Psychiatrische thuiszorg in onze regio: een haalbare kaart?

Een kwalitatief onderzoek op zoek naar een betere zorg voor psychiatrische patiënten.

Carolien Van Doninck (Katholieke Universiteit Leuven)

Promotor: Prof. Dr. B. Schoenmakers (Katholieke Universiteit Leuven)

Copromotor: Prof. Dr. C. Geens (Katholieke Universiteit Leuven)

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Inhoudsopgave

Dankwoord ……p.3

Abstract ……p.4

Inleiding ……p.5

Methode……p.5
1. Onderzoeksvraag ……p.5
2. Populatie ……p.5
   - Patiënten ……p.5
   - Hulpverleners ……p.6
3. Outcome ……p.6
4. Studieverloop ……p.6
   - Literatuurstudie ……p.6
   - Veldonderzoek ……p.6

Resultaten ……p.7
1. Literatuuronderzoek ……p.7
2. Veldonderzoek ……p.8
   - Patiënten ……p.8
   - Hulpverleners ……p.13

Discussie ……p.16

Conclusie ……p.18

Tabel ……p.19

Noten ……p.23

Referenties ……p.29

Bijlage ……p.31

Dankwoord

Het maken van een masterproef doe je niet alleen en daarom wil ik eerst enkele mensen bedanken.

Allereerst wil ik mijn promotor, Prof. Birgitte Schoenmakers, bedanken voor haar opbouwende feedback, haar ideeën die me op weg hebben gezet en de stimulerende e-mails.

Daarnaast wil ik mijn collega's bedanken van de opleidingspraktijk, Prof. Chris Geens en Siegfried Geens, voor hun tijd en geduld, hun interesse in dit project en vooral ook voor hun opleiding die ze mij de voorbije twee jaar hebben gegeven.

Zonder de medewerking van de huisartsen, patiënten en psychiatrisch verpleegkundigen uit de regio was dit project niet haalbaar geweest. Ik wil dan ook iedereen bedanken voor de bereidheid aan dit onderzoek mee te werken.

De mensen in mijn omgeving wil ik bedanken voor hun geduld, hun steun, hun interesse en hun relativerend vermogen.

Abstract

Psychiatrische thuiszorg in onze regio: een haalbare kaart?
Haio: Carolien VAN DONINCK
Katholieke Universiteit Leuven
Promotor: Prof. Dr. B. Schoenmakers
Copromotor en praktijkopleider: Prof. Dr. C. Geens

Context: De zorg voor psychiatrische patiënten is een grote uitdaging voor de huisarts. De laatste jaren is er een wereldwijde evolutie van een residentiële zorg naar een gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg merkbaar. Na de vaststelling dat deze thuiszorg niet steeds vlekkeloos verloopt, wordt in deze studie bekeken welke aanpassingen zich opdringen om de psychiatrische patiënten op een effectieve manier thuis te behandelen.

Onderzoeksvraag: Dit onderzoek heeft als bedoeling een antwoord te krijgen op de vraag welke aanpassingen nodig zijn in de psychiatrische thuiszorg in de betrokken regio opdat de psychiatrische patiënten op een effectieve manier thuis worden behandeld. Hierbij wordt gestreefd naar een thuiszorg waarbij er een goede communicatie bestaat tussen de verschillende actoren en naar een behandeling waarbij de klinische en sociale outcome van de patiënten verbetert.

Methode: Het betreft hier een kwalitatieve studie waarbij de mening van patiënten en hulpverleners werd nagegaan. Patiënten lijdend aan een chronische psychiatrische aandoening die thuis worden verzorgd, werden op een semigestructureerde manier geïnterviewd. De hulpverleners (huisartsen, psychologen, psychiatrisch thuiszorgteam) werden samengebracht in een focusgroep. Alle interviews en de focusgroep werden onderworpen aan een kwalitatief onderzoek volgens de Grounded Theory.

Resultaten: Zowel voor patiënten als voor hulpverleners is een crisissituatie een knelpunt, patiënten vinden hierbij dat de huisarts geen centrale rol heeft. De helft van de patiënten vindt zelfs dat de huisarts geen spilfiguur is in de gehele zorg, dit in tegenstelling tot de mening van de hulpverleners. De patiënten vinden dat de thuisbegeleiding hun leven vergemakkelijkt en er vooral een adviserende en structurerende begeleiding nodig is, de uiteindelijke verandering moet uit henzelf komen. Hulpverleners ervaren een gebrek aan overleg en communicatie en een gebrek aan middelen, een deel van de patiënten vindt overleg niet nodig om uiteenlopende redenen.

Conclusie: Uit dit onderzoek blijkt dat er verbetering nodig is in overleg en de aanpak van crisissituaties, waarbij een gebrek aan middelen een belangrijk obstakel vormt. Andere opvallende resultaten zijn het gebrek aan evidentie op klinische en sociale outcome van gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg ten opzichte van residentiële zorg en de betwiste centrale rol van de huisarts.

E-mail: carolienvd@msn.com

ICPC-code: P72, P74, P76, P77, P79, P80

Inleiding

De zorg voor onze psychiatrische patiënten blijft voor de huisarts een grote uitdaging. Zeker nu we de laatste jaren evolueren van een hoofdzakelijk residentiële geestelijke gezondheidszorg naar een meer vraaggestuurde en gedifferentieerde geestelijke gezondheidszorg. (noot 1 en 2). Dit is een evolutie die wereldwijd merkbaar is.[1]

Deze ommekeer is ontstaan vanuit een filosofisch en ethisch standpunt waarbij men elke patiënt een volwaardige en maximaal zelfstandige plaats in de samenleving wil geven. Er wordt daarbij gestreefd naar een gelijkwaardige behandeling voor psychiatrische patiënten als voor patiënten met een andere chronische of acute aandoening.[5]

In 2002 startte in de regio Zenneland het "samenwerkingsproject voor patiënten met psychiatrische problemen in de thuiszorg" (SPPiT). (noot 3)
Het doel is een betere psychiatrische zorg voor patiënten met psychiatrische problemen in de thuissituatie te bieden door het aanstellen van ervaren psychiatrisch verpleegkundigen en begeleiders. (noot 4) Deze hulpverleners moeten de zelfstandigheid van de patiënt in zijn eigen leefomgeving optimaliseren. Een nauwe samenwerking tussen patiënt, mantelzorgers, de eerstelijnszorg en andere betrokkenen wordt hierbij nagestreefd.[6] (noot 5)

Momenteel merken wij dat deze psychiatrische thuiszorg bij onze patiënten niet altijd even vlekkeloos verloopt. De communicatie en het overleg tussen de verschillende actoren zijn beperkt en bovendien zijn de thuiszorgequipes weinig gekend in de betrokken regio.
In deze studie wordt daarom ingegaan op de volgende vraag: welke aanpassingen dringen zich op opdat we de psychiatrische patiënten op een effectieve manier thuis kunnen behandelen?

Methode

1. Onderzoeksvraag

Deze studie heeft als bedoeling een antwoord te krijgen op de vraag welke aanpassingen nodig zijn in de psychiatrische thuiszorg in de betrokken regio opdat de psychiatrische patiënten op een effectieve manier thuis worden behandeld. Hierbij wordt gestreefd naar een thuiszorg waarbij er een goede communicatie bestaat tussen de verschillende actoren en naar een behandeling waarbij de klinische en sociale outcome van de patiënten verbetert.

2. Populatie

A. Patiënten

Beschrijving: Deze studie werd uitgevoerd bij patiënten met een chronische psychiatrische aandoening die thuis begeleid worden. (noot 6) Voor het begrip "chronisch" geldt dat de aandoening minstens zes maanden aanwezig is. Als psychiatrische aandoening werd voor depressie en/of angststoornis en/of psychose gekozen. Afhankelijkheid werd enkel geïncludeerd in het kader van een dubbele diagnose. (noot 7)

Minderjarigen en RVT-bewoners werden geëxcludeerd gezien de psychiatrische thuiszorg in de betrokken regio enkel meerderjarigen die thuis wonen, begeleidt. Tevens worden patiënten lijdend aan dementie geëxcludeerd omdat zij een andere, specifieke aanpak vereisen.
Selectie: Alle 95 huisartsen in de regio Zennevallei werden aangeschreven. Indien zij patiënten hadden die voldeden aan de criteria werd gevraagd of zij toestemming wilden vragen om deel te nemen aan het onderzoek. (noot 8)

B. Hulpverleners

Vermits medewerking van de eerste lijn een noodzakelijke voorwaarde is voor het verstrekken van zorg in een gedeïnstitutionaliseerd zorgmodel, wordt ook deze groep betrokken in ons onderzoek. Er werd een focusgroep samengesteld bestaande uit huisartsen, psychologen en de coördinator en begeleiders van het project psychiatrische thuiszorg. Aan deze focusgroep werd de volgende vraag voorgelegd: "Wat zijn de voorwaarden om de psychiatrische thuiszorg in onze regio te verbeteren?"
Huisartsen en psychologen uit de regio werden uitgenodigd voor het focusgroepgesprek. De lokale afdeling van het Wit-Gele Kruis bood op eigen initiatief haar medewerking aan vanuit een professionele interesse in het domein van de psychiatrische gezondheidszorg.

3. Outcome

Het betreft hier een kwalitatieve studie waarbij zowel de mening van de patiënten als die van de hulpverleners wordt nagegaan aangaande het huidige verloop van de psychiatrische thuiszorg in de regio. De patiënten worden geïnterviewd op een semi-gestructureerde manier. (bijlage 1) De hulpverleners komen samen in een focusgroep. Alle interviews worden onderworpen aan een kwalitatieve analyse. Zo komen sterke en zwakke punten van het huidige systeem naar voor en kunnen actiepunten worden geformuleerd.

4. Studieverloop

A. Literatuurstudie

Via Cebam werd de literatuur doorzocht naar evidentie voor een gemeenschapsgerichte aanpak van de geestelijke gezondheidszorg. Dit gebeurde via het watervalprincipe. Hierbij werd voornamelijk gezocht in Cochrane library, KCE en de Medline databank. Volgende zoektermen werden hierbij gebruikt: "psychiatric", "mental health", "homecare", "community", "Community Mental Health Team".
Na een selectie van artikels werden ook de referentielijsten nagekeken op nuttige bronnen.

B. Veldonderzoek

a. Patiënten

Na het contacteren van de huisartsen kregen zij acht weken tijd om patiënten te selecteren. Gezien de geringe respons op deze oproep werden ook de psychiatrisch verpleegkundigen uit de regio gecontacteerd.
Indien patiënten toestemming gaven voor deelname aan deze studie, werd er contact opgenomen met hen. Tijdens dit telefonisch contact kwamen verdere vragen aan bod en werd een afspraak gemaakt. Tijdens deze afspraak werd het interview afgenomen, steeds in de thuissetting. Indien de patiënt dit wenste, werd eerst een kennismaking geregeld waarna een nieuwe afspraak voor het interview werd vastgelegd. Deze

interviews werden afgenomen in een tijdspanne van acht weken en namen elk ongeveer drie kwartier in beslag.

b. Hulpverleners
De huisartsen werden opnieuw gecontacteerd met een concrete datum waarop de focusgroep bijeenkwam. Hierbij werd rekening gehouden met de wachtregeling van de regio. De psychologen werden gecontacteerd na een handmatige zoektocht en hierbij is er geen garantie dat iedereen werd aangeschreven. Daarnaast ontvingen ook de coördinator van SPPiT, de psychiatrisch verpleegkundigen verantwoordelijk voor de regio en de lokale afdeling van Wit-Gele Kruis een uitnodiging.

c. Analyse
Alle interviews en de focusgroep werden onderworpen aan een kwalitatief onderzoek volgens de Grounded Theory.[7] Hierbij werden de interviews gecodeerd en werden verbanden gezocht, welke werden weergegeven in een stroomdiagram. Tevens gebruikten we citaten om het onderzoek te staven.

