

# De draden en mazen van geestelijke gezondheidsnetwerken

Bob Cools

| TIJDSCHRIFT KLINISCHE PSYCHOLOGIE, 49(4), 290-300 |

De globale doelstelling van het nieuwe *Decreet betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod* (Vlaamse Regering, 2019) is “in samenwerking met de gebruiker, de context, de bevolking, en de professional als gelijkwaardige partners, de geestelijke gezondheid te verbeteren” (art. 3). Daartoe wordt onder meer een juridisch kader geïnstalleerd voor de geestelijke gezondheidsnetwerken<sup>1</sup> (gg-netwerken), die tot op heden binnen een experimenteel kader functioneren. Het denken vanuit voorzieningen moet plaatsmaken voor ‘netwerkdelen’. In dit artikel vragen we ons vanuit de praktijk af of dit decreet garanties biedt om die doelstelling te realiseren. Wat zijn de draden (sterktes/kansen) en de mazen (zwaktes/valkuilen) van die gg-netwerken en hun juridische onderbouw?

## Langetermijndoelstelling

De *Memorie van toelichting* vermeldt dat het decreet bedoeld is als een tussenstap in “de totstandkoming van een sectoroverschrijdend en ontschot ‘decreet zorg en ondersteuning’” (Vlaams Parlement, 2019, p. 8). Om die langetermijndoelstelling te realiseren is dit decreet slechts één bouwsteen, naast de realisatie van de Vlaamse sociale bescherming, de hervorming van de eerste lijn, de actualisering van het Woonzorgdecreet en een nieuw Decreet lokaal sociaal beleid. Allemaal domeinen waarin de vorige Vlaamse regering grondige vernieuwingen heeft doorgevoerd.

De ambitie is een paradigmaverschuiving te realiseren door een viervoudige kwalitatieve hervorming:

- naast individuele zorg, ook populatiegerichte acties organiseren met het oog op de bevordering van geestelijke gezondheidscompetenties en destigmatisering;
- de toegankelijkheid en aanvaardbaarheid van het geestelijke gezondheidsaanbod verbeteren;

- werken vanuit de ontwikkelings- en herstelvisie;
- het zorgaanbod reorganiseren in geïntegreerde netwerken zo dicht mogelijk in de natuurlijke omgeving van de gebruiker.

Wat dit laatste betreft, wordt verwezen naar buurtgerichte zorg, onlinehulp en de noodzakelijke uitbouw van een generalistische geestelijke gezondheidszorg (ggz) in de eerste lijn.

## Geen spek met eieren op de dierenboerderij

Met een knipoog naar George Orwells *Animal Farm* illustreert het volgende allegorische grapje een van de belangrijkste knelpunten in het nieuwe decreet.

Op de dierenboerderij stellen de kippen aan de varkens voor om intensiever samen te werken en een nieuw product op de markt te brengen. De varkens zijn benieuwd naar hun idee. “Laten we spek met eieren verkopen: wij brengen de eieren in en jullie zorgen voor het spek.” Maar dat zien de varkens niet zitten en ze gaan verder hun eigen gang. Hoewel alle dieren gelijk zijn op de dierenboerderij, zijn varkens meer gelijk dan andere. Ze hoeven zich niet aan alle verplichtingen te houden.

Problematisch in het decreet is dat voor ziekenhuizen als deelnemer aan de Vlaamse gg-netwerken een bijzondere positie wordt gecreëerd. Artikel 12 § 3 luidt: “Ziekenhuizen kunnen participeren aan de netwerken zonder dat zij evenwel netwerkpartner worden en zonder de bijhorende verplichtingen gekoppeld aan netwerkpartners.” Alle partners zijn dus gelijk, maar sommige zijn meer gelijk dan andere! Dat draagt niet bij tot de beoogde gelijkwaardige integratie en ondergraaft de doelstelling geformuleerd in § 1 van hetzelfde artikel: “De netwerkpartners zijn niet-hiërarchisch ten opzichte van elkaar gepositioneerd.” Blijkbaar wilde men angstvallig elke bevoegdheidsoverschrijding vermijden. Dat is merkwaardig omdat de Raad van State (2019) in zijn advies aangaf dat de Vlaamse overheid wel degelijk voluit haar erkenningsbevoegdheid kan doen gelden en deelname aan de netwerken kan opvatten als een erkenningsvereiste voor de ziekenhuizen. En in de praktijk zijn psychiatrische ziekenhuizen en (psychiatrische afdelingen van) algemene ziekenhuizen al in zeer grote mate zowel praktisch als administratief betrokken bij de netwerken. Op termijn kan die weeffout in het net(werk), die dus eenvoudig te vermijden was, worden rechtgezet via een onderhandeld samenwerkingsakkoord tussen de federale en Vlaamse overheid.

