KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

# De eerste mobiele stappen Geestelijke Gezondheidszorg in onze regio: een samenwerking met de huisarts

Dries Haghedooren, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Chantal Van Audenhove, KU Leuven

Copromotor: Dr. Peter Decloedt, huisarts praktijkopleider

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

**De eerste mobiele stappen Geestelijke Gezondheidszorg in onze regio: een samenwerking met de huisarts.**

Haio: Dr. Dries HAGHEDOOREN
Katholieke Universiteit Leuven
Promotor: Prof. Dr. Chantal VAN AUDENHOVE
Praktijkopleider: Dr. Peter DECLOEDT

**Context:** De gezondheidszorg evolueert naar gedeelde zorg in een multidisciplinair netwerk. Ook de geestelijke gezondheidszorg ondergaat hervormingen om een sterker zorgnetwerk uit te bouwen. Binnen dit zorgnetwerk is de patiënt een spilfiguur en de huisarts een betrokken partner. Een nieuwe partner in de geestelijke gezondheidszorg is de zorgverlening door mobiele teams. Dit zijn teams die hulp bieden bij crisissituaties. Vanuit diverse disciplines begeleiden de hulpverleners, patiënten met psychische problemen binnen hun eigen context. Geestelijke gezondheidszorg aan huis, waar ook de huisarts een zorgverlener is. Het is gekend, dat hoe meer partners betrokken worden, hoe complexer samenwerking kan zijn. Bij nieuwe werkvormen is dit niet anders.

**Onderzoeksvraag**: Kennen de huisartsen de intenties van de hervormingen binnen de geestelijke gezondheidszorg? Zijn ze vertrouwd met de mobiele teams? Welke waardering krijgt de samenwerking met deze teams?

**Methode:** De huisartsen actief binnen het Netwerk Accolade - regio Ieper-Diksmuide werden bevraagd naar hun kennis van de vernieuwingen in de geestelijke gezondheidszorg en hun ervaring met de mobiele teams. De samenwerking werd gescoord op basis van tien indicatoren volgens het Canadees model uit de studie D'Amour et al. Er werd bij deze vragenlijst ook rekening gehouden met het feit of er al een samenwerkingservaring plaats vond. Dezelfde bevraging werd voorgelegd aan de medewerkers van de mobiele teams, om ook hun visie op de samenwerking met de huisarts te belichten. Aan de hand van de resultaten werd een SWOT-analyse geformuleerd met relevante aanbevelingen om deze samenwerking te optimaliseren.

**Resultaten:**
Er waren 57 huisartsen en 16 zorgverleners mobiele teams die deelnamen aan het onderzoek. Bijna alle zorgverleners stelden de inhoud van de hervormingen inhoudelijk te kennen, terwijl bij de huisartsen maar één derde zegt deze te kennen. Bij de actieve kennis hierover primeren de begrippen desinstitutionalisering en inclusie, doelstellingen als decategoralisatie(*), intensifiëring en consolidatie zijn minder bekend. Over de samenwerking zijn beide partners wel tevreden. Ruim drie kwart van de 44 huisartsen met samenwerkingservaring en de helft van de zorgverleners mobiele teams vinden de samenwerking goed tot uiterst goed. Op vlak van gedeelde doelstellingen en visie scoort de samenwerking het beste niveau, goede samenwerking. De wederkerigheid, het bestuur en de vormgeving scoren een niveau van ontwikkelende samenwerking.

**Conclusies:**
Huisartsen zijn maar beperkt op de hoogte van het veranderde landschap geestelijke gezondheidszorg. Hoewel de passieve kennis mogelijk hoger ligt, is het niet duidelijk of huisartsen de hervorming inhoudelijk goed begrijpen. Ze zijn wel vertrouwd zijn met de nieuwe werkvorm van de mobiele teams en velen werkten al eens samen met de teams. Die samenwerking scoort relatief goed, maar is nog in ontwikkeling. Volledige harmonieuze samenwerking is nog niet bereikt. De wederkerigheid kan verbeteren door meer ontmoetingsgelegenheid te organiseren. De dimensie bestuur kan zich sterker profileren, om de samenwerking duidelijkere richting te geven. De vormgeving, vraagt vooral een goede taakverdeling met betere communicatie tussen teampsychiater en huisarts.

