



Vlaams
Parlement

stuk **487** (2009-2010) – Nr. 3
ingediend op 23 december 2010 (2010-2011)

Voorstel van resolutie

van de dames Vera Jans, Katrien Schryvers, Cindy Franssen, Lies Jans,
Helga Stevens, Mia De Vits en Güler Turan

betreffende de organisatie en vermaatschappelijking van
de geestelijke gezondheidszorg

Tekst aangenomen door de plenaire vergadering

Stukken in het dossier:
487 (2009-2010) – Nr. 1: Voorstel van resolutie
– Nr. 2: Verslag

verzendcode: WEL

Het Vlaams Parlement,

– gelet op:

1° het decreet van 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg, volgens hetwelk:

- a) “(d)e geestelijke gezondheidszorg (...) als opdracht (heeft) de verantwoorde zorg aan te bieden met het oog op het herstel van het psychisch evenwicht of het draaglijk maken van psychische stoornissen voor patiënten en hun leefomgeving, opdat aldus patiënten competenties verwerven of ontwikkelen die de basis vormen voor hun emancipatie en hun maatschappelijk geïntegreerd functioneren” (artikel 7, §1);
- b) “het centrum voor geestelijke gezondheidszorg binnen één of meer psychiatrische netwerken (moet functioneren) waarin samenwerkingsafspraken en procedures zijn overeengekomen teneinde een voldoende, gedifferentieerd en doelgroepgericht geestelijk gezondheidszorgaanbod te realiseren, zodat patiënten er terecht kunnen voor passende zorg op maat” (artikel 9, §1, 5°);

2° de wet van 10 juli 2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen, in het bijzonder:

- a) artikel 11, 1°, dat een netwerk van zorgvoorzieningen definieert als “een geheel van zorgaanbieders, zorgverstrekkers, instellingen en diensten, die, wat de organieke wetgeving betreft, niet ressorteren onder de bevoegdheid van de (deelstaten) en die samen voor een door hen nader te omschrijven doelgroep van patiënten en binnen een door hen te motiveren gebiedsomschrijving, één of meerdere zorgcircuits aanbieden, in het kader van een instellingoverstijgende juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst”;
- b) artikel 107 luidens hetwelk een koninklijk besluit “in specifieke financieringswijzen (kan) voorzien om, op experimentele basis en beperkt in de tijd, een prospectieve en programmegeoriënteerde financiering van zorgcircuits en netwerken mogelijk te maken”;

3° de afspraken die werden gemaakt op de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 28 september 2009 waarbij de federale overheid samen met de Vlaamse Regering en de andere gemeenschaps- en gewestregeringen heeft beslist dat de toepassing van artikel 107 van de wet van 10 juli 2008 een financieringstechniek is die toelaat een deel van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen te heralloceren, waardoor de middelen en de werkkraft in een bepaald werkingsgebied kunnen worden ingezet om het bestaande aanbod van geestelijke gezondheidszorg verder aan te passen aan hun behoeften en zorgvragen, en dit door de creatie van:

- a) ambulante intensieve behandelteams voor zowel de acute als chronische geestelijke gezondheidsproblemen;
- b) revalidatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie; en
- c) intensieve residentiële behandelunits voor zowel de acute als chronische geestelijke gezondheidsproblemen indien een opname noodzakelijk is;

4° het Vlaamse regeerakkoord 2009-2014 waarin:

- a) “(h)et versterken van de thuissituatie (...) een prioritaire doelstelling in het beleid voor (...) psychiatrische patiënten” wordt genoemd en aangekondigd wordt dat “(d)e nodige middelen (zullen) worden voorzien voor deze ondersteuning, zowel voor de zorgvrager als voor de mantelzorger”;
- b) de Vlaamse Regering er zich toe verbindt om “de centra voor geestelijke gezondheidszorg uit (te bouwen) zodat ze een daadwerkelijke ondersteuning betekenen voor de eerste lijn en outreachend werken naar andere sectoren toe”;
- c) voorzien wordt dat “(d)e drempel tot het aanbod van geestelijke gezondheidszorg in algemene ziekenhuizen (zal worden) verlaagd” en “de samenwerking tussen intramurale en extramurale geestelijke gezondheidszorg (zal worden) versterkt”;