Een andere gemiste kans is dat enkel door de Vlaamse overheid erkende organisaties als partner kunnen deelnemen aan een gg-netwerk. Zelfstandige groepspraktijken of psycho-

logenkringen worden hierdoor uitgesloten. Onduidelijk blijft ook hoe de gg-netwerken zich moeten verhouden tot de recent gevormde ziekenhuisnetwerken en de netwerken jeugdhulp, of hoe ze al dan niet aansluiten bij de eerstelijnszones en de regionale zorgzones. Ook blijft het noodzakelijke samenspel met de lokale overheden, het lokaal sociaal beleid en het geïntegreerd breed onthaal<sup>2</sup> onuitgewerkt.

## Matrix, planning en budget

De concrete vormgeving en inhoudelijke invulling van de gg-netwerken zijn nog volop in ontwikkeling en zijn zeer divers. Dat gegeven, samen met de bevoegdheidsoverdracht naar Vlaanderen als gevolg van de laatste staatsherforming, noopte de Vlaamse overheid ertoe om een nieuw en duurzaam juridisch kader te creëren. Het nieuwe decreet operationaliseert de visie op de organisatie van het geestelijke gezondheidsaanbod in netwerken volgens een matrixmodel bestaande uit vijf zorgniveaus en zes functies.<sup>3</sup> Daarmee wil men de federaal opgestarte experimenten onderbrengen in een duurzamere Vlaamse juridische organisatiestructuur. Op zich een lovenswaardig doel, maar het is te betreuren dat Vlaanderen kiest voor een gedeeltelijk andere indeling, terminologie en codering. Dat compliceert de zaken en leidt tot verwarring. Door de scherpe opdeling van functies en de strakke koppeling ervan met de zorgniveaus ontstaat een abstracte matrix die de netwerken weinig flexibiliteit biedt om het zorgaanbod creatief en op maat van de regionale behoeften in te vullen. Daardoor dreigt het gevaar van een nieuwe verkokering en discontinuïteit in het zorgproces voor mensen met een complex traject.

Het decreet is een raamwerk waarbinnen verschillende uitvoeringsbesluiten moeten worden genomen, maar het bevat geen bepalingen over timing of budget, waardoor die onderwerpen naar de volgende regering worden doorgeschoven. Ervaringen uit het recente verleden stemmen ons daarover eerder pessimistisch. Sinds 1999 heeft de Vlaamse regering de mogelijkheid om de financiering van de centra voor geestelijke gezondheidszorg (cgg's) te programmeren. Ondanks de aanmaning van het Rekenhof en resoluties in het Vlaams Parlement heeft ze dat nog steeds niet gedaan en blijft de ambulante ggz ondergefinancierd. Het is dus zeer de vraag of ze de nog ambitieuzere uitdaging zal durven aan te gaan om netwerken en functies te programmeren en die consequent te financieren. Of zoekt men een uitweg via de commercialisering van de ggz? Verontrustend in dat verband is de formulering van artikel 5 van het decreet. Daaruit blijkt dat – onder nader te bepalen voorwaarden – iedereen initiatiefnemer kan zijn voor het uitvoeren van een of meerdere functies, waardoor de deur wordt geopend voor commercialisering van de ggz. De recente toewijzing van de uitbating van de nieuwe forensisch psychiatrische centra is een belangrijke maar betreurenswaardige stap in die richting.