Resultaten

1. Literatuur
Wat leren we van onze voorgangers?

Tijdens een zoektocht in de literatuur botst men al snel op diverse vormen van gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg. De meest beschreven en ook in België toepasbare vormen zijn: case management, community mental health teams, assertive community treatment en crisisinterventie.
Case management is in zijn eenvoudigste vorm een manier om de zorgen voor de patiënt te coördineren.[8] (noot 9)
Community mental health teams (CMHT) zijn multidisciplinaire teams bestaande uit verpleegkundigen, psychologen, psychiaters, maatschappelijk werkers … die voorzien in een gespecialiseerde diagnosestelling, behandeling en zorg. Zij zijn verantwoordelijk voor een welbepaalde populatie, meestal geografisch afgebakend.[9] (noot 10)
Ook bij assertive community treatment (ACT) betreft het multidisciplinaire teams die de verantwoordelijkheid voor de patiënt delen. Ze voorzien zelf in de psychiatrische en sociale zorg die de patiënt nodig heeft. ACT richt zich op de “moeilijkste” patiënten: zij die vaak problemen hebben op vele andere leefgebieden zoals een verslaving, thuisloosheid, soms crimineel gedrag.[10-11] (noot 11)
Crisisinterventie wordt op vele manieren aangepakt: mobiele crisis teams, daghospitaal voor acute situaties, crisishuizen waar een langere opvang mogelijk is … .[12] (noot 12)

In Nederland vinden sinds het tweede deel van de vorige eeuw grote veranderingen plaats in de geestelijke gezondheidszorg (noot 13). Het grootste deel van de geestelijke gezondheidszorg wordt momenteel geboden door 30 regionaal georiënteerde, geïntegreerde instellingen. De meerderheid werkt met zorgprogramma’s.[1,13] (noot 14)
In het Verenigd Koninkrijk wordt eerstelijnszorg voorzien door zo’n driehonderd “primary care trusts”. Zij beslissen welke medische hulp nodig is in een specifiek gebied en voorzien financiële middelen. Meestal verwijzen huisartsen die hun patiënt niet kunnen helpen naar een “community mental health team”.[1,14] (noot 15)

2. Veldonderzoek
A. Patiënten

In totaal namen acht patiënten deel aan het onderzoek, waarvan zeven worden begeleid door een psychiatrisch verpleegkundige in de thuissetting. (noot 8) (tabel 1)
Na het kwalitatief onderzoek worden twee hoofdconcepten onderscheiden: begeleiding en toekomst. (tabel 2)

a. Begeleiding

Wat de *verwachtingen* betreft van de patiënten naar hun begeleiding in het algemeen weerhouden we dat het belangrijk is dat we tijd nemen en een luisterend oor zijn. (noot 16) De patiënten vinden het essentieel om alles te kunnen zeggen, waarbij een vertrouwensrelatie onontbeerlijk is. De meesten geven aan een plek nodig te hebben om hun gevoelens en twijfels te uiten, zeker als het moeilijker gaat en vinden dat dit beter lukt bij een hulpverlener dan bij familie en vrienden. Hierbij speelt zeker een rol dat wij als hulpverlener beter hun ziekte begrijpen maar ook dat patiënten hun familie zoveel mogelijk willen ontzien.

“ Mijn gezin moet daar niet mee geconfronteerd worden, ik slik dat in en zal dat wel uiten op momenten dat het uitkomt.”
“Awel, ik blijf gaan omdat ik iets heb van … dan kan ik toch dingen zeggen die ik niet tegen iedereen kan zeggen.”
“ Je spreekt over de zaken hè, een wekelijks gesprek om alles op een rijtje te zetten is nodig.”

Patiënten verwachten tevens dat hulpverleners steunpilaren zijn die hen helpen door advies te geven en te structureren. Dit structureren betreft zowel de korte als de lange termijn: begeleiders moeten helpen een dagstructuur te vinden alsook mee timmeren aan het pad naar hun toekomstverwachtingen. Ook het adviseren moet breed gezien worden: helpen bij het vinden van huishoudhulp, van werk, hoe moet medicatie genomen worden, hoe moet ik mijn financiën regelen enzovoort. Tevens wil men inspraak hebben in de keuze van begeleiding.

“*Dat ze mij goed ondersteunen, goede bedoelingen hebben met mij, mij doen goed voelen, als ik mij slecht voel mag ik het ook zeggen. En als het niet gaat, dat ze snel bij mij zijn en mij uitleggen wat er moet gebeuren.”*
“Die proberen mee oplossingen te zoeken, voor de hindernissen, om te gaan werken bijvoorbeeld of bij psychologische problemen of bij gezondheidsproblemen, die adviseren dan om naar een specialist te gaan.”

Ondanks het feit dat vijf van de acht patiënten vinden dat hun begeleiding in het algemeen goed loopt en zij niets zouden veranderen, zijn er ook punten van *kritiek* te vinden. Zo halen twee patiënten aan dat de zorg te routineus gebeurt waardoor er geen vooruitgang wordt geboekt en stellen twee patiënten zich vragen bij de kwaliteit van de geleverde zorg. Ook zijn veranderingen een bron van frustratie: zowel wissels bij zorgverleners als bij thuishulp vragen de nodige aanpassingen. Hierbij moet het vertrouwen opnieuw worden opgebouwd. Dit vertrouwen werd reeds aangehaald bij de

verwachtingen van de patiënt en blijkt kwetsbaar te zijn. Hierop wordt dieper ingegaan in de verdere bespreking.

Een partner aan het woord: "Ik vind dat ze van tijd er met hun klak naar smijten omdat ze haar gewoon zijn, ze is al 17 jaar ziek, ze kennen haar door en door, ze zeggen van allé kom, we kennen haar, laat haar maar doen".
"Met de poetsdienst had ik het ook voor. Nu is het altijd dezelfde die komt, maar anders was het de ene week die, dan die. Ik kon daar niet, allé, ik weet niet… ."
" Bijvoorbeeld mensen gewoon platleggen met medicatie of mensen laten zitten en doen alsof, mensen worden niet geholpen. Waarom zou je dan vertrouwen moeten hebben?"
" Het staat stil, het gaat altijd over hetzelfde, hoe is het, wat heb je gedaan."
"Nee, er moet niks veranderen, ik ben ingeburgerd bij iedereen, ik ben gelukkig."

Als men kijkt naar de rol van de *huisarts* worden uiteenlopende meningen gevonden. Bij de helft van de patiënten heeft de huisarts geen centrale rol. Dit is te wijten aan te weinig tijd, te weinig begrip en te weinig feedback. Ook zijn de patiënten van mening dat de huisarts een andere functie heeft zoals het oplossen van fysieke gezondheidsproblemen en het voorschrijven van medicatie. Tevens kan hij of zij van nut zijn in acute situaties.
De andere helft van de patiënten geeft aan dat de huisarts wel een belangrijke rol speelt in hun begeleiding en voldoende tijd en dossierkennis heeft.

"Voor die zaken kan ik niet bij mijn huisarts terecht. Te weinig tijd, euh, ik heb niet het gevoel dat er een oor daarvoor is, euh, begrip, misschien wetenschappelijk, maar niet menselijk. En daarbij, ieder zijn job."
"Ik ga bijna nooit naar mijn huisarts. Ik heb een huisarts die altijd antidepressiva heeft voorgeschreven, maar sinds de opname is daar niet meer over gesproken. Ik zeg het, ik heb niet zo'n contact met mijn huisarts."
"Mijn huisarts kent mijn situatie goed. Hij neemt altijd zijn tijd, zeker zo'n 3 kwartier."

Kijkt men naar de rol van de *psychiatrische thuisbegeleiding* dan vindt men dezelfde verwachtingen terug als hierboven vermeld. Daarnaast vinden de patiënten het ook belangrijk inspraak te hebben in de frequentie van contact met de verpleegkundige. Alle patiënten zijn het eens over het feit dat de psychiatrische thuisbegeleiding het leven vergemakkelijkt. Ze helpen met administratieve taken, ze motiveren en begeleiden door het geven van instructies en ze zijn altijd bereikbaar. Het geven van instructies en raad moet net zoals bij de verwachtingen rond de totale begeleiding breed worden gezien: hoe structureer ik mijn dag, hoe regel ik mijn administratie, waar vind ik thuishulp, hoe ga ik op zoek naar een job enzovoort?
Drie patiënten merken ook op dat ze gestimuleerd worden in hun therapietrouw, gaande van medicatie-inname over nuchter blijven tot afspraken bij andere zorgverleners nakomen.
Eén patiënt geeft aan dat het contact met de verpleegkundige momenteel zijn enige vorm van sociaal contact is.
De zeven patiënten die door hen begeleid worden, zien enkel voordelen in het feit dat deze begeleiding aan huis gebeurt: het vraagt geen verplaatsing, het maakt het gesprek informeler en één patiënt haalt ook aan dat hij op die manier niet geconfronteerd wordt met plaatsen uit het verleden.

De patiënt voor wie het concept nieuw is, voelt niet veel voor de thuisbegeleiding. Hij haalt aan dat dit opnieuw een vreemde persoon is in huis en hij wil zijn familie niet nog meer belasten en hen zo min mogelijk confronteren met de problematiek.
Het feit dat het moeilijk is iemand vreemd in huis te hebben blijkt ook uit de frustraties bij patiënten die in het verleden meermaals een wissel van begeleider hebben meegemaakt. Dit geeft het gevoel van nul te moeten beginnen en vraagt aanpassing.

"Zeker in periodes van pieken, dan is dat eerder een luisterend oor. En praktisch heb ik ook hulp gehad op momenten dat ik problemen had met mijn medicatie, ik had verschillende neveneffecten waardoor ik vrij afhankelijk werd van externe hulp, ik had moeilijkheden om het huishouden te doen, om boodschappen te doen."
"Bert komt kijken of ik alles nog aankan, zoals mijn huishouden, mijn kuis, mijn medicamenten en eten maken enzo. Als ik soms iemand moest nodig hebben, kan ik dat met hem bespreken."
"Die doet zijn job goed, die maakt het mij gemakkelijk, die stelt voor om mee te gaan naar de psychiater, die rijdt met mij enzo."
"Dat heeft hij gezegd, dat ik hem altijd kan bellen."

Het niet (nog meer) willen belasten van *familie* is een gegeven dat bij alle patiënten wordt teruggevonden. Het hebben van een psychische ziekte is moeilijk te begrijpen voor de familie, ondanks pogingen om uitleg te geven en voor de maatschappij in het algemeen. Slechts één patiënt vermeldt een familielid bij de vraag wie hem allemaal begeleidt.
Indien er een crisissituatie optreedt, wordt het voor de naasten nog moeilijker omdat naast het zien verslechteren van de toestand van hun familielid, zij ook niet weten wat gedaan in een acute situatie.

