

Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid

Strategisch plan 2017 – 2019

Inhoud

Inleiding	2
1. Visie en basisprincipes	3
2. Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017 – 2019	4
2.1. Implementeren van strategieën voor de bevordering van geestelijke gezondheid en de preventie van geestelijke gezondheidsproblemen	5
A. Beeldvorming	5
B. Geestelijke gezondheidsbevordering en ziektepreventie	5
B.1. Preventie tabak, alcohol, drugs en andere verslavingen.....	6
B.2. Suïcidepreventie	7
B.3. Preventie eetstoornissen.....	7
B.4. Preventie postnatale depressie	7
B.5. Preventie op de werkvloer	8
C. Vroegdetectie en –interventie	8
D. Harm reduction	9
2.2. Versterken van de globale, geïntegreerde en zorgnoodgestuurde geestelijke gezondheids- en welzijnszorg vanuit een samenlevingsgericht kader.....	9
A. Netwerking als basisprincipe voor de organisatie van zorg	10
A.1. Netwerken kinderen en jongeren	12
A.2. Netwerken volwassenen	12
A.3. Netwerken ouderen	13
B. Zelfzorg als uitgangspunt.....	13
C. Generalistische basiszorg	13
D. Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg	14
D.1. Onlinehulpverlening	14
D.2. Intersectoraal consult en liaison	15
D.3. Ambulante diagnostiek, behandeling en begeleiding.....	16
D.4. Mobiele diagnostiek, behandeling en begeleiding	17
D.5. (Semi-)residentiële behandeling en rehabilitatie.....	18
D.6. Integratieve herstelgerichte ondersteuning / rehabilitatie en revalidatie	19
D.7. Begeleiding in het kader van woonzorg	20
3. Versterken van het beleid en de ondersteunende systemen m.b.t. geestelijke gezondheid ...	21
3.1. Steunpuntfunctie geestelijke gezondheid	21
3.2. Aangepaste regelgeving	21
3.3. Aangepaste financiering.....	21
3.4. Zorgstrategische planning.....	23
3.5. Geïntegreerde kwaliteitsbenadering – VIKZ / Zorginspectie	23
3.6. Wetenschappelijk onderzoek en monitoring.....	24
3.7. Participatie en inspraak van de cliënt en context	25
3.8. Kwartiermaken.....	25
Bijlage 1: Algemeen overzicht bevoegdheidsverdeling en financiering Geestelijke Gezondheid(szorg)...	26
Bijlage 2: Overzicht werkingsgebieden netwerken GG, OP GG en Intersectorale Zorgnetwerken	28

Inleiding

De World Health Organisation definieert gezondheid als een toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden. Geestelijke gezondheid maakt integraal deel uit van een welzijn- en gezondheidsbeleid.

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

Zowel de overheid als de sector zijn vragende partij voor een 'Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid' waarin we een ad hoc-beleid overstijgen en een lange termijnvisie concretiseren. Doelstelling is de versterking van de geestelijke gezondheid en een kwaliteitsvolle, duurzame, flexibele en vraaggestuurde zorg. Welzijn en gezondheid zijn met elkaar verbonden vanuit een visie op 'kwaliteit van leven', met erkenning voor de GGZ-specificiteit. Het is een expliciete doelstelling om dit Vlaams actieplan tegen het einde van legislatuur te laten uitmonden in een nieuw decreet geestelijke gezondheid dat enerzijds vertrekt vanuit de beschreven visie en anderzijds een wettelijke, decretale basis biedt voor alle acties en de met de zesde staatshervorming overgekomen sectoren.

Dit Actieplan vertrekt vanuit de gelijkwaardigheid van iedere mens, kind of volwassene, los van afkomst, beperking of niet, zoals de VN conventies en verdragen¹ voorschrijven. Inclusie, de-institutionalisering, persoonlijke autonomie en participatie zijn sleutelbegrippen.

We bouwen verder op de vorige en bestaande Vlaamse Beleidsplannen. De inhoud van de conceptnota verslavingszorg, met o.a. de focus op zorgpaden en ketenzorg en de inkanteling van de verslavingszorg in de GGZ, maakt integraal deel uit van dit actieplan². De SAR WGG formuleert in haar advies op de conceptnota verslavingszorg (juni 2016)³ geen fundamentele bezwaren, maar heeft vnl. vragen naar verduidelijkingen en concretisering. In dit Actieplan Geestelijke Gezondheid geven we op een geïntegreerde wijze een antwoord op deze aanbevelingen. We zullen de conceptnota verslavingszorg hierop nog aanpassen. Er gaat extra aandacht naar de ontwikkeling van een beleid inzake de psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven beschut wonen, de revalidatieconventies GGZ⁴ en de Overlegplatforms Geestelijke Gezondheid (GG). Deze nota is aanvullend en complementair met ontwikkelingen en beleidsteksten binnen het Vlaamse beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: de Vlaamse Sociale Bescherming, de eerstelijnszorg, integrale jeugdhulp 2.0, het preventieve gezondheidsbeleid, ... Er wordt, waar nodig, afgestemd met de lokale besturen, gemeenschappen en gewesten en de federale overheid. Dit actieplan is overlegd met de federale overheid, verschillende koepelorganisaties vanuit GGZ- en intersectoraal perspectief en patiënten- en familieorganisaties.

We betrekken a.d.h.v. een structureel overleg, dat gekaderd zal worden binnen het nieuwe overlegmodel WVG, koepelorganisaties, patiënten en familieorganisaties, het werkveld, ... bij de verdere realisatie van het Actieplan. We zullen aan iedere actie concrete indicatoren verbinden.

¹ Universele Verklaring voor de Rechten van de Mens (UVRM) en de Rechten van het Kind (IVRK), het Internationaal Verdrag Inzake Burgerrechten en Politieke Rechten (IVBPR) en het Internationaal Verdrag Inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten (IVESCR) en het VN-Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap (VRPH)

² <https://www.zorg-en-gezondheid.be/27-actiepunten-concretiseren-nieuwe-visie-van-vlaanderen-op-verslavingszorg>

³ http://www.sarwgg.be/sites/default/files/documenten/SARWGG_Raad_20161117_Conceptnota%20verslavingszorg_ADV_DEF.pdf

⁴ Volgende revalidatieconventies behoren de revalidatieconventies GGZ: psychosociale revalidatie volwassenen (772), revalidatie voor personen met een verslavingsproblematiek (773), psychosociale revalidatie kinderen en jongeren (774), eenheden binnen psychiatrische ziekenhuizen in functie van vroegtijdige stoornissen bij de interactie tussen ouders en baby's, "de moeder-baby-eenheden" (MBE) (7745) en de de centra voor ambulante revalidatie (CAR) (953 – 965).

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

1. Visie en basisprincipes

Het Actieplan streeft naar *“A world in which mental health is valued, promoted, and protected, mental disorders are prevented and persons affected by these disorders are able to exercise the full range of human rights and to access high-quality, culturally appropriate health and social care in a timely way to promote recovery, all in order to attain the highest possible level of health and participate fully in society and at work free from stigmatization and discrimination.”*⁵

De visie van de gidsen geestelijke gezondheid kinderen en jongeren⁶ en volwassenen⁷ vormen de basis van het ‘Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid’:

- een **inclusieve samenleving**, waarin participatie, subsidiariteit en vermaatschappelijking van de zorg centraal staan vanuit (even)waardig burgerschap
- een **intersectorale zorg** samen met de welzijnssector, huisvesting, onderwijs, ... met focus op een ontschotting tussen de “lijnen”, tussen generalistische en gespecialiseerd hulp, tussen somatische en GGZ, ... zowel sectoraal als naar kennis, expertise en competenties. Deze ontschotting vertaalt zich in een continue, naadloze zorg waarbij doorverwijzingen samen georganiseerd worden over de grenzen van de organisaties heen.
- een **globale, geïntegreerde en allesomvattende zorg** gaande van zelfzorg tot intensieve, zeer gespecialiseerde zorg waarbij de cliënt met zijn zorgbehoefte, zijn context⁸ en zijn herstelproces centraal staat. De cliënt behoudt, in de mate van het mogelijke, de regie van de zorg.
- een **overzichtelijke, toegankelijke en betaalbare zorg** vertrekkend vanuit complementariteit, continuïteit en een wederzijds versterken door expertisedeling en -uitwisseling
- een **netwerkgeïntegreerde zorg** die continuïteit van zorg en zorg op maat garandeert vanuit interprofessionele samenwerking op basis van:
 - *stepped-care*, waarbij de meest samenlevingsgerichte, effectieve, efficiënte, minst ingrijpende en meest kortdurende zorgvorm wordt ingezet in functie van de aard en ernst van de problematiek
 - *balanced care*, waarbij eerst geïnvesteerd wordt in de uitbouw van een generalistisch aanbod, om vervolgens een meer gespecialiseerd aanbod te realiseren⁹
 - *collaborative care*, waarbij hulpverleners uit verschillende disciplines en organisaties intensief en collegiaal samenwerken in regionale interprofessionele teams
- een coherente en slagkrachtige **geestelijke gezondheidsbevordering en ziektepreventie** gebaseerd op ‘health in all policies’
- effectieve **vroegdetectie en -interventie** met focus op infants, kinderen, jongeren en jongvolwassenen. Hierbij verwijzen we naar de resultaten van de conferentie “De toekomst is jong”¹⁰.
- een evenwichtige eerstelijns- of **basiszorg geestelijke gezondheid**

⁵ WHO, Mental health action plan, 2013 - 2020

⁶ Zie: www.psy0-18.be

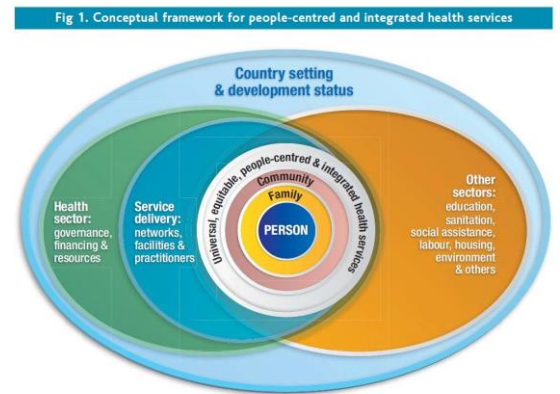
⁷ Zie: www.psy107.be

⁸ Onder context verstaan we familie, naastbetrokkenen en de brede context.