## De huidige praktijk

We onderscheiden drie soorten gg-netwerken: voor volwassenen, voor kinderen en jongeren, en voor geïnterneerden<sup>4</sup>. Wellicht wordt de doelgroep ouderen in een volgende regeringsperiode toegevoegd aan de netwerken voor volwassenen. De invulling en vormgeving van de netwerken zijn zoals gezegd zeer divers. Toch doen we in tabel 1 een poging tot vergelijking en toetsing aan het decreet.

**Tabel 1.** Vergelijking van gg-netwerken in België en toetsing aan het Vlaamse decreet.

	<b>Volwassenen (en ouderen?)</b>	<b>Kinderen en jongeren</b>	<b>Geïnterneerden</b>	<b>Decreet</b>
<b>Start</b>	2011	2015	2016	2019
<b>Wettelijke basis</b>	Artikel 107 van de Ziekenhuiswet	Interministerieel akkoord	Masterplan internering	Decreet
<b>Aantal</b>	20 (12 Vlaamse)	11 (5 Vlaamse)	5 (3 Vlaamse)	Onbepaald
<b>Werkingsgebied</b>	In Vlaanderen: aaneensluitende eerstelijnszones	Provincies + Brussel	Hof van Beroep	Onbepaald
<b>Oprichting</b>	5 functies <sup>5</sup>	5 functies <sup>5</sup> 6 programma's	Diverse projecten te integreren in de 5 functies <sup>5</sup> van de netwerken voor volwassenen	6 functies <sup>3</sup> geoperationaliseerd in diverse programma's
<b>Financiering</b>	Conversie van bedden + extra voor coördinatie	Samenvoeging projecten en extra middelen + extra voor coördinatie	Som van de projectfinancieringen + extra voor coördinatie	Geen informatie
<b>Partners</b>	Welzijns- en gezondheidsorganisaties, huisartsen, justitie, sociale huisvesting, arbeid, cultuur, vrije tijd, lokale besturen, enzovoort	Organisaties voor integrale jeugdhulp en andere betrokkenen	Justitiële, forensische, reguliere actoren en Federale Overheidsdienst Volksgezondheid	Door de Vlaamse overheid erkende organisaties
<b>Governance</b>	Netwerkcomité met overeenkomst: de facto ziekenhuisgedreven	Netwerkcomité met overeenkomst: de facto overwicht van gg-actoren	Stuurgroep met verschillende samenwerkingsovereenkomsten of netwerkcomité met overeenkomst	Niet-hiërarchisch op basis van een code voor goed bestuur
<b>Visie</b>	Herstelgericht	Ontwikkelingsgericht	Herstel- en veiligheidsgericht	Ontwikkelings-, herstel- en krachtgericht
<b>Ervaringsdeskundigheid</b>	Sterke aanwezigheid van cliënten en families	Beperkte band met jongerenorganisaties	Nog niet aanwezig, wel samenwerking met Similes <sup>7</sup>	Gebruikersparticipatie
<b>Bron</b>	<a href="https://www.psy107.be">https://www.psy107.be</a>	<a href="https://www.psy0-18.be">https://www.psy0-18.be</a>	<a href="https://www.health.belgium.be/nl/internering">https://www.health.belgium.be/nl/internering</a>	<a href="http://www.etaamb.be/nl/decreet-van-05-april-2019_n2019012372.html">http://www.etaamb.be/nl/decreet-van-05-april-2019_n2019012372.html</a>