"Ik wil mijn familie niet te veel belasten met mijn problemen. Bipolariteit is een enorme last voor de familie. Het is zwaar, het schommelt, je geeft altijd uitleg, maar het is moeilijk te begrijpen."
"Maar er is zeer weinig informatie over wat te doen bij een crisis. De familie weet ook niet wat er gedaan moet worden… ."

Een *crisissituatie* brengt verschillende problemen met zich mee. In deze gevallen zien we dat er twee dingen gebeuren: de psychiatrisch verpleegkundige of de psychiater wordt gebeld en zo nodig volgt er een opname op de PAAZ via spoed. Opvallend hierbij is dat de huisarts niet spontaan wordt vernoemd.
Indien een opname nodig is, loopt dit volgens alle patiënten niet van een leien dakje. Een opname vraagt opnieuw een aanpassing aan de nieuwe hulpverleners, de omgeving en de andere patiënten.
Men ervaart bij een opname of een visite aan spoed vaak een gebrek aan middelen en het juiste personeel. Enkele patiënten geven ook aan dat de wachttijd op PAAZ voor men in het psychiatrisch ziekenhuis bij hun psychiater terecht kan tijdsverlies is, onder andere omwille van gebrek aan dossierkennis. Hierbij komt nog dat indien er geen plaats is, er ook geen hulp is.

"Ze (PAAZ in het dichtstbijzijnde ziekenhuis) *hebben er ten eerste het personeel niet voor en ten tweede, je bent daar gewoon aan het wachten op een doorverwijzing. En als ze geen plaats hebben: kom, ga maar naar huis, opgelost."*

"Ik zou direct op de juiste plaats moeten terechtkomen."
"Mijn dossier is toch vrij ingewikkeld. Mijn dossier is gekend bij die ene persoon. Tijdens een crisis gaat de spoed in een ziekenhuis niets met mij kunnen doen."

Bij de helft van de patiënten vindt *overleg* tussen hulpverleners plaats, bij de anderen niet. Ook hier zijn de meningen verdeeld. Vijf patiënten geven aan dat overleg noodzakelijk is. Dit om misverstanden te vermijden, vooral wat betreft medicatie en om uit te maken wat ieders rol is zodat iedereen weet wat hij moet doen. Eén patiënt geeft aan dat hij het vreemd vindt dat de begeleiding niet overlegt. Of dit een weerslag heeft op het vertrouwen is niet duidelijk.
Drie patiënten vinden communicatie tussen de begeleiders niet nodig, waarbij er bij één patiënt momenteel wel overleg gebeurt, bij de anderen niet. Zij vinden dat het momenteel zo goed loopt en vinden dat ze zelf voldoende op de hoogte zijn. Eén patiënt zegt zelf voor overdracht van de gegevens te zorgen: zij bezorgt kopies van verslagen aan iedereen die betrokken is.
Daarnaast geven twee patiënten spontaan aan dat het belangrijk is dat ze zelf betrokken worden bij het overleg omdat dit anders het vertrouwen schaadt. Bij de andere patiënten werd dit niet expliciet nagevraagd. (noot 17)

" Ik zie geen directe voordelen daarvan. Ik ben zelf zeer goed op de hoogte."
"Als het over mijn gezondheid gaat, waarom mag ik er dan niet bij zijn?"
" Zo werd x aantal maanden terug mijn huisarts uitgenodigd voor overleg en ik wist daar niets van. Hoe kan je dan vertrouwen hebben?"
"De ene dokter zegt je moet dit inpakken en je gaat naar de huisarts en die zegt nee, dat moet je niet doen. Waarom?"
" Als je iets mankeert, ik vind, dat moet genoteerd worden. Maar mijn huisarts kijkt nooit in zijn computer. Hetzelfde bij de psychiater, die kijkt nooit eens in het dossier. Ik vind dat wel raar. Dat er gewoon geen overleg is met elkaar … dat is eigenlijk echt wel nodig."
"Ja, ze moeten weten wat ze doen."

Wat het *omgaan met hun ziekte* betreft geven vijf patiënten aan hun ziekte aanvaard te hebben. Dit heeft veel tijd gevraagd maar maakt hen wel gelukkiger. Drie patiënten vinden het moeilijk de ziekte te aanvaarden, één patiënt zet zich duidelijk af tegen zijn medicatie en begeleiding.
Daarnaast vindt iedereen het belangrijk een plek te hebben om hun gevoelens te uiten en vertellen twee patiënten vertrouwd te zijn geraakt met hun ziekte. Of dit laatste helpt in de aanvaarding, of de psychiatrische thuiszorg hierin een meerwaarde biedt en welke andere determinanten een rol spelen bij aanvaarding van het ziek zijn, kon niet worden opgemaakt.

" In de muziekgroep heb ik al gemerkt dat er anderen, allemaal heel intelligente mensen, ziek geworden in hun hogere studies, zich in hun lot hebben gesteld, en die zijn veel gelukkiger dan ik."
"Ik vond dat dat niet nodig was. Ik had een bedrijf verloren, ik dronk wat meer. Das nu wel verbeterd na die opname, op dat vlak is het wel allemaal beter, maar ik vond toch dat dat niet nodig was. Naar de psycholoog ga ik ondertussen niet meer en ik had mijn ontslag uit het dagziekenhuis al lang gevraagd, maar ze wilden verdere nazorg doen."
"Ik ben ondertussen ook vertrouwd geraakt met die gezondheidsproblematiek. Ik ben een zeer nieuwsgierig persoon, ik lees heel veel."

b. Toekomst

Qua *doel* voor de toekomst heeft iedereen het verlangen te functioneren zoals een gewoon mens. Hier hangen wel verschillende betekenissen aan vast. Twee personen zijn momenteel aan het werk, twee anderen willen graag een job vinden, drie patiënten geven aan wel te willen werken maar dit niet meer te kunnen en één patiënt vertelt dat ze het liefste haar huishouden zou kunnen doen, maar hierin ook niet lukt.
De redenen hiervoor zijn verdeeld: twee patiënten vertellen niet meer te kunnen werken als gevolg van fysieke klachten, twee patiënten omwille van hun psychisch lijden en één patiënt geeft beide als oorzaak aan.
Het psychisch ziek zijn is op vele manieren een *obstakel* in het bereiken van een toekomstverwachting: de symptomen, de onzekerheid over het ziekteverloop, de nevenwerkingen van de medicatie, na een lange afwezigheid is je leven hernemen niet gemakkelijk en er is ook schaamte voor eerder gemaakte fouten.
Wat patiënten ook belangrijk vinden is sociaal contact opbouwen: eenzaamheid weegt zwaar en elke vorm van sociaal contact geeft een beter gevoel. Ook contactgroepen met lotgenoten lijken hierbij een hulp: naast het contact kunnen ook ervaringen worden gedeeld.

"*Wel ja, het is soms moeilijk, met bipolariteit weet je nooit hoe dat gaat zijn binnen enkele weken of maanden. Als ik licht manisch ben, dan ben ik zeer actief, dan wil ik allerlei dingen ondernemen, ik heb ideeën, ben zeer creatief. Maar ik weet dat het niet blijft duren."*
"Bwa, je hebt stilgezeten hè. Je moet zien dat ze u terug aannemen, 't is lang geleden hè. Je moet iets vinden dat je honderd procent graag doet en dat zal natuurlijk niet gemakkelijk zijn, dat is de stap die ik nu moet nemen. Maar ik denk niet dat het gemakkelijk is. Ook dagdagelijks bezig zijn, het gaat niet simpel zijn."
"Ik wil terug naar hetzelfde niveau van tien jaar geleden: werken, geld verdienen, met de kinderen spelen. Dat lukt dus niet meer."

De helft van onze patiënten vindt het goed dat *vrijwilligerswerk* bestaat: het is gemakkelijker dan echt werken en vergemakkelijkt de doorstroom naar echt werk.
De anderen staan niet open voor deze vorm van werken om volgende redenen: het biedt niet de juiste functies, het wordt beschouwd als werk afpakken van mensen die het nodig hebben en het is onbetaald.

"*Dat heb ik al gedaan, ik vond dat niet goed. (stilte) Ik weet niet, ik ben van in het begin zo geweest, als er vrijwilligers kwamen in het ziekenhuis waar ik werkte, ik vind dat die werk afpakken van mensen die echt willen werken."*
"Ja, daar zal wel iets goed aan zijn, ik denk dat het nu gemakkelijk gaat zijn om te beginnen met echt werk."

Niet meer kunnen werken of op zoek zijn naar werk heeft een belangrijke impact op de *financiële situatie.* Twee patiënten staan onder budgetbeheer, één patiënt zit in het systeem van schuldbemiddeling. De andere patiënten geven aan dat het wel lukt, bij de patiënten die hun werk hebben verloren heeft dit wel een aanpassing in levensstijl gevraagd.
De beperkte financiën hebben ook een effect op het kunnen krijgen van medische hulp. Eén patiënt vertelt dat ze dankzij het Omnio-statuut geen problemen heeft, maar onze

andere patiënten melden hier wel problemen: psychologen worden niet terugbetaald, er moeten keuzes in de begeleiding worden gemaakt om deze te kunnen betalen en ook de medicatie slorpt geld op. (noot 18)

"De medicatie is een dikke hap uit het budget."
"Dat is niet gemakkelijk, vroeger had ik een hoog loon, nu moet ik rondkomen met een uitkering. Ik was vroeger continu op reis, continu bezig. Dat voel ik wel, daar ben ik ongelukkig over."
"In het begin ging ik ook bij de huisarts, maar nu ga ik vooral bij de psychiater, dat wisselen, dat kostte te veel."

Alle patiënten geven aan dat hun *toekomstverwachting bereiken* enkel kan als ze daar zelf aan werken. De psychiatrisch verpleegkundige kan hierin een sturende rol spelen. Ook medicatie wordt als een hulpmiddel beschouwd, al kunnen de nevenwerkingen ook voor een extra hindernis zorgen, zoals hierboven beschreven. Maar uiteindelijk is iedereen het er over eens dat verandering uit zichzelf moet komen.

"Dat moet ik zelf doen vind ik."
"Nee, op de moment zelf moet ik de stap zetten en iets doen. Zij gaan het niet doen voor mij. (stilte). Dat is iets dat ik zelf moet doen."

B. Hulpverleners

Aan dit onderzoek namen vier huisartsen, één psychiatrisch verpleegkundige en de coördinator van SPPiT deel. Na het kwalitatief onderzoek stelden we een stroomdiagram op. (tabel 3) De organisatie van de psychiatrische thuiszorg geldt als hoofdconcept.

