



Advies

Voorontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid

Brussel, 8 november 2018

Adviesvraag: Voorontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid
Adviesvrager: Jo Vandeurzen - Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Ontvangst adviesvraag: 20 september 2018
Adviestermijn: 40 dagen
Decretale opdracht: SAR-functie
Goedkeuring raad: 8 november 2018

Contactpersoon: Barbara Krekels - bkrekels@serv.be

Inhoud

Inhoud	3
Advies	5
Situering.....	5
1 Algemene appreciatie	5
1.1 Ambitie en doelstelling van het decreet	5
1.2 Kader en werkingsprincipes	6
1.2.1 Health in all policies	7
1.2.2 Vermaatschappelijking.....	7
1.2.3 Geïntegreerde benadering op populatieniveau	8
1.2.4 Evenwichtige zorg en ondersteuning	9
1.3 Kan het voorontwerp van decreet zijn ambities waarmaken?	11
1.4 Bezorgdheden over de operationele uitwerking van het voorontwerp van decreet	13
1.5 Afstemming met andere beleidsontwikkelingen	13
2 Artikelsgewijze bespreking	14
2.1 Hoofdstuk 1. Algemene bepalingen	14
2.2 Hoofdstuk 2. Doelstelling en werkingsprincipes	15
2.3 Hoofdstuk 3. Specifieke bepalingen over de financiële en bestuurlijke weerbaarheid en transparantie	16
2.4 Hoofdstuk 4. De organisatie en inhoudelijke opdeling van het geestelijke gezondheidsaanbod	17
2.4.1 Afdeling 1. Individuurgerichte zorg georganiseerd in zorgniveaus.....	17
2.4.2 Afdeling 2. Organisatie, programmatie en erkenning van geestelijke gezondheidsnetwerken.....	18
2.4.3 Afdeling 3. De inhoudelijke opdeling van het geestelijke gezondheidsaanbod en de subsidiëring van geestelijke gezondheidsnetwerken	19
2.5 Hoofdstuk 5. Ervaringsdeskundigheid in het geestelijke gezondheidsaanbod	21
2.6 Hoofdstuk 6. Comité geestelijke gezondheidsnetwerken, partnerorganisaties en projecten	22
2.6.1 Afdeling 1. Comité geestelijke gezondheidsnetwerken	22

2.6.2	Afdeling 2. Partnerorganisaties en projecten.....	22
2.7	Hoofdstuk 7. Gedwongen opname	23
2.8	Hoofdstuk 8. Uitwisseling van gegevens over het geestelijke gezondheidsaanbod	23

Advies

Situering

De Strategische adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, gezondheids- en gezinsbeleid (SAR WGG) ontving op 20 september 2018 een adviesvraag van de Vlaamse minister voor welzijn, volksgezondheid en gezin, Jo Vandeuren over het voorontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid. De adviestermijn loopt tot eind oktober 2018.

Dit voorontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid is een kaderdecreet over de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen.

Op 3 maart 2017 bracht de SAR WGG al advies uit over het Vlaams actieplan geestelijke gezondheid 2017-2019. Daarin schoof de raad een aantal uitgangspunten en prioriteiten betreffende de geestelijke gezondheid naar voor. De raad zal nagaan of voorliggend voorontwerp van decreet hierop een antwoord biedt.

De raad vergaderde over het voorliggende voorontwerp van decreet op 27 september, op 9 oktober en op 25 oktober 2018. Het advies van de SAR WGG werd bij consensus aanvaard op 8 november 2018.

1 Algemene appreciatie

1.1 Ambitie en doelstelling van het decreet

Vlaanderen heeft met voorliggend voorontwerp van decreet de ambitie om een Vlaams beleid te voeren rond geestelijke gezondheid. De veranderingen in de bevoegdheden van Vlaanderen inzake geestelijke gezondheidszorg na de zesde staatshervorming zijn de concrete aanleiding voor een nieuw Vlaams decreet betreffende de geestelijke gezondheid.

Vlaanderen is nu – naast de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg – bevoegd voor de psychiatrische verzorgingstehuizen en de initiatieven beschut wonen. Ook de overlegplatforms geestelijke gezondheid zijn overgedragen. Een groot aantal revalidatieovereenkomsten werden Vlaamse bevoegdheid. Daarnaast is de Vlaamse Gemeenschap principieel bevoegd geworden voor het vaststellen van erkenningsnormen voor de psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen (Mvt, p. 5).

Concreet wil de Vlaamse overheid deze nieuwe bevoegdheden, samen met de centra geestelijke gezondheidszorg, juridisch verankeren in netwerken.

De doelstelling van het voorontwerp van decreet wordt in artikel 3 beschreven als, *in samenwerking met de gebruiker, de context, de bevolking en de professional als gelijkwaardige partners, de geestelijke gezondheid op Vlaams bevolkingsniveau te verbeteren, door 1° de geestelijke gezondheid te waarderen, te beschermen en te versterken op individueel en maatschappelijk niveau; en 2° een kwaliteitsvolle zorg voor geestelijke gezondheid te garanderen in alle sectoren van de samenleving.*

De geformuleerde doelstelling is ambitieus. De memorie van toelichting zorgt voor een goede onderbouwing van dit kaderdecreet. Het kader werd vertaald in een aantal werkingsprincipes.

Eerst gaan we in op het kader dat geschetst wordt in de memorie van toelichting en de vertaling ervan in de werkingsprincipes van het voorontwerp van decreet. Vervolgens bekijken we of het voorontwerp van decreet deze ambities waar kan maken. De raad formuleert ook nog enkele bezorgdheden over de uitwerking van het decreet en vraagt ten slotte afstemming met andere beleidsontwikkelingen te verzekeren.

1.2 Kader en werkingsprincipes

De raad waardeert dat de memorie van toelichting bij het voorontwerp van decreet vertrekt vanuit een heldere en onderbouwde analyse.

De memorie van toelichting schetst in het eerste deel (A. algemene toelichting) een mooi beeld van de uitdagingen waarvoor we in onze samenleving staan met betrekking tot geestelijke gezondheid. De raad kan zich vinden in deze schets die aansluit op de uitgangspunten en de prioriteiten die de raad in zijn advies over het Vlaams actieplan geestelijke gezondheid 2017-2019 naar voor heeft geschoven (3 maart 2017).

Een aantal prioriteiten van de SAR WGG worden expliciet behandeld zoals stigma en discriminatie bestrijden, preventie en gezondheidsbevordering, en de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg verbeteren. Andere prioriteiten komen minder aan bod zoals de ambulante geestelijke gezondheidszorg versterken, de geestelijke gezondheidszorg voor adolescenten uitbouwen, een focus op wonen en arbeidsparticipatie en digitalisering.

Op pagina 7 presenteert de memorie van toelichting de noodzakelijke kwalitatieve hervormingen op vier domeinen:

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 de-stigmatisering van personen met psychische zorgnoden; (preventieve functie)*
2. *Verbeteren van de toegankelijkheid en de aanvaardbaarheid van het geestelijke gezondheidsaanbod; (aanvaardbaarheid: belang van de therapeutische relatie, autonomie en zelfbeschikking, relevantie van het zorgaanbod)*
3. *Heroriëntering van de principes die de zorg voor personen met psychische zorgnoden en hun context vormgeven. Het doel hiervan is om het proces van gezonde ontwikkeling en herstel vanuit het zorgaanbod optimaal te kunnen ondersteunen; (vier zorgprincipes worden beschreven: ontwikkelings-, herstel- en krachtgericht werken, gebruik van dwanginterventies zoveel mogelijk voorkomen en vermijden, individugerichte zorg binnen de triade gebruiker-context-zorgverlener en het belang van ervaringsdeskundigheid)*
4. *Veranderingen in de organisatie van het geestelijke gezondheidsaanbod doorvoeren. Dit omvat de evolutie naar een geïntegreerd zorgaanbod voor personen met psychische zorgnoden en/of behoeften zo dicht mogelijk in de natuurlijke omgeving van de gebruiker (vermaatschappelijking, subsidiariteit, integratie).*

De raad spreekt zijn steun uit voor hervormingen op deze vier domeinen. Ze worden in het voorontwerp van decreet naar werkingsprincipes vertaald (artikel 4). De raad vraagt om deze vier hervormingen ook in het decreet zelf op te nemen zodat de werkingsprincipes duidelijker gekaderd worden.

