955 (2021-2022) – Nr. 1
ingediend op 8 oktober 2021 (2021-2022)

Voorstel van resolutie

van Jeremie Vaneeckhout, Johan Danen, Mieke Schauvliege,
Tine Van den Brande, Celia Groothedde en Ann De Martelaer

over een Vlaams en intrafederaal masterplan rond geestelijke gezondheidszorg

verzendcode: WEL

Vlaams Parlement

TOELICHTING

Sinds de zesde staatshervorming is de Vlaamse Gemeenschap bevoegd voor de preventieve gezondheidszorg, de eerstelijnszorg en een hele reeks voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg, namelijk de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG), de psychiatrische verpleegtehuizen (PVT), de initiatieven voor beschut wonen (BeWo), de psychosociale revalidatiecentra en de overlegplatforms geestelijke gezondheid. Ook voor de psychiatrische ziekenhuizen is Vlaanderen deels bevoegd, namelijk wat de erkenning en infrastructuur betreft. De Vlaamse Regering beschikt dus over hefbomen om de geestelijke gezondheidszorg te versterken, aanvullend op of – nog liever – in synergie met federale initiatieven, zoals de recente beslissingen over de terugbetaling van psychotherapie, en de netwerken en mobiele teams die opgericht werden na de hervorming van artikel 107 van de Ziekenhuiswet in 2009.

Op 2 december 2020 heeft de Vlaamse Regering een protocolakkoord gesloten met de Federale Regering en de andere gefedereerde entiteiten over de gecoördineerde aanpak van de versterking van het psychisch zorgaanbod in het kader van de COVID-19-pandemie. De veranderende noden van elke burger door de levensfasen heen, het biopsychosociaal model en een getrapt zorgaanbod worden er in vermeld als uitgangspunten en kernwaarden. Het akkoord is gericht op de ambulante geestelijke gezondheidszorg en beoogt een laagdrempelig, proactief en lokaal aanbod, dicht bij de burger. Het is belangrijk, zo staat vermeld, dat de zorg en hulpverlening geïntegreerd worden aangeboden door een multidisciplinaire en transversale samenwerking tussen alle actoren.

De prioritaire aandacht ging terecht naar kwetsbare groepen. De verdeling van de extra investering in de eerstelijnspsychologische functie en de ambulante gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg werd bepaald op 1132 voltijdequivalenten (vte's) in Vlaanderen van de in totaal 1986 beschikbare vte's. Op 1 september 2021 is de overeenkomst voor de eerstelijnspsychologische functie tussen het RIZIV (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering) en de netwerken geestelijke gezondheidszorg in werking getreden. In datzelfde akkoord gaan de deelentiteiten het engagement aan om hun bijkomende recurrente investeringen in de geestelijke gezondheidszorg niet af te bouwen en de tijdelijke projecten tijdens de COVID-19-crisis aan te houden.

Er werden op Vlaams niveau ook een aantal initiatieven op korte termijn genomen om acute noden ten gevolge van de gezondheidscrisis op te vangen, zoals de structurele verhoging van de middelen voor de centra voor geestelijke gezondheidszorg en de centra algemeen welzijnswerk te belope van respectievelijk 4,8 en 3,4 miljoen euro. In het relanceplan Vlaamse Veerkracht wordt het actieplan Mentaal Welzijn bestendigd, onder meer via inspanningen voor buurtgerichte lokale initiatieven, de Huizen van het Kind en de Overkophuizen voor jongeren. Die inspanningen zijn maar gedeeltelijk structureel. Een aantal investeringen is tijdelijk van aard of projectmatig.

Hoge prevalentie van psychosociale problemen en historische achterstand

Het moge duidelijk zijn dat die inspanningen nauwelijks voldoende zullen zijn om de impact van de corona-epidemie op het mentale welzijn van de Vlaamse bevolking op te vangen, laat staan om de historische achterstand en de nog steeds onaanvaardbaar lange wachtlijsten in de geestelijke gezondheid weg te werken. De prevalentie van geestelijke gezondheidsproblemen zoals angst, depressie, slaapproblemen en verslaving is nog steeds zeer hoog: een op de vier Vlaamse burgers heeft er vroeg of laat mee te kampen. De huidige gezondheidscrisis en de impact op het mentale welzijn van de lockdowns, van de economische stilstand en van de

andere maatregelen is nog moeilijk in te schatten. De recente resultaten van de zevende COVID-19-gezondheidsenquête wijzen er echter op dat angst, depressie en slaapproblemen nog steeds vaker voorkomen dan voor de uitbraak van de pandemie.