- d) voorzien wordt dat de Vlaamse overheid “het waardevolle concept van de gezinsverpleging (zal ondersteunen)”;
 - e) de Vlaamse Regering zich engageert om zich te “blijven inzetten op een destigmatisering van de problematiek van geestelijke gezondheidszorg”;
 - f) gesteld wordt dat “(d)e maatschappelijke positie van de (ex-)psychiatrische patiënt (...) verbeterd (moet) worden op het domein van wonen en tewerkstelling (dagactiviteiten)” en de Vlaamse Regering er zich toe verbindt “specifieke woonzorgvormen en arbeidszorgvormen (te onderzoeken) voor ambulante psychiatrische patiënten en (...) laagdrempelige trajecten (te stimuleren) voor de activering van personen met een psychiatrische problematiek”;
 - g) aangekondigd wordt dat “een structureel aanbod (zal worden voorzien) op maat van werkzoekenden die ver van de arbeidsmarkt afstaan, via integrale trajecten met doorgedreven maatwerk en met aandacht voor zorg, welzijnsbevordering, competentieversterking en arbeidsoriëntering” en dat “(o)p het lokale niveau (...) vanuit de lokale werkwinkel een systematische samenwerking (zal worden) opgestart met de relevante regisseur voor het welzijnsdeel”;
 - h) gesteld wordt dat bij de onmogelijkheid van betaalde arbeid “gekeken (moet) worden of er ‘overdrachten’ mogelijk zijn naar niet-arbeidsmarktgerichte activiteiten met een aangepast vervangingsinkomen (bijvoorbeeld arbeidszorg)”, wat “een nieuw beleidskader (veronderstelt), onder meer rond arbeidszorg, en goede afspraken tussen werk en welzijn, zowel op lokaal, regionaal als federaal vlak (op het domein van transmissies)”;
 - i) een onderzoek in het vooruitzicht wordt gesteld “naar de mogelijkheden om een geëigend kanaal te creëren voor belangenbehartiging van psychiatrische patiënten en hun familie”;
- 5° de afspraken die werden gemaakt op de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 14 december 2009 waarbij “(d)e federale overheid en de gemeenschappen en gewesten (er) zich (...) toe (verbinden) hun bestaande ggz-aanbod open te stellen voor de totstandkoming en/of het intensifiëren van de samenwerking tussen intramurale en extramurale voorzieningen”;
- 6° de beleidsnota Wonen 2009-2014 waarin vastgesteld wordt dat “mensen met een psychiatrische aandoening, een handicap, een instellingsverleden of een verslavingsproblematiek (...) na residentiële opvang vaak moeilijk een woning (vinden)”;
- 7° de beleidsnota Werk 2009-2014 waarin:
- a) vastgesteld wordt dat “één op vijf langdurig werklozen – binnen de huidige begeleidingskaders – niet kan worden toegeleid naar werk”, “zelfs na een zorgbegeleidingstraject” en dat zich “vooral naargelang de leeftijd toeneemt (...) belangrijke medische, psychisch-psychiatrische en verslavingsproblemen” manifesteren, waarbij “(d)ergelijke vaststellingen (...) de nood (aantonen van) hechte samenwerkingsverbanden tussen de partners van het werkveld Werk en het werkveld Welzijn”;
 - b) aangegeven wordt dat “(m)et de tender voor zorgbegeleiding van werkzoekenden met medische, mentale, psychische en psychologische problemen (...) een eerste toenadering gezocht (is) tussen beide werkvelden”;
 - c) de Vlaamse Regering aankondigt “verder (te zullen) investeren in een geïntegreerd aanbod op het vlak van competentieversterking, arbeidsoriëntering en welzijnsondersteuning, complementair aan de sluitende aanpak van de werkloosheid”;
 - d) vastgesteld wordt dat “(v)oor een aantal (...) best de overgang (kan) worden gemaakt naar een ander verzekeringstelsel (invaliditeit, tegemoetkomingen aan gehandicapten), aangezien dit een inkomensgarantie (...) en tevens de mogelijkheid (biedt) om van daaruit nieuwe inschakelingsacties op te starten, waarbij de mogelijkheden om de uitkering te combineren met een inkomen uit arbeid, zeker voor deeltijdse jobs, beter zijn dan in de werkloosheidsverzekering” en dat “(v)oor wie dit geen uitweg biedt, (...) ruimte (moet) worden geschapen om een tijdlang niet meer aan activeringsacties deel te nemen, tot

