormen van individugerichte zorg – inherent deel uit van het geestelijke gezondheidsaanbod, zoals deze term gebruikt wordt in dit ontwerp van decreet.

'Health literacy' doelt op het bevorderen van de cognitieve en sociale vaardigheden die bepalen dat mensen de motivatie en mogelijkheid hebben om toegang te hebben tot informatie die een goede gezondheid promoot en onderhoudt, en om deze informatie te begrijpen en juist te gebruiken. Een beperkte health literacy heeft vele nadelige gevolgen. Daarom is het van groot belang dat er ook in Vlaanderen ingezet wordt op verbetering van de (geestelijke) gezondheidscompetenties, en dat reeds van jongs af aan. Dat draagt bij tot de ontwikkeling van hun weerbaarheid en veerkracht op vlak van geestelijke gezondheid. Deze weerbaarheid en veerkracht hebben kinderen en jongeren – en ook volwassenen – nodig opdat ze op een adequate manier zouden kunnen omgaan met moeilijke gebeurtenissen die ze in hun leven tegenkomen. Gezien de ernst van de stigmacijfers ligt het ten slotte voor de hand dat vele actoren betrokken dienen te zijn bij stigmabestrijding in de praktijk. Individuele en collectieve strategieën van (ex-)gebruikers zullen nodig zijn.

#### 2.2. Verbeteren van de toegankelijkheid en aanvaardbaarheid van het geestelijke gezondheidsaanbod

Om de doelstellingen van dit ontwerp van decreet mogelijk te maken, dient de toegankelijkheid en aanvaardbaarheid van het geestelijke gezondheidsaanbod te verbeteren. Dat zal de behandelingskloof van personen met een psychische beperking verkleinen, hetgeen op zijn beurt de impact van psychische aandoeningen en verslavingen op onze gezondheid kan verminderen.

Toegankelijkheid impliceert beschikbaarheid, bereikbaarheid, betaalbaarheid, tijdigheid van zorg, en toegang tot informatie voor iedereen. Dat veronderstelt in



veel gevallen buurtgebonden zorg. Buurtgebonden zorg is een sociaal model dat het welzijn en de kwaliteit van leven van alle buurtbewoners en de versterking van de sociale cohesie beoogt. Het impliceert de uitbouw van generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid op het niveau van de buurten en de wijken. Een centrale figuur is hier allereerst de huisarts. Om de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg te vergroten, dient de zorg aangeboden te worden op plaatsen waar burgers om andere redenen dan deze die gerelateerd zijn aan hun psychische zorgnoden, reeds naartoe gaan. Ook de verdere uitbouw van het online geestelijke gezondheidsaanbod biedt kansen voor het beter toegankelijk – en ook aanvaardbaar – maken van het geestelijke gezondheidsaanbod. Dat is in het bijzonder het geval voor de huidige generatie van kinderen en jongeren die opgegroeid zijn met vele onlinevormen van sociale communicatie, kennisverwerving en leermethodieken. Ten slotte blijft nabijheid ook belangrijk op het niveau van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Actief zelf hulp zoeken in het individugerichte geestelijke gezondheidsaanbod, is afhankelijk van inzicht in de eigen noden, autonomie, plannings- en organisatievaardigheden, en motivatie.

Er is sprake van aanvaardbare zorg wanneer de gebruikers en hun context die zorg kunnen toelaten zodat ze kunnen werken aan hun ontwikkeling, genezing en/of herstel. Aanvaardbaarheid van zorg impliceert persoonsgerichte – bijgevolg vraaggestuurde – zorg. Daarbij staan menselijke waardigheid, respect, integriteit en diversiteit centraal. Om dat te kunnen bereiken, is het nodig dat het geestelijke gezondheidsaanbod vertrekt vanuit de ervaringen van de gebruiker en zijn context, en de diagnostiek van de zorgnoden combineert met de diagnostiek van de sterktes en vaardigheden van de cliënt en zijn context. Daarnaast dient voldoende ingezet te worden op de therapeutische relatie tussen de zorgverlener, de gebruiker en zijn context. Bij persoonsgerichte zorg staat de autonomie van de gebruiker centraal. Het zelfbeschikkingsrecht van iedere persoon blijft ook gelden wanneer het zorgsysteem signalen opvangt van niet-geëxpliciteerde of niet (rechtstreeks) geformuleerde zorgnoden. In deze situaties wordt, indien nodig, outreachende en aanklampende zorg ingezet. Aanklampende zorg is bijvoorbeeld noodzakelijk in situaties waarbij de gerechtelijke overheid de zorg, met akkoord van de gebruiker, als een na te leven voorwaarde heeft opgelegd. Persoonsgerichte, vraaggestuurde zorg focust op de relevantie van het zorgaanbod voor de gebruiker en zijn context. De zorgvraag van de gebruiker omvat daarbij enerzijds de visie van de gebruiker op het doel van de zorg waarnaar hij vraagt, en anderzijds omvat de zorgvraag ook de voorkeur van de gebruiker met betrekking tot de strategie die gehanteerd wordt om dit doel te bereiken.

### 2.3. Heroriëntering van de principes die de zorg voor personen met psychische zorgnoden en hun context vorm geven

Om de doelstellingen van dit ontwerp van decreet mogelijk te maken, is de heroriëntering van een aantal principes die de zorg voor personen met een psychische kwetsbaarheid en hun context vormgeven noodzakelijk. Gealigneerd op het concept 'positieve gezondheid' wil dit ontwerp van decreet specifiek vier zorgprincipes decreetaal verankeren. Het geestelijke gezondheidsaanbod is ontwikkelings-, herstel- en krachtgericht. Het gebruik van dwanginterventies wordt zoveel mogelijk voorkomen en vermeden. De individugerichte zorg vindt plaats in de triade, en wordt afgestemd op de zelfzorg van de gebruiker en de zorg of ondersteuning die aangeboden wordt door zijn context. Ervaringsdeskun-

digheid draagt bij tot kwaliteitsvolle individugerichte zorg en populatiegerichte acties.

#### 2.4. Veranderingen in de organisatie van het geestelijke gezondheidsaanbod

Er is een fundamenteel ander zorgmodel nodig dat de paradigmashift maakt van probleemgerichte naar doelgerichte zorg, en van een aanbodgestuurd naar een persoons- en behoeftegericht model. Deze reorganisatie van het geestelijke gezondheidsaanbod omvat de intensifiëring van een aantal processen die reeds in mindere of meerdere mate aandacht krijgen in de geestelijke gezondheidszorg: de vermaatschappelijking van zorg in al haar aspecten, en zorg aanbieden volgens het subsidiariteitsprincipe, waarbij eerst de meest persoonsgerichte, effectieve, efficiënte, minst ingrijpende en meest kortdurende zorgvorm die mogelijk en nodig is, aangeboden wordt. Van daaruit vertrekkende, wordt de individugerichte zorg in het ontwerp van decreet in vijf zorgniveaus georganiseerd:

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

De bestaande fragmentatie van het zorgaanbod alsook het inzetten op zorg voor verschillende levensdomeinen van de gebruiker en zijn context maakt het nodig dat gezondheidszorgorganisaties, publieke gezondheidsdiensten, welzijnsorganisaties, scholen, opleidingsinstituten en werkgevers meer en beter samenwerken. Deze samenwerking is nodig om de toegankelijkheid, de kwaliteit en de continuïteit van gezondheidsdiensten te verbeteren op een efficiënte manier, vooral voor personen met langdurige en ernstige zorgnoden. Deze samenwerking op organisatorisch niveau wordt aangeduid met de term 'geïntegreerde zorg en ondersteuning'.

### **3. Het geestelijke gezondheidsaanbod georganiseerd in zorgniveaus en geestelijke gezondheidsnetwerken, en ingedeeld in functies en programma's**

De vier hervormingen van het geestelijke gezondheidsaanbod worden in het ontwerp van decreet omgezet in een aantal werkingsprincipes. Om de implementatie van deze werkingsprincipes in het geestelijke gezondheidsaanbod mede mogelijk te maken, regelt de Vlaamse overheid in dit ontwerp van decreet de opdeling van de individugerichte zorg in zorgniveaus; de opdeling van het geestelijke gezondheidsaanbod in kernopdrachten van zorgvoorzieningen, andere professionals die betrokken zijn bij de geestelijke gezondheidszorg en initiatieven van vrijwillige en informele zorg of ondersteuning, functies genaamd; de samenwerking van de professionele, vrijwillige en informele zorg en ondersteuning over de zorgniveaus heen in geestelijke gezondheidsnetwerken; de tewerkstelling of inzet op vrijwillige basis van ervaringsdeskundigen; en de

oprichting van een comité geestelijke gezondheidsnetwerken en partnerorganisaties voor het geestelijke gezondheidsaanbod.