Hoe deze zorg moet worden georganiseerd was stof voor discussie. Iedereen is het erover eens dat de huisarts een spilfiguur en coördinator kan zijn. Maar volgens de betrokken artsen is wel de nodige ondersteuning nodig zodat het administratieve gedeelte kan worden overgenomen. Er wordt geopperd dat het systeem van de wijkgezondheidscentra een optie is: je bent verantwoordelijk voor een bepaalde regio, eventueel met ondersteuning van buitenaf. Hierbij argumenteren de artsen wel onmiddellijk dat in de betrokken regio er weinig openheid bestaat voor de wijkgezondheidscentra en de keuzevrijheid van de patiënt een rol speelt. Zeker in de geestelijke gezondheidszorg is het belangrijk dat het klikt met iemand om een vertrouwensrelatie te kunnen opbouwen.
Ook ziet men het globaal medisch dossier als een belangrijke tool zodat de coördinatie gebonden is aan de praktijk. Maar dan moeten niet enkel cure-aspecten worden opgenomen maar ook care, waarvan de betrokken hulpverleners niet weten of dit haalbaar is.
Moeilijk punt bij de organisatie van de psychiatrische thuiszorg is ook dat men deze niet kan stroomlijnen. Elke patiënt is een individu met een eigen *netwerk*, wat ook gevolgen heeft voor het overleg en de verwachtingen.
Ten gevolge van de switch naar een gemeenschapsgerichte zorg dringt een demedicalisering zich op, in de brede zin: naast de huisarts moet bijvoorbeeld ook de praktijkassistente verantwoordelijk worden voor de zorg voor de patiënt en ook de

maatschappij moet zich opnieuw openstellen voor de opvang van onze psychiatrische patiënten.

"Het is altijd ons credo geweest dat de huisarts de spilfiguur is."
"Ik weet niet of het verstandig is om alles te stroomlijnen als het om zo'n specifieke situaties gaat. Het traject van een patiënt is zo individueel, de patiënt heeft zijn eigen omgeving, zoekt in zijn eigen netwerk."
"Eigenlijk zou je dat moeten doen volgens het principe van de wijkgezondheidscentra, wat die ons voorstellen, je bent verantwoordelijk voor deze hoek van de gemeente en je hebt ook plaats voor dat segment van de bevolking."
"De voorwaarde is dat er ondersteuning is van de huisarts, dat die niet zelf moet zitten bellen en doen. Dat er iemand in onze praktijk dat kan doen."

Momenteel vindt er weinig *overleg* plaats in de regio, behalve indien er een zorgoverleg wordt opgestart. Het is belangrijk een onderscheid te maken tussen overleg in de brede zin van het woord en een zorgoverleg. (noot 19)
De artsen ervaren het weinige overleg als een tekortkoming: een schriftelijk verslag zou al nuttig zijn om te weten hoe het gaat met de patiënt en zo het aantal consultaties te kunnen verminderen. Nu gebeurt het dat men een extra consultatie plant om te informeren naar het bevinden van de patiënt. Artsen verkiezen informatie te ontvangen per mail of schriftelijk omdat gegevens die men meldt via telefoon snel vergeten worden, zeker indien men op dat moment met andere dingen bezig is.
Daarom wordt het idee geopperd om het e-zorgplan in de regio nieuw leven in te blazen: dit werd vroeger veel frequenter gebruikt. SPPiT ziet hierin een stimulerende rol voor de SEL weggelegd. Momenteel kan het e-zorgplan enkel gebruikt worden indien er een zorgoverleg is gestart. Men is nu aan het kijken of het ook kan gebruikt worden zonder opgestart zorgoverleg. Volgens de huisartsen is een belangrijk nadeel van het e-zorgplan de extra tijd die het vraagt en het feit dat het wederom een apart kanaal is (naast het elektronisch medisch dossier en het papieren dossier).
Ook het thuisdossier komt ter sprake wat tot gemengde reacties leidt: dit is een delicaat instrument wat betreft de privacy en het beroepsgeheim.
Zowel artsen als psychiatrisch verpleegkundige slaan mea culpa: vooral door tijdsgebrek wordt er te weinig gecommuniceerd. Elkaar op de hoogte houden is een werkpunt van iedereen. Hierbij rijst ook de vraag of de tweede lijn niet kan betrokken worden bij het uitwerken van een beter communicatiesysteem.
We onthouden tevens van deze focusgroep dat het belangrijk is elkaar ook te melden dat het goed gaat. Daarnaast moeten de *verwachtingen* van zowel de hulpverleners als de patiënt aan bod komen. Dit gebeurt best zo vroeg mogelijk in het begeleidingstraject en kan in de loop van de tijd veranderen. Patiënten gaven aan dat hulp soms te routineus gebeurt en de deelnemers van onze focusgroep geven toe dat ze misschien onvoldoende peilen naar de verwachtingen van de patiënt en niet diep genoeg graven. Enerzijds omdat ze tevreden zijn als het goed gaat, anderzijds door tijdsgebrek. Het op elkaar afstemmen van de verwachtingen kan er toe leiden dat er voldoende rekening wordt gehouden met de wensen van de patiënt, maar ook dat de verwachtingen van de patiënt worden bijgesteld. Dit is een proces dat tijd vraagt.
Overleg leidt ook tot een uitbreiding van het eigen *netwerk*. Hulpverleners moeten bij de patiënt kijken naar alle levensdomeinen en het nodige netwerk kunnen aanspreken om mee de verwachtingen te helpen bereiken.

Over de frequentie van overleg is de enige consensus dat dit een flexibel iets is: of men na elk consult of maandelijks of … moet overleggen hangt af van de behoeften op dat moment.
Het is in de betrokken regio niet zo dat indien er psychiatrische thuiszorg wordt opgestart er ook een zorgoverleg start. Dit is onhaalbaar door een gebrek aan middelen. De psychiatrische thuiszorg raadt aan dit enkel te starten indien men er echt voordeel uit denkt te halen.
Over het zorgoverleg zijn de meningen van de huisartsen verdeeld: het vraagt tijd maar kan nuttig zijn, het is afhankelijk van de instelling van de arts of hij hieraan deelneemt en de artsen vragen zich af wat de kost hiervan is en de uiteindelijke resultante.

"Een briefje zou al veel zijn, als je verwijst dat je weet wat er mee gebeurt. Dat je weet wat gaat en wat niet gaat. Klikt het wel?"
"We staan daar eigenlijk niet bij stil wat we nog zouden kunnen doen als het goed gaat. Ik denk dat daar het moment voor zorgoverleg moet zijn: waar staan we en waar kunnen we nog geraken."
"De meningen bij de huisartsen zijn verdeeld, vooral qua tijdsinvestering. Er zijn veel huisartsen die het heel zinvol vinden maar geen tijd hebben om een uur rond de tafel te zitten voor 1 casus."
"We hebben een gebrek aan tijd. Het is een aandachtspunt om te bellen naar huisartsen, ook als het goed gaat, we moeten dat meer melden. Of een mail."
"Als je een zorgoverleg wil doen, zou ik het doen bij mensen van wie je zegt: hier is het echt wel nodig. Om de snaren gelijk te stemmen. Ideaal is bij iedereen, maar dat is niet haalbaar op dit moment."
"Je kan er nog op (op het e-zorgplan), *maar het nadeel is nu dat niet iedereen het gebruikt, zo werkt het niet ten volle. Je zit met twee mensen te communiceren en de rest is niet op de hoogte."*

Acute situaties zijn een gekend knelpunt. Er is in de regio dan ook veel vraag naar acute mobiele teams. De wachttijd voor psychiatrische thuiszorg bedraagt momenteel vier maanden, hierbij kan er dus niet kort en snel op de bal gespeeld worden.
Eén van de andere voorstellen is een systeem zoals dat van de palliatieve thuiszorgteams: hierbij is er steeds iemand bereikbaar voor informatie en raad in het weekend. De vraag wordt gesteld of hier ook een mogelijkheid bestaat voor de psychiatrische thuiszorg. Ook loopt de discussie of de crisisteams die er gaan komen in de toekomst verweven moeten zijn met de chronische teams, wat als voordeel heeft voor de patiënt dat hij niet geconfronteerd wordt met nieuwe gezichten. Of houd je deze gescheiden zodat je een apart team hebt dat maximum één maand intensief de patiënt begeleidt, wat een praktischere oplossing is. Dit is een moeilijk evenwicht waar men nog niet uit is.

"*We zouden zo'n systeem moeten hebben als voor palliatieve zorgen, waar je in het weekend iemand kan bereiken met vragen."*
"Bij een acuut team komt er ook weer een nieuw gezicht bij. Het voordeel is dat er kort op de bal wordt gespeeld."
"We zijn ook aan het twijfelen, momenteel zijn we de psychiatrische thuiszorg aan het versterken, de vraag is, die crisisteams, gaan die mee integreren zodat iedereen naast chronische begeleiding ook acute zaken kan opnemen of houd je het apart."

Discussie

Uit dit onderzoek komen enkele interessante bevindingen naar voor. Zo wordt door de helft van de patiënten geen centrale rol weggelegd voor de huisarts en wordt deze ook niet vernoemd bij crisissituaties. Dit in tegenstelling tot de hulpverleners die de huisarts wel als spilfiguur beschouwen. De patiënten vinden dat de thuisbegeleiding hun leven vergemakkelijkt en er vooral een adviserende en structurerende begeleiding is, de uiteindelijke verandering moet uit henzelf komen. Hulpverleners ervaren een gebrek aan overleg en communicatie en een gebrek aan middelen. Een crisissituatie is voor iedereen een gekend knelpunt.

Het lijkt de hulpverleners aangewezen aan het begin van elk zorgproces een *overleg* te plannen met alle betrokkenen, ook de patiënt. Zo kunnen de verwachtingen en doelstellingen op elkaar worden afgestemd. We weten dat een gebrek aan informatie en verschillende belangen leiden tot een gebrek aan wederzijds vertrouwen, wat zorgt voor een negatieve invloed op de betrokkenheid van alle partners. Daarbij komt dat het betrekken van de eerste lijn een noodzakelijke voorwaarde is voor een gemeenschapsgerichte zorg en dat overleg met elkaar zorgt voor een uitbreiding van het eigen netwerk. Zonder communicatie is trouwens geen zorg op maat mogelijk, wat net één van de pijlers is van zorg in de maatschappij.[15]
Of dit overleg volgens een vast stramien moet worden voortgezet wordt wel in twijfel getrokken. Momenteel wordt enkel financiering voorzien indien er drie maal per jaar een zorgoverleg plaatsvindt waarbij alle betrokkenen aanwezig zijn. Enige flexibiliteit zou hier op zijn plaats zijn, zowel qua frequentie als qua participanten, zodat het overleg kan worden afgestemd aan de variërende behoeften. Volgens de ervaring van de thuiszorgequipe is een frequent zorgoverleg zeker op zijn plaats bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis: deze patiënten hebben de neiging hun hulpverleners tegen elkaar uit te spelen, vandaar de noodzaak af te spreken wie wat doet en allen naar eenzelfde doel te werken.
Het initiatief kan van zowel de huisarts als van de psychiatrische verpleegkundige of andere hulpverleners komen. Indien er psychiatrische thuiszorg wordt gestart, werd er geen consensus bereikt over wie nu best het zorgoverleg start. Op welke manier dit overleg op een efficiënte manier kan plaatsvinden, hoe het beroepsgeheim kan gerespecteerd worden en hoe de patiënt en zijn familie kunnen of moeten betrokken worden, blijven vraagtekens. Indien er wordt gekozen voor een overleg via mail of telefonisch moet men opletten dat dit niet louter een gegevensoverdracht wordt, maar er steeds wordt gereflecteerd over de verwachtingen en behoeften van de patiënt. Welke vorm van overleg ook wordt gekozen, het is van belang dat alle betrokken actoren hieraan deelnemen.[15-16]
Recent werd in de betrokken regio beslist het e-zorgplan niet open te stellen voor psychiatrische patiënten. (noot 20) Wel maakt het SPPiT deze denkoefening om te kunnen voorzien in een beter overleg op het ogenblik dat de mobiele teams worden uitgebreid, waarbij er hopelijk ook rekening wordt gehouden met de communicatie met de tweede lijn. Doch over deze vernieuwde overlegvorm zijn momenteel nog veel discussies en dus blijft overleg een hiaat in de regio, waardoor de *zorgcontinuïteit* in het gedrang komt.[17] Wel werd afgesproken om langs te gaan bij alle LOK-groepen van de regio met de nieuwe mobiele teams, dit om elkaar te leren kennen, afspraken te maken en hopelijk een stapje in de goede richting te zetten wat betreft communicatie.