- er zich nieuwe opportuniteiten voordoen”, wat “(i)n beide gevallen (...) duidelijke afspraken met federale instanties (RVA, RIZIV enzovoort)” impliceert;
- 8° de beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2009-2014 waarin:
- a) gesteld wordt dat “(i)n vergelijking met andere landen (...) het zwaartepunt van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen sterk (ligt) op de intramurale ziekenhuiszorg”, hoewel “de resultaten van zorg en de tevredenheid van patiënten en familie beter (zijn), wanneer de zorg vroeg en zo dicht mogelijk is geïntegreerd in de samenleving, in de gemeente, de buurt, de straat waar de patiënt woont”;
 - b) de ontwikkeling van een ‘conceptnota’ wordt voorzien “met voorstellen voor een globaal Vlaams beleid inzake geestelijke gezondheidszorg” en waarbij “(d)it beleid is gericht op een transformatie van een algemeen, aanbodsgerichte ggz-hulpverlening van diensten en instellingen naar voorzieningoverschrijdende zorgprogramma’s voor leeftijdsdoelgroepen”;
 - c) vastgesteld wordt dat “(d)e invoering van zorgcircuits en zorgnetwerken in de geestelijke gezondheidszorg (...) reeds op de sporen (is) gezet door een geheel van therapeutische en transversale projecten, gefinancierd door de federale overheid”;
 - d) wordt ingeschat dat “(n)ieuwe kansen (...) zich (zullen) voordoen doordat de psychiatrische ziekenhuizen – net als de centra voor geestelijke gezondheidszorg – een deel van hun budget kunnen aanwenden voor een verdere aanpassing van het bestaande aanbod in de geestelijke gezondheidszorg dat meer aangepast is aan de zorgvragen van de personen met psychische en/of psychiatrische problemen” en waarbij “(d)e nadruk zal (...) liggen op preventie, vroegtijdige detectie, ambulante intensieve behandelteams voor zowel acute als chronische problemen en rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie”;
 - e) “groot belang (wordt gehecht) aan een verbetering van de samenwerking tussen de intramurale en extramurale voorzieningen”;
 - f) vooropgesteld wordt dat “(m)et betrekking tot de centra geestelijke gezondheidszorg (...) de nadruk zal worden gelegd op ‘outreaching’ zorg, thuiszorg en het inzetten van hun expertise in de welzijns- en gezondheidsdiensten op de eerste lijn”;
 - g) gesteld wordt dat “(h)et aanbod van de cgg moet aangestuurd worden opdat het toegankelijk zou zijn en beschikbaar in een zo vroeg mogelijk stadium van psychopathologie” en dat “(e)en evaluatie hiervan moet leiden tot een vernieuwde programmatie op langere termijn”;
 - h) de intentie wordt uitgedrukt om “(n)ieuwe opdrachten voor de cgg (te) koppelen aan een financieringstechniek die meer gericht is op efficiëntie en output”;
 - i) voorzien wordt dat “(o)ok de wijkgezondheidscentra zullen gestimuleerd worden om de aandacht te versterken voor vroegtijdige detectie, behandeling van of verwijzing voor problemen van geestelijke gezondheid bij mensen die wonen in kansarme wijken”, wat “moet leiden tot een betere toegankelijkheid van de globale geestelijke gezondheidszorg voor mensen die in armoede leven”;
 - j) het engagement wordt geformuleerd om te “blijven inzetten op het bespreekbaar maken van psychische problemen en op een destigmatisering van de problematiek van de geestelijke gezondheidszorg”, waarbij men “aandacht (wil) hebben voor de belangenbehartiging van psychiatrische patiënten en voor het ‘gezinsvriendelijker’ maken van de geestelijke gezondheidszorg met name voor de familieleden van personen met ernstige psychische problemen”;
 - k) gesteld wordt dat “inzake de tewerkstelling van personen met een hulp- of zorgvraag (...) er nood (is) aan een duidelijk afsprakenkader”, waarbij “zowel Welzijn als Werk en Sociale Economie hun verantwoordelijkheid moeten (opnemen)”;