In zijn advies over het Vlaams actieplan geestelijke gezondheid 2017-2019 had de raad zelf vier uitgangspunten voor geestelijke gezondheid voorgesteld, met name 'health in all policies', vermaatschappelijking, geïntegreerde benadering op populatieniveau en evenwichtige zorg en ondersteuning. Aan de hand van deze uitgangspunten evalueren we het geschetste kader in de memorie van toelichting.

1.2.1 Health in all policies

De raad zou dit uitgangspunt graag meer naar voor zien komen in de memorie van toelichting bij dit decreet, in het bijzonder omdat het decreet niet alleen een kwaliteitsvolle geestelijke gezondheidszorg wil garanderen, maar ook de geestelijke gezondheid wil waarderen, beschermen en versterken op individueel en maatschappelijk niveau (artikel 3, 1°).

De raad vindt het goed en noodzakelijk dat 'integratie' als één van de drie werven in de organisatie van het geestelijk gezondheidsaanbod bekeken wordt (domein 4). Toch blijft het voorlopig wachten op een vorm van 'integratie' over de beleidsdomeinen heen, wat bij uitstek voor geestelijke gezondheid van groot belang is. De raad pleit voor een globale en grondige aanpak van het beleid over geestelijke gezondheid: *de sleutel tot meer geestelijke gezondheid zit in elke ministerportefeuille, in elk beleidsdomein, in elk segment van de samenleving: volksgezondheid; welzijn, onderwijs, economie, wonen, werk, cultuur, justitie, gelijke kansen... In elk beleidsdomein moet ingezet worden op geestelijke gezondheidszorg en er moet meer werk gemaakt worden van de organisatie van het overleg en de afstemming tussen de verantwoordelijke ministers. [...] Vlaanderen heeft, naast het aanbieden van zorg en ondersteuning, nog heel wat hefboomen in handen die kunnen worden ingezet om bij te dragen aan de geestelijke gezondheid van de burgers in Vlaanderen (3 maart 2017, p. 10).*

Het is niet voldoende om alleen binnen het zorg- en ondersteuningsaanbod aan integratie te werken. Het zou logisch zijn dat dezelfde principes ook ingeschreven worden in de decreten met betrekking tot werk, huisvesting, vrije tijd, algemeen welzijnswerk, jeugdhulp. Geïntegreerd werken over de beleidsdomeinen heen is alleen mogelijk als alle kanten van de tafel ingevuld zijn. Bovendien is de zorggebruiker en zijn context(en) een onmisbare partner aan elke tafel.

De raad leest in het voorontwerp van decreet (artikel 12) wel dat partners uit andere beleidsdomeinen deel kunnen uitmaken van het geestelijk gezondheidsnetwerk, indien ze werkzaam zijn binnen het werkgebied van het geestelijk gezondheidsnetwerk en als hun bijdrage aan het geestelijk gezondheidsnetwerk de doelstelling (van het decreet, artikel 3) mee vorm geeft. Dit is evenwel geen verplichting. De raad vraagt zich ook af of actoren uit andere beleidsdomeinen effectief de wil, de middelen en de mankracht zullen hebben om in alle netwerken te participeren.

1.2.2 Vermaatschappelijking

Het kader in de memorie van toelichting bevat een aantal, goed omschreven, elementen die essentieel zijn voor de vermaatschappelijking van de zorg.

Zo is het positief dat de 'context' van de persoon met psychische zorgnoden in dit decreet en in de memorie van toelichting veel zichtbaarder wordt gemaakt en een duidelijke rol krijgt in de zorg en ondersteuning. Zeker het feit dat de individugerichte zorg binnen de triade

gebruiker/context/zorgverleners geplaatst wordt, is een belangrijke verworvenheid. De raad meent wel dat de 'context' in het voorontwerp van decreet te eng wordt gedefinieerd (cfr. artikelsgewijze bespreking, artikel 2).

Ook de nadruk die gelegd wordt op het buurtgericht werken is belangrijk om de noodzakelijke ondersteunende maatschappelijke verbindingen te realiseren. Het is alvast goed dat dit als principe wordt verwoord in de memorie van toelichting, maar we vinden dit minder terug in het voorontwerp van decreet. De raad vraagt zich ook af hoe dit concreet vertaald kan worden. Het is toch niet de bedoeling dat er dan op het niveau van buurten geprogrammeerd wordt? De raad meent dat de linken met het lokaal sociaal beleid hier meer moeten verduidelijkt worden.

Daarnaast is de raad zeer tevreden over de erkenning en positionering van ervaringsdeskundigheid in dit voorontwerp van decreet. Ook dat is een belangrijke verworvenheid.

Ervaringsdeskundigheid heeft binnen de geestelijke gezondheidszorg een hele weg afgelegd en is nog volop in ontwikkeling. Deze erkenning is belangrijk omdat het aan veel ervaringsdeskundigen, die vaak zelf nog zeer kwetsbaar zijn, een identiteit verleent die ook waardevol is voor het eigen herstel. Ervaringsdeskundigen vervullen een essentiële rol in de ondersteuning van professionele krachten. Zorgverleners zullen dankzij de aanwezigheid van ervaringsdeskundigen meer worden uitgenodigd tot kritische reflectie over de eigen aanpak. Ook op het meso- en macroniveau is de bijdrage van ervaringsdeskundigen een meerwaarde gebleken. Het is belangrijk dat dit wordt ingeschreven in een decreet over de geestelijke gezondheid.

De raad meent wel dat in de memorie van toelichting al veel voorafnames gebeuren over de opdrachten waarvoor ervaringsdeskundigen kunnen worden ingezet en over de wijze waarop ze kunnen worden opgeleid (partnerorganisaties, artikel 21). De raad meent dat nu nog ruimte moet gelaten worden voor nieuwe verdiepende en verbredende opportuniteiten en perspectieven die zich volop aan het ontwikkelen zijn. Het is beter deze zaken later in een uitvoeringsbesluit te regelen.

De geestelijke gezondheidszorg heeft heel wat ervaring met het inschakelen van ervaringsdeskundigheid. De raad pleit er voor om de ervaringen in deze sector te gebruiken om in de toekomst te evolueren naar een transversale benadering met 'community health workers'. Community Health Workers kunnen in de lokale gemeenschap ondersteunend werken t.a.v. personen met een zorgbehoefte, op vlak van geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid, chronische aandoeningen, ... Ervaringsdeskundigheid kan dan in het brede veld van welzijn en gezondheid ingeschakeld worden om, vaak kwetsbare groepen, te informeren, te versterken en toe te leiden (navigatie-functie) naar het aanbod van zorg en ondersteuning.