Opvallend in deze studie is de betwiste rol van de *huisarts*. Voor de helft van de patiënten bleek de huisarts de verwachte vertrouwenspersoon te zijn. Voor de anderen was de huisarts geen spilfiguur omwille van onvoldoende tijd en vaardigheden op vlak van geestelijke gezondheidszorg.
De psychiatrische thuiszorg daarentegen gaat uit van de huisarts als coördinator van de zorg. De artsen zelf geven hierbij aan dat zij onvoldoende middelen hebben om deze rol op te nemen en hierbij ondersteuning wensen. Het is inderdaad zo dat in de chronische zorg in het algemeen de huisartsen de coördinerende rol niet altijd kunnen blijven uitvoeren gezien de complexe situaties met interacties tussen medische en sociale probleemgebieden. Hierbij moet de vraag gesteld worden of deze coördinerende functie niet beter kan worden opgenomen door iemand uit de geestelijke gezondheidszorg, om zo ook de samenwerking tussen de verschillende sectoren te bevorderen. Een gebrek aan vaardigheden en kennis van het netwerk bij de huisarts kan deels opgevangen worden in de opleiding en door bijscholingen.[15,18]

Een andere reden waarom patiënten hun huisarts niet als centrale figuur kiezen, is een *financiële nood.* Door de kosten verbonden aan thuiszorg moeten patiënten keuzes maken tussen de hulpverleners. De psychiater blijkt dan voor een deel van de patiënten de eerste keuze omwille van diens expertise. Het is geweten dat in België veertien procent van de gezinnen gezondheidszorgen moet uitstellen door financiële redenen. Exacte cijfers binnen de geestelijke gezondheidszorg zijn niet bekend.[19] (noot 21)
Werkhervatting kan ervoor zorgen dat patiënten financieel meer draagkracht hebben, maar de plaatsen op de arbeidsmarkt voor patiënten uit de geestelijke gezondheidszorg zijn schaars in België. Er bestaan reeds initiatieven maar nog te weinig en er wordt te weinig gebruik gemaakt van ondersteunende maatregelen. (noot 22) Ook speelt de maatschappij hierin een rol: de steeds meer op individualisme gerichte en naar perfectionisme strevende samenleving ziet geen plaats meer voor deze patiënten. Er moet dus niet enkel psycho-educatie gebeuren van de patiënt en zijn familie maar eigenlijk ook van de samenleving.[15,18]

Crisissituaties blijven voor patiënten, familie en hulpverleners een obstakel in een kwaliteitsvolle zorg. Hierbij komt de *continuïteit van zorg* in het gedrang door wachtlijsten, onvoldoende gespecialiseerd personeel en een gebrek aan tijd. De crisisteams hopen hiervoor een oplossing te bieden in de nabije toekomst in de regio. De literatuur leert dat zij inderdaad een stap vooruit kunnen zijn. (noot 12) Psycho-educatie van de patiënt en zijn familie speelt hierin een rol, zodat achteruitgang in de klinische toestand tijdig herkend kan worden. Over de opbouw van de teams en de verwevenheid met de chronische teams is er nog discussie. Ook in de literatuur is er geen eenduidigheid gezien de voor- en nadelen bij elk systeem: het ideale zorgmodel is nog lang niet gevonden.[1,9,17](noot 23)

Over het waarom van de beperkte *effecten* van gemeenschapszorg op klinische en sociale outcome kunnen we slechts hypotheses geven, gezien de kleine studiegroep en de beperkte literatuur. (noot 24) Speelt aanvaarding bij de patiënt hierin een belangrijke rol? Graven hulpverleners niet diep genoeg in de verwachtingen van patiënten of worden ze niet voldoende afgestemd op de eigen verwachtingen? Is het netwerk dat wordt aangesproken door de hulpverleners te beperkt? Zou beter overleg meer zoden aan de dijk brengen? Zijn patiënten te afhankelijk geworden van deze zorg?

Wat wel vaststaat, is dat noch de residentiële zorg, noch de gemeenschapszorg ideale manieren zijn van zorg aanbieden. Er moet gezocht worden naar een evenwicht: "balanced care". (noot 25) Deze evolutie moet in elk geval samengaan met het *evalueren* van de kwaliteit van de zorgen met behulp van geschikte kwaliteitsindicatoren, want kwaliteit verhoogt de effectiviteit van zorg.[1,15] (noot 26)

Conclusie

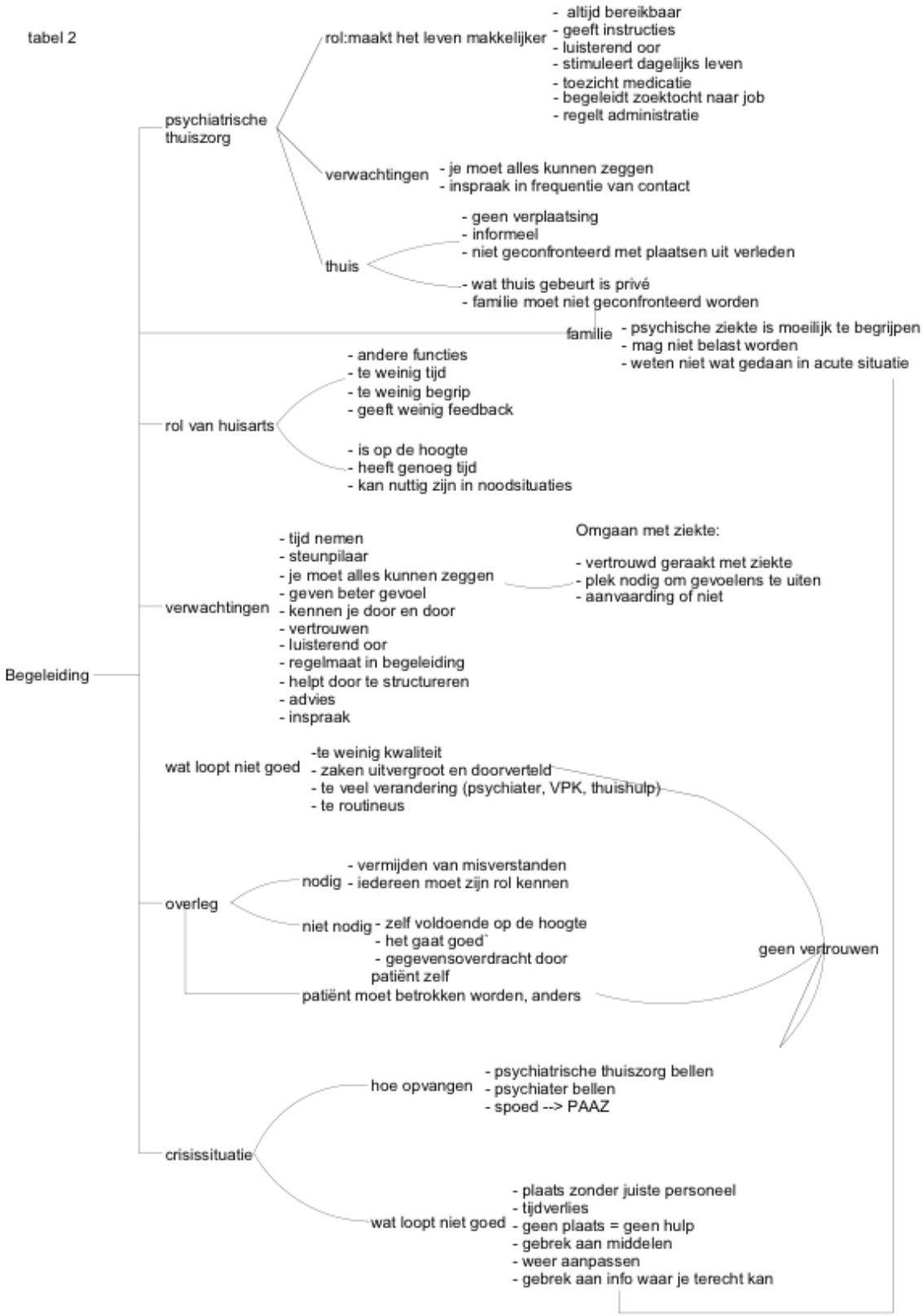
Uit dit onderzoek blijkt dat patiënten tevreden zijn over thuisbegeleiding. Deze patiëntentevredenheid komt ook in de literatuur naar voor, in tegenstelling tot positieve effecten op klinische en sociale outcome. Over de reden hiervoor kunnen slechts hypotheses worden geformuleerd, gezien de kleine patiëntengroep en de beperkte literatuur. Wel blijkt uit dit onderzoek dat er nood is aan verbetering op vlak van overleg en aanpak van crisissituaties. Vooral hulpverleners vinden dat er meer nood is aan overleg, de meningen van de patiënten hieromtrent zijn verdeeld. De manier waarop dit overleg moet plaatsvinden blijft voer voor discussie met een gebrek aan tijd en middelen als groot obstakel. Bij een crisissituatie komt momenteel de continuïteit van zorg in het gedrang, welke men in de toekomst hoopt aan te pakken met de komst van uitgebreide mobiele teams. Opvallend feit in dit onderzoek is de door patiënten betwiste centrale rol van de huisarts. Dit in tegenstelling tot de hulpverleners, die de huisarts als spilfiguur beschouwen, al is ook hier meer ondersteuning wenselijk.
Het is belangrijk te noteren dat nergens ter wereld de ideale vorm van gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg is gevonden en men moet streven naar een gezond evenwicht tussen residentiële zorg en thuiszorg.