Vanaf 2011 werden twintig netwerken voor **volwassenen** als experiment op basis van artikel 107 van de Ziekenhuiswet<sup>5</sup> gecreëerd. De netwerken in Vlaanderen omvatten sinds 2019 een aantal aaneensluitende eerstelijnszones. Ze ontstonden door geleidelijk aan financiële middelen te verschuiven van de residentiële sector naar de gemeenschapszorg. Een netwerk heeft als opdracht vijf functies<sup>6</sup> vanuit de herstelvisie te realiseren. Met het oog op vermaatschappelijking werd de aansturing van die netwerken zeer breed ingevuld: met partners die representatief zijn voor welzijns- en gezondheidsorganisaties, patiënten en hun families, evenals met de sectoren justitie, arbeid, wonen, cultuur en vrije tijd, lokale besturen, enzovoort. Die netwerkpartners zijn principieel gelijkwaardig; in de praktijk is de financiële speelruimte die de betrokken psychiatrische en algemene ziekenhuizen met een psychiatrische afdeling (kunnen) bieden in grote mate bepalend. Dat leidt onvermijdelijk tot een ziekenhuisgedreven aansturing. De ziekenhuizen worden tot meer flexibiliteit uitgedaagd en tegelijkertijd afgeremd door de verouderde ziekenhuiswetgeving en financieringsregeling. In de periode van begin 2012 tot 1 mei 2019 werden 1674 bedden of 8,52% van de totale capaciteit omgezet in 665,47 voltijdmedewerkers van mobiele teams voor acute of langdurige zorg. Vanaf 1 september 2019 worden nog eens minstens 59,05 bedden 'bevroren', waardoor extra personeel kan worden ingezet in 'high intensive care'-eenheden.

Geïnspireerd door de netwerken voor volwassenen keurde de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid in 2015 de *Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor **kinderen en jongeren*** goed (zie: <https://www.vwvj.be/publicatie/gids-naar-een-nieuw-geestelijk-gezondheidsbeleid-voor-kinderen-en-jongeren>). Op basis daarvan werden elf provinciale netwerken geïnstalleerd. Vanuit de ontwikkelingsgerichte visie moeten ze vijf functies<sup>6</sup> realiseren in verschillende programma's. Door de financiën voor bestaande projecten samen te voegen en die aan te vullen met extra financiële middelen werden tot op heden zes programma's geïmplementeerd: crisis, care, crosslink, dubbele diagnose, connect en outreach. De totale extra federale financiering voor de eerste vier programma's bedraagt 20 miljoen euro per jaar en laat toe om 307 voltijdmedewerkers aan te stellen. Daarbovenop komt nog een extra jaarlijkse Vlaamse financiering voor de laatste twee programma's van respectievelijk 1 en 1,131 miljoen euro. De netwerkpartners zijn alle gg-voorzieningen, vertegenwoordigers van de andere sectoren van de integrale jeugdzorg (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap [VAPH], Bijzondere Jeugdbijstand, Centra voor Leerlingenbegeleiding, Centra Algemeen Welzijnswerk [CAW], Kind en Gezin), van jongerenorganisaties en iedereen die betrokken is bij de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren en de netwerkoevereenkomst onderschrijft.

Het in 2016 door de ministers van Justitie en Volksgezondheid ondertekende *Masterplan internering* (<http://www.vlabo.be/?action=onderdeel&onderdeel=769&titel=Masterplan+Internering>) vormt de basis voor de vijf netwerken voor **geïnterneerden**. Ze beogen het

verminderen van het aantal geïnterneerden in detentie, volwaardige ggz voor forensisch psychiatrische patiënten, en dat zoveel mogelijk binnen het reguliere aanbod. Vanaf 2009 werd veel geïnvesteerd in capaciteitsuitbreiding. Op nationaal niveau werden er 860 extra plaatsen gecreëerd in bestaande zorgvoorzieningen (zoals beschut wonen, psychiatrische verzorgingstehuizen en ziekenhuizen) en werden er nieuwe forensisch psychiatrische centra opgericht (voor Vlaanderen: Gent, Antwerpen en binnenkort ook Aalst). Daarnaast werd gestart met diverse verbeterprojecten, mobiele teams en schakelteams die de doorstroom van patiënten van de gevangenis naar de zorg faciliteren. In Vlaanderen is een upgrade gepland van 210 residentiële plaatsen voor geïnterneerden met een dubbeldiagnose, een verstandelijke beperking, seksuele delinquenten, personen met een niet-aangeboren hersenletsel of het syndroom van Korsakov. Dat bijna onoverzichtelijke geheel van puzzelstukken vereist integratie en stroomlijning. Het masterplan is de hefboom waarmee men dat wil bereiken. Binnen elk hof van beroep werden de betrokken actoren van justitie (justitiehuis, gevangenissen en commissie ter bescherming van de maatschappij), forensische zorg (gg-voorzieningen en forensisch psychiatrische centra) en reguliere partners (onder andere CAW, VAPH) uitgenodigd om deel uit te maken van een netwerk. Vanuit justitie en volksgezondheid ondersteunen coördinatoren de netwerkvorming via een voorlopige stuurgroep en via verschillende samenwerkingsovereenkomsten. In enkele regio's (bijvoorbeeld Gent en Vlaams-Brabant) groeide dat uit tot een volwaardig netwerkcomité met een netwerkovereenkomst. Ervaringsdeskundigen maken daarvan geen deel uit, maar in Vlaanderen is er wel een goede samenwerking met Similes<sup>8</sup>.