⁹ Dit model onderscheidt verder drie ‘niveaus’ van zorgintensiteit. Lage-intensiteit-settings richten zich op het bevorderen van de herkenning en behandeling van mensen met ggz-problematieken binnen de eerste lijn. Midden-intensiteit-settings ontwikkelen ggz-dienstverlening op 5 vlakken: ambulante zorg, outreachende gemeenschapsgerichte ggz, acute zorg in opname, gemeenschapsgerichte residentiële zorg en tot slot tijdsbesteding/werk. Hoge-intensiteit-settings voorzien in sterk gespecialiseerde ggz-dienstverlening op dezelfde vijf vlakken.

¹⁰ <http://www.kindengezin.be/detoekomstisjong/>

- een **kracht- en herstel¹¹gerichte zorg** met focus op de omgeving en op verschillende dimensies: persoonlijk (zelfwaardering, identiteit, ...), functioneel (bio-psycho-sociaal), maatschappelijk (participatie) en klinisch herstel
- een **gepersonaliseerde zorg**. Herstelmogelijkheden zijn, ondanks een krachtgerichte zorg, soms beperkt waardoor langdurige zorg noodzakelijk is. Er wordt gestreefd naar het hoogst haalbare niveau van levenskwaliteit en welbevinden op de verschillende levensdomeinen.
- een zorg vertrekkend vanuit een **bio-psycho-sociaal model** met integratie van de **zingevende dimensie** die inzet op de maatschappelijke, etnische en culturele superdiversiteit
- een zorg waarbij de **cliënt centraal staat** in zijn zorg en deze bepaalt, in overleg met zijn informele en formele zorgverleners, volgens de principes van complementariteit en subsidiariteit. Het ondersteuningsniveau groeit mee met de behoefte van de cliënt en de cliënt schakelt tussen diverse zorgvormen op hetzelfde moment vanuit een even- en volwaardige 'trialog' tussen cliënt, context en hulpverlening. De cliënt wordt ondersteund bij zijn empowerment om de regie van de zorg zelf op te nemen met implicaties voor de organisatie en de financiering van de zorg (vraaggestuurd en persoonsvolgend).
- een **presente hulpverlening** met focus op een nabije relatie met respect voor ieders waardigheid
- een **contextgerichte en netwerkopbouwende zorg** met oog voor de ondersteuningsnaden van familie, naastbetrokkenen, context en mantelzorgers.
- een zorg waarin **participatie** centraal staat, zowel op micro-, meso- als macroniveau, en die inzet op **ervaringsdeskundigheid¹²**, zowel vanuit patiënt- als familieperspectief.
- een zorg die vorm krijgt vanuit een gemeenschappelijke visie, **sociaal ondernemen**, vertrouwen en een regellu kader.
- een **maatschappelijk verantwoorde zorg** die de toets doorstaat van kwaliteit, performantie, relevantie, rechtvaardigheid en toegankelijkheid.
- een zorg die zich zo maximaal mogelijk baseert op **evidence-based kennis aangevuld met praktijkervaring en -kennis** en bottom-up groeit op basis van goede praktijken in nauwe samenwerking met de overheid en patiënten- en familieorganisaties.



2. Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017 – 2019

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

¹¹ Herstel is een individueel proces van positieve verandering, op vlak van gezondheid, dagelijks functioneren, maatschappelijke participatie en persoonlijke ontwikkeling. Herstelgerichte zorg vertrekt van de sterktes en krachten in de persoon en zijn context. Motivatie is een belangrijke motor voor verandering, waarbij 'peer support' en ondersteuning door het sociaal netwerk cruciaal zijn. Het ontwikkelen van een nieuwe, positieve identiteit, evenals maatschappelijke inclusie en volwaardig burgerschap zijn de streefdoelen van herstelgerichte zorg. Het herstelproces verschilt van persoon tot persoon en er zijn verschillende wegen naar herstel. Dit veranderingsproces is niet lineair maar eerder multidimensionaal, waarbij de ondersteuningsbehoeften wisselen in de tijd.

¹² Ervaringsdeskundigheid is de deskundigheid die een ervaringsdeskundige heeft. Een ervaringsdeskundige is iemand (1) met een psychische kwetsbaarheid, (2) met GGZ-ervaring die een fundamentele impact heeft (gehad) op het leven, (3) die al een proces heeft afgelegd binnen een organisatie, (4) die ervaringen van lotgenoten kent en (5) die een ervaring heeft die voor zichzelf en voor anderen herstelbevorderend kan ingezet worden. Dit krachtenperspectief moet zowel vanuit een persoonlijk als relationeel perspectief benaderd worden.

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

A. Beeldvorming

Mensen met psychische problemen ervaren stigmatisering en discriminatie vanuit hun omgeving en de samenleving, maar soms ook vanuit de hulpverlening en zorg. Stigmatisering versterkt het taboe rond psychologische en psychiatrische hulpverlening, waardoor we te lang wachten om hulp te zoeken. Dit taboe doorbreken we door bv., waar nodig, positieve ervaringen met psychologische hulp uit te spreken.

De middelen van Te Gek!? en het beeldvormingsbudget VVGG zijn geïntegreerd in een Associatie Beeldvorming die in de toekomst zal aansluiten bij de Vlaamse steunpuntfunctie geestelijke gezondheid (cfr. infra 3.A.). In de loop van 2017 wordt één beheersstructuur van de Associatie Beeldvorming geïnstalleerd. De Associatie krijgt een overeenkomst tot eind 2018. Zij zal inzetten op de beeldvorming en kennis rond geestelijke gezondheid in het algemeen en psychosegevoeligheid, post-partum depressie, hoogsensitiviteit, verslaving (i.s.m. de VAD), eetproblemen en obesitas (i.s.m. Eetexpert)... in het bijzonder. Er gaat specifieke aandacht naar kinderen en jongeren. Er wordt ingezet op de organisatie van hersteldagen. Met het gevangeniswezen en de justitiehuizen wordt beeldvorming over gedetineerden/geïnterneerden aangepakt. Er wordt nauw samengewerkt met de netwerken kinderen en jongeren¹³ en volwassenen¹⁴. De Associatie Beeldvorming volgt onderzoek op i.s.m. de betrokken partnerorganisaties en krijgt het mandaat om de initiatieven en campagnes rond beeldvorming op elkaar afstemmen. De resultaten van onderzoek worden geïmplementeerd.

B. Geestelijke gezondheidsbevordering en ziektepreventie

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

Vlaanderen gaat voor een breed gedragen preventiebeleid waarin bepaalde prioriteiten zijn vastgelegd in gezondheidsdoelstellingen. Voor geestelijke gezondheid is dit o.a. vertaald in gezondheidsdoelstellingen m.b.t. suïcidepreventie en middelengebruik. Deze gezondheidsdoelstellingen sluiten nauw aan bij algemene gezondheidsbevordering. Er wordt ingezet op algemene kadermethodieken die dan aangepast worden op een setting zoals onderwijs, werk en de lokale gemeenschap. De rol van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ) wordt bekrachtigd. VIGeZ is een expertisecentrum voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie. Zij leveren strategieën, advies en begeleiding, opleidingen en methodieken aan. Zij spelen een centrale rol inzake geestelijke gezondheidsbevordering en universele preventie van geestelijke gezondheidsproblemen. VIGeZ staat open voor samenwerking met "private" partners uit het middenveld die binnen dit kader acties opzetten of organiseren.

¹³ Dit zijn de regionale netwerken ter uitvoering van de gids 'naar een nieuw geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren'.

¹⁴ Dit zijn de regionale netwerken ter uitvoering van de gids 'naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken', voor (jong)volwassenen.

De samenwerking tussen de partnerorganisaties actief binnen geestelijke gezondheidsbevordering en ziektepreventie wordt geconcretiseerd, geformaliseerd, geëvalueerd en bijgestuurd. Deze partnerorganisaties verbinden zich in een associatie aan elkaar. De vorming van deze associatie betekent niet dat er in de toekomst geen nieuwe of andere organisaties als partnerorganisatie tot de associatie kunnen toetreden. Uitgangspunt is een algemeen gezondheidsbeleid in diverse settings. Er wordt gewerkt met een beleidsmatige aanpak waarbinnen per setting strategieën op een doordachte en samenhangende manier worden ingezet. Dit vormt de basis om concrete doelstellingen te formuleren die veelal thematisch zullen worden ingevuld, afhankelijk van de noden en behoeften van de doelgroep. Er wordt toegewerkt naar deze stroomlijning van de partnerorganisaties die zich richten naar universele, selectieve en geïndiceerde preventie zodat, ondersteund door de Logo's, CGG-preventiewerkers, intergemeentelijke preventiewerkers en intermediairen, een coherent en consistent beleid geestelijke gezondheidsbevordering en ziektepreventie gerealiseerd wordt. Er gaat aandacht naar specifieke en kwetsbare groepen als mensen met een verstandelijke beperking, mensen in kansarmoede, ...

De CGG-preventiewerkers, die momenteel o.a. op geïndiceerde preventie focussen (verslaving, suïcidepreventie, psychose, ...), anticiperen op dit kader door een globaal en geïntegreerd preventief kader geestelijke gezondheid als uitgangspunt van deze geïndiceerde preventie te nemen. Ze werken nauw samen met alle relevante partnerorganisaties.

De Overlegplatforms GG stimuleren en ondersteunen binnen dit kader operationele samenwerking op het terrein rond geestelijke gezondheidsbevordering en ziektepreventie.

We zetten verder in op het promoten van initiatieven als www.gezondhedenwetenschap.be en www.geestelijkgezondvlaanderen.be. Hierbij houden we rekening met de ongelijke vertrekpositie (beeld, kennis en toegang) van kansengroepen. Na de vernieuwing van de campagne www.fitinjehoofd.be met o.a. een online platform en app, vernieuwen we de NOKNOK-campagne en website.