- l) de intentie wordt uitgedrukt om “de mogelijkheden (te) onderzoeken voor initiatieven rond arbeidszorg voor (ex-)psychiatrische patiënten voor wie tewerkstelling in het normaal economisch circuit te hoog gegrepen is”;
- m) aangekondigd wordt dat “(i)n overleg met de minister van Sociale Economie (...) in het kader van de lokale diensteneconomie (zal worden nagegaan) hoe (...) de bestaande klaverbladen kunnen (worden verfijnd) en (uitgebreid)”;
- 9° de in plenum aangenomen met redenen omklede motie bij de beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2009-2014, waarin de Vlaamse Regering wordt opgedragen een actueel model van geestelijke gezondheidszorg uit te bouwen, gericht op vermaatschappelijking;
- 10° het strategisch plan hulp- en dienstverlening aan gedetineerden, waarin de Vlaamse Gemeenschap “(zich engageert) om voorwaarden te scheppen voor de centra geestelijke gezondheidszorg om ook in de gevangenissen (dus intramuros), aansluitend op de eerstelijns hulpverlening, een (preventief en curatief) aanbod uit te bouwen”;
- 11° de gezondheidsdoelstelling ‘Preventie van zelfdoding’ en het Vlaams Actieplan 2006-2010;
- 12° het wetenschappelijk onderzoek rond de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg (zie o.m. M. De Groof, J. Bianchi, B. Jacob, A. Declercq en C. Van Audenhove, RAI Mental Health. Onderzoek naar de mogelijkheid tot implementatie van de instrumenten RAI Mental Health en Community Mental Health, Leuven, LUCAS, 2009; C. Van Audenhove, G. Van Humbeeck en A. Van Meerbeeck, De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare mensen. Onderzoek, praktijk en beleid, Leuven, Lannoo Campus, 139 p.; C. Van Audenhove, H. Boon, G. Van Humbeeck, G. Scheerder, A. Declercq, M. Overloop en K. De Rick, Evaluatie van de pilootprojecten psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie. Eindrapport; Leuven, LUCAS i.s.m. CH. Charleroi, 2004, en K. De Rick, G. Loosveldt, C. Van Audenhove en F. Lammertyn, De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg, Leuven, LUCAS, 2003, 236 p.);
- 13° de federale algemene beleidsnota Volksgezondheid van 3 november 2009 waarin voorzien wordt dat in 2010 een belangrijke stap zal worden gezet “in de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg, die meer gericht is op de noden van personen met psychische problemen en vertrekkende vanuit hun concrete leef-, leer- en werkomgeving”;
- overwegende dat:
 - 1° de residentiële capaciteit op het vlak van geestelijke gezondheidszorg per capita in Vlaanderen hoger is dan in de ons omringende landen (eind 2008 waren er in de Vlaamse Gemeenschap 10.206 bedden in psychiatrische ziekenhuizen);
 - 2° met de creatie van psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven voor beschut wonen in 1990 belangrijke stappen werden gezet in de realisatie van een meer gedi-versifieerd aanbod aan geestelijke gezondheidszorg;
 - 3° de uitdagingen voor het beleid rond geestelijke gezondheidszorg zowel op het niveau van de preventie als op dat van de curatie liggen;
 - 4° de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg kan worden omschreven als een verschuiving binnen de geestelijke gezondheidszorg van intramurale zorg naar zorg aan huis en begeleiding in de samenleving op meerdere gebieden zoals de omgang met de fysieke en psychische gezondheid, maar ook wonen, dag-besteding en werk;
 - 5° de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg inhoudt dat men werkt vanuit een visie op integratie en niet uitsluitend vanuit een ziekte- en gene-zingsmodel en dus impliceert dat men de persoon helpt om zich in zijn sociale omgeving staande te houden met zijn problemen en beperkingen;
 - 6° de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg impliceert dat het aanbod aan geestelijke gezondheidszorg ook ter beschikking staat van cliënten die in een thuisvervangend milieu leven, zoals een woonzorgcentrum, een voorziening