**Trefwoorden:** geestelijke gezondheidszorg, artikel 107, samenwerking, geïntegreerde zorg, function assertive community treatment, mobiele teams.

(*) ontschotting van het zorgstelsel

**Inhoudsopgave**


1. Inleiding ..... 2
2. Onderzoeksvraag ..... 3
3. Literatuuronderzoek ..... 3
   3.1. Geïntegreerde zorg in de eerste lijn ..... 3
   3.2. Werkmethode mobiele teams ..... 4
   3.3. Eerdere samenwerking geestelijke gezondheidszorg - huisarts ..... 5
4. Methode ..... 7
   4.1. Literatuurstudie ..... 7
   4.2. Onderzoek op het terrein ..... 7
      4.2.1. Situering onderzoeksgebied ..... 7
   4.3. Bevraging ..... 9
      4.3.1. Peilen naar de kennis van de hervorming “Naar een betere geestelijke gezondheidszorg” ..... 9
      4.3.2. Bevraging van inter-professionele samenwerking HA versus ZMT ..... 10
5. Resultaten ..... 15
   5.1. Profiel van de bevraagden ..... 15
   5.2. Kennis van de hervorming “Naar een betere geestelijke gezondheidszorg” ..... 15
   5.3. Inter-professionele samenwerking HA versus ZMT ..... 16
6. Discussie ..... 20
   6.1. Kennis van inhoud “Naar een betere geestelijke gezondheidszorg” ..... 20
   6.2. Waardering van samenwerking HA versus ZMT ..... 20
   6.3. SWOT analyse in de samenwerking met de huisarts ..... 24
7. Besluit ..... 25
8. Dankwoord ..... 26
9. Referenties ..... 27
10. Bijlagen ..... 29
   10.1. Werkingsgebied ..... 29
   10.2. Sociale kaart Netwerk Accolade voor functie 1 & 2 (Dries Haghedooren) ..... 30
   10.3. Brochures (MTA & MTL) ..... 34
      10.3.1. MTA ..... 34
      10.3.2. MTL ..... 35
   10.4. Procedures ..... 36
      10.4.1. Risico-analyse MTA ..... 36
      10.4.2. Aanmelding MTL ..... 37
      10.4.3. Zandlopermodel (12 levensdomeinen) ..... 39
   10.5. Advies ethische commissie ..... 39

## 1. Inleiding

Huisartsgeneeskunde is de afgelopen decennia geëvolueerd naar meer multidisciplinair samenwerken. Waar de huisarts vroeger quasi de enige medische deskundige was, staan nu talrijke paramedici klaar om de patiënt en diens huisarts te ondersteunen. Een netwerk heeft zich ontpopt waarbij huisartsen en specialisten samenwerken met kinesitherapeuten, diëtisten, diabetes-educatoren, palliatief referenten, medisch pedicure, etcetera…

Ook op vlak van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) wordt meer en meer een netwerk buiten het ziekenhuis opgebouwd. Dit mede door de aanbevelingen van de World Health Organisation (WHO) in 2001 om het Belgisch zorgaanbod minder residentieel te maken.[(1)] Uit ervaring in andere landen blijkt dat een vraaggestuurde aanpak met zorgverleners die in het thuismilieu handelen, globaal een gunstiger verloop kent. De overheid reageerde op dit WHO rapport met de resolutie 'Mental health: responding to the call for action'(2002). Zo werden nieuwe stappen gezet naar een meer vraaggestuurde en maatschappijgerichte geestelijke gezondheidszorg.