### 3.1. De opdeling van de individugerichte zorg in zorgniveaus

Zoals eerder vermeld, wordt de individugerichte zorg in vijf zorgniveaus georganiseerd. Die zorgniveaus zijn tot stand gekomen op basis van drie criteria: geografische spreiding, doelgroep en de specialisatiegraad van het geestelijke gezondheidsaanbod. Deze opdeling van de individugerichte zorg in zorgniveaus is noodzakelijk om het zorglandschap leesbaar te maken en te houden voor de gebruiker en zijn context. Vanzelfsprekend zullen de achterliggende geografische afbakeningen en spreiding gebaseerd worden op de regio-afbakening vanuit de Eerstelijnsconferentie, namelijk de eerstelijnszones en de regionale zorgzones.

### 3.2. De opdeling van het geestelijke gezondheidsaanbod in kernopdrachten van zorgvoorzieningen, andere professionals die betrokken zijn bij geestelijke gezondheidszorg en initiatieven van vrijwillige en informele zorg of ondersteuning, functies genaamd

De Vlaamse overheid wil het geestelijke gezondheidsaanbod zowel populatiegericht als individugericht verder uitbouwen. Deze populatiegerichte acties en individugerichte zorg worden vertaald in functies. Functies zijn kernopdrachten die worden uitgevoerd door zorgvoorzieningen, initiatieven van vrijwillige en informele zorg of ondersteuning, partners uit andere sectoren van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, en partners uit andere beleidsdomeinen die al dan niet als zodanig door de Vlaamse Gemeenschap worden erkend of gefinancierd.

Er wordt om verschillende redenen geopteerd voor de opdeling van het geestelijke gezondheidsaanbod in functies:

- het geestelijke gezondheidsaanbod kan vraaggestuurd georganiseerd worden wanneer het inhoudelijk opgedeeld is in kernopdrachten die een gepast antwoord bieden op zorgnoden en/of zorgvragen van de gebruiker en zijn context en op geestelijke gezondheidsbehoeften van burgers uit de samenleving;
- de continuïteit van het geestelijke gezondheidsaanbod kan worden verbeterd wanneer de inhoud van het geestelijke gezondheidsaanbod rechtstreeks gelinkt wordt aan de zorgvragen en zorgnoden in plaats van aan de voorziening of dienst waar de zorg of ondersteuning aangeboden wordt;
- en de kosteneffectiviteit van het zorgmodel kan verbeteren indien het (financieel) management van de individugerichte zorg in de toekomst kan gebeuren over sectoren en soorten van voorzieningen heen. De inhoudelijke opdeling van het geestelijke gezondheidsaanbod in functies maakt de erkenning en financiering van vraaggerichte zorg in de toekomst mogelijk.

Er worden zeven functies, die zowel populatiegericht als individugericht ingevuld worden, onderscheiden. Functie A bevordert geestelijke gezondheidscompetenties en destigmatisering en functie B ondersteunt context en ervaringsdeskundigen die actief zijn in het geestelijke gezondheidsaanbod. De functies die individugericht ingevuld worden, zijn:

- functie C: detectie, vroegtijdige en kortdurende interventies;
- functie D: gespecialiseerde diagnostiek;
- functie E: gespecialiseerde behandeling; en
- functie F: rehabilitatie gericht op inclusie in alle levensdomeinen (wonen, vorming, werk, vrije tijd en ontmoeting).

Functie G is gericht op de samenwerking tussen de netwerkpartners binnen de geestelijke gezondheidsnetwerken, en op de samenwerking tussen deze netwerkpartners en partners uit andere sectoren van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin of partners uit andere beleidsdomeinen die niet behoren tot geestelijke gezondheidsnetwerken. Het betreft de uitwisseling en samen inzetten van expertise binnen en buiten de gezondheidszorg.

Voor specifieke doelgroepen – groepen met specifieke zorgnoden – kunnen de functies vertaald worden in een specifiek individugericht zorgaanbod. Hierbij worden functies op een specifieke manier geschakeld en wordt het aanbod ervan vastgelegd in verschillende mogelijke zorgvormen. Dit worden programma's genoemd. Het ontwerp van decreet creëert de mogelijkheid, maar legt zelf nog geen doelgroepen of programma's vast.

### 3.3. De samenwerking van de professionele, vrijwillige en informele zorg en ondersteuning over de zorgniveaus heen in geestelijke gezondheidsnetwerken

Om de toegankelijkheid, de kwaliteit en de continuïteit van (geestelijke) gezondheidszorg te verbeteren op een efficiënte manier, vooral voor personen met langdurige en ernstige psychische zorgnoden, is het nodig dat de actoren op organisatorisch niveau samenwerken in geestelijke gezondheidsnetwerken. Op deze manier zet dit ontwerp van decreet in op geïntegreerde zorg en ondersteuning. De huidige netwerken geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren en voor volwassenen, die hun juridische basis vinden in artikel 11 en 107 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen (hierna: de federale Ziekenhuiswet) dienen als basis voor de toekomstige Vlaamse erkenning van de netwerken.

De opdracht van de geestelijke gezondheidsnetwerken bestaat erin het geestelijke gezondheidsaanbod en functies te faciliteren en optimaliseren in samenwerking met de vertegenwoordigers van gebruikers en hun context. Concreet houdt dat in dat het geestelijke gezondheidsnetwerk:

- een of meerdere aanspreekpunten organiseert waar de gebruikers en hun context terecht kunnen voor informatie in verband met passende zorg en de toegang;
- de uitvoering van de functies in verschillende zorgvormen (online, mobiel, ambulante of residentiële) en in het eigen geestelijke gezondheidsnetwerk faciliteert en optimaliseert;
- een zorgstrategisch plan opmaakt;
- integrale en continue zorg en ondersteuning optimaliseert en faciliteert door het opstellen van afspraken voor de verwijzing van de individuele gebruiker en zijn context op elk mogelijk moment van het zorgtraject van de gebruiker en door het stimuleren van het inzetten van de zorgcoördinator en het gebruik van casemanagement op het niveau van de individuele gebruiker met ernstige en langdurige psychische zorgnoden en zijn context.

### 3.4. Ervaringsdeskundigheid in het geestelijke gezondheidsaanbod

De bijdrage van ervaringsdeskundigen aan een kwaliteitsvol geestelijke gezondheidsaanbod wordt ten volle erkend, en dit op het niveau van de directe individugerichte zorg en populatiegerichte acties, op het niveau van de geestelijke gezondheidsnetwerken en op het niveau van het Vlaams geestelijke gezondheidszorgbeleid. Daarom neemt dit ontwerp van decreet de ervaringsdeskundige op als nieuwe discipline in het geestelijke gezondheidsaanbod. Betaalde

tewerkstelling en/of inzet op vrijwillige basis van ervaringsdeskundigen wordt mogelijk op elk van deze drie niveaus. Deze ervaringsdeskundigheid moet overigens in het brede veld van welzijn en gezondheid gepositioneerd en tegelijk geïntegreerd worden met als doelstelling om vaak kwetsbare groepen te informeren, te versterken en toe te leiden naar het aanbod van zorg en ondersteuning. Het betreft steeds ervaringsdeskundigheid zowel vanuit het perspectief van gebruikers als vanuit het perspectief van de context van gebruikers.

Op dit moment bestaan er nog geen door de Vlaamse overheid erkende opleidingen voor ervaringsdeskundigen, maar enkele opleidingsinstituten in Vlaanderen hebben die ambitie. Dit ontwerp van decreet maakt het mogelijk dat er partnerorganisaties aangeduid worden door de Vlaamse Regering die instaan voor de toeleiding naar en sensibilisering voor de opleidingen tot ervaringsdeskundige, de kwaliteit van de opleidingen bewaken, en erop toezien dat de voorwaarden voor de betaalde tewerkstelling of inzet op vrijwillige basis van ervaringsdeskundigen in het geestelijke gezondheidsaanbod ingevuld worden.