1.2.3 Geïntegreerde benadering op populatieniveau

De SAR WGG is er zeer over te spreken dat de populatiebenadering in de memorie van toelichting als een eerste noodzakelijke kwalitatieve hervorming wordt genoemd (domein 1). De raad had hierop sterk aangedrongen in zijn advies over het Vlaams actieplan geestelijke gezondheid 2017-2019. Aandacht voor stigma en het bestrijden van discriminatie, het verbeteren van mental health literacy, preventie en gezondheidsbevordering vallen hieronder als prioriteiten. Door in de geestelijke gezondheidszorg in te zetten op een populatiebenadering ontstaan ook mogelijke synergiën met huidige hervormingen in de eerstelijnszorg (zie ook 1.5).

Netwerken

Een goede organisatie in netwerken en een goede afstemming tussen netwerken is cruciaal om een geïntegreerde benadering op populatieniveau te realiseren.

Dit voorontwerp van decreet beoogt dan ook de juridische verankering van netwerken. De raad vindt het positief dat er in de memorie van toelichting wordt gesteld dat de Vlaamse Regering streeft naar een optimale afstemming met de reeds bestaande samenwerkingsverbanden in de GGZ en de bredere gezondheidszorg en van de werkgebieden van deze netwerken met de regionale zorgzones. Maar er blijft nog veel onduidelijk. Zullen deze netwerken zich in de logica van de eerstelijnszones inschakelen, of eerder in de logica van de bestaande netwerken geestelijke gezondheid (art. 107)? Heeft de Vlaamse regering de bedoeling om Vlaamse netwerken te creëren, binnenin de regionale geestelijke gezondheidsnetwerken? En betekent dit andere en meer verplichtingen voor wie ook tot die Vlaamse netwerken behoort?

Voor de raad is het essentieel dat deze netwerken afgestemd worden op de eerstelijns Hervorming.

Nog twee andere geografisch verankerde netwerkdelingen met belang voor de geestelijke gezondheid, met name de ziekenhuisnetwerken en netwerken jeugdhulp, worden hier niet genoemd. Ook blijven er vraagtekens hoe de netwerken kinderen en jongeren en de netwerken volwassenen met elkaar zullen scharnieren op de transitieleeftijd, waar zorgverlening vanuit beide kanten nodig kan zijn en continuïteit een belangrijk criterium is voor doeltreffendheid.

De raad heeft, ondanks de zeer goed kaderende inleiding, nog steeds het gevoel dat het voorontwerp van decreet veel verwacht van de structuren en netwerken 'an sich' (3 maart 2017, p.12). De raad uit hier opnieuw zijn bezorgdheid dat er niet zozeer in allerhande coördinatoren, tussenstructuren en verdiepingen zou worden geïnvesteerd, maar wel in de zorg en ondersteuning zelf. De raad heeft eerder gezegd dat een sterke netwerkgedachte goed is op voorwaarde dat men daarbij vertrekt van duidelijke doelstellingen. Deze doelstellingen kunnen uitwijzen waartoe welke netwerkstructuren en welke vormen van samenwerking en overleg nodig zijn.

De raad meent echter dat voorliggend voorontwerp van decreet de organisatie van de zorg en ondersteuning er niet eenvoudiger op maakt. Hij roept op om bij de verdere uitbouw van de geestelijke gezondheidsnetwerken te bewaken dat de veelheid van bestaande en/of nog op te richten netwerken de toegankelijkheid, transparantie, efficiëntie en duidelijke rolverdeling niet in de weg staan. Het geheel dreigt immers onwerkbaar te worden voor de initiatiefnemers en zorgverstrekkers in de geestelijke gezondheidszorg.

1.2.4 Evenwichtige zorg en ondersteuning

Balanced care of evenwichtige zorg en ondersteuning betekent dat er in het zorg- en ondersteuningsaanbod een waaier aan voorzieningen bestaat die alle zorg en ondersteuning bieden die voor een bepaalde populatie nodig is. Op alle trappen van de zorg en ondersteuning moet een gepast aanbod voor handen zijn en ook het samenspel tussen de verschillende vormen van aanbod moet duidelijk zijn.

In de eerste plaats betekent dit voor Vlaanderen dat de geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn en ambulante geestelijke gezondheidszorg moet worden versterkt.

- In het advies over het Vlaams Actieplan vroeg de raad daarom concreet engagement om de eerstelijnspsychologische functie structureel uitbouwen. De raad verwijst in dit verband ook naar zijn recent *advies op eigen initiatief over de financiering en de organisatie van de eerstelijnspsychologische interventies in Vlaanderen* (27 september 2018).
- Daarnaast stelde de raad dat het broodnodig is om de expertise inzake ambulante en mobiel aanbod een groeipad te geven (3 maart 2017, p. 18).

In de memorie van toelichting wordt subsidiariteit als één van de principes gehanteerd voor veranderingen in de organisatie van het geestelijke gezondheidsaanbod. Van daaruit wordt de individugerichte zorg georganiseerd op 5 zorgniveaus: van zelfzorg en zorg en ondersteuning door de eigen context (niveau 0a) tot gespecialiseerde zorg op supra-regionaal niveau (niveau 2b). De raad kan zich in de omschrijving van deze zorgniveaus vinden. Verder wordt het geestelijke gezondheidsaanbod opgedeeld in kernopdrachten of functies.

Het is essentieel dat er een goed samenspel tussen de verschillende trappen bestaat. Voor de raad ontstaat *balanced care* door de afstemming tussen de partners in een netwerk over de vraag op welk niveau(s) en met welke functie(s) een bepaalde vraag of behoefte best wordt ingevuld/beantwoord. Het is erg belangrijk om meer structuur in het aanbod te brengen zodat wordt uitgeklaard welke actoren de meeste expertise hebben om binnen de zorgprogramma's diverse schakels op te nemen. De oefening naar zorgniveaus en functies komt hieraan zeker tegemoet en kan dit proces ondersteunen maar we willen ons hoeden voor de rigiditeit die dit met zich mee kan brengen. Door bepaalde functies te beperken tot bepaalde zorgniveaus bestaat immers het risico dat er wordt voorbijgegaan aan de expertise die op andere niveaus voor deze functies aanwezig kan zijn. Daarom is het belangrijk dat bij de uitvoering van het decreet de mogelijkheid wordt voorzien dat elke initiatiefnemer op meerdere zorgniveaus een aanbod kan uitbouwen. Zo blijven de mogelijkheden en kansen bestaan om bepaalde zorgmodules flexibel en met de nodige differentiatie op te nemen. De raad meent dat de collectieve verantwoordelijkheid voor het invullen van het lokale en regionale zorglandschap, met het oog op het realiseren van *balanced care*, op het niveau van de netwerken moet liggen en geen overheidsopdracht is.

De raad merkt nog op dat de zorgniveaus 0 a en b in de memorie van toelichting slechts beperkt worden beschreven in vergelijking met de andere zorgniveaus. Zorgniveau 0b omvat *initiatieven van vrijwillige en informele zorg of ondersteuning. Dit zijn alle initiatieven die door een lokaal bestuur, door lokale actoren of door de bevolking worden genomen en die niet hoofdzakelijk door beroepskrachten worden uitgevoerd, om bij te dragen aan de zorg of de ondersteuning van personen met psychische zorgnoden en hun context. Hiertoe behoren onder meer patiënten- en familieorganisaties die gebruikers of de context verenigen en vertegenwoordigen* (MvT, p. 56).

Hier zou de memorie van toelichting meer aandacht kunnen besteed hebben aan de rol van dit zorgniveau in samenspel met lokale besturen (lokaal sociaal beleid en geïntegreerd breed onthaal), met de eerstelijnszones, en met de andere zorgniveaus.