Het project 'Bewegen op verwijzing' (BOV) zet ook in op geestelijke gezondheid en start in 2016.

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

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

Op de gezondheidsconferentie eind 2016 waar de preventie van o.a. het gebruik van tabak (inclusief e-sigaret), alcohol, drugs en andere verslavingen (gokken, gamen, ...) en voeding en beweging (o.a. eetstoornissen) aan bod zal komen, zullen we ons beleid bijsturen op basis van een aantal leidende principes. We zullen de conclusies van de gezondheidsconferentie implementeren.

De preventieve projecten, evenals de zorginhoudelijke projecten, binnen het verslavingsfonds (tabaksfonds en drugsfonds) worden geëvalueerd en bij positieve evaluatie en voldoende beschikbare middelen regelgevend en budgettair structureel gemaakt. Hierbij wordt steeds rekening gehouden met de inkanteling van de verslavingszorg in de GGZ. Begin 2016 werd een nieuwe beheersovereenkomst afgesloten met de partnerorganisatie VAD voor alcohol, drugs, psychoactieve medicatie en andere verslavingen (2016-2020). De VAD organiseert de druglijn (www.druglijn.be) met informatie, telefonische en online ondersteuning op vraag en doorverwijzing naar hulp.

Acties gericht op de *preventie van alcohol en illegale drugs* vormen een belangrijk onderdeel van het preventiebeleid. De intergemeentelijke preventiewerking in de "eerstelijng" die gerealiseerd wordt vanuit een cofinanciering tussen gemeenten willen we, in overleg met de VVSG, continueren en zo maximaal

mogelijk verbreden. We blijven ons engageren in de verdere uitwerking van een Alcoholplan in afstemming met alle bevoegde overheden.

Samen met de verschillende bevoegde overheden komen we tot een integraal preventiebeleid inzake tabak, met inbegrip van de e-sigaret. *We integreren de verschillende initiatieven inzake preventie van roken in één partnerorganisatie die focust op preventie van roken, bescherming tegen blootstelling aan tabaksrook en rookstopbegeleiding.* Voor de tabakologen voorzien we een aangepast kader en terugbetalingsregeling. De methodiek Smartstop voor jongeren in de tweede en derde graad van het middelbaar onderwijs (en in het bijzonder TSO en BSO) werd o.a. reeds geïmplementeerd. We zetten verder in op de realisatie van gezonde, rookvrij leef- en werkomgevingen, ook in voorzieningen.

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

B.2. Suïcidepreventie

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

B.3. Preventie eetstoornissen

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

B.4. Preventie postnatale depressie

Het Vlaams Parlement keurde op 14 oktober 2015 een resolutie goed betreffende postnatale depressie. In uitvoering van deze resolutie ontwikkelen we een beeldvormingscampagne rond perinatale depressie, gericht naar hulpverleners en het ruime publiek. De resultaten van de conferentie van het jonge kind m.b.t. geestelijke gezondheid en roken en middelenmisbruik worden gevalideerd. We anticiperen o.a. op de centrale beleidsaanbeveling om te investeren in intense samenwerking in wijkgerichte netwerken, introduceren de kind-check, een methodisch kader om signalen van kindermishandeling te detecteren, binnen de GGZ en bekijken hoe de participatie van kinderen en jongeren en ouders versterkt kan worden.

B.5. Preventie op de werkvloer

Geestelijke gezondheidsbevordering en de preventie van geestelijke gezondheidsproblemen op de werkvloer is ontzettend belangrijk. De cijfers m.b.t. afwezigheid door ziekte langer dan een maand, het verzuim, ... spreken voor zich. De diagnose burn-out neemt toe. Zowel de federale overheid als de Vlaamse overheid engageren zich om ziekteverzuim tegen te gaan. Het uitgangspunt van de federale regelgeving is het beheersen van risico's. Het Vlaamse beleid richt zich op breder preventief gezondheidsbeleid, evenals activering en toeleiding naar hulp. *In kader van het Vlaamse preventiebeleid zetten we in op de ontwikkeling van methodieken en tools die werkgevers helpen om de gezondheid van hun werknemers te bevorderen. Tevens voorzien we cofinanciering voor de inzet van preventiecoaches in bedrijven die hierop willen inzetten. We voorzien opleiding voor deze preventiecoaches die in een kadaster worden opgelijst en bepalen kwaliteitsvoorwaarden voor terugbetaling, zoals registratie en het volgen van vorming en intervisie.* Hiermee bouwen we verder op ervaringen uit pilootprojecten zoals preventiecoaches i.k.v. het actieplan suïcidepreventie, Jobfit (gezond eten, bewegen op het werk, ...), ... Tegelijk nemen we deel aan het debat over 'werkbaar werk' met de federale minister en zoeken we synergiën vanuit het Vlaamse beleid. Naar aanleiding van o.a. CAO 100¹⁵ kunnen de CGG-preventiewerkers binnen hun werking bedrijven ondersteunen in de realisatie van een geïntegreerd preventief gezondheidsbeleid rond alcohol en drugs op de werkvloer.

De Vlaamse overheid is werkgever en heeft een actieplan rond stress en burn-out voor de eigen werknemers ontwikkeld. Door een gecoördineerd aanbod vanuit het Agentschap Overheidspersoneel wordt een preventieve buffer tegen werkgerelateerde stress en burn-out geïnstalleerd.

C. Vroegdetectie en -interventie

Het snel en tijdig detecteren van de eerste voorboden van een mogelijke psychische of psychiatrische problematiek bij infants (0-3j.), kinderen, jongeren en jongvolwassenen, evenals het laagdrempelig en kortdurend interveniëren, zelfs als er geen hulpvraag is, is ontzettend belangrijk. Ongeveer 50% van de psychische stoornissen bij volwassenen ontstaat immers voor de leeftijd van 14 jaar. 75% van de psychische problemen ontstaat voor het 25^{ste} levensjaar. *We voorzien een bijkomende financiering voor de realisatie van een programma vroegdetectie en -interventie naar kinderen, jongeren en jongvolwassenen (0 tot 23 jaar) met de eerste voorboden van een mogelijke psychische of psychiatrische problematiek. Er gaat bijzondere aandacht naar psychose, suïcide, eetstoornissen en verslaving dat zich binnen het programma vertaalt in specifieke acties en interventies. De VDIP-werking van de CGG en de projecten vroegdetectie en -interventie verslaving worden in dit programma geïntegreerd.* Deze intersectorale werking wordt gekaderd binnen de netwerken kinderen en jongeren en volwassenen waarbinnen een verdere verfijning van doelstellingen, werkwijze en methodieken, wetenschappelijke onderbouw en positionering gebeurt. Intersectorale netwerking vanuit de GGZ met huisartsen, diensten pediatrie, consultatiebureaus voor het jonge kind (Kind&Gezin), Huizen van het Kind, preventieve gezondheidszorg in onderwijs (CLB en scholen), voorzieningen Agentschap Jongerenwelzijn, CAW, justitiehuisen, VAPH, ... is cruciaal. Focus ligt op kwetsbare groepen en mensen met een verhoogde kwetsbaarheid, zoals kinderen van ouders met psychische of afhankelijkheidsproblemen (KOPP/KOAP). Het methodisch kader rond lokaal proactief handelen in de strijd tegen onderbescherming vanuit Samenlevingsopbouw wordt hierin meegenomen. De werking wordt gestroomlijnd met de preventiewerkers (verslaving) die vanuit intergemeentelijke samenwerkingen gefinancierd worden. *Er wordt een specifiek project opgezet rond hoogbegaafde kinderen en jongeren met psychische problemen.*

¹⁵ CAO die bedrijven verplicht een beleids- of intentieverklaring uit te werken die de krijtlijnen bevat van een alcohol- en drugbeleid in de onderneming.

Aansluitend bij het breder internationaal preventiekader van 'Stop it Now!'¹⁶, met o.a. werkingen in Engeland, Ierland en Nederland, voorzien we bijkomende financiering voor de ontwikkeling van een preventielijn voor mensen met pedofiele gevoelens en hun context. Doelstelling is het voorkomen van seksueel kindermisbruik.

D. Harm reduction

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

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

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

Om een globale, geïntegreerde geestelijke gezondheids- en welzijnszorg te realiseren, is het essentieel om een denken in sectoren en voorzieningen om te buigen naar een denken in functies en programma's gekoppeld aan leeftijdsgroepen en doelgroepen. Binnen de verschillende functies wordt holistisch en inkluderend gewerkt en specialistisch waar nodig. Vanzelfsprekend is er binnen dit kader van superdiversiteit, en dit moet zowel beleidsmatig als op de werkvloer goed bewaakt worden, bijzondere aandacht voor een aantal "kneldoelgroepen" zoals infants, mensen met dubbeldiagnose (verstandelijke beperking en psychische problemen), mensen met autisme en een psychische problematiek, mensen met een verslavingsproblematiek al dan niet in combinatie met een andere psychische problematiek, mensen met een justitieel statuut en een psychische probleem (waaronder gedetineerden en geïnterneerden), mensen uit kansengroepen met een psychisch probleem, mensen die cultuursensitieve zorg nodig hebben, dak- en thuislozen met een psychische problematiek, ... We zijn alert voor doelgroepen die vandaag door de mazen van het net (dreigen te) glijpen en specifieke noden en behoeften hebben, zoals mensen in kansarmoede, personen met occasioneel of experimenteel gebruik, hoogbegaafde mensen met psychische problemen, ... In het nieuw decreet geestelijke gezondheid omschrijven we waar de zorg minimaal aan moet voldoen, met ruimte voor regionale specificiteit, vertrekkend vanuit preventie, zelfzorg en met een brug naar de nazorg. Het belang van een vlotte, intensieve en, waar nodig, langdurige nazorg willen we extra benadrukken. We kiezen resoluut voor een inkluderende GGZ zonder exclusie van mensen met bepaalde kenmerken of psychische problemen.