Die steeds groter wordende problematiek is het resultaat van een complex samenspel van factoren. Uiteraard spelen persoonlijke, biologische en erfelijke kenmerken een rol. Daarnaast is er de impact van sociale media, werk, gezinssituaties, armoede en de economische context, en zoveel andere factoren. Er zal een breed, maatschappelijk antwoord nodig zijn om de grondoorzaken zo maximaal mogelijk aan te pakken.

Het grote aantal mensen met psychische problemen heeft een hoge economische kostprijs. De OESO (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling) raamde al in 2018 de directe economische kosten voor België op 20,7 miljard euro. Dat is 5 procent van het Belgische bruto binnenlands product. Die hoge economische kostprijs zit hem in gezondheidsuitgaven, uitkeringen en het economisch verlies door een verminderde productiviteit en absenteïsme.

Actoren in de geestelijke gezondheidszorg waren al voor de pandemie overbevraagd, hoewel bekend is dat de meeste mensen met psychosociale problemen hun toestand verkeerd inschatten en geen of pas laattijdig professionele hulp zoeken. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de studie van Kris Van den Broeck uit 2020: Unmet mental health needs in the general population: perspectives of Belgian health and social care professionals (UA Leerstoel Public Mental Health).

Naast een groeipad voor structurele financiering op alle niveaus, is ook een grondige hervorming van de sector nodig, die historisch als een onsamenhangend lappendeken is opgebouwd. In het bijzonder voor de Vlaamse bevoegdheid is er een amalgaam aan voorzieningen, initiatieven en projecten die naast elkaar bestaan en onvoldoende verbonden zijn met elkaar, met de eerstelijnszorg in de brede zin en met de klassieke, hoofdzakelijk somatische gezondheidszorg. Er is met andere woorden een langetermijnplan nodig, dat financiering, coördinatie en coherentie in het beleid combineert.

Een langetermijnplan op basis van gezondheidsdoelstellingen

Zo’n plan kan alleen slagen als het gericht is op specifieke doelstellingen en geflankeerd wordt door adequate monitoring en evaluatie. Daarvoor kan worden verwezen naar de participatieve oefening die bij het RIZIV opgestart werd voor een meerjarig begrotingstraject op basis van gezondheidsdoelstellingen en naar de eis van de Staten Generaal van de Geestelijk Gezondheidszorg om een masterplan uit te werken.

Vlaanderen werkt sinds 1998 met gezondheidsdoelstellingen, met name op het vlak van vaccinaties, bevolkingsonderzoeken naar kanker, zelfdoding, ongevallen in de privésfeer en gezonder leven. De eerste drie liepen tot vorig jaar en de doelstelling rond ongevallen in de privésfeer loopt tot eind 2021 en is beperkt tot valpreventie. Tijdens de huidige zittingsperiode werden tot nog toe geen nieuwe gezondheidsdoelstellingen vastgelegd, hoewel in het Vlaamse regeerakkoord 2019-2024 een (her)evaluatie afgesproken werd. Het is wenselijk dat op korte termijn voor geestelijke gezondheidszorg en mentaal welzijn in het algemeen Vlaamse gezondheidsdoelstellingen geformuleerd worden, die coherent zijn met de federale gezondheidsdoelstellingen in wording.

In het tussentijdse rapport van de participatieve oefening op het RIZIV staan alvast een aantal belangrijke voorstellen op het gebied van geestelijke gezondheidszorg:
- de wachttijd voor een eerste afspraak voor psychologische zorg verkorten om de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren en het fenomeen van vertraagde zorg tegen te gaan;
- het zelfmoordcijfer in België verminderen;
- het aantal consulten (huisartsen en multidisciplinair) voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen verhogen om hun somatische gezondheid te verbeteren;
- de geestelijke gezondheidszorg voor jongeren in België verbeteren om hun weerbaarheid te vergroten;
- psychische en externaliserende stoornissen bij jongeren in België terugdringen;
- zorgen voor een aangepast aanbod van gespecialiseerde zorg voor jongeren met ernstige psychiatrische problemen die onder een gerechtelijke maatregel zijn geplaatst.