Over het *zorgniveau 1 generalistische basiszorg* lezen we in de memorie van toelichting dat *op dit zorgniveau buurtgebonden ambulante en mobiele zorg wordt aangeboden door professionals. [...] het betreft hier interventies die bijvoorbeeld betrekking hebben op het versterken van motivatie, empowerment, verbondenheid, zelfzorg en veerkracht.* Het zou nuttig zijn hier de samenwerking met vrijwillige of informele zorg en ondersteuning van het zorgniveau 0 te verduidelijken.

1.3 Kan het voorontwerp van decreet zijn ambities waarmaken?

In zijn advies over het Vlaams Actieplan Geestelijke gezondheid 2017-2019 heeft de raad gepleit voor de ontwikkeling van een omvattende en gedragen **lange termijn visie op geestelijke gezondheid in Vlaanderen**. *Voor die lange termijn moet Vlaanderen ambitieus zijn, verder kijken dan 2019 én los van de bevoegdheidsverdeling in dit land. Op basis van een duidelijke probleemstelling en omvattende visie moet Vlaanderen **doelstellingen** formuleren die een **wezenlijk verschil** zullen maken voor de geestelijke gezondheid. Deze doelstellingen moeten worden uitgevoerd met **overeenkomstige budgetlijnen*** (3 maart 2017, p. 8).

Voor de raad komt het voorliggend voorontwerp van decreet slechts deels tegemoet aan dit pleidooi. Er is een erg verdienstelijke poging ondernomen om een duidelijke probleemstelling en een omvattende visie te formuleren. De algemene doelstelling van het decreet toont ambitie. Toch vindt de raad niet de concrete doelstellingen of prioriteiten terug waarmee de Vlaamse Regering met dit decreet een wezenlijk verschil zal kunnen maken voor de geestelijke gezondheid in Vlaanderen.

Budgettaire middelen

De raad meent dat het feit dat de 'overeenkomstige budgetlijnen' afwezig blijven een groot probleem is. De raad heeft reeds herhaaldelijk opgeroepen om meer middelen voor de geestelijke gezondheid vrij te maken. De kwalitatieve hervormingen die volgens de memorie van toelichting nodig zijn in vier domeinen, kunnen immers niet gerealiseerd worden zonder die bijkomende middelen.

De raad herhaalt daarom hier zijn vraag naar budgettaire engagementen voor de geestelijke gezondheidszorg. Zonder belangrijke investeringen in de geestelijke gezondheid in Vlaanderen kunnen de ambities niet waargemaakt worden.

De raad roept tegelijk op om de in de sector aanwezige middelen goed te besteden en te heroriënteren waar nodig zodat we sneller kunnen evolueren naar een evenwichtige zorg en ondersteuning waarin de geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn en de ambulante gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg volwaardig uitgebouwd zijn. Het is dan ook evident dat binnen de sector bekeken wordt hoe de beschikbare middelen het meest effectief kunnen worden ingezet. Daartoe is een doorgedreven samenwerking tussen alle bevoegde beleidsniveaus nodig.

Afstemming met het federale beleidsniveau

Vlaanderen is immers terecht ambitieus maar kan deze hervorming niet tot een goed einde brengen zonder een 'intense samenwerking' met het federale beleidsniveau. De organisatie van de geestelijke gezondheidszorg moet omwille van de verdeelde bevoegdheden immers samen met het federale beleidsniveau gebeuren. Die afstemming met het federale niveau ontbreekt.

Voor de uitvoering van het decreet geestelijke gezondheid dient rekening te worden gehouden met de afspraken die tijdens de interministeriële conferenties worden gemaakt¹.

Het is duidelijk dat de geestelijke gezondheidszorg een belangrijke structurele oefening nodig heeft om naar een overzichtelijk en transparant landschap te evolueren. De raad meent dat het opzet van dit voorontwerp van decreet, met name de Vlaamse bevoegdheden in netwerken organiseren, slechts een deel van deze structurele oefening is.

Deze situatie ontstaat omdat er in dit land geen homogeen bevoegdheidspakket is voor de geestelijke gezondheidszorg. De raad herhaalt daarom zijn dringende oproep aan de beleidsmakers om één globale visie en plan voor de geestelijke gezondheid op te maken dat alle betrokken bevoegdheidsniveaus engageert. *Om tot een integraal model van zorg en ondersteuning te komen voor de geestelijke gezondheidszorg zal een intense samenwerking nodig zijn over de grenzen van de zesde staatshervorming heen waar, vanuit een gemeenschappelijke visie, realistische voorstellen worden uitgewerkt over, onder meer zorgstrategische planning, governance van structureel verankerde netwerken en modulaire financiering* (SAR WGG, 3 maart 2017, p. 8).

Netwerken

De raad meent dat de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg vanuit één gemeenschappelijke visie moet vertrekken. Waarom kiest Vlaanderen ervoor om nu Vlaamse netwerken naast de federale te plaatsen? Het is vooral problematisch dat in deze Vlaamse netwerken niet alle noodzakelijke actoren worden gevat. In artikel 12§3 lezen we immers dat *ziekenhuizen kunnen participeren aan de netwerken zonder dat zij evenwel netwerkpartner worden en zonder de bijhorende verplichtingen gekoppeld aan netwerkpartners*. Hoe kan geïntegreerde zorg en ondersteuning in de geestelijke gezondheidszorg tot stand gebracht worden zonder de ziekenhuizen als volwaardige netwerkpartner te betrekken? Omdat algemene en psychiatrische ziekenhuizen nog steeds zeer belangrijke speler zijn in de geestelijke gezondheidszorg vreest de raad dat dit de draagwijdte en slagkracht van dit decreet ernstig ondermijnt.

¹ Op de IMC van 2 juli 2018 hebben de ministers bevoegd voor volksgezondheid afspraken gemaakt over de wettelijke initiatieven ter implementatie van de gidsen geestelijke gezondheid kinderen en jongeren en volwassenen. Uit de goedgekeurde fiche citeren wij:

“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. “

1.4 Bezorgdheden over de operationele uitwerking van het voorontwerp van decreet

Een degelijke wetenschappelijke analyse maakt voor de raad beslist deel uit van een goed besluitvormingsproces. Het is positief dat de wetenschappelijke expertise hier gehonoreerd werd. De raad heeft daarop aangedrongen in zijn advies van 3 maart 2017 (p. 8).

De volgende fase in het proces is om over deze analyse een brede consultatie te houden met alle relevante en representatieve stakeholders. De raad meent dat de Vlaamse regering hier te snel wilde gaan. De stakeholders op het terrein voelden zich in de laatste fase van het besluitvormingsproces onvoldoende gehoord. De vertaling van de uitgangspunten en principes uit de memorie van toelichting naar het voorontwerp van decreet werd niet meer voorgelegd waardoor de voorstellen niet grondig konden worden doorgesproken. De raad betreurt dat.

Het is nog moeilijk in te schatten wat de impact van de uitvoering van een aantal bepalingen in dit voorontwerp van decreet op het terrein zal zijn. Het voorgestelde Vlaamse organisatiemodel werd immers niet uitgetest. Dit creëert onzekerheid. Het is onduidelijk of dit model de actuele evoluties in de geestelijke gezondheidszorg – zoals de vermaatschappelijking en de afbouw van ziekenhuisbedden - zal faciliteren of eerder zal afremmen. Het is daarom nodig dat de impact van dit Vlaamse organisatiemodel op deze evoluties goed wordt onderzocht. De raad vraagt dan ook een duidelijk actieplan te koppelen aan dit voorontwerp van decreet, dat de uitvoering voorbereidt en verheldert.