Vanuit dit kader gaan we, voortbouwend op de visie en conclusies van de conceptnota verslavingszorg, voor de aansluiting van de 'categoriaal georiënteerde' verslavingszorg bij de GGZ. Deze aansluiting streeft een inhoudelijke en organisatorische harmonisatie na, met respect voor de identiteit, de opdrachten en de competenties. Een integratie van verslavingszorg in de GGZ leidt tot flexibele zorgtrajecten, zorg op

¹⁶ <http://www.stopitnow.org/>

maat en zorgcontinuïteit voor mensen met een verslaving, die vaak geconfronteerd worden met andere psychische problemen. Deze beleidskeuze impliceert, zoals reeds gesteld, dat mensen met een zorgnood omwille van een verslavingsproblematiek (en eventueel een bijkomende psychische problemen) in de reguliere zorg terecht moeten kunnen en niet geëxcludeerd worden omwille van de verslavingsproblematiek. Dit zal nauw opgevolgd worden.

Het is binnen een dergelijk kader dat we met alle overheden komen tot een nationale strategie inzake alcohol, tabak en gokken.

We engageren ons om te bekijken op welke wijze we de concrete actielijnen voor een 'Autismevriendelijk Vlaanderen' realiseren a.d.h.v. een Actieplan Autisme.

We houden rekening met de resultaten van de KCE-studie over de 'Organisatie van de gezondheidszorg in de Belgische gevangenissen' bij de uitvoering van het 'strategisch plan hulp- en dienstverlening aan gedetineerden en geïnterneerden 2015-2020'.

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

A. Netwerking als basisprincipe voor de organisatie van zorg

We schrijven ons zowel beleidsmatig als op de werkvloer actief in in het nieuw beleid geestelijke gezondheid kinderen en jongeren, volwassenen en internering. De regionale inbedding, de intersectorale netwerken met CAW, jeugdhulp, justitie, OCMW, ... en de inzet van ervaringsdeskundigheid worden gevalideerd. In de samenwerking met justitie en politie wordt een onderscheid gemaakt tussen de finaliteit van zorg en ondersteuning enerzijds en maatschappelijke veiligheid, overlastpreventie en repressie anderzijds. Een wisselwerking tussen beide aspecten is natuurlijk noodzakelijk.

Het is fundamenteel dat de verdere ontwikkeling van de verschillende zorgvormen vanuit een netwerkperspectief en op basis van een zorgstrategische planning vorm wordt gegeven. In de interfederale Taskforce GGZ worden de eerste voorbereidende stappen naar de uitwerking van een wettelijk kader m.b.t. de erkenning en financiering van de netwerken gezet. We volgen hierbij voorlopig, in afwachting van het nieuwe decreet, de definitie van een netwerk zoals voorzien in het decreet van 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg (artikel 2 °4): *"Het geheel van juridisch onafhankelijke voorzieningen, instellingen, diensten en initiatieven dat een functioneel samenwerkingsverband vormt teneinde voor doelgroepen zorgprogramma's aan te bieden die als een samenhangend geheel worden ervaren."* De visie, cfr. hoofdstuk 1, blijft steeds het vertrekpunt. We vertalen deze transitie naar meer gestructureerde netwerking ook naar de werkvloer door o.a. in te zetten op regionale interprofessionele teams die leiden tot meer effectiviteit en patiënt-georiënteerde zorg en een maximale inzet op toegankelijkheid.

Netwerkcoördinatie is essentieel om netwerking te realiseren en daadkrachtige, effectieve en efficiënte overlegstructuren uit te bouwen die permanent geëvalueerd worden naar doelmatigheid. Vanuit de federale overheid wordt reeds netwerkcoördinatie voorzien voor de netwerken kinderen en jongeren, volwassenen en internering. *We passen de werking van de Overlegplatforms GG hierop aan. We leggen vast welke opdrachten inzake overleg en samenwerking de Overlegplatforms opnemen, in afstemming en complementariteit met de netwerkcoördinatie kinderen en jongeren, volwassenen en internering. We werken met de federale overheid een verduidelikend kader uit rond de inhoud van deze coördinatiefunctie en de afstemming tussen de netwerkcoördinatie en de opdrachten van de Overlegplatforms GG.* Een eerste opdracht is de integratie van de huidige taken van de Overlegplatforms GG inzake het overleg rond kinderen en jongeren in de netwerkcoördinatie kinderen en jongeren. Daarnaast zetten ze in op het

bevorderen van participatie en inspraak vanuit ervaringsdeskundigheid, ondersteuning en stimulering van samenwerking m.b.t. geestelijke gezondheidsbevordering en ziektepreventie, bevorderen van de samenwerking tussen de netwerken volwassenen en internering, de coördinatie van het zorgprogramma dubbeldiagnose (verstandelijke beperking en psychische problemen), de coördinatie van het zorgprogramma forensische geestelijke gezondheidszorg en het overleg m.b.t. de transitieleeftijd. Op termijn worden zij belast met de uitwerking van een regionale en Vlaamse zorgstrategische planning GGZ. De externe ombudsfunctie is verbonden aan de overlegplatforms GG. Samen met de federale overheid werken we een structurele en uniforme financiering van de ombudsfunctie in de psychiatrische ziekenhuizen uit, vertrekkend vanuit een praktijkgerichte evaluatie van de interne en externe ombudsfunctie. Ook wordt bekeken hoe de psychiatrische afdelingen van een algemeen ziekenhuis kunnen instappen in deze evolutie.

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

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

Drie CGG (Gent, Antwerpen en Brussel) worden momenteel gefinancierd om netwerken cultuursensitieve zorg te coördineren. Vanuit een grondige evaluatie en visietoets kantelen we deze financiering en het thema cultuursensitieve zorg in in de Vlaamse steunpuntfunctie geestelijke gezondheid.

Ook op cliëntniveau is netwerking tussen de betrokken hulpverleners noodzakelijk. De conclusies van de eerstelijnsconferentie, o.a. m.b.t. de uitbouw van zorgcoördinatie en casemanagement, vertalen we naar de GGZ, met respect voor de keuzevrijheid en de regiefunctie van de cliënt.

We passen de huidige voorwaarden en vergoedingen van MDO PSY aan op basis van een grondige evaluatie, in afstemming met bestaande initiatieven (bv. cliëntoverleg IJH). Het MDO PSY is een multidisciplinair overleg dat wordt georganiseerd voor patiënten met een complexe en langdurige psychiatrische zorgvraag. Met de zesde staatshervorming werd de Vlaamse overheid bevoegd voor de erkenning en subsidiëring van de GDT's (Geïntegreerde Diensten Thuiszorg) en de organisatie van het MDO PSY.

A.1. Netwerken kinderen en jongeren

Op 30 maart 2015 werd de 'Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren' ondertekend. De gids beschrijft het Nationaal Plan 2015-2020 met 36 acties. We engageren ons om vanuit het redactiecomité kinderen en jongeren en de bijhorende werkgroepen de acties te realiseren, weliswaar rekening houdend met de bevoegdheidsverdeling.

Het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid kinderen en jongeren vertrekt vanuit netwerken op provinciaal niveau die activiteitenprogramma's realiseren. De netwerking, het programma crisiszorg, programma langdurige zorg, het programma intersectoraal consult en liaison en de versterking zorgaanbod dubbeldiagnose zijn ondertussen geconcretiseerd. Mobiele werkingen, (semi-)residentieel crisisaanbod, casemanagement, flexibele casefinancieringen, ... worden uitgebouwd, o.a. via bijkomende financiering vanuit de federale overheid. Er is aandacht voor de meest kwetsbare infants, kinderen en jongeren (verslaving, justitieel, ...) en de transitieleeftijd 16 tot 23 jaar. De financiering is gekoppeld aan ieder netwerk en gebeurt op basis van wetenschappelijke wegingscoëfficiënten. De aanpak naar de transitieleeftijd is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de netwerken kinderen en jongeren, IJH en volwassenen. De samenwerking en wederzijdse verwijzingen en doorstroming tussen GGZ en de jeugdhulp is een belangrijk actiepoint, zowel voor de kinderen en jongeren, als voor de jongvolwassenen (16-23 jaar).

De afstemming tussen de kinderpsychiatrische diensten (K-diensten) en Integrale Jeugdhulp wordt in overleg met de federale overheid verder opgenomen, o.a. wat betreft crisiswerking en de evaluatie en toekomstige positionering van de ForK-pilootprojecten waarbij ook de gerechtelijke jeugdhulp nauw betrokken wordt. Het decreet betreffende de integrale jeugdhulp van 2014 bekrachtigt de keuze voor een doorgedreven intersectorale aanpak op diverse domeinen. Het plan 'Jeugdhulp 2.0' legt actief linken met het nieuwe geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren. De verbanden tussen de met de zesde staatshervorming overgekomen sectoren met een aanbod naar kinderen en jongeren en Integrale Jeugdhulp worden verder geconcretiseerd.

We anticiperen op het toekomstig nieuwe jeugdrecht en hebben hierbinnen expliciet aandacht voor de nog niet uitgevoerde maatregelen van de jeugdwet inzake plaatsing en behandeling.

A.2. Netwerken volwassenen

In 2016 worden in Vlaanderen twee nieuwe netwerken geformaliseerd in Duffel-Mechelen en Aalst-Dendermonde-Sint-Niklaas zodat Vlaanderen volledig gedekt is. *We stimuleren de huisartsen, CAW, VAPH, lokale besturen, ... om vanuit een participatief model hun rol en positie in de netwerken op te nemen.*

We engageren ons om vanuit de ikw Taskforce GGZ alle functies vanuit en conform de gids in te vullen. Om zorgcontinuïteit te garanderen, worden de verbindingslijnen tussen de verschillende functies geconcretiseerd en vastgelegd. We participeren intensief aan het overlegorgaan 'volwassenen'¹⁷ en de werkgroepen 'Territorium 107', 'Mobiële equipe' en 'Medische functie'. In samenspraak met de federale overheid passen we de werkingsgebieden van de netwerken volwassenen aan aan de zorgregio's zoals vastgelegd op de eerstelijnsconferentie.