- voor personen met een handicap, een voorziening van de bijzondere jeugdbijstand of een instelling voor geïnterneerden en gedetineerden;
- 7° de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg ook inhoudt dat samenwerking wordt mogelijk gemaakt tussen de verschillende overheden, tussen de voorzieningen van de geestelijke gezondheidszorg onderling en tussen deze voorzieningen en andere niet-categoriale hulp-, zorg- en dienstverleners;
 - 8° de realisatie van de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg ondersteund moet worden door de Vlaamse administraties, die zich hiertoe laten informeren en proactief op zoek gaan naar informatie en contacten leggen met andere Vlaamse administraties, maar ook met de federale collegae en de collegae in de andere deelstaten;
 - 9° de huidige bevoegdheidsverdeling op het vlak van geestelijke gezondheidszorg noopt tot een onderling afgestemde inzet van middelen;
 - 10° naast de creatie van ambulante intensieve behandelteams, rehabilitatieteams en intensieve residentiële behandelunits (cf. supra) ook de uitbouw van vroegdetectie en screening en intensieve woonvormen vooropgesteld moet worden;
 - 11° het Vlaams Parlement in de op 3 maart 1999 in plenum aangenomen resolutie betreffende het tot stand brengen van meer coherente bevoegdheidspakketten in de volgende staatshervorming stelde dat de normerings-, uitvoerings- en financieringsbevoegdheid betreffende het volledige gezondheidsbeleid integraal naar de deelstaten moeten worden overgeheveld en deze stelling aanhoudt;
- vraagt de Vlaamse Regering:
- 1° de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen te laten dragen door de verschillende betrokken beleidsdomeinen en -niveaus, maar tegelijk te waken over de integratie en coördinatie van het beleid;
 - 2° te investeren in een duidelijke uitbreiding van de basishulpverleningscapaciteit van de centra voor geestelijke gezondheidszorg, in het bijzonder voor wat betreft de doelgroepen kinderen, jongeren en ouderen;
 - 3° te waken over een evenwichtige geografische verdeling van het aanbod, rekening houdende met de incidentie van de pathologieën;
 - 4° de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen te heroriënteren, waarbij:
 - a) de huisarts als spilfiguur in de eerste lijn wordt erkend en die de lijnen met de gespecialiseerde hulpverlening open houdt;
 - b) wordt ingezet op een efficiënte communicatie tussen de eerste- en tweedelijnszorg en een multidisciplinaire aanpak en intensieve samenwerking tussen huisartsen, maatschappelijk werkers, psychotherapeuten en psychiaters (zie o.m. A. Reynders, C. Van Heeringen, J. De Maeseneer en C. Van Audenhove, Onderzoek naar verklarende factoren voor de verschillen in suïcidecijfers in Vlaanderen in vergelijking met Europese landen, Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, september 2009, p. 151);
 - c) de mantelzorgers van psychiatrische patiënten als partners in de zorg worden erkend en op maat kunnen worden ondersteund;
 - d) de opleiding en inzet van ervaringsdeskundigen in de geestelijke gezondheidszorg wordt onderzocht;
 - e) wordt ingezet op de uitbreiding van het aanbod ambulante consultatiezorg, thuisbegeleiding, outreachende zorg en crisishulpverlening, in het bijzonder naar kinderen, jongeren en ouderen;
 - f) aan de centra voor geestelijke gezondheidszorg de nodige modellen worden aangereikt om hen in staat te stellen de actoren uit de eerstelijnszorg te ondersteunen in het herkennen en oriënteren van geestelijke gezondheidsproblemen en om gespecialiseerde zorg bij de eerste lijn aan te brengen;
 - g) de uitbouw van transmurale functionele samenwerkingsverbanden op het niveau van de zorguitvoering wordt gestimuleerd;