### 3.5. Oprichting van een comité geestelijke gezondheidsnetwerken en van partnerorganisaties voor het geestelijke gezondheidsaanbod

De Vlaamse overheid wil, middels dit comité, in overleg gaan met de geestelijke gezondheidsnetwerken, vertegenwoordigers van de gebruikers en van de context van de gebruikers over het kader, de procedures en instrumenten die gehanteerd worden voor de uitvoering van de opdrachten van de geestelijke gezondheidsnetwerken, en over het verloop van de uitvoering van deze opdrachten, welke opportuniteiten en belemmerende factoren er zich voordoen.

Het geestelijke gezondheidsaanbod dient geïntegreerde, kwaliteitsvolle individugerichte zorg en populatiegerichte acties te realiseren die onderbouwd zijn met de meest recente wetenschappelijke inzichten, praktijkkennis en ervaringsdeskundigheid. Gezien de weg die af te leggen is voor de realisatie van deze ambitieuze doelstellingen, is het belangrijk dat de actoren van het geestelijke gezondheidsaanbod door een aantal organisaties ondersteund worden bij de uitvoering. Deze partnerorganisaties hebben een of meerdere opdrachten: methodiekwikkeling, belangenbehartiging van gebruikers of context, ondersteuning van ervaringsdeskundigheid van gebruikers of context, ondersteuning van de geestelijke gezondheidsnetwerken of de organisatie van een ombudsfunctie die geen onderdeel uitmaakt van een zorgvoorziening. De partnerorganisaties die deze opdrachten opnemen, bouwen voort op bestaande organisaties, zoals het Vlaams Patiëntenplatform en het Familieplatform Geestelijke Gezondheid, of op nieuwe organisaties die net een transitie- of integratieproces achter de rug hebben om te anticiperen op dit ontwerp van decreet, zoals het Vlaams Steunpunt Geestelijke Gezondheid en het Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid.

## II. Algemene bespreking

*Vera Jans* roemt het belang van het ontwerp van decreet voor de geestelijke gezondheid, maar ook ter hervorming van het aanbod. Gezondheidszorg is een basisrecht en moet toegankelijk, betaalbaar, patiëntgericht, tijdig, doelmatig en kwaliteitsvol zijn. Dat geldt eveneens voor geestelijke gezondheidszorg. Eén op vier krijgt immers vroeg of laat af te rekenen met min of meer ernstige psychische problemen. Verschillende evoluties, intern en internationaal, en de nieuwe visies op zorg stellen uitdagingen aan de Vlaamse geestelijke gezond-

heidszorg. De zesde staatshervorming heeft een hele cascade aan hervormingen in gang gezet. Daarnaast is er de terugbetaling van de psychotherapie.

CD&V acht medische hulp essentieel in de aanpak van de psychische en psychologische problemen, maar een sterk geestelijke gezondheidszorgbeleid omvat meer, bijvoorbeeld sociaal-cognitieve aspecten. Net daarom is een omvattende aanpak nodig, die zowel de behandeling van als de zorg voor personen omvat, een individuerichte zorg met maatregelen om de geestelijke gezondheidszorg van de volledige bevolking te bevorderen met populatiegerichte acties en preventie, zelfzorg en vroegdetectie, gecombineerd met destigmatisering. Een dergelijke aanpak vergt duidelijke kaders die de actoren in staat stellen om een beleid op lange termijn te ontwikkelen, met garanties voor het zorgaanbod voor bestaande maar ook nieuwe doelgroepen, een evenwichtige spreiding over doelgroepen, over regio's en met duidelijke criteria.

Het ontwerp van decreet komt geheel tegemoet aan die beleidsvisie en vormt daarmee een stevig fundament voor de toekomstige organisatie van de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg. De geestelijke gezondheidszorg wordt georganiseerd in netwerken, functies en zorgniveaus. Alle netwerken moeten zo breed en zo intersectoraal mogelijk zijn om tot 'health in all policies' te komen. Zo worden ook alle mogelijke partners uit de verschillende beleidsdomeinen in de besluitvorming ingesloten. Door de opdeling in zorgniveaus, zelfzorg, zorg door de context en informele zorg, generalistische basiszorg naast gespecialiseerde zorg en functies kan er waar nodig gericht en inclusief gewerkt worden en waar het moet specialistisch. Uiteraard dient er afstemming te zijn met de eerstelijnszones en de regionale zones.

Het is positief dat het klassieke sectorverhaal verlaten wordt. In plaats van te versterken wat er is, wordt er gekeken naar de inhoud: welke zorg en ondersteuning komt wie toe. Het doel is een betere geestelijke gezondheid voor iedereen. De geestelijke gezondheidszorg moet sneller en toegankelijker zijn voor meer mensen. De herstelvisie vormt de rode draad, en er is een betere afstemming op de leefwereld van cliënten en patiënten. Ervaringsdeskundigen krijgen een belangrijke rol toebedeeld. Destigmatisering is opgenomen in het ontwerp van decreet. De bouwstenen zijn niet nieuw want staan al uitvoerig en concreet beschreven in het Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019.

Deze keuzes betekenen evenwel een ingrijpende omwenteling van de geestelijke gezondheidszorg. Dat is echter nodig om zorgcontinuïteit en zorg op maat te bieden. Het ontwerp van decreet verlaat de oude werkwijze voor meer samenwerking. Samenwerking tussen de gewesten, met de federale overheid, tussen de diverse zorgactoren in de geestelijke gezondheidszorg en erbuiten, is onontbeerlijk voor geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg. Dat er intens overleg aan het ontwerp van decreet voorafging, was noodzakelijk. Organisatie in netwerken maakt het mogelijk meer verbindingen te leggen met andere sectoren zoals de jeugdhulp, bijvoorbeeld bij agressie, preventie van vrijheidsberoving, thuiszorg, ziekenhuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen, die Vlaams geworden zijn, Onderwijs of Justitie. De zorg wordt meer en meer afgestemd op de leefwereld van mensen, en gelinkt aan andere sectoren die veel contacten hebben met mensen met zorg- en gezondheidsvragen.

Zo wordt er ook gewerkt aan het slechten van het hardnekkige taboe over psychologische en psychiatrische problemen. De tijd dat mensen met psychiatrische problemen als ballast werden weggestopt in grote instellingen, ligt gelukkig ver achter ons. Het stigma zorgt er echter nog voor dat mensen met een psychische kwetsbaarheid of psychiatrisch probleem scheef bekeken of misbegrepen worden waardoor ze bijvoorbeeld minder kansen krijgen op de arbeidsmarkt of moeilijker sociale relaties aangaan. Een betere kennis over

geestelijke gezondheid is cruciaal. Het verhogen van de publieke kennis over de geestelijke gezondheid wordt een expliciete opdracht van alle betrokken organisaties en instellingen. De bevordering van de geestelijke gezondheidscompetenties van alle burgers werkt preventief, en geeft de boodschap dat mentale problemen iedereen kunnen treffen en dat het belangrijk is daarover te kunnen praten.

Bij de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg worden er, naar analogie van de armoedebestrijding, ook stappen gezet in het inzetten van ervaringsdeskundigen. Zij kennen de struikelblokken voor een geslaagde behandeling en kunnen zo zorg helpen verbeteren. Ook de herstelgerichte zorg is in opmars, met aandacht in de hulpverlening voor het perspectief van de patiënt en voor het persoonlijke hersteltraject van elkeen. Ook hierbij kunnen ervaringsdeskundigen een rol spelen. Dat ze geen patiënt, cliënt of hulpverlener zijn, maakt hen geschikt om in dialoog te gaan met cliënten en hulpverleners, maar ook met directies en bestuurders.

Het ontwerp van decreet zorgt ook voor duidelijke taal en eenduidige terminologie. Het focust op een betere en toegankelijker geestelijke gezondheid. De CD&V-fractie zal dit ontwerp van decreet om al die redenen goedkeuren.

*Freya Saeys* herinnert aan de vele discussies over de geestelijke gezondheidszorg, onder andere over het taboe, het betrekken van de context en patiënt, de inbreng van ervaringsdeskundigheid, de capaciteit, het vinden van de juiste hulp, het gebruik van dwang, de overdracht van de federale bevoegdheden of het samenspel met federaal gebleven bevoegdheden. Het ontwerp van decreet is niet alomvattend maar tracht systematiek te brengen in het aanbod. Er is zeker rekening gehouden met bepaalde bekommernissen. Zo komen er campagnes om het taboe te doorbreken, maar ook acties om de geestelijke gezondheidszorg-competenties te verbeteren. Meer inzicht zorgt voor meer begrip.