Sinds 2013 worden vanuit het federaal meerjarenplan internering netwerken uitgebouwd rond personen met een interneringsstatuut per Hof van Beroep. Wij onderschrijven de visie van vermaatschappelijking van de zorg en de uitbouw van geïntegreerde zorgprogramma voor personen met een interneringsstatuut. We volgen de verdere realisatie van het Vlaams strategisch plan voor hulp- en dienstverlening aan

¹⁷ Het overlegorgaan volwassenen is een adviesorgaan met vertegenwoordigers uit het werkveld en de verschillende overheden ter ondersteuning van het beleid bij de verdere uitrol van de gids 'naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken', voor (jong)volwassenen. Het overlegorgaan heeft een aantal werkgroepen geïnstalleerd waarin ingezoomd wordt op de afbakening van de werkingsgebieden van de netwerken volwassenen (werkgroep territorium), de mobiele werkingen (werkgroep mobiele equipe) en de invulling van de psychiaterfunctie (werkgroep medische functie).

gedetineerden en geïnterneerden 2015-2020 verder op. We zetten verder in op de ondersteuning van de reguliere zorg zodat deze nog meer aangepaste opvang, behandeling en begeleiding biedt aan geïnterneerden die doorstromen vanuit de gevangenis, het Forensisch Psychiatrisch Centrum of de mid security-afdelingen. *We sensibiliseren de sectoren die onder onze verantwoordelijkheid vallen om hun zorgaanbod open te stellen voor de doelgroep van geïnterneerden. We nemen initiatieven om de expertise m.b.t. deze doelgroep te versterken* vanuit de Vlaamse voorzieningen met een specifiek aanbod voor geïnterneerden (bv. daderteams CGG's). In samenspraak met de federale overheid streven we ernaar de werkingsgebieden van de netwerken internering aan te passen aan de zorgregio's zoals vastgelegd op de eerstelijnsconferentie.

A.3. Netwerken ouderen

In het Vlaams ouderenbeleidsplan 2015-2020 heeft men aandacht voor de vermaatschappelijking van zorg en focust met op de problematieken van eenzaamheid en depressie. Tegen 2018 wil Vlaanderen een performant welzijns- en zorgbeleid voor ouderen finaliseren. We kiezen ook hier voor een generalistische en integrale, maar evenzeer een gespecialiseerde zorg voor ouderen met psychische problemen met focus op ondersteuning en begeleiding in de eigen woon- en zorgomgeving. Mantelzorgers krijgen extra aandacht en ondersteuning.

We gaan actief in overleg met de andere gemeenschappen en de federale overheid met het oog op de realisatie van een toekomstige gids met basisprincipes en beleidsuitwerking geestelijke gezondheid bij ouderen. De toekomstige KCE-studie 'Organisatie en optimalisering van geestelijke gezondheidszorg voor ouderen in België' is een eerste belangrijke opstap. We gaan na of en hoe we de conclusies van deze studie naar het Vlaamse beleid kunnen vertalen.

B. Zelfzorg als uitgangspunt

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

C. Generalistische basiszorg

In de eerstelijnszorg staat een persoonsgerichte en geïntegreerde benadering centraal. De eerstelijnszorg is generalistisch, vertrekkend vanuit de brede welzijns- en gezondheidszorg, met directe lijnen naar onderwijs, huisvesting, ... Op de eerstelijnsconferentie begin 2017 zullen onderwerpen als taakherschikking, specialisatie, nieuwe beroepen, gebiedsgericht werken, chronische zorgmodellen, ... aan bod komen. De GGZ zet zich hierbij actief in.

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

met een langdurige psychiatrische problematieken. We geloven in de kracht van intergemeentelijke samenwerking en willen hier constructief op inzetten.

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

De huidige pilootprojecten eerstelijnspsychologische functie zijn verlengd tot eind februari 2019 en we kiezen op basis van de evaluatie voor een coherent kader en model. We voorzien bijkomende financiering om te experimenteren over een eerstelijnspsychologische functie naar kinderen en jongeren. De linken tussen de projecten en de netwerken kinderen en jongeren en volwassenen worden aangescherpt. De conclusies van de KCE-studie over de organisatie en financiering van de psychologische zorg (2016) worden meegenomen en met de betrokken partijen en overheden vertaald naar de Vlaamse context.

We verankeren in overleg met de federale overheid deze functie met mogelijke initiatieven gelinkt aan de terugbetaling van klinisch psychologen en orthopedagogen. De organisatie van psychologenkringen op zorgregioniveau is eveneens een positieve evolutie die we meenemen. We bekijken op welke wijze deze kringen, zelfstandige psychologen en psychiaters gepositioneerd kunnen worden binnen de netwerking en de uitbouw van het zorgaanbod.

TEJO biedt laagdrempelige, psychotherapeutische hulpverlening door professionele therapeuten op vrijwillige basis aan aan kinderen en jongeren tussen 10 en 20 jaar. Kortdurend, onmiddellijk, anoniem en gratis. TEJO ontvangt een beperkte financiering als vrijwilligersorganisatie en bijkomende steun vanuit de Rode Neuzen campagne 2015. *We zullen TEJO in 2017 en 2018 bijkomend financieren voor de competentieontwikkeling en kwaliteitsbewaking van de TEJO-vrijwilligers, evenals voor een praktijkgerichte evaluatie over hun toekomstige rol en positie binnen het hulpverleningslandschap, weliswaar met behoud van hun autonomie.*

D. Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg

D.1. Onlinehulpverlening

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

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

D.2. Intersectoraal consult en liaison

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

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

In het geval van suïcidepogers kan men beroep doen op de expertise van de suïcidepreventiewerkers van de CGG en het gebruik van de instrumenten (K)IPEO en IPEO (Instrument voor eerste psychosociale evaluatie en opvang).

We onderzoeken de mogelijkheden van afhandeling van gerechtelijke dossiers omwille van verslavingsproblematieken op parketniveau (vervolgingsbeleid) en op niveau van de rechtbank en werken aan een breed kader. *De kerntaken, de rol van de justitiehuisen, de samenwerking van de justitiehuisen met de GGZ en de omgang met beroepsgeheim worden geconcretiseerd.* Bestaande projecten als proefzorg (op niveau van het parket – strafbemiddeling) en de drugsbehandelingskamer-liaison (op niveau van de rechtbank) worden grondig geëvalueerd. Zoals opgenomen in de conceptnota verslavingszorg positioneren we de liaisonfiguur binnen de drugsbehandelingskamer, net zoals de proefzorgmanager in de proefzorg, binnen de justitiehuisen. Om tot een werkbare relatie te komen met de cliënt, de hulpverlening en de magistratuur, worden de grenzen van gegevensdeling binnen dit mandaat verder uitgewerkt.

De psychiatrische problematiek is in elk algemeen ziekenhuis nadrukkelijk aanwezig. De realisatie van een liaisonaanbod vanuit de GGZ naar de algemene ziekenhuizen is daarom een ontzettende meerwaarde,

maar eveneens vanuit de algemene ziekenhuizen naar de GGZ in functie van somatische problematieken. Een liaisonfunctie vanuit de brede GGZ naar de algemene ziekenhuizen, geïnitieerd vanuit de netwerken, zorgt ervoor dat bestaande protocollen op maat van de cliënt worden toegepast. Ze begeleidt en adviseert de clinici in het ziekenhuis bij de toepassing. Ook de toeleiding achteraf wordt gefaciliteerd.

D.3. Ambulante diagnostiek, behandeling en begeleiding

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

De Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) richten zich naar mensen met een ernstig psychisch probleem en fungeren als multidisciplinaire tweedelijnsdienst, doorgaans op verwijzing door de huisarts, CLB, ... Kernfuncties zijn ambulante diagnostiek, behandeling en begeleiding. Een CGG kan zowel 'centerbased' als 'homebased' werken. De CGG baseren hun werking op een referentiekader met afspraken rond preventie, vroegdetectie en –interventie, instroom-, doorstroom- en uitstroombeleid, interne en externe samenwerking en positionering, ... dat ook de basis vormt voor zorginspectie. Het aanbod in een CGG is herstelgericht met aandacht voor de context en de zorg voor elkaar.

Samenwerking en afstemming van de CGG met de eerstelijnszorg (huisartsen, wijkgezondheidscentra, ...) en het welzijnswerk, o.a. in het kader van het geïntegreerd breed onthaal van CAW, OCMW, diensten maatschappelijke werk van de mutualiteiten, wordt gestimuleerd. De conclusies van de eerstelijnsconferentie worden gevalideerd.

Het ambulante en mobiele aanbod van de CGG wordt afgestemd met het zorgaanbod in de netwerken en verder verfijnd in termen van intensiteit en frequentie. Er wordt geanticipeerd op crisissituaties. Het aanbod sluit nauw aan op het programma vroegdetectie en –interventie, de eerstelijnspsychologische functies en de uitgebouwde mobiele werkingen zowel voor kinderen en jongeren als voor volwassenen. Medewerkers worden ook gestimuleerd om deeltijds deel uit te maken van deze mobiele werkingen (cfr. interprofessionele teams) binnen het uitgewerkte kader van de 'ter beschikking stelling'.

Home-based werken wordt verankerd in de reguliere werking om zorgcontinuïteit te garanderen.

De CGG wisselen expertise uit met andere gezondheids- en welzijnspartners en belendende sectoren als onderwijs. Bijzondere aandacht gaat naar infants en ouderen en samenwerking met relevante partners.

We onderzoeken welke invloed de mogelijke terugbetaling van psychotherapie als behandelvorm, in de vorm van eerstelijnspsychologische zorg, zal hebben op de CGG, zowel inhoudelijk, organisatorisch als t.a.v. het profiel van de verschillende hulpverleners werkzaam in een CGG en andere GGZ-voorzieningen.

We evalueren de consequenties van het BVR betreffende de patiëntbijdrage op de werking en de financiële middelen van de CGG en bekijken of experimentele projecten zinvol zijn om de toegankelijkheid van de CGG voor bepaalde doelgroepen te verhogen.

De afspraak dat de gecumuleerde reserve tegen eind 2017 wordt afgebouwd tot max. 50% van de jaarlijkse subsidie-enveloppe, wordt opgevolgd.

