

Het nieuwe decreet geestelijke gezondheid: gevolgen voor de praktijk en organisatie van de geestelijke gezondheidszorg

Kathleen De Cuyper, Chantal Van Audenhove

| TIJDSCHRIFT KLINISCHE PSYCHOLOGIE, 49(4), 273-289 |

Inleiding

Op 5 april heeft de Vlaamse overheid een nieuw *Decreet betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod* uitgevaardigd (Vlaamse Regering, 2019). Dat decreet – kortweg decreet geestelijke gezondheid – opent een aantal nieuwe perspectieven voor een betere en meer toekomstgerichte geestelijke gezondheidszorg (ggz) in Vlaanderen. In dit artikel schetsen we de achtergronden van waaruit het nieuwe beleid zich heeft ontwikkeld. Vervolgens vatten we de belangrijkste elementen van het nieuwe decreet samen. Daarna lichten we de noodzakelijke hervormingen van de ggz toe die de Vlaamse overheid met deze nieuwe beleidsmaatregelen wil faciliteren, evenals de uitdagingen – ook voor de klinisch psychologen – die ermee gepaard gaan (De Cuyper, Van Ingelgom, & Van Audenhove, 2018). In een afsluitende paragraaf plaatsen we het decreet geestelijke gezondheid binnen het geheel van de beleidskeuzes die de Vlaamse en federale overheid voor de (geestelijke) gezondheids- en welzijnssector de voorbije jaren hebben gemaakt.

Behoefte aan een nieuw beleidskader voor de geestelijke gezondheid(szorg) in Vlaanderen

Wereldwijd, ook in België, groeit de relatieve impact van psychische aandoeningen op onze (on)gezondheid (Whiteford et al., 2013). Dat is dan ook een belangrijke aanleiding voor de ontwikkeling van het nieuwe beleidskader. Onderzoekers meten die impact aan de hand van het aantal levensjaren dat een bevolkingsgroep verliest ten gevolge van vroegtijdig overlijden of door beperkingen veroorzaakt door ziekte (World Health Organization [WHO], 2008). Dat zijn de zogenaamde ‘disability adjusted life years’ of DALYs. In België is het aantal DALYs ten gevolge van psychische aandoeningen, inclusief verslaving, gestegen

van 7,4% in 1990 naar 8,8% van het totale aantal DALYs in 2015. Dat betekent onder andere dat de ziektelast door psychische aandoeningen en verslaving in België ondertussen groter is dan de ziektelast die het gevolg is van neurologische aandoeningen, zoals dementie, multiple sclerose, migraine en epilepsie (WHO, 2016). Die cijfers impliceren daarenboven dat de relatieve impact van psychische aandoeningen op onze nationale economie toeneemt. In hoge-inkomenslanden ontvangt ongeveer 6% van de werkende volwassenen een ziekte-uitkering. Meer dan een derde van die uitkeringen wordt uitgekeerd vanwege psychische aandoeningen (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2012). Daarbovenop hebben personen met een fysieke aandoening, zoals rug- of hoofdpijn, regelmatig medisch niet-verklaarbare symptomen, die psychosomatisch van aard zijn. Dat betekent dat psychische aandoeningen rechtstreeks aan de basis liggen van bijna de helft van de ziekte-uitkeringen in hoge-inkomenslanden, zoals België (Layard, 2017).

Een tweede belangrijke uitdaging die al decennialang in hoge-inkomenslanden bestaat, is de toegang tot passende ggz. In Europa hebben personen met psychische zorgnoden, zoals een depressie of psychose, vaker geen toegang tot passende zorg dan personen met fysieke zorgnoden, zoals diabetes of astma. Dat geldt zowel voor jongeren als voor volwassenen (Coppens, Vermet, et al., 2015; Thornicroft et al., 2017; Vanclooster, Vanderhaegen, Bruffaerts, Hermans, & Van Audenhove, 2013). Die behandelingskloof heeft allereerst te maken met de beschikbaarheid en organisatie van de ggz. Daarnaast bemoeilijkt het ernstige stigma dat personen met psychische zorgnoden ervaren de toegang tot passende ggz (Van Weeghel, Pijnenborg, Van 't Veer, & Kienhorst, 2016). De behandelingskloof is ook groter bij bepaalde subgroepen van personen met psychische zorgnoden. Internationaal onderzoek wijst uit dat de personen die langer dan gemiddeld wachten om hulp te zoeken, jong of oud, man, laagopgeleid zijn, in armoede leven of behoren tot een etnische minderheid (Thornicroft & Tansella, 2009). Zeker voor die groepen is niet alleen extra aandacht voor de toegankelijkheid van de ggz van belang, maar ook voor de aanvaardbaarheid ervan, zodat die groepen van zorggebruikers sneller gebruik zouden maken van het zorgaanbod dat voorhanden is.

Een derde belangrijke uitdaging bestaat uit de verschillende ernstige vormen van stigma en discriminatie die personen met psychische zorgnoden overal ter wereld ervaren (Lalsavia et al., 2013; Li et al., 2017; Thornicroft, Brohan, Rose, Sartorius, & Leese, 2009). Opvallend is dat dit stigma even sterk aanwezig is in de (geestelijke) gezondheidszorg als in de rest van de samenleving (Corker et al., 2013). Stigma en discriminatie hebben veel negatieve gevolgen voor personen met psychische zorgnoden. Ze bemoeilijken niet alleen de toegang tot de (geestelijke) gezondheidszorg, maar leiden ook tot een verminderde toegang tot opleiding en werk, bemoeilijken de toepassing van wettelijke beschermingsmaatregelen, het aangaan van sociale relaties of sociale participatie en inclusie. Dat

alles onderhoudt op zijn beurt de psychische problematiek. Daarenboven is stigma – door de slechtere toegang tot gezondheidszorg – een van de oorzaken van de lagere levensverwachting van zorggebruikers van de ggz (Thornicroft, 2011); volgens onderzoek in Scandinavië is die nog steeds vijftien tot twintig jaar lager dan die van de algemene bevolking (Wahlbeck, Westman, Nordentoft, Gissler, & Laursen, 2011).

Naast deze zorgwekkende feiten en ontwikkelingen nopen ook de recente wijzigingen van de bevoegdheden van Vlaanderen voor de ggz – door de zesde staatshervorming – tot een hervorming van het Vlaamse beleid. Sinds 2014 is Vlaanderen naast de Centra Geestelijke Gezondheidszorg ook bevoegd voor beschut wonen, de psychiatrische verzorgingstehuizen, de psychosociale revalidatiecentra, de revalidatiecentra voor verslaving en het Vlaams Overlegplatform Geestelijke Gezondheid.