Het ontwerp van decreet heeft de ambitie om geestelijke gezondheidszorg tijdig toegankelijk te maken, een voorwaarde voor het succes ervan. In de memorie van toelichting wordt buurtgerichte zorg als een van de methodes daartoe naar voren geschoven. Lokale besturen wordt gevraagd hun verantwoordelijkheid te nemen in de uitbouw van buurtgebonden en generalistische basiszorg die thuishoort bij de eerstelijnszone. Het geïntegreerde breed onthaal kan fungeren als wegwijzer maar kan de zorg niet coördineren. *Freya Saeys* vraagt de visie van de minister daarop.

Toegankelijkheid betekent ook tijdig hulp krijgen. Dat is een federaal maar ook een Vlaams probleem aangezien ook de cgg's en de CLB's met lange wachtlijsten kampen, in het bijzonder voor kinderen tussen de zes en elf jaar.

Het betrekken van de persoon met geestelijke problemen en zijn context wordt een werkingsprincipe. Ook ervaringsdeskundigheid krijgt een plaats. De patiënt is in de geestelijke gezondheidszorg een belangrijke actor. In die rol wordt hij officieel erkend. Het gebruik van dwang wordt beperkt tot situaties waar de gezondheid en de veiligheid van mensen in het gedrang komt. Hoever staat het met de initiatieven daartoe?

Uit de hoorzittingen over het Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019 leert de spreker dat er naast de onderbehandeling ook overbehandeling is. Die wordt geschat op 20 percent, en dat in een sector met capaciteitsproblemen. Bij heel wat mensen met geestelijke gezondheidszorgproblemen fluctueert de intensiteit van de zorgbehoefte. Ze hoopt dat de afstemming van de zorg op de zelfzorg van de gebruiker, en de omkadering door zijn omgeving voor de aangepaste zorgintensiteit kan zorgen zodat er capaciteit vrijkomt voor wie op de

wachtlIJst staat. Overbehandeling helemaal uitschakelen is zonder twijfel onmogelijk, maar een gerichtere allocatie van zorg zou welkom zijn.

De spreekster is positief over de aandacht voor het verzamelen van data. In de hoorzitting bleek immers dat er weinig data zijn over de output van de geestelijke gezondheidszorg, waardoor er weinig bekend is over wat werkt en wat niet werkt. Betere kennis kan de efficiëntie verbeteren. De vindplaats van informatie is een heikele kwestie. De Vlaamse Jeugdraad meldde dat jongeren verloren lopen tussen de websites. Herkenbare informatiepunten zijn belangrijk. Ze neemt aan dat weten waar hulp en goede informatie te vinden, bijgebracht wordt in de acties voor competenties over de geestelijke gezondheid.

Het werken met functies zal er volgens de spreker niet voor zorgen dat de Vlaming zijn weg beter vindt in het aanbod. Ze hoopt op een vertaalslag naar een begrijpelijke taal. Ook de geestelijke gezondheidsnetwerken per deelpopulatie baren haar zorgen. Om hoeveel netwerken en deelpopulaties gaat het? Hoe zullen die netwerken zich verhouden tot andere netwerken als de zorgraden, de regionale zorgplatforms, de netwerken geestelijke gezondheidszorg in het kader van artikel 107, de ziekenhuisnetwerken, de netwerken in het kader van integrale jeugdhulp enzovoort? De komende jaren moet worden bekeken of de onderlinge samenhang van de vele netwerken de kwaliteit van zorg niet in het gedrang brengt.

*Björn Anseeuw* toont zich tevreden dat dit ontwerp van decreet er nog voor het eind van de regeerperiode is. N-VA toonde zich al meermaals voorstander van een hertekening van de geestelijke gezondheidszorg. Dit ontwerp van kaderdecreet is daar het startpunt van. De laatste jaren wordt de impact van psychische aandoeningen op gezondheid duidelijker. Een toegankelijke, betaalbare, beschikbare en bereikbare geestelijke gezondheidszorg is broodnodig. Het ontwerp van decreet is ook het gevolg van de bevoegdheidsoverdracht bij de zesde staatshervorming. Nog altijd maakt de complexe bevoegdheidsverdeling het er niet gemakkelijker op, wat ook blijkt uit het advies van de Raad van State.

Heel wat staat of valt met de uitvoering van dit ontwerp van decreet. N-VA hoopt dat de terugbetaling van de klinisch psycholoog er alsnog doorkomt. Voorts is het noodzakelijk de psychische zorgnoden te objectiveren. Het is onvoldoende bekend wie welke zorg wanneer nodig heeft, zeker voor vroegdetectie en ingrijpen. Preventie moet een speerpunt blijven. N-VA is tevreden dat geestelijke gezondheidszorg voortaan wordt aangeboden op plaatsen waar burgers om andere redenen naartoe gaan. De gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg wordt mobieler, aanklampender en bereikbaarder. Bij de uitvoering moeten er ook maatregelen genomen worden die ervoor zorgen dat geestelijke gezondheidsproblemen geen stigma zijn. Populatiegerichte acties spelen hierin een belangrijke rol. Ervaringsdeskundigheid is daar onlosmakelijk mee verbonden. N-VA zal het ontwerp van decreet goedkeuren maar de uitvoering met argusogen volgen.

*Freya Van den Bossche* vindt dat het ontwerp van decreet een grondige analyse maakt van de behoeften en de uitdagingen. Problemen op vlak van toegankelijkheid worden erkend alsook dat er aandacht moet zijn voor specifieke groepen. Geestelijke gezondheidszorg moet beschikbaar, betaalbaar, bereikbaar en tijdig zijn. Sp.a is het helemaal eens met de focus van dit ontwerp van decreet. Het kader is echter te abstract en top-down. De vernieuwde visie en werkingsprincipes komen te weinig uit de verf. De essentiële kapstukken en de centrale focus worden duidelijk vermeld in de memorie van toelichting maar te weinig in het ontwerp van decreet zelf. Elk beleidsdomein moet inzetten op de geestelijke gezondheid. Overleg en afstemming enkel in het zorg- en ondersteuningsaanbod



volstaan niet. Een betere coördinatie tussen beleidsdomeinen is evenzeer nodig. De principes van dit ontwerp van decreet worden best ook ingevoegd in de relevante decreten over bijvoorbeeld werk, vrije tijd, algemeen welzijnswerk en jeugdhulp.

De indeling in zorgniveaus en -functies is complex. Het is niet helemaal helder wie wat zal doen. Hoe wordt omgegaan met verschillen in bestaande regelgevend kaders voor zorgaanbieders die misschien op verschillende manieren tewerk gaan? Hoe worden de regionale geestelijke gezondheidsnetwerken samengesteld? Hoe worden ze afgestemd op andere netwerken?

Preventie blijft onderbelicht en had een sterkere rol kunnen krijgen op een aantal plaatsen in het zorgcontinuüm. De inzet van ervaringsdeskundigen juicht de spreker sterk toe. Niet alleen om stigma tegen te gaan, maar ook om de zorg op de ervaring af te stemmen. Ze kunnen ook professionele krachten ondersteunen. Sp.a kijkt uit naar de uitvoeringsbesluiten over de ervaringsdeskundigen.

Streven naar een optimale afstemming tussen netwerken en samenwerkingsverbanden, is een goede zaak, maar veel blijft onduidelijk. De organisatie van de zorg en de ondersteuning wordt er niet eenvoudiger op. Sp.a maakt zich zorgen over de transparantie, toegankelijkheid en efficiëntie. Hoe worden de netwerken bijvoorbeeld afgestemd op de eerstelijns Hervorming? Volgens de eerstelijnszones of de bestaande netwerken geestelijke gezondheidszorg? De geografisch verankerde netwerkindelingen, ziekenhuisnetwerk en netwerken in jeugdhulp worden niet vernoemd. Worden er daarnaar linken gelegd? Hoe zullen de netwerken voor kinderen en jongeren, en de netwerken voor volwassenen samenwerken, vooral als jongeren overstappen naar de volwassenenhulp?

Wat 'balanced care' betreft, schuift de memorie van toelichting subsidiariteit als een belangrijk veranderingsprincipe naar voren. Van daaruit wordt de zorg georganiseerd op vijf zorgniveaus, en opgedeeld in kernopdrachten of functies. Een goed samenspel tussen die verschillende trappen is essentieel. Het is belangrijk om meer structuur in het aanbod te brengen zodat kan worden uitgeklaard welke actoren per onderdeel de meeste expertise hebben. Freya Van den Bossche waarschuwt echter voor te veel rigiditeit, en vraagt bij de uitvoering initiatiefnemers die de nodige expertise hebben op meerdere zorgniveaus een aanbod te laten uitbouwen. Ze pleit voor flexibele zorgmodules met ruimte voor differentiatie.