- h) de Vlaamse Gemeenschap zich mee inschrijft in een beleid dat de psychiatrische ziekenhuizen de mogelijkheid biedt om, binnen een budgettair neutraal kader, met de federale minister van Volksgezondheid overeenkomsten te sluiten, op grond waarvan het budget van financiële middelen van de betrokken ziekenhuizen gegarandeerd blijft maar een deel ervan mag gebruikt worden voor het vinden en uitbaten van nieuwe zorgvormen extra muros;
 - i) met het oog op een versterking van de continuïteit van de zorg en met de vereiste bescherming van de privacy, voorzieningenoverstijgende informatie-uitwisseling over cliënten mogelijk wordt gemaakt tussen voorzieningen van de geestelijke gezondheidszorg en tussen deze voorzieningen en eerstelijnsactoren en hulp- en dienstverleners, en daarbij (met het oog op efficiëntiewinsten) specifiek aandacht te hebben voor ICT (informatie- en communicatietechnologie) en digitale informatie-uitwisseling;
 - j) de expertise inzake vroegdetectie en -interventie rond startende psychopathologieën verder wordt ontwikkeld en verspreid in de Vlaamse Gemeenschap via de centra voor geestelijke gezondheidszorg;
 - k) de geestelijke gezondheidszorg in staat wordt gesteld om haar expertise in te zetten in welzijnsvoorzieningen zoals de voorzieningen van de bijzondere jeugdbijstand en de gehandicaptenzorg;
 - l) de centra voor geestelijke gezondheidszorg in staat worden gesteld om in de gevangenis, aansluitend op de eerstelijns hulpverlening, een preventief en curatief aanbod uit te bouwen;
 - m) vrijwilligerszorg voor psychiatrische patiënten wordt versterkt, in het bijzonder door de methodiek van de buddywerking structureel te implementeren in de Vlaamse Gemeenschap;
 - n) bijzondere aandacht wordt ontwikkeld voor kinderen van ouders met psychiatrische problemen of met een afhankelijkheidsproblematiek;
 - o) een aanwending van de programmatie voor psychiatrische gezinsverpleging op Vlaams niveau mogelijk te maken;
 - p) de ontwikkeling van interventies die ‘evidence based’ zijn wordt ondersteund en de Vlaamse Gemeenschap projectmiddelen enkel toekent op voorwaarde dat men zich ab initio buigt over de mogelijkheden van een recurrente financiering en men bij de afloop van de projectfase voorziet in een duidelijke evaluatie, op basis van de vooropgestelde doelstellingen;
 - q) wordt ingezet op de ontwikkeling van competenties in alle beroepsgroepen van de zorg om de zorg in de samenleving op een kwaliteitsvolle wijze te kunnen bieden, in het bijzonder op het vlak van de methodes en programma’s van ‘evidence based practice in community psychiatry’ en op het vlak van de competenties in op teamwerk gebaseerde interventies in thuissituaties;
 - r) blijvend mogelijkheden worden gecreëerd voor het wetenschappelijk onderzoek naar de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg, in het bijzonder wat betreft de monitoring van de transitie en door in te zetten op actie-onderzoek dat op het terrein onmiddellijk feedback garandeert en bijsturing mogelijk maakt;
 - s) aandacht uitgaat naar de betaalbaarheid van de geestelijke gezondheidszorg;
 - t) het personeelskader en de werkmiddelen voldoende worden aangepast aan de nieuwe opdrachten, zoals outreaching, en redelijke vergoedingen worden voorzien zodat het personeelsverloop kan worden beperkt en voldoende competentie kan worden gegarandeerd;
 - u) de psychotherapeutische hulp in het kader van de centra voor geestelijke gezondheidszorg met inbegrip van de nazorg wordt geregeld;
- 5° in het kader van de armoedebestrijding:
- a) zorgverstrekkers in de geestelijke gezondheidszorg op te leiden in de omgang met mensen in armoede met geestelijke gezondheidsproblemen;
 - b) de inzet van opgeleide ervaringsdeskundigen in de armoede in de geestelijke gezondheidszorg te onderzoeken;