De kernelementen van het nieuwe decreet geestelijke gezondheid (Vlaamse Regering, 2019)

De Vlaamse overheid streeft met het nieuwe decreet een dubbele doelstelling na. Ze zet in op de waardering en versterking van de geestelijke gezondheid van alle burgers en ze wil een kwaliteitsvolle ggz garanderen voor personen met psychische zorgnoden en hun context. De nieuwe beleidsvisie richt zich dus niet enkel op de ggz voor zorggebruikers en hun omgeving. Ook populatiegerichte acties die tot doel hebben de geestelijke gezondheid in de brede samenleving te verbeteren, hebben een duidelijke plaats gekregen. Daarom spreken we niet meer van een decreet betreffende de geestelijke gezondheidszorg, maar betreffende het geestelijke gezondheidsaanbod. Het geheel van individugerichte zorg (voor zorggebruikers en hun omgeving) en populatiegerichte acties (voor alle burgers) vormen samen het geestelijke gezondheidsaanbod.¹

Naast de nieuwe benaming wordt het geestelijke gezondheidsaanbod ook in een nieuwe structuur gegoten (zie figuur 1), waarbij de opdeling van de populatiegerichte acties en individugerichte zorg in zeven functies, en de vijf zorgniveaus waaraan de functies worden toegewezen, centraal staat.

Drie criteria bepalen de opdeling van de individugerichte zorg in zorgniveaus: de specialisatiegraad van het zorgaanbod, de geografische spreiding ervan en de doelgroep waarop het zorgaanbod zich richt. Er worden vijf zorgniveaus onderscheiden. Zorgniveau 0a houdt de zelfzorg in van elke zorggebruiker en de zorg of ondersteuning die hij aangeboden krijgt in zijn persoonlijke omgeving, in het decreet aangeduid met de term ‘context’. Op zorgniveau 0b situeren zich de vrijwillige en informele zorg of ondersteuning; hiertoe

Figuur 1. De structuur van het geestelijke gezondheidsaanbod volgens het nieuwe decreet geestelijke gezondheid.

Populatiegerichte acties		Individuegerichte zorg				
A	B	Gespecialiseerde ggz – supraregionaal niveau				voornamelijk residentieel
		A	B	D	E	F
A	B	Gespecialiseerde ggz – regionaal niveau				ambulant/mobiel/online
		A	B	D	E	F
A	B	Generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid				residentieel
		A	B	C	F	ambulant/mobiel/online
A	B	Initiatieven voor vrijwillige en informele zorg of ondersteuning				
		A	B	F		
0a		zelfzorg en zorg of ondersteuning door de eigen context				
G						

Functie A = Bevorderen van geestelijke gezondheidscompetenties en van destigmatisering; functie B = Ondersteuning van context en van ervaringsdeskundigen; functie C = Detectie, vroeg- en kortdurende interventies; functie D = Gespecialiseerde diagnostiek; functie E = Gespecialiseerde behandeling; functie F = Rehabilitatie gericht op inclusie in alle levensdomeinen; functie G = Utwisselen en samen inzetten van expertise binnen en buiten de gezondheidszorg.

behoren onder andere de patiënten- en familieorganisaties en vrijwillige buddywerkingen. Zorgniveau 0 omvat dus alle zorg die door *niet*-professionals wordt aangeboden. Zorgniveau 1 omvat de *generalistische basiszorg* voor geestelijke gezondheid. Op dat zorgniveau situeert zich alle professionele, *generieke* zorg voor personen met psychische zorgnoden² en hun context, die *lokaal* wordt aangeboden. Tot dat zorgniveau behoren niet alleen (geestelijke) gezondheidszorgvoorzieningen, maar ook andere organisaties, zoals Centra Algemeen Welzijnswerk (CAW), Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW), thuisverpleging, diensten voor huishoudhulp of gezinszorg, Huizen van het Kind, Centra voor Leerlingenbegeleiding, Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding, sociale huisvestingsmaatschappijen, respijthuizen en buurtwerk. Zorgniveau 2 omvat de *gespecialiseerde ggz*. Op dat zorgniveau situeert zich alle professionele zorg die gericht is op en ontwikkeld is voor personen met *ernstige* psychische zorgnoden³ en hun context. Een deel van de gespecialiseerde ggz wordt *regionaal* aangeboden en wordt ondergebracht op zorgniveau 2a. Een ander deel wordt *suprareginaal* georganiseerd (zorgniveau 2b). Het betreft het zorgaanbod voor personen met ernstige psychische zorgnoden waarvan de prevalentie zo laag is dat professionals onvoldoende expertise kunnen opbouwen wanneer het zorgaanbod regionaal georganiseerd zou worden. Voorbeelden daarvan zijn de residentiële ggz voor personen met een ernstige en langdurige eetstoornis of voor geïnterneerde personen⁴ met een gecombineerde psychische en verstandelijke beperking.

De opdeling van individuerichte zorg in zorgniveaus laat de Vlaamse overheid toe om het geestelijke gezondheidsaanbod te organiseren volgens twee principes. Het subsidiariteitsprincipe houdt in dat zorgactoren eerst de meest persoonsgerichte, effectieve, efficiënte, minst ingrijpende en meest kortdurende zorgvorm *die mogelijk en nodig is*, dienen aan te bieden (Van den Heuvel, 2014). Het principe dat de zorg zoveel mogelijk in de natuurlijke omgeving van de zorggebruiker gebeurt, verwijst naar het proces van vermaatschappelijking van zorg. De combinatie van beide principes – het subsidiariteitsprincipe en de vermaatschappelijking van zorg – impliceert dat zorgactoren zelfzorg en informele zorg dienen aan te vullen met generalistische ggz op lokaal niveau indien dat *voldoende* is (zorgniveau 1), en met gespecialiseerde ggz op (supra)regionaal niveau indien dat *nodig* is (zorgniveau 2). Zodoende zorgt dit decreet ervoor dat de Vlaamse overheid betere hefboomen in handen krijgt om haar ambitie in de toekomst waar te maken: de uitbreiding van de generalistische basiszorg voor de geestelijke gezondheid. Dat is nodig om mensen met (ernstige) psychische zorgnoden beter te ondersteunen op het gebied van hun algehele gezondheid, welzijn, wonen, werk, opleiding, vrijetijdsbesteding en contacten met justitie.