Het ontwerp van decreet is terecht ambitieus, maar om de hervorming tot een goed einde te brengen is intense samenwerking met het federale beleidsniveau nodig gezien de bevoegdheidsverdeling. Samen met de SAR WGG pleit sp.a voor een omvattend plan voor de geestelijke gezondheidszorg dat alle betrokken bevoegdheidsniveaus engageert. Dat is mogelijk aangezien de kwestie niet ideologisch verdeeld is. Waarom kiest de minister voor Vlaamse netwerken naast de federale? In de Vlaamse netwerken worden niet noodzakelijk alle actoren gevat. Ziekenhuizen kunnen immers participeren aan de netwerken zonder evenwel netwerkpartner te worden of te voldoen aan de bijhorende verplichtingen. Hoe kan geïntegreerde zorg en ondersteuning in de geestelijke gezondheidszorg zonder dat ziekenhuizen een gelijkwaardige netwerkpartner zijn? Ook de SAR WGG vreest dat dit de draagwijdte van het ontwerp van decreet kan ondermijnen.

Is er een actieplan voor de implementatie? Het is niet duidelijk of het model een aantal actuele evoluties in de geestelijke gezondheidszorg aankan, zoals de vermaatschappelijking van de zorg en de vermindering van het aantal ziekenhuisbedden. Zal het ontwerp van decreet faciliteren of werkt het complementair? Ook de Raad van State mist afstemming met andere hervormin-

gen en beleidsontwikkelingen. Hoe zal de minister de synergieën zoeken? Welke zal hij zelf organiseren?

Stakeholders zijn gehoord in de eerste fase van het besluitvormingsproces maar te weinig in de laatste fase, namelijk bij de vertaling van de uitgangsprincipes uit de memorie van toelichting naar het ontwerp van decreet. Freya Van den Bossche neemt aan dat tijdsdruk de oorzaak was, maar betreurt het toch. Tot slot roept ze de volgende Vlaamse Regering op meer middelen voor geestelijke gezondheid vrij te maken. Zonder belangrijke investeringen kunnen immers niet alle ambities waargemaakt worden. Ook de middelen die er al zijn, moeten op een degelijke wijze worden geheroriënteerd. Sp.a vindt dit een verdienstelijke poging met een duidelijke probleemstelling en een omvattende visie. De algemene doelstelling toont ambitie. Concrete doelstellingen waarmee de Vlaamse Regering een wezenlijk verschil maakt, ontbreken. Sp.a is afwachtend maar positief.

*Elke Van den Brandt* prijst de degelijke analyse in het ontwerp van decreet. De vaststelling dat er te weinig gegevens zijn is eerlijk, maar doet de vraag rijzen waarom de Vlaamse Regering die de afgelopen vijf jaar niet heeft verzameld. Ze vraagt de minister alsnog studies op te zetten. Vlaanderen moet van de huidige overmedicatie door te veel en fout gebruikte psychofarmaca evolueren naar vroegdetectie, preventie, kracht- en herstelgericht werken, balanced care, en gericht en inclusief werken. De versnippering moet worden aangepakt met zorgniveaus en -functies. De vraag is echter of het ontwerp van decreet daarvoor volstaat want veel hangt af van de implementatie. De nieuwe netwerken mogen dan nog zo goed zijn, zonder onderliggend aanbod vermogen ze niet veel. Er zijn vooralsnog te weinig ambulante diensten, te weinig eerstelijnspsychologische functies en de federale terugbetaling is onvoldoende. Ook de SAR WGG zegt dat er daarvoor een aanzienlijke budgettaire inspanning nodig is, niet enkel van de Vlaamse maar ook van de federale overheid.

De spreekster vraagt bevestiging dat de eerstelijnszones de ankerpunten zijn voor de netwerken. De nieuwe netwerken mogen geen extra lapje zijn in het lappendeken want anders wordt geïntegreerd werken onmogelijk. De SAR WGG vraagt de ziekenhuizen alsnog te verplichten deel te nemen aan de netwerken voor geestelijke gezondheidszorg, desnoods via de erkenningsvoorwaarden. Dat is geen pleidooi voor sterkere ziekenhuizen want ambulante, mobiele en eerstelijns psychologische zorg geniet de voorkeur, maar ziekenhuizen blijven een onontbeerlijke schakel. Gezien de staatsstructuur is een akkoord met het federale niveau nodig. Welke stappen zal de minister daarin nog zetten?

De rol die ervaringsdeskundigen krijgen is positief. Dat zal de zorg alleen maar beter maken, maar ook het maatschappelijk draagvlak vergroten. Het is zaak ervoor te zorgen dat ze de juiste opleidingen krijgen en dat er een kader is, wat niet wil zeggen dat ze overal op dezelfde manier ingezet moeten worden. Het is voorts zaak geestelijke gezondheid bespreekbaar te maken zodat mensen vaardiger worden in het voor elkaar zorgen. Populatiegerichte acties zijn goed maar wat ook nodig is, is een doorgedreven strategie die verder gaat dan de acties die taboes doorbreken, zoals van Te Gek.

Outreaching en aanklampend werken worden samengenomen, maar volgens *Elke Van den Brandt* zijn het verschillende zaken. Gezien de onderbehandeling is outreachend werken algemeen nodig en aanklampend enkel in bepaalde gevallen. Zullen organisaties de ruimte en de middelen krijgen om outreachend te werken? De etnisch-culturele diversiteit maakt het voorts nodig om de wijze waarop geestelijke gezondheidszorg aangeboden wordt te herbekijken. Daar zit nog een leemte.

Kwaliteit en zelfzorg komen aan bod. Hoe zal de minister die bouwstenen gebruiken om een kwaliteits- en controlesysteem op te zetten?

Elke Van den Brandt betreurt dat de SAR WGG in de laatste fase te weinig betrokken is, hoewel ze begrip heeft voor de tijdsdruk. De invulling van de rollen en het samenspel tussen de actoren zijn echter cruciaal voor het welslagen. De SAR WGG vraagt een actieplan voor de uitvoering. Zal de minister op die suggestie ingaan en het plan aan het Vlaams Parlement voorleggen?

Minister *Jo Vandeurzen* vindt dat de volgende Federale en Vlaamse Regeringen een grondige hervorming van de geestelijke gezondheidszorg moeten doorvoeren met als doel een toegankelijker en kwaliteitsvoller geestelijke gezondheidszorg met voldoende aanbod in een aangepaste organisatiewijze. In België en Vlaanderen was de geestelijke gezondheidszorg lang een intramurale ziekenhuis-aangelegenheid. Het is de verdienste van de verschillende ministers van Volksgezondheid dat ze met het artikel 107 de omslag gemaakt hebben naar een meer ambulante en mobiele geestelijke gezondheidszorg. Het gezondheidssysteem is gefocust op acute lichamelijke zorg. Mentale fitheid krijgt amper aandacht. Dat slechts 6 procent van de uitgaven van de ziekteverzekering naar geestelijke gezondheidszorg gaat, is daar het bewijs van. Ook na de zesde staatshervorming zijn er nog stappen nodig.

Het ontwerp van decreet is naast een kaderdecreet ook de blauwdruk van de hervormingen. Er is heel wat overleg met de sector aan voorafgegaan, alsook over het Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019 waarin dit ontwerp van decreet werd aangekondigd. De minister betwist dat het overleg enkel ging over de memorie van toelichting, want ook het ontwerp van decreet kwam meermaals aan bod tijdens het Structureel Overleg Geestelijke Gezondheid waarin alle stakeholders van de geestelijke gezondheidszorg vertegenwoordigd zijn.