1.5 Afstemming met andere beleidsontwikkelingen

De raad mist in dit voorontwerp van decreet de afstemming met andere hervormingen en beleidsontwikkelingen (eerstelijns hervorming, oriëntatienota geïntegreerde visie op zorg voor chronisch zieken).

Het is in het bijzonder een gemiste kans dat de verbinding met de lopende reorganisatie van de eerstelijnszorg ontbreekt. Er zijn immers heel wat synergiën mogelijk, zoals de territoriale benadering, het pleidooi voor een persoons- en populatiegerichte benadering, het principe van subsidiariteit en getrapte zorg, de focus op empowerment en de herstelgerichte benadering die parallel loopt met doelgerichte zorg en ondersteuning in de eerstelijnszorg, de zorgcoördinatie en het casemanagement. Op het terrein is het intussen ook evident geworden om interdisciplinair overleg te plegen over de zorglijnen heen en met de actieve participatie van de persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte.

Door deze parallellen wat meer in het licht te stellen, zou impliciet ook meer het signaal gegeven worden dat de afstemming en integratie tussen lichamelijke gezondheid, geestelijke gezondheid en welzijn absoluut noodzakelijk is.

De raad begrijpt dat er in dit voorontwerp van decreet nog niet naar 'eerstelijnszones' en 'regionale zorgzones' wordt verwezen. Deze moeten immers eerst hun wettelijke basis vinden in het decreet betreffende de eerstelijnszorg. Gezien dit eerstelijnszorgdecreet wellicht eerst zal worden bekrachtigd, vraagt de raad om de verwijzing naar de eerstelijnszones en de regionale zorgzones alsnog op te nemen in het decreet over de geestelijke gezondheid.

2 Artikelsgewijze bespreking

2.1 Hoofdstuk 1. Algemene bepalingen

Artikel 2

- ▀ Artikel 2, 2° Het is goed dat de ‘context’ van de persoon met psychische zorgnoden in dit voorontwerp van decreet zichtbaar wordt gemaakt. Aandacht voor de context is immers een essentieel element in de vermaatschappelijking van zorg en ondersteuning. In de definitie van ‘context’ wordt echter de vrij besloten definitie van VSB gebruikt waar vooral op mantelzorg wordt gefocust. Dat is jammer omdat het afbreuk doet aan de eigenheid van geestelijke gezondheidsproblematieken. Meer dan bijvoorbeeld in de ouderenzorg, zijn de brede structurele contexten en partners zoals onderwijs, huisbaas, werkgever, cultuur,... even belangrijk als het gaat om het verwerven of behouden van een goede geestelijke gezondheid. De raad pleit daarom voor een bredere definitie van ‘context’.
- ▀ Artikel 2, 14° Geestelijke gezondheidsbehoeften worden gedefinieerd als ‘alle noden met betrekking tot geestelijke gezondheid, psychische zorgnoden uitgezonderd’. Dit is voor de raad wel een heel verwarrende definitie. Zullen potentiële zorggebruikers dit begrijpen?
- ▀ Artikel 2, 25° De term partnerorganisatie wordt hier op een andere manier gedefinieerd dan in het preventiedecreet. Dat betekent dat dezelfde term twee verschillende ladingen dekt en dat sommige organisaties dus onder verschillende definities vallen.
- ▀ Artikel 2, 38°

 - Deze definitie van zorgvoorziening valt niet helemaal samen met de definitie die in artikel 12§1 gehanteerd wordt over netwerkpartners.
 - Een zorgvoorziening moet erkend zijn door de Vlaamse gemeenschap. Wat betekent dit voor revalidatievoorzieningen (bijvoorbeeld de centra ambulante revalidatie (CAR), de verslavingsrevalidatie, de psychosociale revalidatie, de MSOC,...) die werken op basis van conventies, en niet ‘as such’ erkend zijn door de Vlaamse gemeenschap?
- ▀ De raad merkt op dat het voorontwerp van decreet in zijn opzet sterk vertrekt van de noden en behoeften van volwassenen en raadt aan de focus te verbreden zodat ook de specifieke behoeften van kinderen en jongeren gevat worden. Zo kunnen **bepaalde definities** eens terug onder de loep genomen worden (zoals gebruiker, herstel, ...) om in de formulering kinderen en jongeren te vatten. Er wordt in de memorie van toelichting ook geregeld naar andere levensdomeinen verwezen, zoals wonen, werken, vrije tijdsbesteding,... ook hier kunnen kinderen en jongeren beter gevat worden als er ook onderwijs wordt vermeld en verwezen wordt naar het leven in een gezinscontext, relaties met broers en zussen en leeftijdsgenoten, deelname aan school- en vrije tijdsactiviteiten.

2.2 Hoofdstuk 2. Doelstelling en werkingsprincipes

Artikel 3

- ▀ zie algemene appreciatie.

Artikel 4

- ▀ De raad vraagt om de vier hervormingen die in de memorie van toelichting worden beschreven ook in het decreet zelf op te nemen zodat de werkingsprincipes duidelijker gekaderd worden.
- ▀ Artikel 4, 3° d) bespreekt de driehoek gebruiker, context en professional.
 - Het principe van dit dialoogmodel raakt stilaan ingeburgerd dankzij volgehouden inspanningen van gebruikers- en familieverenigingen. Gezien het belang van dit principe stelt de raad voor om dit principe meer te benadrukken door het vooraan te zetten.
 - In de memorie van toelichting wordt op pagina 17 gesteld dat *de context bij kinderen, jongeren en jongvolwassenen in de regel altijd betrokken wordt. Meerderjarige jongeren die thuis wonen kunnen net zoals meerderjarige jongeren die niet meer thuis wonen, de betrokkenheid van hun ouders of opvoeders bij hun zorg uiteraard weigeren*. De raad meent dat de vigerende regelgeving over de rechten van de (minderjarige) patiënten en het decreet op de rechtspositie van de minderjarige in de Vlaamse Jeugdhulp meer ruimte creëerde tot volwaardige betrokkenheid van de minderjarige zorggebruiker in zijn eigen zorgtraject. De raad vraagt de tekst in overeenstemming te brengen met deze regelgeving.
- ▀ Artikel 4, 4° De raad is positief over het feit dat in de werkingsprincipes wordt benoemd dat het geestelijke gezondheidsaanbod in zijn organisatie inzet op/streeft naar vermaatschappelijking, subsidiariteit en integratie.
 - Wat betreft artikel 4, 4° a) zou de raad ervoor kiezen om te spreken van 'het participeren aan de gemeenschap waartoe hij behoort' eerder dan 'het leveren van een zinvolle bijdrage aan de gemeenschap waartoe hij behoort'.
- ▀ Artikel 4, 5° Als vijfde werkingsprincipe wordt het voeren van een geïntegreerd kwaliteitsbeleid genoemd. Het valt de raad op dat de memorie van toelichting zich daarbij erg toespitst op elementen van toezicht en controle. Als onderdelen van een geïntegreerd kwaliteitsbeleid worden het werken met indicatoren, toezicht en externe toetsing (toezicht door derden) en een goed klachtenbeleid genoemd. In zijn advies over kwaliteitsborging en toezicht door derden (9 oktober 2014, p.10) stelde de raad eerder dat het doel van toezicht door de overheid driedelig moet zijn.
 - Ten eerste moet de overheid de veiligheid en de kwaliteit van de zorg en ondersteuning voor de gebruiker van het systeem verzekeren.
 - De overheid kan daarnaast ook een belangrijke rol spelen in het zichtbaar maken van kwaliteit door de vergaarde informatie samen te brengen en inzichtelijk te maken voor het brede publiek.
 - Ten derde meent de raad dat de overheid organisaties en verstrekkers van zorg en ondersteuning moet aanmoedigen om processen van kwaliteitsverbetering op te zetten en vol te houden.