Naast de indeling in zorgniveaus heeft de Vlaamse overheid de individuerichte zorg én de populatiegerichte acties opgedeeld in functies (zie figuur 1). De functies omschrijven de kernopdrachten van het geestelijke gezondheidsaanbod. Die functies worden toege-

wezen aan de zorgniveaus, met uitzondering van zorgniveau 0a: dat zorgniveau omvat immers geen geestelijk gezondheidsaanbod. Het decreet houdt in dat zorgvoorzieningen op meerdere van deze zorgniveaus actief kunnen zijn, afhankelijk van hun expertise en de zorgvormen die ze lokaal, regionaal en/of suprareginaal aanbieden. De zorgniveaus waarop een voorziening actief is, bepalen dus welke functies een zorgvoorziening voor haar rekening kan nemen. In wat volgt, lichten we de functies nader toe.

Allereerst wil de Vlaamse overheid met het decreet de *populatiegerichte acties* een volwaardige plaats in het Vlaamse geestelijke gezondheidsaanbod geven. Daarom worden de functies A en B in het leven geroepen. Dat zijn respectievelijk (A) het bevorderen van geestelijke gezondheidscompetenties en van destigmatisering, en (B) de ondersteuning van de omgeving en ervaringsdeskundigen die actief zijn binnen het geestelijke gezondheidsaanbod. Geestelijke gezondheidscompetenties omvatten kennis over geestelijke gezondheid en psychische aandoeningen, vaardigheden met betrekking tot zelfzorg en weerbaarheid, en het efficiënt zoeken van (niet-)professionele hulp. Daarnaast behelst het een attitude- en gedragsverandering ten aanzien van personen met een psychische aandoening (Kutcher, Wei, & Coniglio, 2016). Zo kunnen bijvoorbeeld bewustwordingsprogramma's over geestelijke gezondheid op scholen – ook voor de ouders – en binnen lokale verenigingen voor kwetsbare groepen deel uitmaken van functie A. Tot functie B kunnen groepsprogramma's, aangeboden door familieorganisaties, gerekend worden die gericht zijn op de versterking van de draagkracht van familieleden en vrienden van zorggebruikers. Zoals figuur 1 laat zien, maken functies A en B – uiteraard – ook deel uit van de *individuele gerichte zorg* voor zorggebruikers en hun omgeving. Gezien de ernst van de cijfers betreffende stigmatisering en de impact van psychische aandoeningen op de gezondheid is het noodzakelijk dat *alle* actoren van het geestelijke gezondheidsaanbod betrokken zijn bij stigmabestrijding (Van Weeghel et al., 2016) en bij het versterken van de geestelijke gezondheid in onze samenleving.

De functies C, D, E en F omschrijven de andere kernopdrachten van de individugerichte zorg. Functie C omvat detectie, vroeg- en kortdurende interventies; interventies gericht op de versterking van onder andere veerkracht, empowerment, verbondenheid en zelfzorg maken hier deel van uit. Deze functie kan enkel uitgevoerd worden door voorzieningen die actief zijn binnen de generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid: zorgniveau 1. Op dat niveau richten professionals zich immers zowel op zorggebruikers met een milde of matige psychische aandoening als op zorggebruikers met een ernstige psychische aandoening.

De functies D en E omvatten respectievelijk *gespecialiseerde diagnostiek*⁵ en *gespecialiseerde behandeling*⁶. Volgens het decreet kunnen enkel voorzieningen die actief zijn binnen de gespecialiseerde ggz, zijnde zorgniveau 2, die functies uitvoeren. Op dit niveau richten professionals

zich immers enkel op zorggebruikers met een ernstige psychische aandoening waarvoor gespecialiseerde diagnostiek en behandeling op een bepaald moment nodig kunnen zijn.

Functie F omvat de verschillende vormen van rehabilitatie die de volwaardige participatie van zorggebruikers in alle levensdomeinen als doelstelling hebben: wonen, werk, opleiding, vrije tijd, cultuur, enzovoort. Aangezien deze functie uiterst belangrijk is om het volwaardige burgerschap van personen met psychische zorgnoden te realiseren, is ze ook opgenomen op het niveau van de vrijwillige en informele zorg of ondersteuning – zorgniveau 0b – en op het niveau van de generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid – zorgniveau 1.

Ten slotte is er de functie G: expertise uitwisselen en samen inzetten binnen en buiten de gezondheidszorg om samenwerkingsverbanden over de zorgniveaus en sectoren heen te ondersteunen. Een voorbeeld daarvan is een samenwerkingsverband tussen een mobiel team uit de gespecialiseerde ggz (zorgniveau 2), een sociale huisvestingsmaatschappij en een OCMW uit de generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid (zorgniveau 1), en een patiëntenorganisatie die vrijwillige en informele zorg of ondersteuning aanbiedt (zorgniveau 0b); deze vier diensten voeren in onderlinge samenwerking bijvoorbeeld een onderdeel van functie F uit: rehabilitatie op het vlak van wonen.

De zorgnoden van een zorggebruiker bepalen welke functies de (in)formele zorgactoren voor die persoon en zijn context invullen. Er dient dus een paradigmashift plaats te vinden van aanbod- naar vraaggestuurde zorg. Zorggebruikers denken over hun zorgnoden echter niet na in termen van zorgniveaus en voorzieningen die functies uitvoeren. Daarom maakt het decreet alle (in)formele zorgactoren tot netwerkpartners van een geestelijk gezondheidsnetwerk⁷. De doelstelling is dat professionele en informele zorgpartners en patiënten- en familievertegenwoordigers binnen die netwerken een samenwerkingsverband opzetten *over* de zorgniveaus en sectoren – gezondheidszorg, welzijn, wonen, werk, onderwijs, justitie – heen. De netwerkpartners maken afspraken over welke voorzieningen welke onderdelen van de functies uitvoeren voor welke subpopulaties van het netwerk, en hoe de samenwerking tussen die voorzieningen in de praktijk concreet zal verlopen. Ook de link tussen de ggz en de somatische zorg is hier een essentieel onderdeel van, evenals goede afspraken over de doorverwijzing tussen de voorzieningen. Daarnaast organiseren de partners een of meerdere aanspreekpunten waar alle inwoners van het betreffende geestelijke gezondheidsnetwerk terecht kunnen voor informatie over passende zorg en de toegang daartoe. Ten slotte worden de voorzieningen en organisaties vanuit het netwerk gestimuleerd om voor zorggebruikers met ernstige en langdurige psychische zorgnoden – waar nodig – zorgcoördinatie en casemanagement in te zetten. Die samenwerkingsafspraken die binnen de netwerken op *organisatieniveau* worden gemaakt, zijn nodig om een betere integrale zorg en ondersteuning⁸ op het niveau van de

zorggebruikers en hun context te realiseren. De doelstelling is om zodoende tot een hogere kwaliteit en een grotere toegankelijkheid en continuïteit van de hulpverlening te komen (Borgermans & Devroey, 2017; Strategische Adviesraad Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid, 2012; Valentijn, Schepman, Opheij, & Bruijnzeels, 2013).