Het klopt dat afstemming met het federale niveau nodig is. Voor de verdere uitvoering geniet een toekomstig samenwerkingsakkoord de voorkeur. Het ontwerp van decreet is besproken op de IMC Volksgezondheid van 2 juli 2018 opdat de netwerken en andere concepten aansluiten en samengaan met de federale evoluties, ook inzake regionale gebiedsomschrijvingen. Dat is trouwens al het geval voor de federale mobiele teams in de schoot van de zogenaamde artikel 107-netwerken. Zorgcontinuïteit vergt goede afspraken tussen partners. Bijgevolg moeten de gebieden waarin de verschillende netwerken actief zijn, overeenstemmen. Die afstemming is er dankzij intens overleg met de federale minister van Volksgezondheid, maar ook tijdens de uitvoering moet hierover gewaakt worden. Vlaanderen kiest hier uitdrukkelijk voor een nieuwe visie op het geestelijk gezondheidsbeleid. Het federale beleid moet de nodige ruimte geven voor die dynamiek. Al deze afspraken zijn in een IMC-fiche gegoten die bekrachtigd is op de IMC Volksgezondheid van 2 juli 2018. Hierin wordt benadrukt dat het decreet complementair en aanvullend is met het beleid dat in de IKW Taskforce ggz is uitgetekend. Dat impliceert dat de huidige netwerken geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren, en voor volwassenen als basis voor de toekomstige erkenning van de netwerken dienen.

Het ontwerp van kaderdecreet geeft kapstokken om de visie uit te werken, maar ook om duurzame financiering te bieden. Het gaat uitdrukkelijk uit van een herstelgerichte visie, wat betekent dat het succes ervan afgemeten wordt aan de mate waarin het mensen, ook de chronische psychiatrische patiënt, helpt participeren aan de samenleving. Het stemt overeen met het geïntegreerd breed onthaal, het decreet van 16 februari 2018 betreffende het lokaal sociaal beleid, het ontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders

(*Parl.St.* VI.Parl. 2018-19, nr. 1878/1), en met het plan om het sociaal werk te versterken. Al deze aspecten dragen bij tot de vermaatschappelijking van de zorg. Uiteraard behandelt het ontwerp van decreet de financiën niet, maar de voorbije jaren zijn er al maatregelen genomen om dit voor te bereiden en gestalte te geven. Zo worden de vijftien regio's die 1 miljoen euro krijgen om de rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp uit te breiden, verplicht om een eerstelijns-psychologische functie voor kinderen en jongeren op te zetten. De oproep loopt voor de tweedelijns psychiatrische competenties in de (voornamelijk residentiële) jeugdhulp. Het is de bedoeling om kaders te vormen voor de noodzakelijke evoluties die op het terrein op brede steun kunnen rekenen.

De organisatie met zorgniveaus en -functies stelt Vlaanderen en het federale niveau in staat voort te bouwen. Functies en niet langer voorzieningen benoemen, maakt flexibiliteit inherent en verlaat het geïnstitutionaliseerde model. Het wordt mogelijk op die basis te honoreren en te appelleren. Functies kunnen worden toevertrouwd aan voorzieningen die niet noodzakelijk uitsluitend voor die functie erkend worden. Dit kader is nodig om het beleid meer impact te geven op outcome en kwaliteit. Gespecialiseerde ziekenhuisafdelingen horen bijvoorbeeld niet thuis op de eerste lijn of in de generalistische basiszorg, maar zijn gespecialiseerd en moeten supraregionaal werken. Het is zaak dat de zorgniveaus elkaar aanspreken en ondersteunen. De indeling lijkt technisch, maar is nodig om alle structuren in het systeem in te voegen.

De eerstelijnszones zijn het vanzelfsprekende referentiekader voor de eerstelijnsgeestelijke gezondheidszones en voor de uitbouw van de generalistische basiszorg. De federale terugbetaling van de psychotherapie hangt af van de aanwezigheid ervan in alle eerstelijnszones. Sommige competenties zijn populatiegericht, andere meer generalistisch, wat zich ent op de geografische afbakeningen van de eerstelijnszones. Bepaalde functies moeten niet op dit niveau worden aangeboden, maar in de regionale zorgzones of een overkoepeling van twee of meerdere regionale zorgzones tot en met het Vlaamse niveau. Dat zal tijd vergen, maar de minister heeft er alle vertrouwen in dat het lukt. De overheid moet goed luisteren en vervolgens knopen doorhakken door bijvoorbeeld financiering en programmatie erop te enten. Bepaalde functies zijn niet logisch of geografisch verdeeld. Het is niet zijn bedoeling om bijvoorbeeld psychiatrische ziekenhuizen naar andere regio's te verplaatsen. Er moet rekening worden gehouden met de bestaande situatie.

Overbehandeling vloeit grotendeels voort uit de huidige organisatiewijze. De nadruk ligt te sterk op de intramurale residentiële settings. Daarnaast zijn er onvoldoende eerstelijnsmogelijkheden en ambulante alternatieven. Er is druk op onder meer de tweede lijn, de cgg's en de k-diensten, wat de vraag naar capaciteitsuitbreiding verklaart. Minister Jo Vandeurzen is evenwel van oordeel dat het aangewezen is te evolueren in de richting van preventie, van vroegdetectie en -interventie, en van laagdrempelige, snelle en kortdurende interventies. Als de intramurale capaciteit vermindert, wordt de behandeling intensiever en dient de personeelsbezetting te verdichten, zoals ook de sector vraagt. Het ontwerp van decreet legt daarvoor het fundament en de verschillende overheden, ook de Vlaamse, dwingen daarop in te zetten.

In lijn met de initiatieven van de federale overheid is het de bedoeling de netwerken aan de gebiedsomschrijvingen van de regionale zorgzones of een overkoepeling ervan aan te passen. Vlaanderen heeft de gidsen naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren, en voor volwassenen ondertekend en zal daar een aantal functies van vervullen. Essentieel is dat de netwerken het zorgcontinuüm verzekeren en een aanspreekpunt zijn voor de beleidsorganisatie en de financiering. Dat een persoon in crisis intens intramuraal begeleid wordt maar daarna aan zijn lot wordt overgelaten, is geen juiste

behandeling. Opvolging en continuïteit zijn nodig, een trajectbenadering is essentieel, zeker voor psychiatrische patiënten. Het Vlaams Instituut voor de Kwaliteit van Zorg is bezig met het ontwikkelen van outcome- en procesindicatoren voor geestelijke gezondheidszorg in elke sector. Zo zijn er al kwaliteitskaders voor dwang. Netwerken en trajecten zorgen voor zorgcontinuïteit, een van de indicatoren van goede zorg. De volgende cyclus van de Zorginspectie in de geestelijke gezondheidszorg zal zich dus niet beperken tot het bezoeken van bijvoorbeeld de sector van de centra voor geestelijke gezondheidszorg of de psychiatrische ziekenhuizen, maar zal ook beoordelen of er continuïteit is in de zorg over de sectoren heen, bijvoorbeeld door na te gaan of er voldoende manieren zijn waarop de verschillende partners van ambulante en intramurale zorg overleggen.

Het ontwerp bevat enkele bepalingen over preventie, maar het Preventiedecreet regelt dat specifiek. In de gezondheidsdoelstelling 2025 staan trouwens ook vele aspecten over mentale gezondheid in verschillende levensdomeinen.

De reden waarom ziekenhuizen niet verplicht worden deel te nemen aan netwerken, is puur het gevolg van de bevoegdheidsverdeling. Nochtans is het evident dat ze deel uitmaken van de netwerken, zoals nu ook al het geval is. Via de erkenning van ziekenhuizen zal men evenwel kunnen wegen op de noodzakelijke participatie van de ziekenhuizen aan de netwerken. Vlaanderen kan ook een en ander afdwingen via zijn normeringsbevoegdheid over ziekenhuizen. De minister pleit ervoor om dat zeker te doen, voor de geestelijke gezondheidsnetwerken, maar ook voor de eerstelijnsnetwerken. Alleen vergt dat tijd. Er is ondertussen ook een groenboek over het ziekenhuis van de toekomst, daarin staan criteria voor investeringsubsidies, maar ook de normen die de gemeenschap als eerste moet reviseren.

Het ontwerp is niet alleen bestand tegen de afbouw van ziekenhuisbedden, het anticipeert erop. Continue zorg ook in de thuissituatie, is essentieel voor kwaliteit. Het gaat ervan uit dat de ambulante vormen van ondersteuning een wettelijke erkenning krijgen, waar trouwens nog een decreet voor nodig is. Deze regeerperiode komt er geen nieuw actieplan meer voor geestelijke gezondheidszorg. Het bestaande zal daarentegen voort uitgevoerd worden. De volgende Vlaamse Regering zal op dit ontwerp van decreet voort moeten bouwen om initiatieven te nemen.