Dit laatste luik verdient meer aandacht in de memorie van toelichting. Het is ook aan de Vlaamse overheid om initiatiefnemers in zorg en ondersteuning te ondersteunen om een geïntegreerd kwaliteitsbeleid uit te werken. Een duurzaam effectief partnerschap tussen de overheid en de initiatiefnemers (sector) is de beste garantie om voortdurende kwaliteitsverbetering te realiseren.

De raad meent dat dit voorontwerp van decreet misschien niet de geëigende plaats is om een breed kwaliteitsbeleid uit te werken, maar vraagt om er werk van te maken om dit in het kader van de verdere effectieve uitvoering van het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen te doen, vermits momenteel alleen de psychiatrische ziekenhuizen en de centra voor geestelijke gezondheidszorg erdoor gevat zijn.

2.3 Hoofdstuk 3. Specifieke bepalingen over de financiële en bestuurlijke weerbaarheid en transparantie

Artikel 5

Rekening houdend met de mogelijke initiatiefnemers volgens artikel 5, herhaalt de raad zijn standpunt dat in het advies van 24 maart 2016 over de Conceptnota 'Vlaams welzijns- en zorgbeleid voor ouderen' werd ingenomen.

Voor de SAR WGG moet het aanbieden van kwaliteitsvolle, sociaal rechtvaardige, performante, relevante en toegankelijke zorg en ondersteuning het uitgangspunt zijn voor alle aanbieders. Aanbieders die de toets van Maatschappelijk verantwoorde zorg doorstaan mogen zich op het zorgveld begeven. Publieke middelen voor zorg (collectieve financiering) moeten volledig gebruikt worden voor hun bestemming: het aanbieden van Maatschappelijk verantwoorde zorg. ... De raad is van mening dat publieke middelen voor zorg nooit mogen worden aangewend voor enige vorm van winstuitkering.

Ook de eigen bijdragen van personen met een zorgbehoefte moeten voldoen aan de voorwaarden van toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Om zekerheid te hebben of de publieke middelen voor zorg voor 100% naar zorg gaan is maximale transparantie vereist. Transparantie door de aanbieders - inzake het financiële reilen en zeilen, de kwaliteit, huisvesting, bouwkost, dagprijs...- is een absolute voorwaarde.

Winstuitkering moet transparant gerapporteerd worden en mag in geen geval leiden tot hoge gebruikersbijdragen die de toegang tot Maatschappelijk verantwoorde zorg belemmeren.

Sociaal ondernemerschap betekent maatschappelijk verantwoord ondernemen met een sociaal doel en niet met het doel winst te maximaliseren om uit te keren. Winst wordt enkel nagestreefd om de toegankelijkheid, de continuïteit, de duurzaamheid en de kwaliteit van de verstrekte zorg en ondersteuning te garanderen en te verbeteren.

Financieringssystemen mogen nooit leiden tot een beperking van het aanbod van en de doelgroepen voor bepaalde zorg- en ondersteuningsvormen. De raad wijst hiermee op het mogelijk gevaar voor 'cherry picking'.

Het is nodig een transparante boekhouding over de allocatie van middelen te installeren, zodat vergelijkingen tussen voorzieningen mogelijk worden.

- De raad vraagt zich ook af of deze bepalingen betekenen dat elke bestaande initiatiefnemer in de geestelijke gezondheidszorg opnieuw een aanvraag tot erkenning zal moeten doen? Dit zou een grote administratieve last met zich meebrengen. De raad vraagt of dezelfde administratieve verplichtingen geëist worden voor praktijken van zelfstandige zorgverstrekkers.
- De raad pleit er in het algemeen voor dat de Vlaamse regering bij de uitvoering van dit decreet een zo min mogelijke administratieve last legt op de initiatiefnemers. Een aantal bepalingen betekenen een aanzienlijke verzwaring van de administratieve last en dienen goed overwogen te worden. Het lijkt de raad bijvoorbeeld niet nodig om elke wijziging van een dagelijkse verantwoordelijke van een organisatie aan de overheid te melden. Het is de verantwoordelijkheid van de initiatiefnemer als inrichtende macht om goed bestuur te verzekeren. Dit hangt niet van één persoon af.

Artikel 6

In artikel 6 §2, 1° wordt gesteld dat *iedere initiatiefnemer die behoort tot categorie I een of meer commissarissen moet belasten met de controle van de financiële toestand, de controle van de jaarrekening en de regelmatigheid in het licht van de wet en van de statuten en de controle van de verrichtingen die in de jaarrekening moeten worden vastgesteld.*

- De raad vraagt wat er precies bedoeld wordt met 'commissarissen'. Gaat het om bedrijfsrevisoren? Houdt dit een verzwaring in van de verplichtingen die vandaag gelden?

2.4 Hoofdstuk 4. De organisatie en inhoudelijke opdeling van het geestelijke gezondheidsaanbod

2.4.1 Afdeling 1. Individuurgerichte zorg georganiseerd in zorgniveaus

Artikel 8

Artikel 8 schetst hoe de individuurgerichte zorg in zorgniveaus wordt georganiseerd. Bemerkingen hierover werden opgenomen onder 1.2.4 'evenwichtige zorg en ondersteuning'.

2.4.2 Afdeling 2. Organisatie, programmatie en erkenning van geestelijke gezondheidsnetwerken

Artikels 9-11

Volgens de artikels 9 en 10 kan de Vlaamse regering geestelijke gezondheidsnetwerken programmeren en erkennen. Volgens artikel 11 kan de Vlaamse regering de werkingsgebieden van deze geestelijke gezondheidsnetwerken afbakenen.

Fundamentele bedenkingen over de Vlaamse geestelijke gezondheidsnetwerken werden in de algemene appreciatie geformuleerd onder 1.2.3 'Geïntegreerde benadering op populatieniveau'.

- ▀ Artikel 9. De raad vraagt om bij de programmatie rekening te houden met volgende bezorgdheid (SAR WGG, 3 maart 2017, p. 13):

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

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

Artikel 12

Dit artikel behandelt de samenstelling van de geestelijke gezondheidsnetwerken. Het roept bij de raad vragen op naar de slagkracht van dit decreet. De raad vindt het immers problematisch dat niet alle noodzakelijke actoren worden gevat (zie ook 1.3).

- ▀ In artikel 12§3 lezen we dat ziekenhuizen kunnen participeren aan de netwerken zonder dat zij evenwel netwerkpartner worden en zonder de bijhorende verplichtingen gekoppeld aan netwerkpartners. Dat is problematisch. Hoe kan geïntegreerde zorg en ondersteuning in de geestelijke gezondheidszorg tot stand gebracht worden zonder de ziekenhuizen als volwaardige netwerkpartner te betrekken? Omdat algemene en psychiatrische ziekenhuizen nog steeds zeer belangrijke spelers zijn in de geestelijke gezondheidszorg meent de raad dat deze vrijblijvendheid de draagwijdte en slagkracht van dit decreet ernstig ondermijnt.
- ▀ De raad merkt wel op dat het Vlaamse beleidsniveau de bevoegdheid bezit om ziekenhuizen te erkennen. Via deze weg zou Vlaanderen de ziekenhuizen wel kunnen 'verplichten' tot deelname aan het geestelijke gezondheidsnetwerken.