Een laatste belangrijke vernieuwing in het decreet is de juridische verankering van het werk van patiënt- en familie-ervaringsdeskundigen als betaalde arbeidskrachten of vrijwilligers binnen het geestelijke gezondheidsaanbod. Met ervaringsdeskundigheid wordt de kennis en expertise bedoeld die voortkomen uit de ervaring van zorggebruikers en hun context met (geestelijke) gezondheidszorg en die voor zichzelf en voor anderen herstelbevorderend kunnen worden ingezet. De Vlaamse overheid verwacht dat de ervaringsdeskundigen hun kennis en expertise via lotgenotencontact verwerken en verruimen, en dat ze via opleiding of vrijwilligerswerk de kennis en vaardigheden opdoen om de verruimde ervaring op een deskundige manier aan te wenden. De Vlaamse overheid gaat in het decreet uit van de actieve bijdrage van de patiënt- en familie-ervaringsdeskundigen op vier niveaus:

- in de zorg voor zorggebruikers en hun context;
- bij de populatiegerichte acties;
- als vaste partner van de professionals binnen de geestelijke gezondheidsnetwerken en voorzieningen;
- als vaste partner van de beleidsmakers op Vlaams niveau.

Voor zorggebruikers en hun context bieden ervaringsdeskundigen ‘peer support’ aan (Basuk, Hanson, Greene, Richard, & Laudet, 2016). Naast het geven van hulp houdt dat ook het ontvangen van hulp in, gebaseerd op gedeeld begrip, respect en wederzijdse empowerment tussen personen die in een gelijkaardige situatie verkeren. Peer support heeft een grote meerwaarde voor het geestelijke gezondheidsaanbod, zowel voor jongeren als voor volwassenen. Uiteraard hebben ervaringsdeskundigen bij dat werk een specifieke vorm van ondersteuning nodig, waarin functie B voorziet.

De betekenis van het decreet voor een betere ggz

Met die nieuwe beleidsmaatregelen wil de Vlaamse overheid op een krachtige wijze tegemoetkomen aan de knelpunten die we eerder in dit artikel beschreven. Het decreet geestelijke gezondheid is dan ook de blauwdruk van waaruit vier noodzakelijke hervormingen zich de komende jaren verder kunnen ontwikkelen: meer toegankelijke zorg, aanvaardbare zorg, integrale zorg en ondersteuning, en populatiegerichte acties om de geestelijke gezondheid in de samenleving te versterken.

In wat volgt, lichten we eerst de sterke punten van het decreet met betrekking tot die vier hervormingen nader toe, evenals de mogelijke impact daarvan voor de klinisch psychologen. In een volgende paragraaf worden de beperkingen van het decreet besproken.

Om de behandelingskloof voor personen met psychische zorgnoden te verkleinen, richt de Vlaamse overheid zich allereerst op een betere toegankelijkheid van het geestelijke gezondheidsaanbod. Toegankelijke zorg houdt in dat zorggebruikers en hun omgeving die zorg *krijgen*. Het geestelijke gezondheidsaanbod dient daarom buurtgebonden, laagdrempelig en niet-stigmatiserend te zijn. Dat impliceert een voldoende ruim aanbod online en op plaatsen waar burgers om andere redenen dan hun psychische gezondheid al komen. De diensten van Kind en Gezin, huisartsenpraktijken, scholen, CAW's, Jongeren Adviescentra en OCMW's spelen hierin een rol. De huisarts en de eerstelijnspsycholoog zijn belangrijke aanspreekpunten. Doordat het geestelijke gezondheidsaanbod opgedeeld wordt in zorgniveaus, kan de Vlaamse overheid meer lokale en dus buurtgebonden (in)formele zorg (zorgniveaus 0b en 1) – in vergelijking met (supra)regionale zorg (zorgniveau 2) – erkennen en financieren. De Vlaamse overheid krijgt via dit decreet bijgevolg de mogelijkheid om de zorgvoorzieningen op een evenwichtigere manier in te passen in de samenleving. Er bestaat brede internationale consensus dat zorgvoorzieningen die zoveel mogelijk ingebed zijn in de natuurlijke leefomgeving van de gebruiker de toegankelijkheid van de zorg ten goede komen en de exclusie van personen met psychische zorgnoden tegengaan (Thornicroft, Deb, & Henderson, 2016).

Toegankelijkheid van het geestelijke gezondheidsaanbod houdt ook in dat deze zorg aanvaardbaar is, dat de zorggebruikers en hun omgeving deze zorg dus *toelaten* (Strategische Adviesraad Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid, 2018). Aanvaardbare zorg veronderstelt daarom persoonsgerichte zorg en ondersteuning. Daarbij ligt de focus op:

- de werkrelatie tussen de zorggebruiker en de hulpverlener, met aandacht voor diversiteit;
- de autonomie van de zorggebruiker;
- de relevantie van het zorgaanbod.

Een relevant zorgaanbod streeft symptoomvermindering na in termen van het effect dat het heeft op het dagelijkse leven van de zorggebruiker. Dat betreft dus zijn zelfzorg, woning, werk, opleiding, huishouden, sociale contacten, intieme relatie en/of zingeving (Health Foundation, 2014; Strategische Adviesraad Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid, 2018). Er wordt verwacht dat de inzet van ervaringsdeskundigen, die in het decreet geregeld wordt, die drie aspecten van persoonsgerichte zorg en ondersteuning ten goede zal komen. Het belang van peer support is in dat verband niet te onderschatten (Bassuk et al., 2016). En opdat persoonsgerichte zorg nog meer ingang zou vinden in het Vlaamse ggz-landschap, bevat het decreet ook een aantal basisprincipes die door alle netwerkpartners in praktijk gebracht moeten worden.