Data zijn een gedeelde bevoegdheid. Het is zaak dubbel werk te vermijden. Vlaanderen subsidieert enkele projecten die erop gericht zijn een instrumentarium te vinden om de behoefte in bijvoorbeeld de eerstelijnszone te bepalen. Er zijn wel al registratiesystemen, maar daar moet op een goede manier gebruik worden van gemaakt. Ondertussen is er ook een sanering geweest van de zes Vlaamse expertisecentra tot één Vlaams Steunpunt Geestelijke Gezondheid. Dat zal een eenduidige registratiewijze mogelijks mee kunnen ondersteunen. Eén steunpunt dat betere data ter beschikking krijgt en met autoriteit methodieken naar de sector kan ontsluiten, maakt evidencebased werken met een wetenschappelijke onderbouwing mogelijk. Wat het Vlaamse aanbod betreft, wijst de minister er tot slot op dat ook de centra voor geestelijke gezondheid onderdeel zijn van de Vlaamse Sociale Bescherming. Hun groei moet daarin passen.

*Elke Van den Brandt* vindt dat er overal een afdoende aanbod op maat moet zijn en niet enkel in regio's waar er al een is. Het zal dus misschien wel nodig zijn in bepaalde regio's psychiatrische ziekenhuizen bij te maken, zeker voor jongeren en kinderen, en in andere regio's capaciteit af te bouwen. Voldoende capaciteit is nodig om overal de netwerken te hebben.

Voor de volwassenen is er in de residentiële psychiatrie een overaanbod, maar niet voor kinderen en jongeren. Als de eerstelijnspsychologische functie ontwikkeld wordt, zullen de centra voor geestelijke gezondheidszorg zich meer op de tweedelijnspsychologische functie kunnen focussen. Anderzijds zullen er ook meer cliënten doorstromen naar die tweede lijn. Het klopt dus niet dat er niet in de capaciteit van die centra moet worden geïnvesteerd, eerder integendeel. Het mag dan wel de bedoeling zijn dat alle geografische omschrijvingen op elkaar afgestemd geraken, maar dat is vooralsnog niet de realiteit. De plannen voor één-gezin-één-plan, waar de eerstelijnspsychologische functie voor minderjarigen onder valt, zijn niet gebiedsdekkend en de afbakening is anders dan van de eerstelijnszones. Hoe kunnen die snel op elkaar afgestemd worden?

*Björn Anseeuw* hoort Elke Van den Brandt pleiten voor het verplaatsen of zelfs op bepaalde plaatsen afbouwen van psychiatrische zorg. Dat is het laatste wat hij zou bepleiten, omdat de behoeften niet met epidemiologisch onderzoek in kaart gebracht zijn. Hij pleit voor dergelijk onderzoek, zowel op Vlaams als op federaal niveau. Hij vermoedt dat het resultaat zal zijn dat de geestelijke gezondheidszorg dient te worden uitgebreid en zeker niet afgebouwd. Zo maar ziekenhuizen verplaatsen, is uit den boze, beslissingen moeten onderbouwd genomen worden.

*Elke Van den Brandt* ziet eensgezindheid over de vaststelling dat het aanbod van de residentiële psychiatrische zorg niet evenwichtig is en dat er een verschuiving nodig is van residentiële naar meer ambulante en mobiele zorg. Dat betekent dat het aanbod onder ogen moet worden genomen. Zeggen dat de geografische spreiding evenwichtig is, is de waarheid oneer aandoen. Het is inderdaad jammer dat er geen prevalentiecijfers zijn, wat ook de verantwoordelijkheid is van deze regering en meerderheid.

*Björn Anseeuw* is blij dat de analyse die hij al jaren maakt, nu bijval krijgt. De spreiding van het geestelijke gezondheidsaanbod is historisch gegroeid en niet in overeenstemming met de behoeften, maar de behoeften bepalen vergt bijkomend onderzoek. Uiteraard is het jammer dat er nog geen cijfers zijn, maar zo'n onderzoek vergt tijd. Het parlement heeft de regering al in 2017 gevraagd daar werk van te maken. Het ontwerp maakt dat nu mogelijk, maar snel aanbod verplaatsen is geen goed idee.

*Peter Persyn* drukt zijn appreciatie uit voor het werk van de minister en zijn ploeg die een blauwdruk afleverden voor een nieuw model waarbij toch rekening gehouden wordt met de huidige situatie en enkele obligate doeleinden en zorgfuncties. Het is een incrementeel proces, waarbij met steun van de sector een realistische aanpak gezocht is. Hij vindt het een goede zaak dat de minister de link maakt met de eerstelijnsgezondheidszones en met het lokaal sociaal beleid. Geestelijke gezondheidszorg vindt hij een ongelukkige benaming, een erfenis van het duale mensbeeld van Plato. Voor hem bestaat enkel gezondheidszorg. Als huisarts heeft hij ook nooit een patiënt opgedeeld in geest en lichaam. Hij hoopt dat de geïntegreerde benadering ook die clivage zal wegnemen. Elke persoon is een complex samenspel van tal van factoren, 'mens sana in corpore sano' is veel meer dan alleen een oproep om meer te bewegen. Eens dat besef doordringt, zal ook het stigma wegebden.

Hij ziet geen tegenspraak in wat Elke Van den Brandt en Björn Anseeuw zeiden. Vier jaar geleden, bij een bezoek aan OPZ Geel, vonden de meeste parlementsleden dat de witte vlekken in het aanbod en het overaanbod in de regio's Geel, Gent en Leuven aangepakt moesten worden. Ook in de hoorzittingen bleek dat een aantal regionale centra ontbreken, inhaalbewegingen zijn nodig, zelfs op het secundaire en tertiaire niveau. Dat kan echter maar gaandeweg. Zorgen over discrepantie tussen de Vlaamse en de 107-netwerken, zijn volgens hem niet nodig. Die laatste zijn immers maar van de laatste tien jaar en dus nog verre van

gebeiteld. Een aantal aspecten van de titulatuur in het ontwerp zijn trouwens gecalqueerd uit de 107-projecten.

Problemen die nu als psychiatrisch betiteld worden, zijn soms gewoon eigen aan het leven. Zware psychiatrische problemen zijn dan weer vaak voor het leven en vergen een goede begeleiding. Hij refereert aan het Puenteproject, bedoeld om psychiatrische patiënten na opname opnieuw te integreren in de maatschappij. Dat is geen medische maar een sociale functie omdat zij begeleiding nodig hebben bij dagelijkse dingen als bankzaken of werk zoeken. Met dit ontwerp wordt een grote stap gezet. Hij hoopt dat heel wat problemen snel en dichtbij de wortel aangepakt kunnen worden.

Ook minister *Jo Vandeurzen* ziet niet echt tegenspraak. Hij gelooft dat in de politieke wereld in België en Vlaanderen, maar ook bij de stakeholders een gedeeld inzicht bestaat over de te volgen weg. Soms moeten politici echter lijnen trekken. De eerstelijnszones en de verzameling van de eerstelijnszones in de regionale zones is een centraal uitgangspunt qua gebiedsafbakening op zorgniveaus. De sector is daar klaar voor en vraagt dat de overheid nu acties oplegt als hij tenminste tijd krijgt om zich daar op te richten.

Delokalisatie is niet zo utopisch. Er wordt al een en ander gedaan om witte vlekken in te kleuren. Zo is er het project over een verslaving waarmee in de Kempen een belangrijke budgettaire inspanning gedaan wordt. Met de reconversie naar de kleine k-bedden zijn er dan weer 120 ambulante k-bedden bijgekomen. In de erkenningsnormen van de psychiatrische ziekenhuizen staat niet dat afdelingen niet mogen verspreid worden over campussen. Met een betere regionale spreiding in het achterhoofd heeft het kabinet de vraag van een psychiatrisch ziekenhuis om een verpleegeenheid op een andere campus te plaatsen, dan ook gesteund. Uiteraard zal de overheid ook geografische spreiding moeten stimuleren bijvoorbeeld met VIPA-middelen. Kortom, de minister verwacht een evolutie ten goede, maar de overheid moet duidelijk de ambities te kennen geven en de juridische kaders ervoor scheppen.

*Lorin Parys* heeft recent een studiedag bijgewoond over therapiewinst. De NHS werkt bijvoorbeeld dankzij psychologische ondersteuning 'outcome-based'. Kan de Vlaamse overheid op basis van dit ontwerp van decreet deze werkwijze opleggen aan de cgg's, zodat ze op basis van hun resultaten opgevolgd kunnen worden?