Als wettelijk sluitstuk van deze vernieuwing werd op 28 september 2009 artikel 107 bekrachtigd. Artikel 107 verwijst naar de wet op de ziekenhuisfinanciering en maakte het mogelijk om ziekenhuisgeld te herschikken naar ambulante diensten. Dankzij deze wet kon men financieel starten met de invulling van de "Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg" - Vlaanderens hervormingsplan.[(2)]

De "Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg" formuleert vijf bewegingen: desinstitutionalisering, inclusie, decategoralisatie(*), intensifiëring en consolidatie. Doelstellingen die resulteren in vijf opdrachtfuncties voor de lokale netwerken. *Functie 1* beschrijft een optimale inzet van preventie, vroegdetectie en vroeginterventie. *Functie 2* vraagt om een sterk zorgaanbod in de thuisomgeving. *Functie 3* omschrijft de noodzaak van psychosociale rehabilitatie. *Functie 4* vraagt een intensere residentiële therapie, beperkt in tijd. Als laatste bepaalt *functie 5* de noodzaak tot specifieke woonvormen. Deze vijf opdrachten dienen ertoe, om patiënten met psychische problemen waar mogelijk meer in hun thuismilieu te houden, of zo goed mogelijk te rehabiliteren binnen de maatschappij. Dit met de hulp van een netwerk aan zorgverleners.

Het terrein van het thuismilieu is bij uitstek een terrein waar een rol is weggelegd voor de huisarts. Uit een Europees vergelijkende enquête studie in 2002 blijkt dat 72.8% van de Belgen met psychische problemen eerst naar de huisarts zijn gestapt.[(3)] De hoogste score van de onderzochte landen. In België is de toegang naar geestelijke gezondheidszorg dan ook nog sterk gericht op een verwijzing vanuit de eerste lijn, vaak de huisarts. Het is dus belangrijk dat de huisarts goed op de hoogte is van het aanbod en de evoluties binnen de geestelijke gezondheidszorg. Anderzijds blijkt dat België slecht scoort op vlak van inter-professionele samenwerking binnen huisartsgeneeskunde met de eerste lijn.[(4)] Verklaringen worden gezocht in het ontbreken van vaste teams, teveel gelegenheidssamenwerking. Inspanningen om een betere samenwerking na te streven blijven dus belangrijk. Dit geldt evenzeer voor samenwerking tussen huisartsgeneeskunde en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

(*) ontschotting van het zorgstelsel

## 2. Onderzoeksvraag

Als huisarts ben je anno 2015 een netwerkspeler in de gezondheidszorg. Ook in de regio Ieper-Diksmuide (West-Vlaanderen) evolueerde het netwerk geestelijke gezondheidszorg. Vernieuwingen in het kader van de "Gids naar een betere Geestelijke Gezondheidszorg" werden doorgevoerd.[5] Maar hoe goed zijn huisartsen in deze regio op de hoogte van de doelstellingen, de vijf bewegingen bij deze hervormingen?

Vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidzorg laat toe dat patiënten meer ambulant en in de thuissituatie geholpen kunnen worden. Hiertoe kunnen diverse zorgverleners bijdragen. Samenwerking wordt des te belangrijker bij meerdere zorgverleners, telkens individuele situaties. Binnen het Netwerk Accolade - regio Ieper-Diksmuide startte in kader van opdrachtfunctie 2 de mobiele teams; het mobiele team acute zorg (MTA) en het mobiele team langdurige zorg (MTL). Psychische zorgverlening aan huis bij crisissituaties. Deze nieuwe speler stelde zich voor aan alle huisartsgroepen actief in de regio en is intussen twee jaar actief. Hoe goed loopt de samenwerking tussen de huisartsen en mobiele teams? Wat zijn de sterke punten bij de samenwerking? Wat loopt minder goed? Welke visie hebben beide partners over deze samenwerking?