Ten eerste dient het geestelijke gezondheidsaanbod een ontwikkelings-, herstel- en krachtgerichte benadering te hanteren (Hoge Gezondheidsraad, 2019; Van Audenhove, 2017). Ten tweede dient de zorg in de regel plaats te vinden binnen de triade, niet alleen bij kinderen en jongeren, maar ook bij volwassenen. Dat is nodig opdat de hulpverlening *aanvullend* zou kunnen werken bij de ondersteuning die de omgeving biedt en naast de kracht van de zorggebruiker zelf. Ten derde is in het decreet bepaald dat dwanginterventies zoveel mogelijk vermeden moeten worden. Er bestaat internationale consensus dat hulpverleners dwanginterventies enkel mogen toepassen als zeer uitzonderlijke veiligheidsmaatregel: in geval van een ernstig en acuut gevaar voor de fysieke en/of psychische integriteit van de zorggebruiker of andere personen (Hoge Gezondheidsraad, 2016; Peeters et al., 2019). Persoonsgerichte zorg en ondersteuning vereisen dat die visie rigoureus wordt toegepast binnen de ggz-voorzieningen.

Door beleidsmaatregelen die integrale zorg en ondersteuning moeten bevorderen, op te nemen in het decreet, wil de Vlaamse overheid speciale aandacht besteden aan zorggebruikers met ernstige en langdurige psychische zorgnoden, die al dan niet een eigen zorgvraag hebben. Voor deze doelgroep is de integratie van het geestelijke gezondheidsaanbod in de brede gezondheids- en welzijnszorg en een betere samenwerking met scholen, opleidingsinstituten en werkgevers een belangrijk aandachtspunt. De uitwerking van methodieken en tools die hun toepassing vinden op de raakvlakken van gezondheidszorg enerzijds en wonen, werk, opleiding en vrije tijd anderzijds, is voor de kwetsbare groepen van groot belang. Voorbeelden daarvan zijn: inclusief wonen met flexibele vormen van begeleiding en Individual Placement and Support, een re-integratiemethode voor werk en studies die speciaal ontwikkeld werd voor personen met een ernstige psychische aandoening die in behandeling zijn in een ggz-voorziening (Luciano, Bond, & Drake, 2014). Functie G – het uitwisselen en samen inzetten van expertise binnen en buiten de gezondheidszorg – zorgt ervoor dat de Vlaamse overheid een zorgaanbod dat ingevuld wordt *over* de grenzen van de sectoren *heen* kan erkennen en financieren. Om een goede samenwerking tussen hulpverleners en informele zorgactoren binnen een dergelijk intersectoraal zorgaanbod mogelijk te maken, dienen er duidelijke afspraken gemaakt te worden tussen de zorgvoorzieningen onderling en met de informele zorgactoren. Het consolideren van die samenwerking *op organisatorisch niveau* vindt plaats binnen de geestelijke gezondheidsnetwerken.

Om op samenlevingsniveau de impact van psychische aandoeningen op (on)gezondheid te laten afnemen, voorziet het decreet in populatiegerichte acties. Ten eerste zijn die acties gericht op de versterking van de geestelijke gezondheidscompetenties van alle burgers. De geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren is sterk verbonden met de context waarin ze geboren worden en opgroeien (Hoge Gezondheidsraad, 2011). Het verbeteren van de geestelijke gezondheid van alle burgers heeft dan ook een preventieve functie die al in de wieg begint. Daarnaast zijn die populatiegerichte acties belangrijk omdat de aanvaardbaarheid van de ggz groter is wanneer mensen het belang van de eigen geestelijke gezond-

heid hoger inschatten (Van Weeghel et al., 2016). Ten tweede richten de populatiegerichte acties zich op destigmatisering van personen met psychische zorgnoden. Om sociale inclusie en volwaardige participatie van die personen aan de samenleving mogelijk te maken moet de stigmatisering van die groep nog veel krachtiger worden tegengegaan dan nu al het geval is (Van Audenhove, 2017). Ten derde zijn de populatiegerichte acties gericht op de ondersteuning van de naastbetrokkenen van personen met psychische zorgnoden. Mantelzorgers ervaren hun activiteiten immers niet alleen als zinvol en voldoening gevend, maar evenzeer als een zware belasting (Van Audenhove, 2017).

Als de Vlaamse overheid in de komende maanden en jaren haar ambities realiseert die in dit decreet vervat zijn, dan zal dat zeker impact hebben op de rol en het takenpakket van de klinisch psychologen. Zo zullen er meer klinisch psychologen werkzaam zijn in de generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid (zorgniveau 1). Volgens een eerste schatting op basis van het Nederlandse wijkgerichte model van Delespaul en zijn collega's is er in België behoefte aan 12.880 voltijdse eerstelijnspsychologen (Cools, 2018). Eerstelijnspsychologen zijn experts op het gebied van detectie en kortdurende interventies (Coppens, Neyens, & Van Audenhove, 2015). Het zijn 'generalisten' die weten om te gaan met een brede waaier van doelgroepen en problematieken. Tegelijkertijd zijn het teamspelers en netwerkers. Eerstelijnspsychologen hebben ook een belangrijke rol bij het verwijzen naar passende specialistische ggz en in de versterking van de integrale zorg en ondersteuning van personen met een ernstige en langdurige psychische problematiek. De ggz in België kent een sterke opdeling in sectoren. Klinisch psychologen kunnen een belangrijkere rol spelen bij het doorbreken van die grenzen door zich in te zetten voor het samenspel tussen de betrokken organisaties en hulpverleners, en tussen de ggz en de somatische gezondheidszorg, welzijn, tewerkstelling, woon- en studiebegeleiding, opvoedingsondersteuning, vrijetijdsbegeleiding en justitiële controle.

Op het vlak van de therapeutische interventies zal het accent verschuiven van een individu- en klachtgerichte benadering naar interventies gericht op de relaties van de persoon met een psychische kwetsbaarheid met zijn leefomgeving. Een krachtige samenwerking met andere betrokken disciplines en mantelzorgers is noodzakelijk om resultaten te bereiken op het vlak van het gezinsfunctioneren en het familieleven, de werk- of studievervingen, de algehele gezondheid, de vrijetijdsbeleving, enzovoort.

Klinisch psychologen verkeren daarnaast in de juiste positie om een rol te spelen bij het ontwikkelen en opzetten van de populatiegerichte acties, bijvoorbeeld rond geestelijke gezondheidscompetenties, destigmatisering of het omgaan met een psychisch kwetsbaar familielid. Maar ook hier zal het netwerken met patiënten- en familieverenigingen, lokale besturen en verenigingen, scholen en werkgevers cruciaal zijn om een breed gedragen en effectief aanbod van de grond te krijgen.