In afstemming met de zorgregiobepaling op de eerstelijnsgezondheidsconferentie wordt een evaluatie en bijsturing van de werkingsgebieden van de CGG uitgevoerd. We kiezen hierbij, waar nodig, voor schaalvergroting en steevast een bovenbouw op provincieniveau om een aantal generieke opdrachten op te nemen (cfr. preventie, consult en liaison, ...).

De financiering verbonden aan de algemene koepelconvenant van de twee koepelorganisatie (Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg en Zorgnet-Icuro) wordt toegevoegd aan de CGG-financiering.

Door de verhoogde instroom van vluchtelingen wordt er ook in 2017 ingezet op een tijdelijke capaciteitsverhoging van de CGG's en Solentra. Bij de inzet van deze middelen in 2017 wordt rekening

gehouden met de evaluatie van de werking in 2016, evenals de verspreiding van de vluchtelingen over Vlaanderen. Ook hier is gekozen voor een financiering op provincie-niveau.

De CAR (Centra voor Ambulante Revalidatie) beschikken over een multidisciplinair en gespecialiseerd team en richten zich op de ambulante, multidisciplinaire diagnostiek én behandeling van personen met complexe problematiek omwille van ontwikkelingsstoornissen (incl. ADHD en ASS), gehoorstoornissen, stotteren, hersenverlamming (CP) of niet-aangeboren hersenletsel (NAH). De CAR werken in grote mate voor kinderen en jongeren. Een deel van de cliëntenpopulatie bestaat uit volwassenen met gehoorstoornissen, stotteren of NAH. Het gaat om personen die omwille van hun complexe problematiek significante beperkingen in activiteiten en participatieproblemen ondervinden en aldus nood hebben aan ambulante, intensieve en multidisciplinaire behandeling. De CAR bieden een laagdrempelige en geïntegreerde medische, paramedische en psychosociale hulpverlening en werken vanuit een biopsychosociaal kader. De brede leefomgeving (school, vrije tijd, werkmilieu, ...) wordt maximaal betrokken. Omwille van de overlap in doelgroepen (gezien de uitbreiding naar meer medische doelgroepen, cfr. ADHD, autisme, verstandelijke beperking, gedragsstoornissen, stemmingsstoornissen) en werking is een inbedding binnen de GGZ aangewezen.

Een vergaande samenwerking tot een geïntegreerd aanbod tussen de CAR en de kinder- en jongerenteams van de CGG wordt nagestreefd. Vanuit deze samenwerking wordt voor de doelgroep kinderen en jongeren met andere ambulante functies zoals de (poli)klinische raadplegingen¹⁸, de centra voor ontwikkelingsstoornissen (COS) en de referentiecentra autisme (RCA) een doorgedreven geïntegreerd en afgestemd ambulant aanbod naar diagnostiek gerealiseerd. Om dit te faciliteren krijgen de COS en RCA een plaats binnen de GGZ. Afstemming met het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek (KCD) wordt eveneens uitgebouwd. De banden met de residentiële GGZ worden verder aangehaald gezien diagnostiek ook hier een kernfunctie is.

De medisch sociaal opvangcentra voor (illegale) druggebruikers (MSOC) voorzien laagdrempelige psychosociale en medisch-psychiatrische hulp, coördinatie van spuitenruil en substitutiebehandeling (methadon). Deze zorg wordt in overleg met de cliënt en binnen een breder netwerk met huisartsen, justitie en welzijn georganiseerd om herstel op meerdere levensdomeinen mogelijk te maken.

Een aantal dagcentra drugzorg richten zich tot illegale drugsgebruikers met medische zorg en psychosociale begeleiding (soms in groep, soms individueel), schadebeperking en het voorzien in substitutiebehandeling.

Samen met de bevoegde overheden vernieuwen we de reglementering betreffende de behandeling met vervangingsmiddelen.

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

D.4. Mobiele diagnostiek, behandeling en begeleiding

De rol van de mobiele teams, zowel voor kinderen en jongeren als voor volwassenen, wordt bekrachtigd. Er wordt maximale aansluiting gezocht bij deze mobiele werkingen. De projecten 'psychiatrische zorg in de thuissituatie' (PTZ) en hun opdrachten worden structureel geïntegreerd in de mobiele werkingen voor volwassenen. Er wordt maximale aansluiting gezocht bij het straathoekwerk dat vanuit de steden, gemeenten, samenlevingsopbouw en CAW voor de meest 'gemarginaliseerde' druggebruikers en dak- en

¹⁸ Deze bieden een poliklinische raadpleging en zijn gespecialiseerd in diagnoses, indicatiestelling en behandeling bij een brede waaier aan psychiatrische, psychologische en relationele moeilijkheden.

thuislozen georganiseerd wordt. Het straathoekwerk biedt naast het vindplaatsgericht werken, zeer laagdrempelige en aanklampende zorg in de directe omgeving van de gebruiker.

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

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

Door de staatshervorming zijn een aantal residentiële behandelsettings onder Vlaamse bevoegdheid gekomen. We benadrukken de noodzaak van residentiële behandeling, zowel naar urgenties en crisissituaties, als op het continuüm van kortdurende tot langdurende zorg. Afstemming en samenwerking, o.a. in het kader van functie 4, is noodzakelijk om de rol en positie van deze settings te bepalen. Ook het (semi-)residentieel aanbod maakt onderdeel uit van de zorgstrategische planning.

We nemen initiatieven om de familie en context nauwer te betrekken bij de residentiële zorg. In het kader van de intensifiëring van zorg (functie 4) onderzoeken we met de betrokken overheden in welke mate de organisatie en planning van intensieve gespecialiseerde residentiële units op een grotere schaal kan worden opgenomen. We brengen de gespecialiseerde (semi-)residentiële units die zich richten naar zeer specifieke doelgroepen (bv. eetstoornissen, autisme in combinatie met psychische problemen, ...) in kaart en realiseren enerzijds maximale transparantie en anderzijds afstemming en samenwerking met de brede GGZ binnen de bestaande netwerken.

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

In lijn met de acties en beleidslijnen in het kader van IJH en het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren stimuleren we de reconversie¹⁹ van bestaande en erkende bedden naar k(d) en/of k(n)-plaatsen (in combinatie met dagactiviteiten/nachtopvang in een jeugdvoorziening) binnen een regelluw kader. Doelgroep zijn adolescenten. Aanvragen worden bekrachtigd door het netwerk kinderen en jongeren en IROJ. Er kan een beroep gedaan worden op de klassieke VIPA-betoelaging indien bijkomende infrastructuurwerken moeten gebeuren.

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

¹⁹ Koninklijk Besluit van 16 juni 1999

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

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

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

D.6. Integratieve herstelgerichte ondersteuning / rehabilitatie en revalidatie

Rehabilitatie, met als doel gelijkwaardigheid en volwaardig burgerschap, is een cruciale functie. Herstel, sociale inclusie en aangepaste tewerkstellingsmogelijkheden zijn sleutelbegrippen.

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

De psychosociale revalidatiecentra volwassenen (m.u.v. TG De Evenaar en Tsedek) bieden een ambulante en/of (semi)residentieel revalidatieprogramma van beperkte duur aan. De intensieve, multidisciplinaire behandeling en begeleiding is gericht op herstel van de autonomie en sociale en/of professionele integratie. Naast de psychosociale revalidatiecentra volwassenen zijn er verschillende partners in het werkveld actief rond rehabilitatie voor volwassenen, zoals de relevante RIZIV-conventies verslavingszorg zoals de dagcentra, de dagactiviteitencentra gelinkt aan Beschut Wonen, de CAR (NAH-werking, gehoor-tinnitues-problematiek), de CGG (buddywerking), HerstelAcademie, ... evenals rehabilitatieafdelingen binnen PAAZ'en of PZ'en, diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, OCMW, CAW's, vrijwilliger- en mantelzorgorganisaties, ... *Vanuit de netwerken volwassenen zal op basis van een duidelijk kader constructieve samenwerking, stroomlijning en integratie van deze rehabilitatiepartners gestimuleerd en geconcretiseerd worden.* Participatie van de cliënt, zijn context en mantelzorgers zijn hierbij cruciaal.

Binnen rehabilitatie neemt werk een belangrijke positie in. Omwille van de complexiteit brengen we de financieringsbronnen voor de verschillende vormen van arbeidszorgplaatsen in kaart en bekijken met de betrokken overheden hoe we een coherent en afgestemd beleid kunnen voeren waarin we continuüm tussen reguliere tewerkstelling en dagbezigheid en ontmoeting nastreven.

In 2017 maken we werk van de uitvoering van het decreet houdende de werk- en zorgtrajecten i.s.m. de beleidsdomeinen werk en sociale economie. We willen samen met het ministerie Werk een proeftuin rond arbeidszorg organiseren. In tussentijd wordt alvast TAZ (Tender Activerende Zorg) verder verlengd. De arbeidscoaches die zijn tewerkgesteld in de revalidatiecentra van de netwerken 107 blijven een belangrijke partner om de resocialisatie van personen met een psychische problematiek te kunnen realiseren.

Het protocolakkoord van de revalidatiecentra wordt verlengd tot 01/01/2019.

D.7. Begeleiding in het kader van woonzorg

Iedereen heeft recht op behoorlijke huisvesting. In het kader van herstel en inclusie is het hebben en houden van een woning essentieel. Enerzijds moet er voorzien worden in een voldoende uitgebouwd en gedifferentieerd woonaanbod. Anderzijds moet de begeleiding en gecombineerde verzorging aangepast worden aan de noden en behoeften van de bewoners. Doelstelling is steeds een maximale ontwikkeling van de persoonlijke zelfstandigheid en autonomie, vertrekkend vanuit de aanwezige mogelijkheden en krachten. De woonvormen geestelijk gezondheid dienen zo maximaal mogelijk op maat van de cliënt te zijn en los staan van zijn problematiek of de begeleiding die hij/zij nodig heeft.