Bij die oefening werden ook vier prioritaire initiatieven naar voren geschoven:
1° maak een consult bij de huisarts vergoedbaar voor alle patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) die in een psychiatrisch ziekenhuis zijn opgenomen;
2° maak een multidisciplinair consult vergoedbaar voor patiënten met een EPA, conform de nomenclatuur van het multidisciplinair oncologisch consult;
3° zorg voor een betere terugbetaling en de uitbreiding van psychologische consulten, vooral voor jongeren, door lokale multidisciplinaire centra te ontwikkelen, vooral in de eerste lijn;
4° breid het aanbod uit tot alle regio's zodat binnen elk ggz-netwerk (geestelijke gezondheidszorg) voor kinderen en jongeren structureel minstens één aanbod aan For-K beschikbaar is vanuit de psychiatrie.

Verschillende van die voorstellen raken aan gemeenschapsbevoegdheden op het domein van welzijn en volksgezondheid, bijstand aan personen (met name jeugdbescherming) en zelfs justitie (jeugdsanctierecht). Het is dus niet alleen wenselijk, maar zelfs noodzakelijk dat initiatieven in de ziekteverzekering afgestemd worden op Vlaams beleid of – nog veel beter – dat het Vlaamse en het federale beleid op elkaar afgestemd worden.

Het is dan ook nodig dat de Vlaamse overheid werk maakt van een vervolg op het Actieplan Geestelijke Gezondheidszorg en ervoor zorgt dat het een coherent geheel vormt met de initiatieven op andere bevoegdheidsniveaus met het oog op de evolutie naar geïntegreerde zorg. Vlaanderen beschikt daarvoor over hefbomen, zoals gezondheidsdoelstellingen, de eerstelijnszones en de proefprojecten geïntegreerde zorg, waarvan er zes in Vlaanderen lopen. Bovendien kan Vlaanderen verder bouwen op het traject dat sinds 2010 liep voor de zorgnetwerken in de geestelijke gezondheidszorg in het kader van artikel 107. Het model van de WHO-piramide (World Health Organization) voor geestelijke gezondheid, de Gids naar een betere geestelijke gezondheid, en het KCE-rapport 318A (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg) over de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen, bieden een duidelijke visie en een reeks aanbevelingen.

Schakelzorg en vroeginterventie bij jongeren

Bijzondere aandacht verdienen de jongeren. De leeftijd van 16 tot 25 jaar blijkt immers cruciaal voor de ontwikkeling van psychosociale problemen, en dus ook voor de preventie, vroegdetectie en tijdige behandeling ervan. De schakelzorg op 18 jaar blijkt bovendien bijzonder gebrekkig te verlopen, met alle gevolgen van dien. Eens te meer is dat een signaal dat (psychische) zorg proactief en persoonsgericht opgebouwd moet worden, op basis van het traject van de personen met een zorgnood en dus niet aanbodgestuurd zoals vandaag nog te veel het geval is.

Net in die sowieso al moeilijke levensfase, die zo cruciaal is voor de levenslange geestelijke gezondheid, moet aanklampende zorg mogelijk zijn tot de volledige overdracht naar een geschikte voorziening of dienst voor volwassenen een feit is. Het kan toch niet dat mensen in moeilijkheden worden losgelaten omdat het beleid voor hun doelgroep plots onder een ander departement valt.

Naast voorzieningen en diensten voor jongeren die al een hulpvraag geuit hebben en vervolgens ingeschaald zijn, is preventie, vroegdetectie en vroeginterventie essentieel om escalatie van de psychosociale problematiek te vermijden. Het onderwijs is de plek waar die jongeren worden opgemerkt en proactief kunnen worden bereikt, naast het bestaande aanbod voor jongeren die erin slagen om zelf hulp te zoeken, zoals de hulplijn Awel en de Overkophuizen. Scholen en zorgleerkrachten doen goed werk, net als de centra voor leerlingenbegeleiding (CLB's). De CLB's zijn echter georganiseerd volgens de schoolnetten en zijn niet geconnecteerd met de eerstelijnszones, zodat efficiënt populatiemanagement op het gebied van geestelijke gezondheid voor jongeren niet optimaal georganiseerd kan worden. Het is immers duidelijk uit de verschillende modellen en voorbeelden van geïntegreerde zorg dat geestelijke gezondheidszorg zo'n locoregionale geografische organisatie vergt.