## Organisatienetwerken

Netwerken komen niet vanzelf tot stand, maar worden opgebouwd en aangestuurd. De overheid wil een nieuwe rol spelen ten aanzien van complexe maatschappelijke problemen. Van een regulerende, controlerende overheid gericht op risicobeheersing, evolueert ze naar een meer open, pragmatische en cocreërende overheid die interactief wil besturen. In die ontwikkeling van verticaal naar horizontaal bestuur (of van 'government' naar 'governance') dragen niet alleen de overheid, maar ook burgers, bedrijven en andere organisaties een verantwoordelijkheid. Kenis en Cramb  (2019) typeren de hierboven beschreven netwerken als organisatienetwerken<sup>9</sup>. Dat type netwerk is doelgericht en streeft eerder naar effectiviteit dan naar efficiëntie. De prioriteit is niet besparen of meer kwantiteit leveren, maar een kwalitatief betere oplossing bieden voor complexe problemen die onmogelijk door  n afzonderlijke organisatie kan worden gerealiseerd.

Het ontbreken van degelijk wetenschappelijk onderzoek is een achilleshiel van de door de overheid gepromote netwerkontwikkeling. Het onderzoek dat gepaard ging met het

opstarten van de netwerken voor volwassenen is ondertussen gestaakt. Het beperkte zich trouwens tot een beschrijving van de processen en deed geen harde uitspraken over de beoogde effectiviteitswinst. Toch beweren Kenis en Crambé (2019) – zonder aan te geven op welke onderzoeksgegevens ze zich baseren – dat de gg-netwerken in Vlaanderen gericht zijn op een efficiëntere inzet van middelen. Daarom noemen ze de huidige praktijk slechts “een aanzet tot organisatienetwerken” (p. 11). Toch spreken ze hun waardering uit voor de nieuwe oplossingen (zoals mobiele teams en herstelacademies) als het duurzame resultaat van samenwerking tussen diverse partners van binnen en buiten de ggz.

## De draden en de mazen

Gg-netwerken dragen ongetwijfeld bij tot vermaatschappelijking van de zorg, dat wil zeggen tot meer ggz in en gedragen door de gemeenschap. Dat is niet alleen te danken aan het grote aantal partners uit diverse sectoren in een netwerkcomité, die een breder maatschappelijk draagvlak vormen en zich meer betrokken tonen bij geestelijke gezondheid, maar de start van de netwerken ging ook gepaard met nieuwe initiatieven, zoals mobiele teams, herstelacademies, casemanagement, enzovoort, die zorg op maat in de thuiscontext beogen. De gg-netwerken versterken bovendien de samenwerking en het delen van expertise tussen de zorgactoren, waardoor complexere problemen adequater en sectoroverstijgend worden aangepakt. Dat neemt niet weg dat men vaak verstrikt raakt in ineffektieve en inefficiënte vergaderingen, en dat men voor een antwoord op relatief eenvoudige problemen soms een te lange of complexe aanmeldingsprocedure moet volgen. Een voorbeeld daarvan is de verplichte aanmelding van alle crisisvragen voor minderjarigen via één provinciaal crisismeldpunt.