Er zijn verschillende partners in het werkveld actief rond woonzorg, zoals de initiatieven beschut wonen, psychiatrische verzorgingstehuizen, sociale verhuurkantoren, sociale huisvestingsmaatschappijen, OCMW, CAW, woonfuncties VAPH, ... *Vanuit de netwerken volwassenen zal op basis van een duidelijk kader constructieve samenwerking van deze “woonpartners” gestimuleerd en geconcretiseerd worden. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen het realiseren van samenwerking rond het “woonaanbod” (infrastructuur) en de begeleiding in het kader van woonzorg.* Afstemming en stroomlijning van deze begeleiding zowel organisatorisch, inhoudelijk als via personeelsinzet, met de mobiele teams 2B is essentieel (cfr. interprofessionele teams). Er wordt extra ingezet op de transitieleeftijd (16-23 jaar) en samenwerking opgezet met sectoren uit de jeugdhulp. Zo is bv. samenwerking met de CAW binnen het globaal plan ‘dak- en thuisloosheid’ en meer specifiek in het kader van de uitstroom uit de instellingen cruciaal. De oproepen voor projecten geïntegreerde zorg voor chronisch zieken in opvolging en uitvoering van de gids chronische zorg worden meegenomen. Voor de leeftijdsdoelgroep ouderen wordt specifiek ingezet op de samenwerking met de woonzorgcentra.

Er wordt voortgebouwd op bestaande goede praktijken, zoals binnen de ‘Proeftuinen woonzorg voor mensen met een langdurige psychiatrische problematiek’ en het Antwerpse SSeGA project ‘Samenwerking Sociale Huisvestingmaatschappijen en GGZ Antwerpen’ in het kader van de projecten wonen-welzijn. We voorzien ruimte voor nieuwe proeftuinen.

We evolueren naar een flexibele inzet van ‘wonen en zorg’, waarin de zorgzwaarte en -behoefte centraal staan en niet een diagnose of problematiek, noch het beschikbare woonaanbod geestelijke gezondheid. Door een regionale samenwerking rond het woonaanbod willen we, in combinatie met een effectieve regionale aanpak van dak- en thuisloosheid en de inschakeling van andere actoren om de toegankelijkheid van de woningmarkt te verruimen, echt inzetten op het recht op behoorlijke huisvesting. Dit wordt overlegd met de betrokken overheden.

We willen met alle betrokken overheden gaan voor een sterk lokaal sociaal beleid op alle terreinen. Binnen deze netwerkcoördinatie voorzien we flexibilisering en regelluwte (bv. m.b.t. quotum Beschut Wonen individueel wonen, differentiatie in personeelsinzet, nachtpermanentie, ...).

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

3.1. Steunpuntfunctie geestelijke gezondheid

De GGZ in Vlaanderen staat voor grote uitdagingen. Er is nood aan ondersteuning en aan bundeling van krachten. *In het kader van een coherent beleid werken we een consistente steunpuntfunctie uit voor de geestelijke gezondheid. Deze steunpuntfunctie werkt inhoudelijk nauw samen met het “intersectorale Vlaamse steunpunt ter ondersteuning van welzijnsbevordering en samenlevingsopbouw”²⁰ en legt de nodige thematische verbindingen (bv. kennisplein, ...).* Centrale doelstellingen van de steunpuntfunctie zijn informatie en advies, opbouw en borging van kennis en expertise, praktijk- en methodiekontwikkeling, dienstverlening, beleidsgerichte acties, informatie en sensibilisering en beeldvorming en destigmatisering. De steunpuntfunctie werkt samen met onderzoeksinstituten, onderwijs en opleidingspartners, waaronder het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ) en het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek (KCD), evenals preventie partnerorganisaties (cfr. 2.1) gezien het belang van een continuïteit van preventie tot zorg. Er wordt actief samengewerkt en afgestemd met de koepel-, patiënten- en familieorganisaties actief binnen de GGZ. *Voor de creatie van deze steunpuntfunctie bundelen we de huidige krachten en (gedeeltes van de) middelen van de verschillende partners die nu reeds de sector inhoudelijk ondersteunen, nl. Vlaamse Vereniging voor Geestelijke gezondheid (VVG), de inhoudelijke koepelconvenant van de twee koepelorganisatie (Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg en Zorgnet-Icuro) en de VAD. De Vlaamse bovenbouw van de Overlegplatforms GG wordt aan het steunpunt verbonden, evenals de Associatie Beeldvorming.* Het departement en het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid leiden deze oefening.

De steunpuntfunctie neemt een coördinerende rol op om de samenwerking te bevorderen tussen de partners die zich inzetten voor participatie en inspraak, zowel vanuit cliëntperspectief als vanuit contextperspectief. We denken hierbij aan de Open Patiëntenkoepel Geestelijke Gezondheid (OPGanG) van het Vlaams Patiëntenplatform, aan het Familieplatform Geestelijke Gezondheid (FGG) en de Overlegplatforms GG die participatie als kernopdracht hebben.

De beroepsverenigingen en onderwijsinstellingen worden bij deze ontwikkeling nauw betrokken en vormen een belangrijk aanspreekpunt.

3.2. Aangepaste regelgeving

We realiseren tegen het einde van de legislatuur een op dit actieplan aangepaste decretale regelgeving.

Het nieuwe decreet bouwt voort op de beschreven visie en acties. Daarnaast stimuleren we alle betrokken actoren om via projecten rond innovatie binnen het domein van de geestelijke gezondheid te experimenteren.

We willen de administratieve last beperken tot een minimum. We gaan in overleg over de realisatie van een regelluwe en flexibele regelgeving en financiering cfr. de beleidsnota WVG.

3.3. Aangepaste financiering

Conform het Vlaams regeerakkoord en de conceptnota Vlaams Sociale Bescherming (VSB) worden PVT en Beschut Wonen ingekanteld in de VSB die persoonsvolgend is georganiseerd. De VSB ondersteunt mensen met een (langdurige) zorgnood in hun mogelijkheid om de regie van hun zorg in eigen handen te houden. De VSB maakt zorg zowel thuis, ambulante als residentieel (financieel) toegankelijk. *We nemen alle*

²⁰ Dit verwijst naar de organisatorische integratie tussen het Steunpunt Algemeen Welzijnswerk, Steunpunt Expertisenetwerken (SEN vzw) en Steunpunt Jeugdhulp, Samenlevingsopbouw Vlaanderen en het Vlaams Centrum Schuldenlast.

revalidatieconventies GGZ na de transitie op in het VSB-kader, ook de revalidatieconventies die zich richten naar personen met een verslavingsproblematiek. In functie van een éénduidig en geïntegreerd financieringsmodel binnen de GGZ (cfr. SARWGG-advies Conceptnota Verslavingszorg 17/11/2016) gaan we na of de CGG-financiering eveneens deel kan uitmaken van de VSB. We onderzoeken in overleg met de bevoegde overheden hoe we VSB in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest uitvoeren.

We maken binnen de VSB een eenvoudig, uniform en aangepast financieringssysteem voor de GGZ dat afgestemd is met de principes van persoonsvolgende financiering in de andere VSB-pijlers. De juridische basis zal gelegd worden in het nieuw decreet VSB tegen eind 2018. Het recht op financiering is principieel gekoppeld aan het verzekerd zijn in het kader van de VSB. De cliënt levert ook binnen het VSB een eigen bijdrage. We streven in overleg met de federale overheid naar een harmonisatie van de cliënttarieven in de GGZ, rekening houdend met specifieke modaliteiten als duur en intensiteit van zorg en in afstemming met de cliënttarieven in de eerstelijns en de derdelijns.

We engageren ons om een kader uit te werken zodat alle mensen aanspraak kunnen maken op de zorg die ze nodig hebben (bv. dak- en thuislozen, mensen met een verslavingsproblematiek, mensen met een interneringsstatuut – niet-vrijwillige hulp, ...).

De financiering in het kader van de VSB bestaat uit een persoonsvolgend (nl. behoeftegerelateerd) onderdeel en een organisatiegebonden onderdeel.

Het persoonsvolgende deel is gebaseerd op een beoordeling van de noden en behoeften van de cliënt (zorgzwaarte-inschatting) en wordt uitgedrukt in eenheden zorg/behandeling (bv. uren, dagdelen, dagen, ...). We zullen nagaan op welke manier we de persoonsvolgende financiering kunnen operationaliseren binnen het GGZ-kader, bv. via trekkingsrechten. Voor de zorgzwaarte-inschatting van mensen met een chronische problematiek onderzoeken we hoe we op termijn de BELRAI hiervoor kunnen inzetten. De complementariteit met het International Classification of Functioning, Disability and Health wordt mee bekeken. Ook voor kinderen en jongeren wordt onderzoek gedaan naar een specifieke BELRAI-schaal om de zorgzwaarte in te schatten. Daarnaast moet ook de sociale context in rekening kunnen worden gebracht binnen de BELRAI (sociale module). We onderzoeken of en op welke wijze de financiering binnen VSB kan worden geregeld bij acute situaties.

Voor de CGG zullen we de huidige financiering van een aantal generieke opdrachten, zoals preventie, consult en liaison, ... koppelen aan een bovenbouw op provincieniveau.

Er is ook de VIPA-financiering voor infrastructuur. De Centra Geestelijke Gezondheidszorg, de Centra Ambulante Revalidatie erkend door het VAPH, de aanloopadressen inzake Beschut Wonen en PVT kunnen op vandaag een beroep doen op subsidiëring via de klassieke procedure VIPA. *Voor de bij de zesde staatshervorming overgehevelde sectoren, waaronder de revalidatieconventies GGZ die nu nog niet beroep kunnen doen op de klassieke procedure VIPA, wordt onderzocht op welke manier we in de infrastructuur van deze voorzieningen kunnen investeren. Hierbij gaan we eveneens na of we het systeem voor de aangehaalde sectoren die zich op vandaag beroepen op de klassieke procedure inkantelen in een nieuw mogelijks forfaitair systeem.*

Voor de (psychiatrische) ziekenhuizen en de (kinder-)psychiatrische afdelingen van deze (psychiatrische) ziekenhuizen komt er een financiering via een instandhoudings- en strategisch forfait. In afwachting van het invoeren van het strategisch forfait kunnen precaire dossiers via de klassieke procedure in aanmerking komen.