Het (eerstelijns)zorglandschap is bovendien in volle verandering. Door de invoering van de eerstelijnszones dreigen ook de huisartsenkringen, centra voor geestelijke gezondheid, centra algemeen welzijnswerk, Logo's (lokaal gezondheidsoverleg), overlegplatforms enzovoort, te weinig geïntegreerd een strategie te ontwikkelen om locoregionaal zorg en dienstverlening op elkaar af te stemmen. Dat resulteert in gemiste kansen voor alle betrokkenen, en specifiek voor wie hulpverlening nodig heeft.

Geïntegreerde zorg en interdisciplinaire samenwerking

Er is een belangrijke efficiëntiewinst mogelijk door interdisciplinaire samenwerking te bevorderen. Dat geldt voor een psychische problematiek evenzeer als voor de gezondheidszorg in de brede zin. Vandaag werken eerstelijnsactoren, ziekenhuizen en specialistische zorg, welzijnswerkers en sociale diensten, preventiediensten op het werk enzovoort, nog veel te veel naast elkaar. De geestelijke gezondheidszorg is bovendien georganiseerd als een aparte sector, die losstaat van de 'gewone' gezondheidszorg. De continuïteit van zorg wordt, in het bijzonder voor de geestelijke gezondheid, verstoord door het onvoldoende coherente beleid tussen verschillende sectoren, doelgroepen of bevoegdheidsniveaus. De zorgverstrekkers zelf beschikken over te weinig instrumenten, tijd en incentives om elkaar te vinden in een gecoördineerd zorgplan op maat van de persoon in kwestie. Die wordt van het kastje naar de muur gestuurd en moet zijn verhaal telkens opnieuw doen, wat toch niet meer van deze tijd is.

In Vlaanderen zijn er met de kinddossiers van Kind en Gezin, met Vitalink voor de eerstelijnsgezondheidszorg en met de plannen voor een Digitaal Zorg- en Ondersteuningsplatform (DZOP) in de voorbije zittingsperioden al een aantal investeringen gedaan en stappen gezet. Er werd echter opnieuw gewerkt vanuit doelgroepen en sectoren: kinderen of ouderen, eerstelijnsgezondheidszorg. Continuïteit en interoperabiliteit tussen verschillende initiatieven is problematisch, laat staan dat integratie met initiatieven in andere gewesten of gemeenschappen, in andere sectoren (met name de ziekenhuisnetwerken) of zelfs federale initiatieven in het verschiet liggen. Het wordt tijd dat de logica wordt omgedraaid en dat elektronische patiëntendossiers de patiënt volgen, zodat zijn evoluerend zorgteam zijn gegevens kan consulteren en aanvullen, en niet omgekeerd. De ontbrekende schakel in dat verhaal zijn de leerlingendossiers bij de CLB's, toch dé schakel om proactief in te zetten op jongeren, die de cruciale doelgroep voor geestelijke gezondheid vormen.

Versterken van brede kennis rond mentaal welzijn

Mentaal welzijn en geestelijke gezondheid bespreekbaar maken blijft een belangrijk pijnpunt. Het is niet alleen nog steeds te vaak een taboe. Er is bij heel veel mensen en in heel wat settings vooral een gebrek aan handvaten en inzicht om het gesprek daarover te voeren. Hoe kunnen mensen bij zichzelf en anderen de eerste signalen ontdekken? Op welke manier kunnen ze met die signalen aan de slag? Waar kunnen mensen naartoe? Te veel mensen worstelen nog steeds met die vragen en daardoor gaat kostbare tijd verloren.

De gezondheidskennis blijkt in het bijzonder op het gebied van psychosociale problemen te beperkt. Onderzoek van professor Bruffaerts wees er al op dat de 'unmet needs' meer met (gebrek aan) gezondheidskennis op psychisch vlak te maken hebben dan met stigmatisering.