Volwassenen met ernstige psychiatrische aandoeningen én complexe sociale problemen glippen omwille van exclusiecriteria die de mobiele teams hanteren, nog al te vaak tussen de mazen van het net. En oudere adolescenten en jongvolwassenen (transitieleeftijd) dreigen tussen twee netten te vallen. Hoewel bekend is dat ongeveer driekwart van de eerste psychische klachten tot uiting komt op de leeftijd van 14 tot 25 jaar, is er nog steeds te weinig afstemming tussen het zorgaanbod voor jongeren en volwassenen. De toename van onderscheiden netwerken met een verschillende schaalgrootte maakt de afstemming op casusniveau soms moeilijker: de provinciale netwerken voor kinderen en jongeren en de nog grotere netwerken voor geïnterneerden sluiten onvoldoende aan op die voor volwassenen en op de lokale realiteit.

Qua governance is het beoogde gelijkwaardige partnerschap in de organisatienetwerken een ideaalbeeld. Grotere organisaties (veelal psychiatrische ziekenhuizen) kunnen meer investeren in de netwerken, terwijl kleine, overbelaste gg-organisaties of organisaties

uit andere sectoren amper tijd hebben om de vergaderingen bij te wonen en geen extra inspanningen kunnen leveren, ook al zouden ze dat willen. Ook dreigen mobiele teams soms aparte organisaties te worden, met eigen wachtlijsten en organisatieprincipes. En de aansluiting op de somatische zorg en op de eerstelijnszorg blijft zwak. Maar de actuele uitvoering van het eerstelijnsdecreet geeft reden tot hoop. Al blijft het merkwaardig dat de overheid nog altijd meer middelen inzet aan het einde van de zorgketen (voor ernstige problemen) dan aan het begin, wanneer de problemen worden aangemeld en preventie of vroegdetectie en vroeginterventie mogelijk zijn. De verschuiving naar mobiel werken is toe te juichen, maar leidt ook tot grote werkdruk en wachttijden in de ggz-organisaties.

Het experimentele karakter en de juridische onduidelijkheid over het netwerkstatuut creëren heel wat praktische problemen en frustraties. Het consensusmodel leidt tot moeilijke besluitvorming in een netwerkcomité. Het mandaat van de netwerkcoördinatoren en de netwerkkinderpsychiaters is onduidelijk. De beschikbaarheid van de psychiaters kan aanzienlijk worden verbeterd door poolvorming op netwerkniveau, maar vergt enige afstemming en solidariteit tussen de psychiaters. Ook het werkgeverschap dat verspreid is over verschillende partnerorganisaties, is een bron van ergernis bij de netwerkmedewerkers, omdat het leidt tot verschillen in salariering en andere arbeidsvoorwaarden. En medewerkers identificeren zich eerder met de organisatie waarbij ze in dienst zijn dan met de netwerkorganisatie. De participatie van familieleden en patiënten als ervaringsdeskundigen is zeker een meerwaarde, maar vergt meer ondersteuning door de overheid, tenminste als de ambitie verder reikt dan het invullen van een symboolfunctie. Bovendien zijn die functies moeilijker in te vullen in de netwerken voor kinderen en jongeren en vooral in die voor geïnterneerden.

De overheid lanceerde de netwerken vanuit de vernieuwende, krachtgerichte herstelvisie die vertaald werd in opeenvolgende documenten (zie tabel 1: Bron) als globale richtgevende kaders. De overheid zoekt een nieuw evenwicht tussen aansturing van en vertrouwen in de creativiteit van de netwerken. Het zeer gewaardeerde coachings- en vormingsaanbod van de federale overheid werkt daarbij ondersteunend. Over het algemeen is er sprake van een veel transparantere dialoog en samenwerking met de overheid en tussen de sectoren. Maar ondanks de extra investeringen blijven de middelen om de gezamenlijke droom te realiseren gedeeltelijk achterwege: met de huidige 6% halen we geenszins de aanbeveling van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling om minstens 10% van het gezondheidsbudget aan psychische zorg te besteden (Bervoets, 2019).