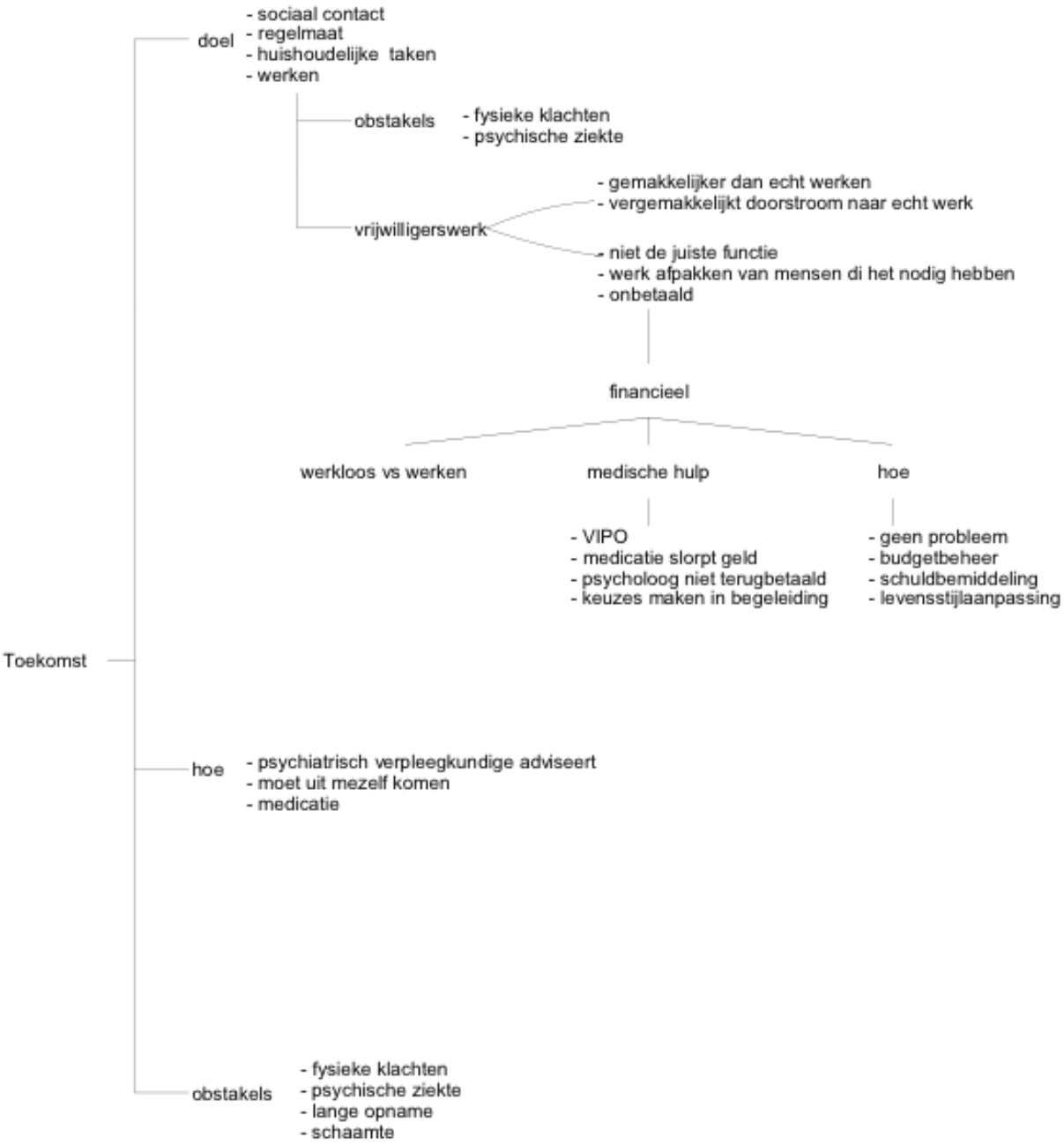
Tabel

Tabel 1

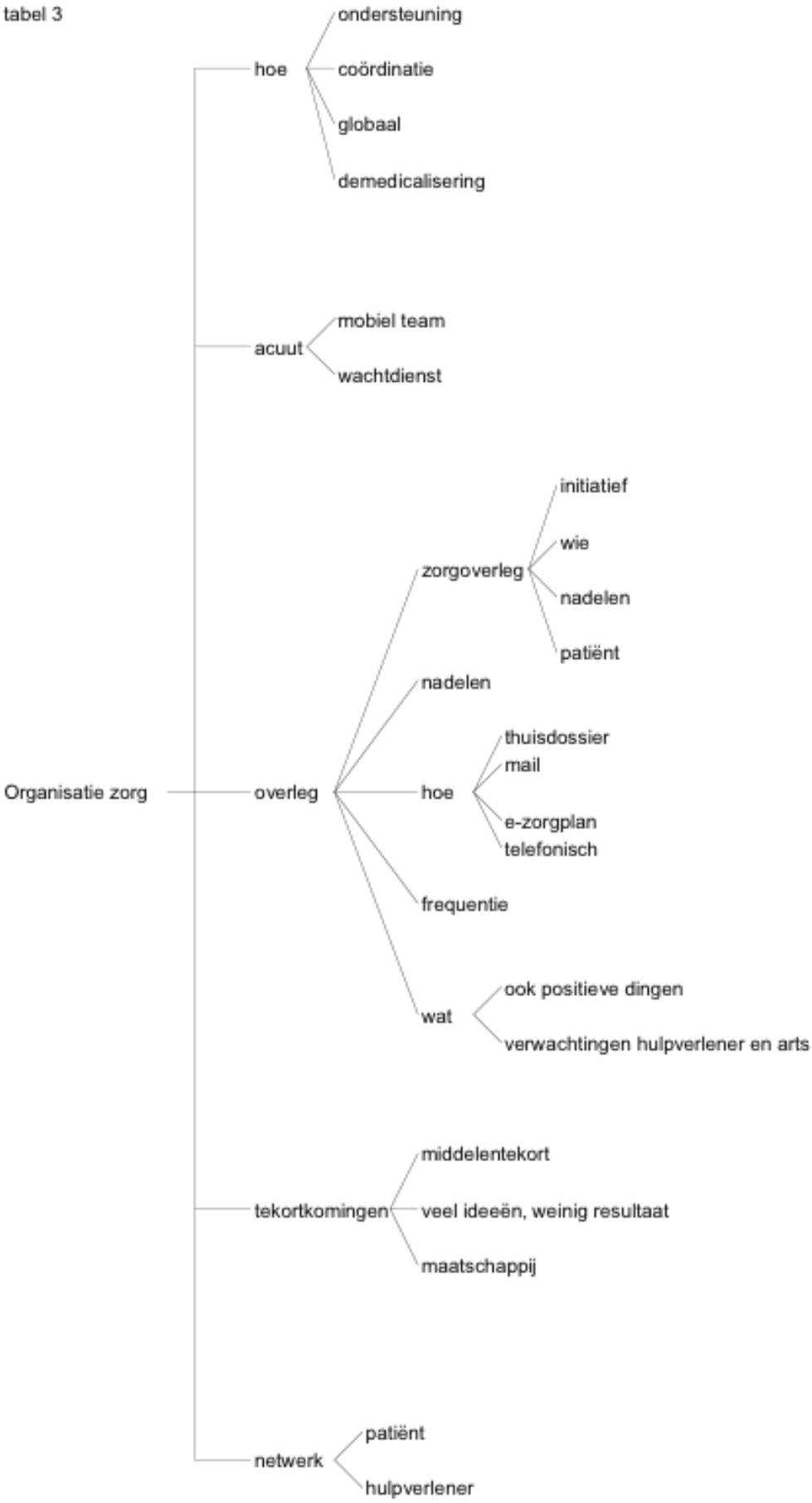
Patiënt	Leeftijd	Burgerlijke status	Werksituatie	Diagnose	Medische begeleiding
1.	58 jaar	Gehuwd	Werkloos	Depressie Schizofrenie	Huisarts Psychiatrische thuiszorg Psycholoog Psychiater
2.	51 jaar	Samenwonend	Werkloos	Bipolaire stoornis Alcohol-afhankelijkheid	Huisarts Psychiatrische thuiszorg Psychiater
3.	60 jaar	Alleenstaand	Werk	Depressie	Huisarts Psychiatrische thuiszorg Psycholoog
4.	30 jaar	Alleenstaand	Werkzoekend	Depressie Alcohol-afhankelijkheid	Huisarts Psychiatrische thuiszorg
5.	46 jaar	Gehuwd	Werk	Depressie Alcohol-Afhankelijkheid	Huisarts Psychiatrische thuiszorg Psycholoog Psychiater
6.	49 jaar	Gehuwd	Werkloos	Depressie Persoonlijkheids-stoornis	Huisarts Psycholoog Psychiater
7.	27 jaar	Alleenstaand	Werkzoekend	Angststoornis	Huisarts Psychiatrische thuiszorg Psychiater
8.	47 jaar	Alleenstaand	Werkloos	Bipolaire stoornis	Huisarts Psychiatrisch verpleegkundige Psychiater

tabel 2


Begeleiding
psychiatrische thuiszorg
rol:maakt het leven makkelijker
- altijd bereikbaar
- geeft instructies
- luisterend oor
- stimuleert dagelijks leven
- toezicht medicatie
- begeleidt zoektocht naar job
- regelt administratie
verwachtingen
- je moet alles kunnen zeggen
- inspraak in frequentie van contact
thuis
- geen verplaatsing
- informeel
- niet geconfronteerd met plaatsen uit verleden
- wat thuis gebeurt is privé
- familie moet niet geconfronteerd worden
familie
- psychische ziekte is moeilijk te begrijpen
- mag niet belast worden
- weten niet wat gedaan in acute situatie
rol van huisarts
- andere functies
- te weinig tijd
- te weinig begrip
- geeft weinig feedback
- is op de hoogte
- heeft genoeg tijd
- kan nuttig zijn in noodsituaties
verwachtingen
- tijd nemen
- steunpilaar
- je moet alles kunnen zeggen
- geven beter gevoel
- kennen je door en door
- vertrouwen
- luisterend oor
- regelmaat in begeleiding
- helpt door te structureren
- advies
- inspraak
Omgaan met ziekte:
- vertrouwd geraakt met ziekte
- plek nodig om gevoelens te uiten
- aanvaarding of niet
wat loopt niet goed
-te weinig kwaliteit
- zaken uitvergroot en doorverteld
- te veel verandering (psychiater, VPK, thuishulp)
- te routineus
overleg
nodig
- vermijden van misverstanden
- iedereen moet zijn rol kennen
niet nodig
- zelf voldoende op de hoogte
- het gaat goed
- gegevensoverdracht door patiënt zelf
patiënt moet betrokken worden, anders
geen vertrouwen
crisissituatie
hoe opvangen
- psychiatrische thuiszorg bellen
- psychiater bellen
- spoed --> PAAZ
wat loopt niet goed
- plaats zonder juiste personeel
- tijdverlies
- geen plaats = geen hulp
- gebrek aan middelen
- weer aanpassen
- gebrek aan info waar je terecht kan


Toekomst
doel
- sociaal contact
- regelmaat
- huishoudelijke taken
- werken
obstakels
- fysieke klachten
- psychische ziekte
vrijwilligerswerk
- gemakkelijker dan echt werken
- vergemakkelijkt doorstroom naar echt werk
- niet de juiste functie
- werk afpakken van mensen di het nodig hebben
- onbetaald
financieel
werkloos vs werken
medische hulp
- VIPO
- medicatie slorpt geld
- psycholoog niet terugbetaald
- keuzes maken in begeleiding
hoe
- geen probleem
- budgetbeheer
- schuldbemiddeling
- levensstijlaanpassing
hoe
- psychiatrisch verpleegkundige adviseert
- moet uit mezelf komen
- medicatie
obstakels
- fysieke klachten
- psychische ziekte
- lange opname
- schaamte

tabel 3


Organisatie zorg
hoe
ondersteuning
coördinatie
globaal
demedicalisering
acuut
mobiel team
wachtdienst
overleg
zorgoverleg
initiatief
wie
nadelen
patiënt
nadelen
hoe
thuisdossier
mail
e-zorgplan
telefonisch
frequentie
wat
ook positieve dingen
verwachtingen hulpverlener en arts
tekortkomingen
middelentekort
veel ideeën, weinig resultaat
maatschappij
netwerk
patiënt
hulpverlener