Resterende uitdagingen voor een betere ggz

Met het nieuwe decreet komt de Vlaamse overheid tegemoet aan een aantal belangrijke uitdagingen op het vlak van geestelijke gezondheid. Maar er resteren nog een aantal knelpunten en vragen. Allereerst ontbreken een timing en kostenraming die de effectieve implementatie van een *evenwichtig* geestelijk gezondheidsaanbod – dus zoveel mogelijk in de natuurlijke leefomgeving van de gebruiker – garanderen. De cijfers van het huidige Belgische ggz-budget zijn nog steeds niet openbaar. De Mental Health Atlas (WHO, 2017) bevat daarover voor België, in tegenstelling tot voor veel andere WHO-lidstaten, geen cijfers. Volgens die bron zijn de ggz-budgetten het hoogst in de Verenigde Staten en Australië, omgerekend respectievelijk 309,9 euro en 209,6 euro per capita. Voor de Europese landen is het gemiddelde ggz-budget 19,6 euro per capita (België dus niet meegerekend). We weten ook dat de verhouding tussen de ziektelast van psychische aandoeningen en het relatieve ggz-budget in de Verenigde Staten 2,7 op 1 bedraagt (Vigo, Kestel, Pendakur, Thornicroft, & Atun, 2019). Die WHO-cijfers doen bijgevolg vermoeden dat België – en dus ook Vlaanderen – nog zeer grote inspanningen te wachten staat als het voldoende geld wil vrijmaken voor het lenigen van de psychische zorgnoden. Een belangrijk middel is het verschuiven van budgetten voor psychiatrische bedden naar de ambulante zorg, preventie en ondersteuning van volwaardig burgerschap voor personen met psychische zorgnoden. België is immers koploper in het aantal psychiatrische bedden per capita (Eurostat, 2017). De Vlaamse overheid heeft zelf echter niet alle hendels in handen voor de financiering van het aanbod in Vlaanderen: de ziekenhuizen worden grotendeels federaal gefinancierd. Een verschuiving van budgetten voor psychiatrische ziekenhuizen naar de generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid betekent dus in België een verschuiving van federale naar Vlaamse budgetten. Het is dus nog maar de vraag of er voldoende budget vrijgemaakt kan worden om de broodnodige herschikking van het ggz-landschap mogelijk te maken.

Ook bij de erkenning van de Vlaamse geestelijke gezondheidsnetwerken kunnen vragen gesteld worden. De samenwerkingsafspraken die binnen de netwerken op *organisatieniveau* worden gemaakt, zijn nodig om meer integrale zorg en ondersteuning op het niveau van de *zorggebruikers en hun context* mogelijk te maken. De doelstelling is om tot een betere toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van de hulpverlening te komen. Men kan zich echter afvragen of de erkenning van een *nieuw* soort netwerk in Vlaanderen – naast federale ggz-netwerken, eerstelijnszones en ziekenhuisnetwerken om er maar enkele te noemen – daaraan een significante bijdrage zal leveren. Uiteindelijk zal de generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid (zorgniveau 1) plaatsvinden binnen de eerstelijnszones, en de supraregionaal georganiseerde gespecialiseerde ggz (zorgniveau 2b) binnen de ziekenhuisnetwerken. Het decreet maakt verder ook niet duidelijk hoe met de zeer privacygevoelige informatie omgegaan moet worden binnen het kader van een geïntegreerd

dossier. Wil men een integrale en dus sectoroverschrijdende ggz organiseren, dan wordt het ook tijd om daarover knopen door te hakken.

Tot slot

In hoge-inkomenslanden werden de voorbije decennia veel hervormingen in de (geestelijke) gezondheids- en welzijnszorg doorgevoerd. Ook de Vlaamse en federale overheid hebben – in navolging van de WHO (2015) – verschillende beleidsinitiatieven genomen om persoonsgerichte en integrale zorg en ondersteuning te faciliteren. Zowel de Vlaamse als de federale overheid werkt bijvoorbeeld aan een beter presterende eerstelijnszorg. Recent keurde de Vlaamse regering een nieuw eerstelijnsdecreet goed dat Vlaanderen opdeelt in eerstelijnszones met als doel de samenwerking tussen de verschillende eerstelijnspartners te optimaliseren en de zorggebruiker centraal te stellen. In Vlaanderen werd de eerstelijnspsychologische functie gecreëerd waardoor de generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid binnen de eerstelijnszones meer vorm kan krijgen. Maar ook op regionaal niveau zetten de betrokken overheden in op meer samenwerking tussen zorgactoren die momenteel nog grotendeels werkzaam zijn in gefragmenteerde sectoren zoals gezondheidszorg, welzijn, tewerkstelling, onderwijs en justitie (Settipani et al., 2019; Vandenbroeck, Dechenne, Becher, Eyssen, & Van den Heede, 2014). De ggz-netwerken, de netwerken internering, het intersectoraal regionaal overleg jeugdhulp en de projecten geïntegreerde zorg voor chronisch zieken zijn in volle ontwikkeling. De Vlaamse geestelijke gezondheidsnetwerken dienen uiteraard een zekere samenhang te vertonen met de bestaande ggz- en eerstelijnsnetwerken. En met de nieuwe beleidsinitiatieven in de sectoren van woonzorg voor ouderen en het lokaal sociaal beleid stimuleert de Vlaamse overheid dat de samenwerking tussen die sectoren en het geestelijke gezondheidsaanbod geïntensifieerd en gefaciliteerd wordt.

Het omzetten van die beleidsinitiatieven in de praktijk vraagt veel inspanningen van professionals, ervaringsdeskundigen, zorgvoorzieningen, patiënten- en familieorganisaties. Maar ook de betrokken overheden – aangestuurd door een Vlaamse en een federale regering – staan nog voor grote uitdagingen. De uitrol van dit decreet zal enkel gerealiseerd kunnen worden wanneer hierover een samenwerkingsakkoord tot stand komt tussen de Vlaamse en de federale overheid. Ondanks de zesde staatsvorming blijft de ggz in België tot nu toe immers een kluwen van federaal en Vlaams aangestuurde deelsectoren. Verder kan dit decreet geen voet aan de grond krijgen zonder extra en voldoende financiële middelen van beide overheden. En het zal belangrijk zijn dat alle beleidsdomeinen – gezondheid, wonen, werken, justitie, cultuur, samenleven – een bijdrage leveren aan de positieve waardering en versterking van de geestelijke gezondheid in de samenleving. Enkel dan zal het nieuwe beleid een positief effect hebben op de geestelijke gezondheid van onze samenleving.

Dankbetuiging

De auteurs bedanken prof. dr. Nady van Broeck, dr. Tim Opgenhaffen en prof. dr. Johan Put van de KU Leuven en prof. dr. Freya Vander Laenen van de Universiteit Gent voor hun inhoudelijke bijdrage aan het rapport van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (De Cuyper et al., 2018) dat aan de basis ligt van dit artikel.