De financiering van de gg-netwerken verloopt via subsidies op basis van federale én Vlaamse overeenkomsten met gg-organisaties die fungeren als doorgeefluik voor de financiering van specifieke functies of programma's. De netwerken ontvangen hun subsidies op basis van tijdelijke contracten en met een vertraging van vele maanden. Het financiële beheer



van de netwerken is complex, tijdsintensief en biedt onvoldoende duurzame garanties op de middellange termijn. Het nieuwe decreet biedt daarvoor geen oplossing. De verouderde prestatiefinanciering via nomenclatuur<sup>10</sup> voor de artsen remt de noodzakelijke flexibiliteit van hun inzet. Het is onbegrijpelijk dat de federale overheid diezelfde techniek hanteert voor de recent opgestarte terugbetaling voor eerstelijnspsychologische verrichtingen voor volwassenen. Prestatiefinanciering leidt tot een mattheuseffect waarbij socio-economisch zwakkere patiënten zorg uitstellen, waardoor hun problemen escaleren, de zorg hen armer maakt en ze opnieuw sneller afhaken (Bervoets, 2019).

Het is lovenswaardig dat de nieuwe investeringen van de overheid voor het eerst wetenschappelijk werden onderbouwd op basis van wegingscoëfficiënten om zo te komen tot een evenredige verdeling. Maar het blijft jammer dat bij de uitrol van de netwerken geen rekening werd gehouden met de historisch verklaarbare regionale tekorten in het ambulante en het residentiële aanbod. De realiteit is dat wie betaalt, bepaalt. Het zijn vooral de federale en in mindere mate de Vlaamse overheid die betalen en bepalen. Hoewel de Vlaamse overheid op basis van het nieuwe decreet de erkenningscriteria van de netwerken bepaalt, blijft ze in grote mate afhankelijk van wat de federale overheid financieel (on)mogelijk maakt. Om vooruitgang te boeken zijn beide veroordeeld tot samenwerking. Er is evenwel sprake van een forse inhoudelijke aansturing en coaching van de netwerkcoördinatoren door de federale overheid. Die operationele inmenging blijkt soms vruchtbaar, maar als het netwerkcomité buitenspel wordt gezet, leidt dat tot spanningen. In ieder geval is er in het voorbije decennium een waardevolle overlegcultuur ontstaan tussen de overheid en de netwerkactoren.

## Het einde van de ggz en een nieuwe rol voor psychologen

De langetermijndoelstelling van het decreet is “health in all policies” (Vlaams Parlement, 2019, p. 9) of een sectoroverschrijdende zorgpraktijk. Dat impliceert het einde van de ggz als afzonderlijke sector en tegelijkertijd meer ggz die geïntegreerd is in alle maatschappelijke sectoren. Uiteraard is een capaciteitsgroei van cgg’s en psychiatrische voorzieningen wenselijk, al is het maar om de wachttijden te verkorten en de zorgkwaliteit te verbeteren. Vanuit preventief oogpunt belangrijker is de toename van het aantal psychologen in allerlei maatschappelijke sectoren, zoals welzijn, gezondheid, onderwijs, arbeid, enzovoort. Inclusieve ggz betekent meer psychologische hulp in de wijk, in de eerste lijn, in de jeugd- en ouderenzorg, in scholen, op het werk, in gevangnissen, enzovoort. De rol van psychologen in de gemeenschap en in de publieke ggz zal alleen maar toenemen. Psychologen zullen hun werkterrein moeten uitbreiden, buiten de grenzen van de klassieke organisaties, en meer in de natuurlijke omgeving van de burger gaan werken (Carr & Miller, 2017). Dat vergt nieuwe competenties die veel verder gaan dan wat nu in de masteropleidingen wordt geboden.