Het Vlaamse regeerakkoord

Het Vlaamse regeerakkoord 2019-2024 bevat verschillende ambities voor de geestelijke gezondheidszorg. Hieronder staan enkele fragmenten uit de beleidsplannen van de Vlaamse Regering:

- "De versnippering in de geestelijke gezondheidszorg is na de zesde staatshervorming zeker niet verminderd. De hervorming van de eerstelijnszorg maakt dat we ook binnen dit veld verder kunnen stroomlijnen. Een kwalitatieve geestelijke gezondheidszorg is toegankelijk, proactief, betaalbaar en nabij. Voor het psychisch welzijn van de bevolking verhogen we het aanbod in de geestelijke gezondheidszorg zodat we ook hier de wachtlijsten verder kunnen terugdringen en sneller tegemoet kunnen komen aan de zorgvraag, met prioriteit voor kinderen, jongeren en de perinatale geestelijke gezondheidszorg. Vlaanderen scoort slecht op vlak van suïcide. We starten onmiddellijk met de evaluatie van het huidige Actieplan Suïcidepreventie met het oog op het opstellen van een Derde Vlaams Actieplan Suïcidepreventie waarvoor we de internationale tendens 'Zero Suicide' als doelstelling nemen.";
- "We maken werk van een kwalitatief preventiebeleid binnen geestelijke gezondheid met bijzondere aandacht voor kinderen, jongeren en ouderen. Daarbij onderzoeken we de mogelijkheid om een gericht preventiebeleid met outputmeting te voeren. Op basis van wetenschappelijk onderzoek ontwikkelen we een methodiek voor de introductie van stressbeheersing vanaf de kleuterklas. Preventie van GGZ problemen is ook Health in All Policies. We gaan na hoe we maatregelen kunnen nemen om op verschillende levensdomeinen (werk, onderwijs, …) in te grijpen met het oog op het voorkomen van psychische problematiek. Voor zover nodig wordt dit afgestemd op een IMC.";
- "We voeren het decreet over de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod uit en brengen overtollige structuren/overlegorganen in kaart om verder te verminderen. Aangezien de federale overheid nog een belangrijk bevoegdheidspakket heeft op vlak van geestelijke gezondheidszorg, gaan we met hen in dialoog om het aanbod op elkaar af te stemmen, toegankelijk en betaalbaar te maken en de financiering volgens de bevoegdheden af te bakenen.";
- "We aligneren de werking van de CGG's meer op de regionale zorgzones, waarbij we prioritair inzetten op jongeren en ouderen.";
- "We maken werk van een eerlijke verdeling van de middelen voor alle CGG-werkingsgebieden en alle burgers door het rechttrekken van historische tekorten via programmering. We maken werk van een betere monitoring van het aantal wachtenden binnen de CGG's. Zo vermijden we een aanmeldingsstop bij deze centra. We rationaliseren de CGG's en CAR's tot één enkele soort organisatie.";

- "Om meer evidence based practices te ontwikkelen binnen de geestelijke gezondheidszorg en tegelijk de cliënt/patiënt centraal te stellen, is het van belang te weten welke gebruiker met welke zorgnoden en -vragen op welk moment welke zorg bij de verschillende sectoren en voorzieningen heeft gekregen. Een betrouwbare en intersectorale registratie in de geestelijke gezondheidszorg moet daaraan tegemoet komen.";
- "We werken een bijkomend aanbod forensische zorg uit voor geïnterneerden zowel tijdens als na detentie. We hebben aandacht voor een vlotte doorstroming van categorale naar reguliere zorg volgens het principe 'regulier waar kan, forensisch waar nodig'. Hiertoe werken we nauw samen met de minister bevoegd voor justitie en met het federale niveau en dit om tot een integraal beleid te kunnen komen."

Ondanks die plannen werden er de voorbije jaren te weinig concrete, structurele resultaten geboekt die een fundamenteel antwoord op de problematiek betekenden. De cijfers zijn, zoals in dit voorstel van resolutie al is omschreven, nog steeds zorgwekkend en problematisch. Bovendien ontbreekt het op heel wat terreinen aan voldoende cijfers en data om de impact van bepaalde beleidsinitiatieven voldoende kort op de bal te monitoren. Daarnaast ontbreekt ook de duidelijke link tussen de bovengenoemde ambities en de budgettaire keuzes.