Minister *Jo Vandeurzen* antwoordt dat het aanbod moet evalueren op basis van wetenschappelijke inzichten. De discussie over wat evidencebased is, is complex maar dat meer op basis van outcome moet worden gemeten staat buiten kijf. De aangewezen decretale basis daarvoor ligt nog niet vast. Dit ontwerp van decreet maakt het bijvoorbeeld wel mogelijk cgg's te erkennen voor diagnostiek. In die erkenning worden dan de voorwaarden vastgelegd. De functies zijn nuttige kapstokken.

### III. Artikelsgewijze bespreking

#### Artikel 1

Artikel 1 wordt zonder opmerkingen met 10 stemmen bij 3 onthoudingen aangenomen.

#### Artikel 2

*Freya Van den Bossche* vindt dat 'context' te eng gedefinieerd wordt en te zeer focust op mantelzorg. Het begrip 'context' komt vaak voor in het ontwerp van decreet. Problematieken worden vaak samen met de context aangepakt. Het valt voor dat een problematiek gedeeltelijk verscholen zit in de context. Ze pleit ervoor de definitie te verruimen.

Voorts begrijpt ze niet waarom geestelijke gezondheidsbehoeften in punt 14° worden omschreven als alle noden met betrekking tot geestelijke gezondheid, psychische noden uitgezonderd. Psychische zorgnoden hebben volgens punt 32° betrekking op cognitieve vaardigheden, emotieregulatie of gedragsthematieken.

Minister *Jo Vandeurzen* kan begrip opbrengen voor de opmerking over de definitie van context. Die definitie is na een lange discussie met Familieplatform Geestelijke Gezondheid afgestemd op het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming.

*Freya Van den Bossche* begrijpt waarom identieke begrippen gebruikt worden in verschillende decreten, maar betreurt dat een belangrijk deel van de context buiten beeld lijkt te blijven. Naast de mantelzorgers zijn er nog talrijke steunfiguren in de nabije omgeving met een grote impact op de zorgbehoevende.

Minister *Jo Vandeurzen* is na grondige en vergelijkende analyse van de beide definities de mening toegedaan dat dit vervat zit in de Vlaamse sociale bescherming.

Vervolgens wijst hij op de definitie van psychische zorgnood in punt 32°. Het onderscheid is noodzakelijk vanwege de verdere opbouw van het ontwerp van decreet.

*Freya Van den Bossche* wil vernemen waartoe geestelijke gezondheid gereduceerd wordt door verslavingsthematieken, cognitieve vaardigheden, emotieregulatie of gedragsthematieken uit te zonderen.

Minister *Jo Vandeurzen* zegt dat alle preventieve geestelijke gezondheidscomponenten die niet onder psychische zorgnoden vallen, geestelijke gezondheidsbehoeften zijn. Het moet vanuit preventief oogpunt en breder dan louter psychische zorgnoden beschouwd worden. Waar het over competentieverhoging gaat, wordt verwezen naar geestelijke gezondheidsbehoeften. In de geestelijke gezondheidszorg gaat het te vaak ten onrechte over geestelijke gezondheidsnoden, terwijl een duidelijk verband is met zaken als bijvoorbeeld beweging en voeding.

Artikel 2 wordt met 10 stemmen bij 3 onthoudingen aangenomen.



### Artikel 3

Artikel 3 wordt zonder opmerkingen met 10 stemmen bij 3 onthoudingen aangenomen.

### Artikel 4

*Freya Van den Bossche* vraagt aandacht voor het aanbieden van ondersteuning en aanmoediging bij kwaliteitsverbeteringsprocessen.

Minister *Jo Vandeurzen* wil dat op basis van het Kwaliteitsdecreet van 17 oktober 2003 aanpakken.

Artikel 4 wordt met 10 stemmen bij 3 onthoudingen aangenomen.

### Artikel 5 tot en met 17

De artikelen 5 tot en met 17 worden zonder opmerkingen met 10 stemmen bij 3 onthoudingen aangenomen.

### Artikel 18

*Freya Van den Bossche* vestigt de aandacht op het pleidooi van de SAR WGG voor een meer omvattende zorgstrategische planning in samenwerking met de ziekenhuisnetwerken, geestelijke gezondheidszorg en eerstelijnszones op basis van relevante demografische, epidemiologische en sociaaleconomische data.

Minister *Jo Vandeurzen* zegt dat de zorgstrategische planning van de algemene ziekenhuizen wordt afgestemd op het aanbod van de geestelijke gezondheidszorg, en verklaart zich akkoord met de opmerking van de SAR WGG. Zorgstrategische planning zal intersectoraal moeten verlopen in afstemming met de geestelijke gezondheidsnetwerken, waar ook de CAW of de eerste lijn deel van uitmaken. Er is bovendien uitdrukkelijk sprake van een geïntegreerd onderdeel van een bredere planning.

Artikel 18 wordt met 10 stemmen bij 3 onthoudingen aangenomen.

### Artikel 19

Artikel 19 wordt zonder opmerkingen met 10 stemmen bij 3 onthoudingen aangenomen.

### Artikel 20

*Freya Van den Bossche* acht het zinvol de werking van het comité geestelijke gezondheidsnetwerken op te volgen en te evalueren. De vraag rijst op basis van welke criteria of wetenschappelijke kennis dat zal verlopen, en of dat niet zal leiden op een dominante top-downaansturing door de overheid.

Minister *Jo Vandeurzen* ziet het comité integendeel als de vertegenwoordiging van het terrein. In het kader van de Vlaamse sociale bescherming zijn er sectorale adviescommissies, maar is er geen afvaardiging van de netwerken. Het comité zal de ontwikkelingen op het zorgniveau 2a en 2b over de netwerken

opvolgen. Een en ander sluit aan op de wijze waarop de federale overheid overlegt met de netwerkcoördinatoren.

Artikel 20 wordt met 10 stemmen bij 3 onthoudingen aangenomen.

Artikel 21 tot en met 23

De artikelen 21 tot en met 23 worden zonder opmerkingen met 10 stemmen bij 3 onthoudingen aangenomen.

Artikel 24

*Freya Van den Bossche* zegt dat een aantal afdelingen in een ministerieel besluit zijn aangesteld om gedwongen opnames te verzorgen. Aangezien dat thans zonder duidelijke procedures of criteria verloopt, wil ze vernemen hoe de minister dat zal organiseren. Samen met de sector is zij benieuwd naar de plannen van de minister.

Minister *Jo Vandeurzen* is in de eerste plaats tevreden dat uit het advies van de Raad van State blijkt dat Vlaanderen hiervoor bevoegd is. Het ontbreken van criteria en procedures kan worden verklaard door de tot nog toe heersende onduidelijkheid over de bevoegdheid.

Dit thema moet ernstig bestudeerd worden. Ziekenhuizen met een erkenning worden hierop aangesproken. Ook het openbaar ministerie moet hierbij betrokken worden. Er zijn al enkele initiatieven genomen maar dat verloopt moeizaam. Er zal allicht veel overleg voorafgaan aan het noodzakelijke regelgevende kader.

Samen met het Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg wordt een oefening gestart in het gerechtelijke arrondissement Antwerpen om tot een betere afstemming te komen tussen alle ziekenhuizen die gemachtigd zijn voor gedwongen opnames. Nadien is wellicht een vertaling van deze oefening naar Vlaanderen noodzakelijk. Dat het federale niveau de bedden voor gedwongen opnames financiert, illustreert de complexiteit.

Artikel 24 wordt met 10 stemmen bij 3 onthoudingen aangenomen.

Artikel 25 tot en met 57

De artikelen 25 tot en met 57 worden zonder opmerkingen met 10 stemmen bij 3 onthoudingen aangenomen.

#### **IV. Stemming over het geheel**

Het ontwerp van decreet wordt met 10 stemmen bij 3 onthoudingen aangenomen.

Bert MOYAERS,  
voorzitter

Björn ANSEEUW  
Vera JANS,  
verslaggevers

**Gebruikte afkortingen**

CAW	centrum algemeen welzijnswerk
cgg	centrum voor geestelijke gezondheidszorg
CLB	centrum voor leerlingenbegeleiding
DALY	disability-adjusted life year
ggz	geestelijke gezondheidszorg
IKW	interkabinettenwerkgroep
IMC	interministeriële conferentie
k-bed	bedden of plaatsen in diensten voor dag- of nachthospitalisatie voor neuropsychiatrie voor observatie en behandeling van kinderen
NHS	National Health Service
OPZ Geel	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Geel
SAR WGG	Strategische Adviesraad voor het Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid
VIPA	Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden
WGO	Wereldgezondheidsorganisatie
WVG	Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (beleidsdomein van de Vlaamse overheid)