## Noten

1. Het decreet definieert een geestelijke gezondheidsnetwerk als “een geformaliseerd samenwerkingsverband dat verantwoordelijk is voor een bepaald werkgebied en betrokken is bij de zorg voor de deelpopulatie waartoe het samenwerkingsverband zich richt, en dat in samenwerking met vertegenwoordigers van gebruikers en hun context het geestelijke gezondheidsaanbod faciliteert en optimaliseert” (art. 2, 15°).
2. Het geïntegreerd breed onthaal is een samenwerkingsverband tussen minimaal het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn, het Centrum voor Algemeen Welzijnswerk en de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen. Deze samenwerking is gericht op het realiseren van een toegankelijke sociale hulp- en dienstverlening en het tegengaan van onderbescherming.
3. De vijf zorgniveaus zijn: 1) a. zelfzorg of zorg door de eigen context, en b. vrijwillige of informele zorg; 2) generalistische basis ggz; 3) gespecialiseerde ggz: a. regionaal en b. supraregionaal. Het is niet duidelijk wat de meerwaarde is van deze zorgniveaus ten opzichte van de klassieke indeling in nulde-, eerste-, tweede- en derdelijnszorg; een indeling waar de Vlaamse overheid trouwens duidelijk aan vasthoudt in de recente organisatie van de eerstelijnszorg. De zes functies zijn: 1) promotie en destigmatisering; 2) ondersteuning context en ervaringsdeskundigheid; 3) detectie, vroegtijdige, kortdurende interventies; 4) gespecialiseerde diagnostiek; 5) gespecialiseerde behandeling; 6) rehabilitatie; en ten slotte: overleg.
4. Een geïnterneerde is een persoon die een correctioneel strafbaar misdrijf heeft gepleegd én door een rechter ontorekeningsvatbaar verklaard is op basis van een psychiatrisch expertverslag.
5. Art. 107 van de Ziekenhuiswet maakt het voor de (psychiatrische) ziekenhuizen mogelijk om een deel van hun financiële middelen te gebruiken om de zorg voor de psychiatrische patiënt te vermaatschappelijken. Dat betekent dat de zorgverlening niet noodzakelijk aan ‘bedden’ gebonden is maar dat dit evengoed in de thuis-situatie kan plaatsvinden.
6. De vijf functies zijn: 1) preventie, vroegdetectie en -interventie; 2) mobiele teams voor acute en langdurige zorg; 3) rehabilitatie; 4) residentiële zorg; 5) specifieke woonvormen.
7. De vijf functies zijn: 1) vroegdetectie, screening en oriëntatie; 2) diagnostiek; 3) behandeling; 4) inclusie in alle levensdomeinen; 5) uitwisselen en samen inzetten van expertise.
8. Similes organiseert op diverse locaties activiteiten voor een breed publiek en in het bijzonder voor familieleden van personen met psychische problemen.
9. Organisatienetwerken zijn te onderscheiden van leernetwerken (die kennis, informatie of expertise delen) en gedeelde diensten (die via samenwerking een gezamenlijk product of dienstverlening creëren die efficiënter zijn door schaalvoordelen).
10. Gecodeerde lijst met de geneeskundige prestaties die geheel of gedeeltelijk vergoed of terugbetaald worden door de ziekteverzekering.

## Literatuur

- Bervoets, C. (2019). Het noodplan voor de Belgische ggz. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 61, 436-438. Geraadpleegd via <https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/issues/541/articles/11995>
- Carr, E., & Miller, R. (2017). Expanding our reach: Increasing the role of psychologists in public and community mental health. *Psychological Services*, 14, 352-360. <http://dx.doi.org/10.1037/ser0000094>
- Kenis, P., & Cambré, B. (2019). *Organisatienetwerken: de organisatievorm van de toekomst*. Antwerpen: Pelckmans Pro.
- Raad van State, afdeling Wetgeving. (2019). Advies 64.790/3 van 17 januari 2019 over een voorontwerp van decreet van de Vlaamse Gemeenschap 'betreffende de geestelijke gezondheid'. In Vlaams Parlement, *Ontwerp*

- van decreet betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod* (1840 [2018-2019] – Nr. 1, pp. 187-212). Geraadpleegd via <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1458873>
- Vlaams Parlement. (2019). *Ontwerp van decreet betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod* (1840 [2018-2019] – Nr. 1). Geraadpleegd via <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1458873>
- 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](http://www.etaamb.be/nl/decreet-van-05-april-2019_n2019012372.html)

## Personalialia

Bob Cools, directeur Centrum Geestelijke Gezondheidszorg De Pont, docent geestelijke gezondheidszorg aan de Odisee Hogeschool en covoorzitter van de gg-netwerken Emergo en PANGG 0-18.

E-mail: [bob.cools@cggdepont.be](mailto:bob.cools@cggdepont.be)

## Verantwoording

Geen strijdige belangen meegegeeld.