- ▀ Artikel 12 §1. Om deel te nemen aan een geestelijk gezondheidsnetwerk moet men erkend zijn als zorgvoorziening. Hierdoor lijkt het dat zelfstandige groepspraktijken of regionale kringen uitgesloten worden van deelname. Dat kan niet de bedoeling zijn.
- ▀ Artikel 12 §1. Een vraag ter verduidelijking. Waar worden de Centra Ambulante Revalidatie gevat, onder 1° of 2°?
- ▀ De raad merkt nog op dat om van netwerken een succesverhaal te maken het belangrijk is dat alle partners in het netwerk onder gelijke voorwaarden kunnen participeren. Zo mag het regelgevend kader voor de ene partner in een bepaald zorgniveau niet strikter zijn dan voor de andere partner. Concreet zien we dat de Centra Ambulante Revalidatie (CAR) op het zorgniveau 2a omwille van rigide regelgeving minder mogelijkheden hebben om bepaalde engagementen op te nemen dan de Centra Geestelijke Gezondheidszorg die zich op hetzelfde zorgniveau bevinden.

2.4.3 Afdeling 3. De inhoudelijke opdeling van het geestelijke gezondheidsaanbod en de subsidiëring van geestelijke gezondheidsnetwerken

Artikel 13

- ▀ De functies A, C en F lijken sterk aan te sluiten bij de eerstelijnszones en zouden best uitgetekend worden in nauwe aansluiting met functies als huisarts, eerstelijnspsycholoog of het maatschappelijk werk. De raad verwijst naar zijn *advies op eigen initiatief over de financiering en de organisatie van de eerstelijnspsychologische interventies in Vlaanderen* (27 september 2018).

Artikel 13 en artikel 14

- ▀ Het is erg belangrijk om meer structuur in het aanbod te brengen zodat wordt uitgeklaard welke actoren de meeste expertise hebben om binnen de zorgprogramma's diverse schakels op te nemen. De oefening naar zorgniveaus en functies komt hieraan zeker tegemoet en kan dit proces ondersteunen maar we willen ons hoeden voor de rigiditeit die dit met zich mee kan brengen. Tegelijk is de raad bezorgd over het feit dat het voorontwerp van decreet strikt vastlegt welke niveaus welke functies zullen opnemen. Door bepaalde functies te beperken tot bepaalde zorgniveaus bestaat immers het risico dat er wordt er voorbijgegaan aan de expertise die op andere niveaus voor deze functies aanwezig kan zijn. Daarom is het belangrijk dat bij de uitvoering van het decreet de mogelijkheid wordt voorzien dat elke initiatiefnemer op meerdere zorgniveaus een aanbod kan uitbouwen. Zo blijven de mogelijkheden en kansen bestaan om bepaalde zorgmodules flexibel en differentieel op te nemen. De raad meent dat de collectieve verantwoordelijkheid voor het invullen van het lokale en regionale zorglandschap, met het oog op het realiseren van balanced care, op het niveau van de netwerken moet liggen en geen overheidsopdracht is.

Door bepaalde functies te beperken tot bepaalde zorgniveaus wordt soms er voorbijgegaan aan de expertise die op andere niveaus voor deze functies aanwezig kan zijn. Concreet meent de raad dat de actoren op zorgniveau 2 ook functie B kunnen invullen. Bij de Centra voor

ambulante revalidatie of de centra voor geestelijke gezondheidszorg kan dit bijvoorbeeld gaan om enkele vroegtijdige interventies zoals het voorzien van enkele ouderbegeleidingssessies voor ouders van kinderen met een (vermoeden van) een (neurobiologische) ontwikkelingsstoornis. Deze sessies kunnen in sommige gevallen voldoende zijn en daardoor de opstart van een multidisciplinaire diagnostiek of behandeling (functies D en E) overbodig maken.

- ▀ Het valt de raad op dat in deze artikels weinig naar multidisciplinair/interdisciplinair werken gewezen wordt.

Artikel 14

- ▀ Functie B gaat over het ondersteunen van context en van ervaringsdeskundigen die actief zijn binnen het geestelijke gezondheidsaanbod. In artikel 14 staat vermeld dat bij het uitvoeren van functie B altijd actoren uit de vier zorgniveaus worden betrokken. Langs de ene kant is het positief dat er expliciet gesteld wordt dat zorgvoorzieningen zelf ook ervaringsdeskundigen moeten ondersteunen, anderzijds zou dit ook kunnen geïnterpreteerd worden alsof verenigingen van gebruikers en familieverenigingen steeds de medewerking en het overleg met zorgvoorzieningen nodig hebben vooraleer zij initiatieven kunnen ontwikkelen ter ondersteuning van context en ervaringsdeskundigen.

Artikel 16

- ▀ De Vlaamse regering kan zorgvoorzieningen erkennen voor het uitvoeren van functies. Zal dit verenigbaar zijn met het decreet over de Vlaamse Sociale Bescherming waar andere erkenningscriteria (kunnen) gehanteerd worden? De koppeling tussen de financiering zoals voorzien in VSB-decreet en in het overnamedecreet en de erkenning op basis van functies en zorgniveaus die in dit voorontwerp van decreet worden geregeld, is onduidelijk.

De raad adviseerde eerder dat het belangrijk is om *een financieringstechniek te ontwikkelen waarbij opdrachten en modules worden gefinancierd in plaats van prestaties (o.a. bundled payment, bepaalde principes van rugzakfinanciering, prikkels voor kwaliteit)* (SAR WGG 3 maart 2017, p. 14).

Artikel 18

Dit artikel benoemt de opdrachten van de geestelijke gezondheidsnetwerken.

- ▀ *Artikel 18, 1°* formuleert dat *de geestelijke gezondheidsnetwerken bij het toe leiden naar individuerichte zorg maximaal met de eigen regie van de gebruiker moeten rekening houden*. Dat is goed want een netwerk mag immers niet als 'toegangspoort' naar zorgvoorzieningen gaan fungeren.
- ▀ *Artikel 18, 3°* geeft de netwerken de opdracht om een zorgstrategische planning op te maken. De raad meent echter dat *deze strategische zorgplanning zou beter gebeuren met ziekenhuizen, netwerken geestelijke gezondheidszorg en eerstelijnszones, ... op basis van relevante demografische, epidemiologische, sociaaleconomische data*.

In zijn advies over het nieuw Vlaams ziekenhuislandschap (31 oktober 2016) heeft de SAR WGG al een pleidooi gehouden voor een *globale zorg strategische planning over de verschillende lijnen en over sectoren heen*. Globaal betekent onder meer dat die zorg strategische planning zowel de domeinen gezondheid als welzijn betreft. Het is belangrijk dat in de opdrachten van alle participerende actoren (zowel de eerstelijnszones, de ziekenhuisnetwerken als de sectoren welzijn en geestelijke gezondheidszorg) wordt ingeschreven dat alle actoren in de regionale zorgzone moeten worden betrokken bij het uittekenen van een strategische planning.

- ▀ In artikel 18 wordt de zorgcoördinator omschreven als '*het aanspreekpunt van een zorgteam*'. Het is onduidelijk over welk zorgteam het hier gaat, en of de zorgcoördinator ook het aanspreekpunt voor de persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte is.

In principe maakt de gebruiker deel uit van het zorgteam. De persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte of zijn context kunnen ook zelf zorgcoördinator zijn. De raad stelt voor 'zorgteam' in artikel 2 te definiëren. Zoals het in het voorontwerp van decreet over de eerste lijn: 'zorgteam: de persoon met een zorg- en ondersteuningsbehoefte en de betrokken informele en professionele zorg- en welzijnsactoren die, in het kader van een zorg- en ondersteuningsplan, samenwerken rond de zorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag.