Noten

1. Hierbij verwijzen de termen ‘individuegericht’ en ‘populatiegericht’ in het decreet enkel naar het onderwerp van de zorg en van de acties. Deze termen hebben geen andere connotaties in het decreet.
2. In het decreet wordt ‘psychische zorgnood’ gedefinieerd als “een nood aan zorg op het gebied van cognitieve vaardigheden, de emotieregulatie of het gedrag van een persoon, die een uiting is van een disfunctie in de psychologische, biologische of ontwikkelingsprocessen die ten grondslag liggen aan het psychische functioneren. Tot de psychische zorgnood behoren ook zorgnooden die betrekking hebben op verslaving aan psychoactieve middelen, gokken, gaming of andersoortige middelen of activiteiten” (art. 2, 32°).
3. In het decreet wordt een ‘ernstige psychische zorgnood’ gedefinieerd als “een psychische zorgnood die het gevolg is van een psychische aandoening en die gevolgen heeft voor meerdere domeinen van het functioneren van de gebruiker, zoals opleiding volgen, werken, wonen, vrijetijdsbesteding, relationeel leven en fysieke gezondheid” (art. 2, 7°).
4. Volgens de Wet betreffende de internering van personen kan in België in geval van ontoerekeningsvatbaarheid een interneringsmaatregel van onbepaalde duur worden opgelegd door onderzoeks- en vonnisgerichten. Een interneringsmaatregel is een beveiligingsmaatregel met een tweeledig doel: de maatschappij beschermen en de geïnterneerde medisch-psychiatrisch behandelen.
5. Gespecialiseerde diagnostiek wordt in het decreet omschreven als “gespecialiseerde interventies gericht op het holistisch exploreren van de toestand van de individuele gebruiker op basis van het biopsychosociaal model, zodat, als het mogelijk en aangewezen is, de oorzaken ervan, de ontstaansgeschiedenis, de kenmerken en het mogelijke verdere verloop ervan worden verduidelijkt. Het resultaat van de gespecialiseerde diagnostiek levert een bijdrage aan de besluitvorming over de gespecialiseerde behandeling en rehabilitatie” (art. 13).
6. Gespecialiseerde behandeling wordt in het decreet omschreven als “gespecialiseerde interventies die ingrijpen op het psychisch, sociaal of somatisch functioneren van de individuele gebruiker en zijn context. Doel is het behouden, versterken of herstellen van het niveau van functioneren, het verminderen van de lijdensdruk en het bevorderen van herstel, waar mogelijk” (art. 13).
7. Ziekenhuizen kunnen ook deel uitmaken van een geestelijk gezondheidsnetwerk, maar kunnen door dit decreet hier niet toe worden verplicht.
8. In het decreet wordt integrale zorg en ondersteuning gedefinieerd als “zorg en ondersteuning die zelfzorg, preventie, vrijwillige en informele ondersteuning, acute en langdurige gezondheidszorg, generalistische en gespecialiseerde gezondheidszorg en diensten ter ondersteuning van welzijn, onderwijs, opleiding, tewerkstelling, wonen, vrije tijd en justitie omvat, alsook de onderlinge afhankelijkheid tussen die ondersteunings- en zorgvormen, en dat gedurende de hele levensloop van de gebruiker” (art. 2, 21°).

Literatuur

- Bassuk, E.L., Hanson, J., Greene, R.N., Richard, M., & Laudet, A. (2016). Peer-delivered recovery support services for addictions in the United States: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 63, 1-9. doi:10.1016/j.jsat.2016.01.003
- Borgermans, L., & Devroey, D. (2017). A Policy Guide to Integrated Care (PGIC): Lessons learned from EU project INTEGRATE and beyond. *International Journal of Integrated Care*, 17, 1-12. <http://doi.org/10.5334/ijic.3295>
- Cools, B. (2018). De eerstelijnspsychologische praktijk groeit! *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 48, 176-192.
- Coppens, E., Neyens, I., & Van Audenhove, C. (2015). *Onderzoek naar de invoering van een eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen* (Onderzoeksrapport). Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Geraadpleegd via <https://steunpuntwvg.be/images/rapporten-en-werknotas/onderzoeksrapport-eerstelijnspsychologische-functie>
- Coppens, E., Vermet, I., Knaeps, J., De Clerck, M., De Schrijver, I., Matot, J.P., & Van Audenhove, C. (2015). *Adolescent mental health care in Europe: State of the art, recommendations, and guidelines by the ADOCARE network*. Brussel: European Union. Geraadpleegd via <http://www.adocare.eu/wp-content/uploads/2015/12/ADOCARE-UK-2015.pdf>
- Corker, E., Hamilton, S., Henderson, C., Weeks, C., Pinfold, V., Rose, D., ... Thornicroft, G. (2013). Experiences of discrimination among people using mental health services in England 2008-2011. *The British Journal of Psychiatry*, 202, s58-s63. doi:10.1192/bjp.bp.112.112912
- De Cuyper, K., Van Ingelgom, S., & Van Audenhove, C. (2018). *Uitwerking van een ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Geraadpleegd via <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/ef16-uitwerking-van-een-ontwerp-van-decreet-betreffende-de-geestelijke-gezondheid>
- Eurostat. (2017). *Mental health care – psychiatric hospital beds*. Geraadpleegd via <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/EDN-20191009-1>
- Health Foundation. (2014). *Person-centered care made simple: What everybody should know about person-centered care*. Geraadpleegd via <http://www.health.org.uk/publication/person-centred-care-made-simple>
- Hoge Gezondheidsraad. (2011). *Gedragsstoornissen bij kinderen en jongeren in context* (Advies nr. 8325). Geraadpleegd via https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/19072167/Kinderen%20en%20jongeren%3A%20gedragsstoornissen%20in%20context.%20Uitgebreide%20brochure.%2028maart%202011%29%2028HGR%208325%29.pdf
- Hoge Gezondheidsraad. (2016). *Omgaan met conflict, conflictbeheersing en dwanginterventies in de geestelijke gezondheidszorg* (Advies nr. 9193). Geraadpleegd via https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/hgr_advies_9193_dwanginterventie.pdf
- Hoge Gezondheidsraad. (2019). *DSM(5): toepassing en status van de diagnose en classificatie van geestelijke gezondheidsproblemen* (Advies nr. 9360). Geraadpleegd via https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/hgr_9360_dsm5.pdf
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: Past, present and future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61, 154-158. doi:10.1177/0706743715616609
- Lasalvia, A., Zoppi, S., Van, B.T., Bonetto, C., Cristofalo, D., Wahlbeck, K., ... Thornicroft, G. (2013). Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorders: A cross-sectional survey. *The Lancet*, 381, 55-62. doi:10.1016/S0140-6736(12)61379-8
- Layard, R. (2017). The economics of mental health. *IZA World of Labour*, 321. doi:10.15185/izawol.321
- Li, J., Guo, Y., Huang, Y., Liu, J., Chen, W., Zhang, X., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2017). Stigma and discrimination experienced by people with schizophrenia living in the community in Guangzhou, China. *Psychiatry Research*, 255, 225-231. doi:10.1016/j.psychres.2017.05.040
- Luciano, A., Bond, G.R., & Drake, R.E. (2014). Does employment alter the course and outcome of schizophrenia and other severe mental illnesses? A systematic review of longitudinal research. *Schizophrenia Research*, 159, 312-321. doi:10.1016/j.schres.2014.09.010

- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2012). *Sick on the Job? Myths and realities about mental health and work*. Paris, France: Auteur. Geraadpleegd via https://www.gamian.eu/wp-content/uploads/2014/05/Miranda_OECD_sick-on-the-job_presentation_Vilnius-2013.pdf
- Peeters, T., De Cuyper, K., Opgenhaffen, T., Buyck, I., Put, J., & Van Audenhove, C. (2019). *De ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Geraadpleegd via <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/ef21-mdr-afzondering-en-fixatie-eindrapport>
- Settipani, C.A., Hawke, L.D., Cleverley, K., Chaim, G., Cheung, A., Mehra, K. ... Henderson, J. (2019). Key attributes of integrated community-based youth service hubs for mental health: A scoping review. *International Journal of Mental Health Systems*, 13, 52. <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0306-7>
- Strategische Adviesraad Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid. (2012). *Visienota integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen*. Geraadpleegd via <https://www.vlaanderen.be/publicaties/visienota-integrale-zorg-en-ondersteuning-in-vlaanderen>
- Strategische Adviesraad Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid. (2018). *Visienota maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning*. Geraadpleegd via https://www.sarwgg.be/sites/default/files/documenten/SARWGG_RAAD_20181220_Visienota%20MVZO_ADV_DEF.pdf
- Thornicroft, G. (2011). Physical health disparities and mental illness: The scandal of premature mortality. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 441-442. doi:10.1192/bjp.bp.111.092718
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: A cross-sectional survey. *The Lancet*, 373, 408-415. doi:10.1016/S0140-6736(08)61817-6
- Thornicroft, G., Chatterji, S., Evans-Lacko, S., Gruber, M., Sampson, N., Aguilar-Gaxiola, S. ... Kessler, R.C. (2017). Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *The British Journal of Psychiatry*, 210, 119-124. doi:10.1192/bjp.bp.116.188078
- Thornicroft, G., Deb, T., & Henderson, C. (2016). Community mental health care worldwide: Current status and further development. *World Psychiatry*, 15, 276-286. doi:10.1002/wps.20349
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2009). *Better mental health care*. Cambridge, UK: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511544347>
- Valentijn, P.P., Schepman, S.M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M.A. (2013). Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13. <https://doi.org/10.5334/ijic.886>
- Van Audenhove, C. (2017). De geestelijke gezondheidszorg: een nieuwe mindset? *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 47(1), 5-18.
- Vanclooster, S., Vanderhaegen, J., Bruffaerts, R., Hermans, K., & Van Audenhove, C. (2013). *Inschatting van de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg*. Leuven: LUCAS.
- Vandenbroeck, P., Dechenne, R., Becher, K., Eyssen, M., & Van den Heede, K. (2014). Recommendations for the organization of mental health services for children and adolescents in Belgium: Use of the soft systems methodology. *Health Policy*, 114, 263-268. doi:10.1016/j.healthpol.2013.07.009
- Van den Heuvel, B. (Red.). (2014). *Netwerkgorg: nieuw organisatieconcept voor personen met een complexe, langdurige zorg- en ondersteuningsvraag*. Leuven: Acco.
- Van Weeghel, J., Pijnenborg, M., Van 't Veer, J., & Kienhorst, G. (2016). *Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen*. Bussum: Coutinho.
- Vigo, D.V., Kestel, D., Pendakur, K., Thornicroft, G., & Atun, R. (2019). Disease burden and government spending on mental, neurological, and substance use disorders, and self-harm: Cross-sectional, ecological study of health system response in the Americas. *The Lancet Public Health*, 4, 89-96. doi:10.1016/S2468-2667(18)30203-2
- Vlaamse Regering. (2019). Decreet betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod (5 april 2019). *Belgisch Staatsblad*, 17-05-2019. Geraadpleegd via http://www.etaamb.be/nl/decreet-van-05-april-2019_n2019012372.html

- Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M., & Laursen, T.M. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: Life expectancy of patients with mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 199, 453-458. doi:10.1192/bjp.bp.110.085100
- Whiteford, H.A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A.J., Ferrari, A.J., Erskine, H.E., ... Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings of the Global Burden of Disease study 2010. *The Lancet*, 382, 1575-1586. doi:10.1016/S0140-6736(13)61611-6
- World Health Organization. (2008). *The Global Burden of Disease: 2004 Update*. Geneva, Switzerland: Auteur. Geraadpleegd via https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf?ua=1
- World Health Organization. (2015). *WHO global strategy on people-centered and integrated health services: Interim report*. Geraadpleegd via https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization. (2016). *Global health estimates 2015: DALYs by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2015*. Geraadpleegd via http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html
- World Health Organization. (2017). *Mental health atlas 2017*. Geraadpleegd via https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2017/en/

Personalia

Dr. Kathleen De Cuyper, projectleider LUCAS KU Leuven – Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy, en coördinator van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

E-mail: kathleen.decuyper@kuleuven.be

Prof. dr. Chantal Van Audenhove, directeur LUCAS KU Leuven – Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy, promotor-coördinator van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, en gewoon hoogleraar verbonden aan het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven.

Verantwoording

Voor de uitwerking van het ontwerp van decreet betreffende geestelijke gezondheid heeft de Vlaamse overheid een beroep gedaan op het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (mei 2017 tot januari 2018). De auteurs van dit artikel hebben zich gebaseerd op onderzoekswerk over diverse aspecten van de vermaatschappelijking van de zorg, dat in Vlaanderen vanaf 1995 voornamelijk vanuit LUCAS KU Leuven werd uitgevoerd, en op relevante internationale literatuur. Verder werden de basisteksten voor het ontwerp van decreet afgetoetst bij focusgroepen zoals beschreven in het rapport van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (De Cuyper et al., 2018).