Noten

noot 1: In de geestelijke gezondheidszorg is men steeds op zoek naar een betere afstemming van de zorg op de behoeften van onze patiënten. In de jaren '70 bemerken we in België een evolutie: van de focus op de kwaliteitsvereisten van psychiatrische ziekenhuizen evolueren we naar de introductie van de cgg's, die gedeeltelijk de zorg voor de psychiatrische patiënten overnemen. In deze centra wordt een ruimere benadering nagestreefd dan louter de medische, gezien de mens een bio-psycho-sociaal wezen is.
In de jaren '80 werd de beslissing genomen om het totaal aantal residentiële bedden niet meer te laten stijgen. In diezelfde periode ontstaan er ook een aantal patiëntenverenigingen.
In 1990 en 1991 creëert de wet nieuwe zorgstructuren: psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen en psychiatrische gezinsverpleging. Dit ging gepaard met een vermindering van het aantal psychiatrische bedden door een reconversie van hospitaalbedden naar bedden in verzorgingstehuizen en plaatsen in beschut wonen en gezinsverpleging.
Ook legt men de normen voor overlegplatforms vast. Deze platforms hebben als belangrijkste doel overleg rond de regionale coördinatie van de verschillende bestaande en nieuwe vormen van medische en psychosociale begeleiding voor personen met een psychiatrische aandoening.
In 1999 begon een tweede reconversie van bedden waarbij een conversie ratio werd vastgelegd.
In 2002 werden de concepten zorgnetwerk en zorgcircuit geïntroduceerd. (noot 27)
In 2010 kon de geestelijke gezondheidszorg nog verder evolueren via de toepassing van artikel 107 van de ziekenhuiswet. Dit artikel zegt: "De Koning kan in specifieke financieringswijzen voorzien om, op experimentele basis en beperkt in de tijd, een prospectieve en programmageoriënteerde financiering van zorgcircuits en netwerken mogelijk te maken." Hierdoor kunnen ziekenhuizen op vrijwillige basis psychiatrische bedden buiten gebruik stellen met behoud van de financiering.[1-4]

noot 2: In de evolutie naar een gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg hinkt België achterop: we telden in 2007 127 psychiatrische bedden per 100 000 inwoners, waarvan slechts 18% is gesitueerd in een algemeen ziekenhuis. Australië bijvoorbeeld, is zeer ver gevorderd: 25/100 000 bedden waarvan 53% zich bevindt in een algemeen ziekenhuis.[1]

noot 3: Het SPPiT is een zorgvernieuwingsproject dat sinds 2005 gefinancierd wordt door de federale overheid voor het arrondissement Halle-Vilvoorde. Tussen 2002 en 2004 werd het project gefinancierd door de provincie Vlaams-Brabant. Het project is een samenwerkingsverband tussen eerste, tweede en derde lijn: SEL Zorgnetwerk Zenneland, de centra voor geestelijke gezondheidszorg Ahasverus en PassAnt, het psychiatrisch ziekenhuis Sint-Alexius en het initiatief voor beschut wonen De Raster.[6]

noot 4: De beoogde effecten van het SPPiT:

- De thuisopvang van patiënten met een psychiatrisch probleem kwalitatief verbeteren.
- Het tijdig opvangen van negatief evoluerende situaties waardoor (her)opnames vermeden kunnen worden.

- Bij (her)opnames de duur van de opnamen zo kort mogelijk houden en de link met de thuissituatie onderhouden.
- Het intensifiëren en optimaliseren van de communicatie tussen de actoren in de thuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg.[6]

noot 5: Het takenpakket van het SPPiT bestaat uit:
- De specifieke psychiatrische expertise van de medewerkers aanwenden om de betrokken eerstelijnswerkers te coachen.
- De patiënt en zijn familie ondersteunen.
- De problematiek van de patiënt van nabij opvolgen om het risico op herval te kunnen inschatten.
- Informatie en uitleg geven over het ziektebeeld, de behandeling en de aanpak.
- Een netwerk van hulp- en zorgverleners rond de patiënt uitbouwen en de zorg op elkaar afstemmen door regelmatig zorgoverleg te organiseren met alle betrokken actoren en de patiënt en zijn mantelzorgers.[6]

noot 6: In de literatuur wordt onze doelgroep omschreven als “personen met een ernstige en persisterende mentale aandoening”. In België wordt in de GGZ het begrip “personen met een chronische en complexe zorgbehoefte “ gebruikt. Beide begrippen zijn niet duidelijk afgelijnd.[1]

noot 7: Depressie, angststoornis en psychose zijn de meest voorkomende psychiatrische aandoeningen. We kozen ervoor patiënten met een afhankelijkheidsproblematiek uit te sluiten, tenzij ze ook één van vorig vernoemde diagnosen hebben. Dit omdat verslaving een specifieke aanpak vereist en deze selectie de meest gebruikte methode is in de literatuur.

noot 8: Van de 95 aangeschreven huisartsen reageerden vijf artsen. De twee psychiatrisch verpleegkundigen in onze regio reageerden allebei. Uiteindelijk werden vijftien patiënten gecontacteerd waarna na de nodige hindernissen (afspraak vergeten, niet meer bereikbaar, opname in het ziekenhuis, niet meer willen deelnemen, …) acht patiënten effectief deelnamen.

noot 9: Case management
Van een case manager wordt verwacht dat hij nagaat wat de behoeften zijn van de patiënt, een zorgplan ontwikkelt, gepaste zorg regelt, de kwaliteit van de zorg opvolgt en contact onderhoudt met de patiënt. In de literatuur vinden we verschillende varianten terug. Dit concept past men toe in onder andere de Verenigde Staten, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk. Het SPPiT-project sluit hierbij het beste aan.
Deze aanpak zorgt ervoor dat meer patiënten in contact blijven met de geestelijke gezondheidszorg in vergelijking met standaardzorg in de thuissituatie. Wel merkt men dat er een stijging is van het aantal hospitaalopnames. Wat betreft sociale en klinische outcome ziet men geen verschillen. Over het kostenplaatje kunnen geen uitspraken worden gedaan gezien in de meeste studies onvoldoende gegevens aanwezig zijn.[8]

noot 10: Community Mental Health Teams (CMHT)
Deze multidisciplinaire teams vervullen talrijke functies: initiële beoordeling van patiënten doorverwezen door andere hulpverleners, raad geven aan eerstelijnsactoren in het omgaan met patiënten, therapie opstarten bij een nieuwe diagnose of bij herval,

voorzien in continue zorg bij patiënten met een langdurige onbekwaamheid, ondersteunen van de familie, het stigma rond geestelijke gezondheidszorg verkleinen.
De ontwikkeling van deze teams betekende een grote stap voorwaarts in de gemeenschapsgerichte gezondheidszorg. Nochtans zijn veel van de veronderstelde voordelen niet bewezen in studies.
Een verschil in mortaliteit kon niet worden aangetoond omdat het slechts een zeer kleine groep patiënten betreft in de studies, waardoor men geen statistische significantie bereikt.
Patiëntentevredenheid stijgt wel in vergelijking met residentiële zorg.
De teams hebben ook tot gevolg dat het aantal ziekenhuisopnamen daalt. Of de hospitaalduur ook korter wordt, is niet duidelijk. Het aantal consultaties op spoedgevallen of bij de huisarts daalt niet, evenals de kost voor de zorg voor een psychiatrische patiënt.
Op vlak van ziekte en sociale outcome konden CMHT's hun meerwaarde niet aantonen.[9]

noot 11: Assertive Community Treatment (ACT)
ACT richt zich op de "moeilijkste" patiënten. De problemen zijn zo complex dat hun maatschappelijk leven ernstig verstoord raakt. Deze patiëntengroep ontloopt vaak zorg. ACT-teams zoeken deze patiënten actief op en bieden hen op herhaalde basis zorg aan, ook al weigeren ze.
ACT zorgt ervoor dat minder patiënten door de mazen van het net glippen in vergelijking met CMHT's. Ook zijn minder ziekenhuisopnames nodig en is de verblijfsduur korter in vergelijking met de standaard ambulante zorg (CMHT's en dagcentra), case management en de residentiële zorg. Wat werk en tevredenheid van de patiënt betreft, is ACT tevens superieur, vooral in vergelijking met de CMHT's, wat klinische outcome en sociaal functioneren betreft niet. ACT is enkel kostenbesparend indien het wordt toegepast bij patiënten die residentiële zorg intensief gebruiken.[10-11]

noot 12: Crisisinterventie
Dit zorgt ervoor dat minder hospitaalopnames nodig zijn en vermindert de druk en zorgen voor de familie. Ook de tevredenheid over de geleverde zorg stijgt bij patiënten en familie. De klinische outcome blijkt na enkele maanden hoger te liggen in vergelijking met standaardzorg. Qua mortaliteit is er geen verschil.[12]

noot 13: Vanaf 1980 zocht men naar alternatieven voor de residentiële geestelijke gezondheidszorg wat leidde tot Regionale Instituten voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG) en Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW). Het eerste had de intentie te voorzien in laagdrempelige ambulante zorg, het tweede werd opgericht voor patiënten die supervisie nodig hadden maar buiten het ziekenhuis konden leven.
Vanaf 1990 promootte men zeer sterk de samenwerking tussen de verschillende gezondheidszorgverleners en het samenvloeien van geestelijke gezondheidszorginstellingen. De "ketenzorg" ontstond: elke regio voorzag een zo goed als compleet palet aan zorg op een geïntegreerde manier waardoor de continuïteit werd gewaarborgd. Zo werden er tegen 2005 40 geïntegreerde instellingen geteld. Ook zorgprogramma's werden gepromoot.[1,13]

noot 14: In de eerste lijn wordt zorg verleend door onder meer de huisartsen, maatschappelijk werkers en de eerstelijnspsychologen. Deze laatste vallen, zoals alle

geestelijke gezondheidszorg die gericht is op genezing, onder de Zorgverzekeringswet, welke de basisverzekering is en worden dus terugbetaald.
In de ambulante geestelijke gezondheidszorg vinden we ook de FACT-teams terug. FACT staat voor Functie Assertive Community Treatment en is een bredere variant op ACT (zie hieronder) die in Nederland ontstaan is. Het zijn multidisciplinaire teams die behandeling bieden, werken op rehabilitatie en herstel en de zorg intensiveren bij crisissituaties. De hulpvragen van de patiënt zijn hierbij het uitgangspunt.[1,13]

noot 15: 80 procent van het budget van de National Health Service gaat naar eerstelijnszorg. Elke regio heeft een lokaal implementatie team (LIT) dat de gezondheidsvoorzieningen moet organiseren en coördineren, hierin zetelen naast mensen van de "primary care trusts" bijvoorbeeld ook lokale beleidsmakers. Specialistische hulp wordt voorzien door "mental health trusts".[1,14]

noot 16: In dit stuk kijken we verder dan de huisarts en de psychiatrische thuisbegeleiding alleen, ook de psycholoog, psychiater, maatschappelijk werker enzovoort worden in rekening gebracht.

noot 17: De reden dat dit niet bevraagd werd, is dat op de verschillende momenten van zorgoverleg die ik heb gevolgd, de patiënt steeds werd uitgenodigd. Pas tijdens het coderen werd duidelijk dat het niet betrekken van de patiënt een mogelijke impact heeft op de vertrouwensrelatie.

noot 18: Omnio-statuut: personen met een laag gezinsinkomen kunnen het Omnio-statuut krijgen. Hierdoor hebben ze onder meer recht op een hogere terugbetaling van hun ziektekosten. Concreet moet het bruto belastbare gezinsinkomen van 2012 lager zijn dan 16 306,86 euro te verhogen met 3018,84 euro per gezinslid dat niet de aanvrager is. Alle personen die op hetzelfde adres gedomicilieerd zijn, tellen mee, ongeacht of er al dan niet een familieband is.

noot 19: Met zorgoverleg bedoelen we het multidisciplinair overleg voor een patiënt met een complexe en langdurige psychiatrische problematiek (MDO psy).
Voorwaarden voor de doelgroep:

- Hoofddiagnose plus nevendiagnose volgens DSM IV of ICD X.
- Een voorafgaand contact met de geestelijke gezondheidszorg, uiterlijk één jaar geleden.
- Noodzakelijk dat er een begeleidingsplan (van 12 maanden) wordt opgesteld.
- Toename van de intensiteit of de frequentie van de symptomen.
- Verlies van vaardigheden of functies op minstens drie domeinen (basisautonomie, wonen, gemeenschap, taal en communicatie, maatschappelijke aanpassing, werk, schoolse kennis, motoriek of persoonlijk gedrag).