2.5 Hoofdstuk 5. Ervaringsdeskundigheid in het geestelijke gezondheidsaanbod

Artikel 19

De raad juicht de aandacht toe die in dit voorontwerp van decreet wordt gegeven aan de ervaringsdeskundige als partner in de zorg en ondersteuning.

- ▀ De Vlaamse regering bepaalt de voorwaarden waaraan een persoon moet voldoen om als ervaringsdeskundige te kunnen werken of te kunnen worden ingezet op vrijwillige basis.
 - In de memorie van toelichting wordt wel verduidelijkt dat vooral wie betrokken is bij de directe zorg voor gebruikers en hun context een degelijke opleiding moet gevolgd hebben. Toch wijst de raad op het gevaar dat er te hoge eisen zouden worden gesteld aan alle ervaringsdeskundigen. Vooral voor vrijwilligers moeten haalbare criteria worden opgesteld. Het is essentieel hier met gelaagde eisen te werken en afhankelijk van de opdracht met verschillende competentieprofielen.
 - Dit zou kunnen veronderstellen dat de Vlaamse Regering bepaalt wie, wanneer en tegen welke vergoeding vrijwilligerswerk doet. De Vlaamse overheid kan zich niet bemoeien met een individu dat zich als vrijwilliger wil inzetten en moet hierover zeker geen regelgevend kader uitwerken. Daarvoor is de vrijwilligerswet. We vermoeden dat de passage bedoeld is om de betrokkenheid van ervaringswerkers te verhogen of die nu wel of niet betaald worden voor hun inzet. We stellen dus voor om de zin te herschrijven in overeenstemming met de rest van artikel 19. Voorstel: De Vlaamse Regering bepaalt de voorwaarden van een kader waarbinnen een persoon met ervaringsdeskundigheid kan werken of kan worden ingezet.

2.6 Hoofdstuk 6. Comité geestelijke gezondheidsnetwerken, partnerorganisaties en projecten

2.6.1 Afdeling 1. Comité geestelijke gezondheidsnetwerken

Artikel 20

Bij het agentschap wordt een comité geestelijke gezondheidsnetwerken opgericht.

- De raad vindt het zinvol dat de werking van de netwerken geestelijke gezondheid wordt opgevolgd en geëvalueerd. Er stelt zich echter toch een probleem van rechter en partij wanneer in de samenstelling van het comité twee vertegenwoordigers voor elk netwerk geestelijke gezondheid worden voorzien. Daarnaast is er maar één vertegenwoordiger van de gebruikers en één van de context. Dat is weinig in verhouding tot de vertegenwoordigers van de netwerken. De raad merkt nog op dat in de samenstelling geen plaats voor (zelfstandige) zorgorganisaties of zorgverstrekkers zelf wordt voorzien.
- De raad vraagt zich ook af op welke manier het comité over wetenschappelijke kennis zal kunnen beschikken die de evaluaties mee kan onderbouwen.
- De raad ervaart het opzet van dit comité sterk als een interne aangelegenheid tussen de overheid en de netwerken geestelijke gezondheid. De werkstructuur installeert een sterke top-down aansturing vanuit de overheid.

2.6.2 Afdeling 2. Partnerorganisaties en projecten

Artikel 21

- Voor de opleiding van ervaringsdeskundigen rekent de overheid op partnerorganisaties. De raad vraagt dat de Vlaamse overheid in de memorie van toelichting daarnaast ook het onderwijs zou vernoemen als mogelijk kanaal om ervaringsdeskundigen op te leiden.
- De raad vraagt om verduidelijking waarom de Vlaamse regering, naast partnerorganisaties met een beheersovereenkomst, ook partnerorganisaties wil erkennen zonder beheersovereenkomst. Is het de bedoeling om op deze manier ook organisaties uit het middenveld te betrekken?
- Artikel 21 §3, 3° c) partnerorganisaties die ervaringsdeskundigen ondersteunen, kunnen ook een opdracht opnemen om voorzieningen, zorgverstrekkers of de structuren die ervaringsdeskundigen zullen inzetten, voor te bereiden en te coachen rond het werken met ervaringsdeskundigen. Dit wordt best ook als opdracht ingeschreven in dit artikel.

2.7 Hoofdstuk 7. Gedwongen opname

Artikel 24

- ▀ Artikel 24 handelt over de gedwongen opname. De raad vindt het vreemd dat deze belangrijke passage, waarbij de ziekenhuizen worden gevat, in een voorontwerp van decreet wordt opgenomen dat de ziekenhuizen verder niet volwaardig betreft. De raad meent dat dit artikel hier pas meerwaarde heeft voor zover ziekenhuizen ook effectief als volwaardige partner bij het voorwerp van dit decreet worden betrokken.

2.8 Hoofdstuk 8. Uitwisseling van gegevens over het geestelijke gezondheidsaanbod

Artikel 25

- ▀ In het artikel over gegevensdeling ontbreekt het gebruikersperspectief. De gebruikers zijn nochtans ook een belangrijke bron van informatie die toelaat om, in samenspraak met de gebruiker en zijn context, het zorg- en ondersteuningsbeleid zorgvuldig op te volgen, te analyseren en te verbeteren.
- ▀ De raad merkt op dat afspraken en regels met betrekking tot registratie en gegevensuitwisseling momenteel snel evolueren (cfr. E-health, GDPR,...). Indien hierdoor de verwachtingen met betrekking tot het verzamelen en het aanleveren van gegevens toenemen, dan moet er ook meer geïnvesteerd worden in digitalisering. Een toegenomen administratielast mag immers niet ten koste gaan van de persoon met zorgbehoefte.
- ▀ De raad vraagt zich af waarom zoveel verschillende instanties moeten rapporteren. Wat moeten projecthouders en partnerorganisaties rapporteren? In artikel 25 §5, 3° worden partnerorganisaties en projecthouders genoemd als verwerkingsverantwoordelijken 'voor wat betreft de verwerking van persoonsgegevens in het kader van hun opdrachten en hun zorgrelatie met de gebruiker. Een partnerorganisatie is een ondersteunende structuur en is niet rechtstreeks betrokken in de zorguitvoering.
- ▀ Hoe zullen de verschillende systemen op elkaar worden afgestemd? Deze vraag stelt zich ook op het niveau van de eerstelijnszones, waar veel systemen worden gebruikt en telkens opnieuw linken naar anderen systemen worden gelegd, lijkt in de praktijk toch moeilijk te werken.
- ▀ Artikel 25 §2. Kan de Vlaamse regering specificeren welke personen en instanties toegang hebben tot gezondheidsgegevens?
- ▀ Artikel 25 §4 stelt dat de Vlaamse regering nadere regels kan bepalen voor de vorm en de wijze waarop persoonsgegevens worden uitgewisseld. De raad vraagt zich af of het de bedoeling om dit te laten uitmonden in een VITALINK-toepassing voor de geestelijke gezondheidszorg? Of wenst men te evolueren naar een veralgemeend elektronisch patiëntendossier? Hoe zal het recent ontwikkelde uniforme en interministerieel aanvaarde minimale datapakket psychiatrische gegevens zijn plaats hierin krijgen en zullen bestaande

systemen ook van buiten de GGZ hierin worden meegenomen? We denken hier bijvoorbeeld aan CAREMANAGER, Insisto, Sumehr, Zorg- en ondersteuningsplan, Zorgzwaarte-instrumenten zoals Belrai en ZZI, de verhouding tussen e-health enerzijds en e-Youth anderzijds,...).