We evolueren van erkenningscriteria van sectoren naar erkenningscriteria van functies. Dit wordt uitgewerkt in een nieuw decreet geestelijke gezondheid. De criteria van Maatschappelijk Verantwoorde

Zorg²¹, met name kwaliteit, performantie, rechtvaardigheid, relevantie en toegankelijkheid worden hierbij als basis genomen. We voorzien in de nodige rechtszekerheid in de organisatie en financiering van de geestelijke gezondheidszorg (door o.a. structurele verankering van projectmatige financiering op basis van evaluatie). Daarnaast voorzien we financieringsmogelijkheden voor innovatieve projecten zodat er voldoende flexibiliteit en incentives kunnen ontstaan voor sociaal ondernemerschap en innovatie. We werken in het decreet geestelijke gezondheid parameters voor een zo objectief mogelijke programmatie uit (cfr. KCE-studie over behoeften in de GGZ die wellicht recent opgestart wordt).

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

3.4. Zorgstrategische planning

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

Door bestaande reconversieregels en programmatie te benutten, kunnen algemene ziekenhuizen, maar ook bv. woonzorgcentra, een rol opnemen in het beleid geestelijk gezondheid, bv. m.b.t. reconversie naar k(d/n)-bedden of PVT.

Einddoelstelling is de realisatie van een lokale, regionale en Vlaamse zorgstrategische planning gebaseerd op een algemeen zorgstrategisch plan voor Vlaanderen waarbij het lokaal en regionaal zorgstrategisch plan de basis vormt voor de zorgstrategische planning van verschillende organisaties. Vertrekpunt vormt een behoefteanalyse GGZ (cfr. onderzoeksopdracht KCE) geïnitieerd vanuit de federale overheid en de gemeenschappen en gewesten. Er wordt bij de inzet van de middelen steeds vertrokken van coëfficiënten die rekening houden met het aantal inwoners, prevalentie psychische problemen, sociaaleconomische situatie, ... van iedere betreffende regio ten opzichte van Vlaanderen.

3.5. Geïntegreerde kwaliteitsbenadering – VIKZ / Zorginspectie

Vlaanderen investeert in een Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ). Via VIKZ willen we de kwaliteit van de zorg in de Vlaamse gezondheidszorg, de GGZ inclusief, de eerstelijnszorg en de woonzorg

²¹ SAR WWG - Visienota Maatschappelijk Verantwoorde Zorg (24 februari 2011)

verbeteren. De Vlaamse Indicatoren Projecten, het project dat al enkele jaren loopt in de GGZ, wordt structureel verankerd. *Vanuit het VIKZ zullen we met vertegenwoordigers vanuit het werkveld en patiënten- en familieorganisaties, maximaal rekening houdend met bestaande registratietools en kwaliteitsindicatoren, valide kwaliteitsindicatoren en registratiesystemen ontwikkelen en veralgemenen, voorzieningen en zorgverstrekkers stimuleren om met kwaliteitsindicatoren te werken en de resultaten van kwaliteitsindicatoren online bekendmaken.*

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

We zetten actief in op een kwaliteitsvolle toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen in de psychiatrische ziekenhuizen, maar ook daarbuiten (bv. jeugdhulp). Ook bekijken we welke maatregelen we eventueel moeten nemen om de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen o.a. in de psychiatrische ziekenhuizen te verminderen en een kwaliteitsvol ontslag en nazorg te realiseren.

3.6. Wetenschappelijk onderzoek en monitoring

In de beleidsnota 2014-2019 maken we een duidelijke keuze voor wetenschappelijk onderzoek en gaan we voor de ontsluiting ervan. Volgende intersectorale thema's zijn belangrijk: financiering, zorgzwaartemeting, effectieve hulp- en dienstverlening en kwaliteit van de zorg, steeds met aandacht voor het perspectief van de gebruiker. *We concretiseren dit Actieplan in duurzame ontwikkelingsdoelen en targets. Zo zetten we o.a. in op de studie naar de BELRAI GGZ en Community Mental Health die we opzetten in het kader van de zorg voor langdurig psychiatrische cliënten in PVT, IBW, ... Het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin speelt hierin een prominente rol. Ook onderzoeken we de risicofactoren die de toename van het aantal suicides bij de leeftijdsgroep 45-60 jaar kunnen verklaren. We bekijken of en op welke wijze we de registratie van de minimale psychiatrische gegevens (MPG) in de GGZ kunnen implementeren. We wachten evenwel eerst de resultaten van de verschillende onderzoeken inzake BELRAI en de beleidsvertaling van deze resultaten naar een mogelijke brede inzet van de BELRAI af. Op deze manier willen we de digitale gegevensdeling binnen de GGZ uniformiseren en verder uitrollen.*

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

3.7. Participatie en inspraak van de cliënt en context

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

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

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

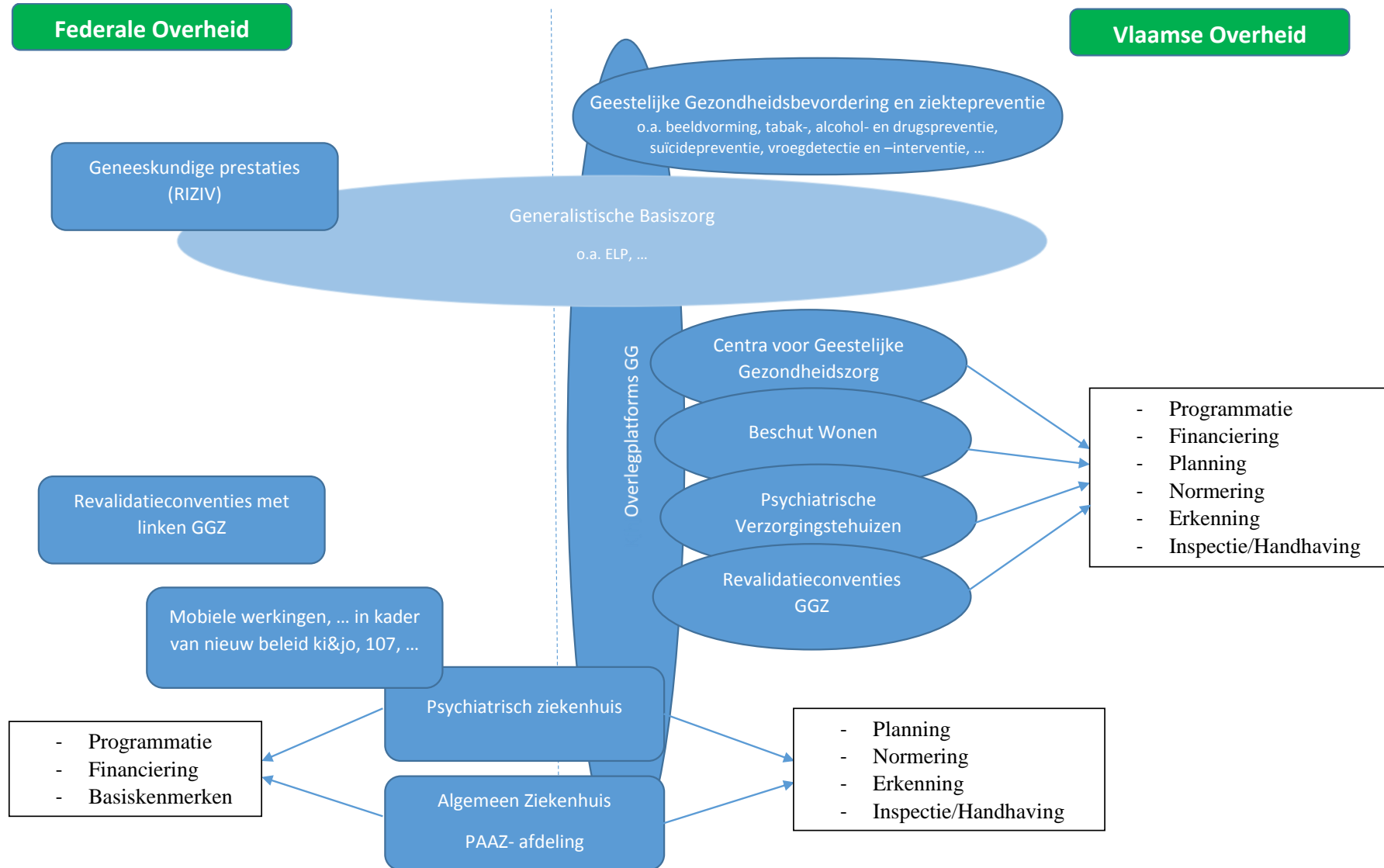
OPGanG is verankerd in de overeenkomst met het Vlaams Patiëntenplatform (VPP) en er is een duidelijk opdrachtenkader uitgewerkt, o.a. wat betreft afvaardiging naar de Vlaamse beleidsorganen. Naast OPGanG kunnen ook individuele verenigingen een erg waardevolle rol opnemen binnen de GGZ, zoals de participatie-initiatieven binnen de Overlegplatforms GG, de patiënten- en familieverenigingen, Cachet, Vlaamse Jeugdraad, het toekomstig cliëntenforum IJH, ... Participatie en inspraak van kinderen en jongeren met een psychische problematiek blijft een grote uitdaging.

3.8. Kwartiermaken

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

Bijlage 1: Algemeen overzicht bevoegdheidsverdeling Geestelijke Gezondheid(szorg)

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



Algemeen overzicht financiering erkende sectoren Geestelijke Gezondheidszorg

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

Centra Geestelijke Gezondheidszorg: ± 70.000.000€

Beschut Wonen: ± 44.000.000€

Psychiatrische Verzorgingstehuizen: ± 77.000.000€

Revalidatieconventies GGZ: ± 125.000.000€

Overlegplatforms GG: ± 1.300.000€

Bijlage 2: Overzicht werkingsgebieden netwerken GG, Overlegplatforms GG en Intersectorale Zorgnetwerken

1. Netwerken kinderen en jongeren

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

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

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

Meer informatie: www.psy0-18.be.

2. Netwerken volwassenen

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



Meer informatie: www.psy107.be.

3. Netwerken internering

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

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

4. Overlegplatforms Geestelijke Gezondheid

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

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

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

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

5. Intersectorale Zorgnetwerken

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

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