Jeremie VANEECKHOUT
Johan DANEN
Mieke SCHAUVLIEGE
Tine VAN DEN BRANDE
Celia GROOTHEDDE
Ann DE MARTELAER

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

Het Vlaams Parlement,

– gelet op:
  1° de historische en actuele achterstand in Vlaanderen voor de toegang tot de geestelijke gezondheidszorg;
  2° de enorme impact van mentale welzijnsproblemen op zowel de betrokken personen en hun omgeving als de bredere samenleving;
  3° de economische impact van een brede crisis in Vlaanderen op het gebied van de geestelijke gezondheid;

– overwegende dat:
  1° de Vlaamse Gemeenschap bevoegd is voor de preventieve gezondheidszorg, de eerstelijnszorg en een hele reeks voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg, namelijk de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG), de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT), de initiatieven voor beschut wonen (BeWo), de psychosociale revalidatiecentra en de overlegplatforms geestelijke gezondheid;
  2° de structurele aanpak van de geestelijke gezondheidszorg een duidelijke prioriteit is in het Vlaamse regeerakkoord 2019-2024;
  3° de voorbije jaren te weinig concrete resultaten van het beleid over de geestelijke gezondheid werden geboekt;

– vraagt aan de Vlaamse Regering om:
  1° de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen te evalueren, zoals bepaald is in het regeerakkoord, en gezondheidsdoelstellingen voor de geestelijke gezondheidszorg te formuleren met minimaal de ambitie om de wachtlijsten effectief weg te werken;
  2° het Actieplan Geestelijke Gezondheid te vernieuwen op basis van die doelstellingen en in overleg met vertegenwoordigers in de sector geestelijke gezondheidszorg en de federale overheid;
  3° de financiering van de geestelijke gezondheidszorg stelselmatig op te trekken, ten minste tot 10 procent van het Vlaamse gezondheidsbudget, zoals de OESO aanraadt;
  4° de werking van de centra voor geestelijke gezondheidszorg, de centra algemeen welzijnswerk, de Logo's, de overlegplatforms en de centra voor leerlingenbegeleiding (CLB's) geografisch af te stemmen op de eerstelijnszones met het oog op de integratie van zorg uit verschillende sectoren en diensten op locoregionaal niveau;
  5° in te zetten op de duidelijke monitoring van het beleid door middel van actuele cijfergegevens, en met de betrokken expertisecentra, universiteiten, beleidsdiensten en andere actoren te onderzoeken welke extra financiële of andere middelen daarvoor nodig zijn;
  6° de opbouw van een persoonlijk elektronisch zorgdossier te faciliteren en daarbij te vertrekken vanuit de kinddossiers bij Kind en Gezin, die verder kunnen worden aangevuld door de CLB's en de eerstelijnsgezondheidszorg;
  7° een duurzame en effectieve aanpak voor schakelzorg rond de leeftijd van 18 jaar te ontwikkelen en te implementeren, onder meer door aanklampende zorg toe te staan zo lang dat vereist is. Daarbij moet worden vertrokken van de zorgnood in plaats van het zorgaanbod. Bovendien moeten de nodige middelen worden uitgetrokken en moet voor een goede omkadering worden gezorgd;
  8° preventie, vroegdetectie en vroeginterventie bij psychosociale problemen te versterken in de eerstelijnsgezondheidszorg, in de scholen en op het werk;
  9° toe te werken naar een sterkere integratie en samenwerking tussen de geestelijke en de somatische gezondheidszorg;

10° in dat licht ook de psychologische diensten van de CLB's structureel te versterken, zodat ze die rol kunnen waarmaken;
11° de geestelijke gezondheidzorg in setting- of doelgroepgerichte initiatieven van de Vlaamse overheid, zoals collectieve voorzieningen, ouderen, contexten van armoede, landelijke gebieden, de eerste levensjaren enzovoort, zo veel mogelijk te integreren in de bestaande netwerken;
12° via samenwerking tussen de domeinen welzijn en gezondheid, onderwijs, jeugd, vrije tijd, werk en (sociale) media, werk te maken van een structurele versterking van de gezondheidskennis op psychisch vlak in de brede samenleving, en specifiek in de settings onderwijs, werk, sport, jeugdwerk en vrije tijd.

Jeremie VANEECKHOUT
Johan DANEN
Mieke SCHAUVLIEGE
Tine VAN DEN BRANDE
Celia GROOTHEDDE
Ann DE MARTELAER