- c) de wijkgezondheidscentra te stimuleren om de aandacht te versterken voor vroegtijdige detectie, behandeling van of verwijzing voor problemen van geestelijke gezondheid bij mensen die wonen in kansarme wijken, wat moet leiden tot een betere toegankelijkheid van de globale geestelijke gezondheidszorg voor mensen die in armoede leven;
- 6° in het kader van het lokale sociaal beleid:
 - a) ook expliciete aandacht te vragen voor personen met geestelijke gezondheidsproblemen;
 - b) samenwerking tussen de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn en de geestelijke gezondheidszorg te faciliteren teneinde de overdracht van expertise op het vlak van geestelijke gezondheidszorg mogelijk te maken;
- 7° op het vlak van welzijnszorg:
 - a) een specifiek inschalingsinstrument te ontwikkelen voor de personen met een verstandelijke handicap en bijkomende psychiatrische stoornissen, met het oog op de toeleiding naar de meest gepaste zorg;
 - b) de deskundigheidsbevordering op het vlak van geestelijke gezondheidszorg bij de diensten voor gezinszorg, in het bijzonder wat betreft de omgang met personen met psychische en psychiatrische stoornissen, te ondersteunen;
 - c) het outreachend werken van de geestelijke gezondheidszorg naar de voorzieningen van de bijzondere jeugdbijstand, de voorzieningen van de gehandicaptenzorg en de woonzorgcentra structureel mogelijk te maken;
 - d) in de opdrachten van de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg en de LOGO's (locoregionaal gezondheidsoverleg en -organisatie) ook het thema van de geestelijke gezondheid in te schrijven;
 - e) te onderzoeken hoe de verminderde zelfredzaamheid ten gevolge van geestelijke gezondheidsproblemen beter in rekening kan worden gebracht bij de indicatiestelling in het kader van de Vlaamse zorgverzekering;
- 8° op het vlak van werk:
 - a) een gelaagd model van toeleiding van (ex-)psychiatrische patiënten te bewerkstelligen naar dagactivering, arbeidzorg en reguliere of beschutte tewerkstelling;
 - b) het begeleidingsmodel van (ex-)psychiatrische patiënten voor wie dit mogelijk is te richten op werk in de reguliere economie, en vanuit de beschermde werkvormen zoals beschutte werkplaatsen de doorstroming naar werk in de reguliere economie maximaal te stimuleren;
 - c) de inclusiecriteria voor sociale en beschutte werkplaatsen beter op elkaar af te stemmen, en de capaciteit uit te breiden, zodat deze meer vraaggestuurd en gedifferentieerd kunnen ingaan op de behoeften van werkzoekenden;
 - d) een degelijk statuut voor arbeidzorg uit te werken, zowel voor de arbeidzorg-medewerker als voor de organisator van arbeidzorg, waarbij de arbeidzorg zich niet uitsluitend richt tot cliënten die in aanmerking komen voor betaalde of beschermde arbeid maar zeker ook voor cliënten die gebruik willen maken van de latente functies van arbeid (cf. de standpunten van de Ronde Tafel Arbeidzorg);
 - e) de internationaal erkende methodiek van 'supported employment' voor personen met een psychische kwetsbaarheid vanuit de geestelijke gezondheidszorg te ondersteunen en te financieren, waarbij deze personen niet enkel worden ondersteund in het vinden van een job maar evenzeer in het behouden ervan, en waarbij ook de werkgevers uit de reguliere economie ondersteund worden bij de inclusie van personen uit de doelgroep in arbeidsomgevingen;
 - f) de deskundigheidsbevordering op het vlak van geestelijke gezondheidszorg in de lokale werkwinkels te ondersteunen, waardoor personen met psychische en psychiatrische stoornissen snel en gericht kunnen worden toegeleid naar de juiste arbeidstrajectbegeleiding naast een eventuele zorgbegeleiding;
 - g) de noodzakelijke middelen ter beschikking te stellen zodat de zorgactoren binnen de VDAB-tender zorgbegeleiding de nodige zorg kunnen inbrengen voor

werkzoekenden met medische, mentale, psychische en psychiatrische problemen, waarbij de zorgactoren in staat worden gesteld om te vertrekken vanuit een ondersteuningsmodel en niet vanuit een reparatiemodel;

9° inzake dagstructurering en integratie in de samenleving:

- a) een geëigende erkenningsregeling uit te werken en de subsidiemogelijkheden te onderzoeken voor dagactiviteitencentra voor personen met ernstige en langdurige problemen op het vlak van geestelijke gezondheid, waarbij:
 - er een aanbod is inzake trajectbegeleiding naar (1) arbeid, (2) vorming, (3) gestructureerde vrije tijd en (4) ontmoeting wanneer het niet-categoriale aanbod inhoudelijk niet volstaat om tegemoet te komen aan de levensnoden van deze mensen;
 - een basisaanbod wordt georganiseerd op deze vier terreinen;
- b) binnen de beschikbare middelen de ontmoetingskansen van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen te verhogen, onder meer door:
 - in te zetten op de deelname aan het verenigingsleven, de sport en de cultuurparticipatie;
 - een uitbreiding van de vakantiecheques te voorzien voor bewoners van de initiatieven voor beschut wonen en de psychiatrische verzorgingstehuizen;

10° op het vlak van onderwijs:

- a) de aandacht voor het psychisch welbevinden van leerlingen en doorverwijzingmogelijkheden bij de centra voor leerlingenbegeleiding verder te ontwikkelen;
- b) dat scholen worden aangemoedigd om in het beleidsplan/beleidscontract tussen de school en het centrum voor leerlingenbegeleiding geestelijke gezondheid op te nemen;
- c) de inzet van de preventieve coaches geestelijke gezondheidszorg, verbonden aan de LOGO's, te evalueren en desgevallend uit te breiden (bv. in het lager en hoger onderwijs);
- d) 'supported education' te ontwikkelen, naar analogie met 'supported employment', waardoor personen met ernstige psychische problemen begeleid worden om in reguliere opleidingsomgevingen te blijven functioneren;
- e) in te zetten op de vorming van leerkrachten in de omgang met leerlingen met emotionele problemen;
- f) bijzondere aandacht te vragen binnen de schoolcontext voor kinderen van ouders met psychiatrische problemen of met een afhankelijkheidsproblematiek;
- g) de opleiding tot (kinder-)psychiater aantrekkelijker te maken zodat meer Vlaamse psychiaters afstuderen en in het opleidingscurriculum voor psychiaters plaats in te bouwen voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg;
- h) de vorming in te brengen rond methodes en programma's van 'evidence based practice' in 'community psychiatry' en in op teamwerk gebaseerde interventies in thuissituaties;
- i) de vorming in rehabilitatietechnieken en -methodieken in te brengen, evenals vaardigheden inzake risicotaxatie in de opleiding van psychiaters, huisartsen, psychologen en sociaal en psychiatrische verpleegkundigen, om hen alzo de nodige basis voor zorg in de samenleving bij te brengen;

11° op het vlak van huisvesting:

- a) maatregelen te treffen opdat mensen met geestelijke gezondheidsproblemen toegang verwerven tot de sociale huisvesting;
- b) de toegang tot huursubsidies te faciliteren voor mensen die uit de residentiële of beschuttende geestelijke gezondheidszorg kunnen stromen, voor zover deze bewoner voldoet aan de inkomens- en eigendomsvoorwaarden die gelden voor de toekenning ervan (dus geen bijkomende voorwaarden inzake de woning die wordt verlaten of betrokken);
- c) te voorzien in een geëigende ondersteuning in de sociale huisvesting (woonbegeleiding);

- d) het mogelijk te maken dat ook personen met ernstige en langdurige geestelijke gezondheidsproblemen als prioritaire doelgroep binnen de sociale huisvestingsmaatschappijen worden aanzien;
 - e) te voorzien in een versoepeling van de prioriteitenstelling binnen de sociale huisvesting, waardoor, wat de doelgroep van personen met geestelijke gezondheidsproblemen betreft, niet per definitie voorrang moet worden gegeven aan personen die reeds wonen binnen het werkingsgebied van de sociale huisvestingsmaatschappij;
- 12° in het kader van Vlaanderen Medisch Centrum de ontwikkeling van een transmurale cliëntendossier te ondersteunen, dat mobiel toegankelijk is voor hulp- en zorgverleners die zich naar het thuismilieu van de cliënt begeven;
- 13° op het vlak van beeldvorming rond mensen met geestelijke gezondheidsproblemen in te zetten op destigmatisering, waarbij:
- a) een onderzoek wordt ingesteld naar de mogelijkheden om een geëigend kanaal te creëren voor belangenbehartiging van psychiatrische patiënten en hun familie;
 - b) gestreefd wordt naar het bespreekbaar maken van geestelijke gezondheidsproblemen in alle maatschappelijke geledingen;
 - c) goede praktijken worden geïnventariseerd en kenbaar worden gemaakt;
 - d) acties worden opgezet:
 - naar een breed publiek toe, acties die aanspreken, op basis van concrete getuigenissen van (anonieme) ex-cliënten;
 - naar scholieren toe;
 - naar professionals toe buiten de geestelijke gezondheidszorg zodat zij de nodige vaardigheden aanleren om alarmsignalen te onderkennen en kunnen doorverwijzen;
 - e) gewerkt wordt aan het wegwerken van immateriële drempels die de toegang tot de geestelijke gezondheidszorg afremmen;
- 14° bij de Federale Regering:
- a) duidelijke afspraken te maken over het sociaal statuut van werkzoekenden met een blijvende medische, mentale en psychische problematiek;
 - b) te bepleiten dat het verminderd functioneren van personen met geestelijke gezondheidsproblemen beter in rekening wordt gebracht bij:
 - de evaluatie van de graad van zelfredzaamheid met het oog op het onderzoek naar het recht op de integratietegemoetkoming of de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden; en
 - de vaststelling van de graad van afhankelijkheid bij de forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.