Voorwaarden voor het overleg:

- Minstens twee maal per jaar overleg.
- Minstens drie professionele hulpverleners aanwezig waarvan één uit de geestelijke gezondheidszorg en één uit de eerstelijnsgezondheidszorg.
- Opstellen van begeleidingsplan dat het volgende bevat: taakafspraken, doelstellingen, identificatiegegevens, verklaring patiënt.

Indien aan de voorwaarden wordt voldaan, kan een vergoeding worden toegekend.[1,6]

noot 20: Dit werd op het niveau van de SEL beslist onder andere omdat de CGG's geen toegang hebben tot dit zorgplan via het door hun gebruikte intranet en omdat SPPiT aan het broeden is op een nieuwe vorm van overleg.

noot 21: Er zijn enkel cijfers bekend over de algemene bevolking en de CGG-cliënten. In 2011 verkeerde veertien procent van de CGG-cliënten bijna zeker in een zwakkere sociale en/of financiële positie. Bijna 46 procent verkeerde vermoedelijk in deze positie.[19]

noot 22: Werkgevers die mensen met een arbeidshandicap aanwerven hebben recht op de Vlaamse ondersteuningspremie en ontvangen een tegemoetkoming in de kosten van een arbeidspostaanpassing. Daarnaast kunnen ze beroep doen op jobcoaching: een jobcoach begeleidt de nieuwe werknemer de eerste zes maanden, ondersteunt de werknemer bij de opvang en is een neutraal aanspreekpunt. Van deze begeleiding op de werkvloer is aangetoond dat het effectiever is dan voorafgaande begeleiding ter voorbereiding op werken.

noot 23: Veelbesproken discussies betreffen teambenadering versus individuele benadering waarbij teambenadering de draagkracht van de hulpverleners verhoogt evenals de continuïteit van zorg, er meerdere actoren vertrouwd zijn met de patiënt, er vanuit verschillende standpunten wordt gekeken, maar waarbij er één aanspreekfiguur ontbreekt, er versnippering dreigt op te treden, het opbouwen van een vertrouwensrelatie wordt bemoeilijkt en de organisatie meer tijd en middelen vraagt. Bij een individuele aanpak wordt de vertrouwensrelatie vergemakkelijkt, is er een duidelijk aanspreekpunt en heeft één enkele persoon zicht op het volledige verhaal, daarentegen is er de grotere kans op onvoldoende draagkracht.
Ook zijn er in crisissituaties veel oplossingen: mobiele teams, maar ook dagcentra enz. Hier ook werd geen enkele vorm superieur bevonden. Daarnaast rijst de vraag of acute teams deel uitmaken van de chronische teams of een aparte entiteit vormen. In de literatuur werd wederom geen uitsluitsel gevonden.[1,9,12]

noot 24: De effecten op de klinische outcome zijn niet aangetoond kunnen worden, nochtans was dit oorspronkelijk de bedoeling. Door de lange wachtlijst en een patiëntenstop tijdens de zomermaanden konden niet voldoende patiënten geïncludeerd worden om de klinische outcome op te volgen gedurende enkele maanden.
Naast de kleine patiëntengroep is het belangrijk te noteren dat deze studie enkel volwassen patiënten heeft bevraagd. Kinderen, adolescenten, maar ook ouderen vereisen een specifieke aanpak.

noot 25: Het "balanced care" model is een model waarbij zorg en behandeling mogelijk zijn kort bij huis maar ook in het ziekenhuis indien nodig. Het betreft hier een getrapte zorgverlening: prioritaire zorg in de eerste lijn, maar indien nodig zorg in tweede of derde lijn. De ratio ziekenhuisbedden/plaatsen in de ambulante zorg is afhankelijk van de beschikbare diensten in een bepaalde regio en van de plaatselijke sociale en culturele opvattingen.[1]

noot 26: Het nieuwe kwaliteitsindicatoren-project GGZ bereidt momenteel indicatoren voor die vanaf 2014 in de geestelijke gezondheidszorg zullen gebruikt worden.[20] Hierbij wordt gestreefd naar een beperkt aantal, goed uitgewerkte indicatoren die vijf domeinen betreffen:

1. de continuïteit en coördinatie van zorg
2. patiëntveiligheid
3. patiëntenparticipatie
4. gedragsstoornissen bij kinderen en jongeren
5. depressie bij volwassenen (inclusief ouderen)

noot 27: Een zorgnetwerk is een samenwerkingsverband van voorzieningen of professionals uit dezelfde of verschillende sectoren die samenwerken om een gemeenschappelijke doelstelling op het niveau van de patiënt en een patiëntengroep te realiseren. Dergelijk netwerk is gekenmerkt door herkenbaar lidmaatschap en door afspraken of regels over de wijze waarop de leden van het netwerk opdrachten vervullen, en de wijze waarop verantwoordelijkheden en beslissingsbevoegdheden tussen de leden verdeeld zijn.
Een zorgcircuit omvat het volledige ggz-aanbod afgestemd op de specifieke behoeften van een leeftijdsdoelgroep. het voorziet in alle mogelijke zorgmodules voor personen met psychische problemen behorend tot een specifieke leeftijdsdoelgroep.
Elk zorgcircuit wordt georganiseerd door samenwerking tussen zorgaanbieders. Die samenwerking wordt geconsolideerd in een zorgnetwerk. Een netwerk kan dus één of meerdere zorgcircuits realiseren.
Een zorgprogramma is een set van op elkaar afgestemde activiteiten en maatregelen (bv. diagnose, verschillende behandelopties, ondersteuning, nazorg) voor een specifieke doelgroep (bv. depressie bij ouderen) en evidence-based.[1]

Referenties

1. Eyssen M, Leys M, Desomer A, Senn A, Léonard C. Organisatie van geestelijke gezondheidszorg voor mensen met een ernstige en persisterende mentale aandoening. Wat is de wetenschappelijke basis? Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg, 2010. KCE rapport 144A.

2. http://www.fnams.be/LOGINONE/levelone/geest_gezondheidszorg/gghp.asp

3. Organisatie en financiering van de geestelijke gezondheidszorg in België. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu, 2011. Beschikbaar via: http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@datamanagement/documents/ie2divers/19073085.pdf.

4. http://www.psy107.be

5. De Jaegere V, DeSmet A, De Coster I, Van Audenhove C. Een starterskit voor betere ggz: visie en methoden. november 2010. Beschikbaar via: http://www.kuleuven.be/lucas.

6. http://www.zenneland.be/ptz.html

7. Mortelmans D. Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden. Leuven: Acco; 2007. p187-426.

8. Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders (Review). The Cochrane Library; 2010, (3). Beschikbaar via: http://www.thecochranelibrary.com.

9. Malone D, Marriot S, Newton-Howes G, Simmonds S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality (Review). The Cochrane Library; 2010, (3). Beschikbaar via: http://www.thecochranelibrary.com.

10. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Review). The Cochrane Library; 2010, (3). Beschikbaar via: http://www.thecochranelibrary.com.

11. McCrone P, Killaspy H, Bebbington P, Johnson S, Nolan F. The REACT study: cost-effectiveness analysis of assertive community treatment in north London. Psychiatr Serv 2009; 60(7):908-13.

12. Murphy S, Irving CB, Adams CE, Driver R. Crisis Intervention for people with severe mental illnesses (Review). The Cochrane Library; 2012, (5). Beschikbaar via: http://www.thecochranelibrary.com.

13. http://www.fact.nl

14. Zorgmarketeers. Zorg in Europa deel 2: Engeland. Zorgmarketeers, juni 2012. Beschikbaar via: http://www.zorgmarketeers.nl/tag/zorg-engeland/.

15. Paulus D, Van Den Heede K, Mertens R. Organisatie van zorg voor chronisch zieken in België: ontwikkeling van een position paper. Federaal Kenniscentrum van de Gezondheidszorg, 2012. KCE rapport 190A.

16. Leys M, Antoine C, De Jaegere V, Schmitz O. Hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg: evaluatieonderzoek 'therapeutische projecten'. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2010. KCE rapport 146A.

17. Freeman G, Weaver T, Low J. Promoting continuity of care for people with severe mental illness. NCCSDO 2002:1-102.

18. Organization of services for mental health. World Health Organization, 2003. Beschikbaar via: http://www.who.int/mental_health/resources/en/Organization.pdf.

19. Vrijens F, Renard F, Jonckheer P, Van Den Heede K, Desomer A. De performantie van het Belgisch gezondheidssysteem. Federaal Kenniscentrum van de Gezondheidszorg, 2013. KCE rapport 196A.

20. Quality Indicator Project GGZ. Beschikbaar via: http://icuro.be/themas/quality--safety/quality-indicator-project-ggz.html

bijlage 1

Interviewleidraad

1. Demografische gegevens: leeftijd, burgerlijke stand, werksituatie, woonsituatie, diagnose.
2. Huidige situatie:
   - Hoe ziet uw dag eruit?
   - Door wie wordt u begeleid?
   - Wat vindt u hiervan?
   - Hoe voelt u zich hierbij?
   - Wat verwacht u van uw begeleiding?
3. Toekomst:
   - Wat zou u graag bereiken?
   - Om uw toekomstplannen te bereiken, welke obstakels moet u hiervoor overwinnen?
   - Hoe kunnen we u daarbij helpen?
4. Verbetering mogelijk?:
   - Als u kon kiezen, wat zou u dan willen veranderen?
   - Welke verbeteringen zouden we kunnen aanbrengen in uw begeleiding?
   - Wat met de financiële kant van de situatie?
   - Welke andere nadelen merkt u momenteel? (wachttijden, overleg tussen de disciplines,…)
5. Outcome:
   - Voelt u zich voldoende gesteund?
   - Merkt u verbetering?
6. Psychiatrische thuiszorg:
   - Zou dit iets voor u zijn, waarom wel/niet?
   - Wat vindt u van het systeem met begeleiding aan huis? (of liever op een neutrale plaats?)