## 3. Literatuuronderzoek

### *3.1. Geïntegreerde zorg in de eerste lijn*

"Eerstelijnszorg is het versterken van universeel toegankelijke, geïntegreerde, persoonsgerichte, integrale zorg voor gezondheid in de gemeenschap door een team van professionelen die verantwoordelijk zijn om de overgrote meerderheid van gezondheidsproblemen aan te pakken. Deze dienstverlening komt tot stand in een duurzaam "partnership" met patiënten en mantelzorgers, in de context van het gezin en de lokale gemeenschap, en speelt een centrale rol in de algemene coördinatie en de continuïteit van de verzorging van een bevolking." [4,6]

**Geïntegreerde zorg** is zeker geen exclusieve doelstelling van de geestelijke gezondheidszorg. De eerste lijn plaatst de patiënt centraal. Vele studies erkennen de voordelen van geïntegreerde zorg bij ouderen, bij frailty. De zorg moet evolueren naar een doel-georiënteerd model. De focus bij oplossingen die kunnen werken binnen de context, in plaats van een probleemfocus met uniforme remedies. Zo wordt voor iedereen gestreefd naar een goede kwaliteit van leven. Dit kan gerealiseerd worden binnen een globale dienstverlening die in team verband en vraaggestuurd te werk gaat. Dit teamwerk betekent een verschuiving van ieder zijn eigen aanbod, naar samen de patiënt omkaderen. Zorgverleners gidsen de patiënt en helpen deze om keuzes te maken. Dit concept is bekend als Patiënt-empowerment.[4]

Om deze geïntegreerde zorg waar te maken, maakte de Europese Commissie van de WHO onder meer volgende adviezen.[6] Samenwerking verbetert wanneer met vaste partners wordt gewerkt en de procedures vaste vorm krijgen. Een team kan zo best continue zorg verlenen, binnen een wel afgebakend gebied; eerstelijnszones. Om een ruime geïntegreerde zorg mogelijk te maken, worden politieke departementen als Welzijn en Gezondheidszorg best op hetzelfde politieke niveau gestuurd. Binnen het opleidingskader van zorgverleners is het nuttig vroeg kennis te maken met de andere disciplines en door werkplekleren samenwerkingservaring op te doen.

### *3.2. Werkmethode mobiele teams*

**Community Based Mental Health (Thornicoft & Tansella)** [7] is het model dat de geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg omschrijft. Vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg is een progressieve realisatie, een evolutie sinds 1950. Projecten als beschut wonen, psychiatrische verzorgingstehuizen deden hun intrede. Nieuwe zorginstanties moeten institutionalisering vermijden, de maatschappij ondersteunen. Community Mental Healthcare Teams zijn één van de basisstenen in dit concept. [7] Dit zijn vaste teams, samengesteld uit diverse disciplines, die geestelijke gezondheidszorg verzorgen aan huis, binnen een afgebakend gebied. Dit past feitelijk binnen de aanbevelingen van het WHO.[6] Ook buiten de gezondheidszorg zou de vermaatschappelijking merkbaar moeten worden, binnen het ruime maatschappelijk leven. Namelijk minder taboe of stigma, dit is evenwel niet afdwingbaar.[8]

**FACT** Function Assertive Community Treatment is de basis voor de werkmethode van de mobiele teams. Het is de Nederlandse variant van het Amerikaans Assertive Community Treatment-model (ACT). Men stelde vast dat er te vaak een heropname binnen een psychiatrische dienst nodig was. Vaak omdat patiënten na ontslag onvoldoende voorbereid waren op de moeilijkheden in hun eigen leefomgeving. De stap naar diensten op de eerste lijn bleek soms te groot, door een versnippering van het aanbod of te vrijblijvende contacten. Om hieraan tegemoet te komen, werden teams opgericht die langskomen in die natuurlijke thuissituatie. Ze werken niet louter vrijblijvend maar aanklampend met een zorgprincipe van 'case-management'. Het team werkt samen aan een integrale aanpak voor individuele situaties en stelt zich hiertoe flexiebel op. Een aanpak in nauwe samenwerking met partners op de eerste lijn, ondermeer huisartsen, zeker op vlak van de somatische gezondheid.[9]

FACT legt daarenboven de focus op functieherstel, meer dan op louter symptoomcontrole. Herstel-georiënteerd werken binnen diverse levensdomeinen, weg van chroniciteit.[10] Zo spreekt het MTL ook liever van langdurige zorg dan van chronische zorg. Vanuit het begrip chronisch borrelt weinig initiatief om te werken aan herstel. Deze teamaanpak gebeurt transdisciplinair, alle taken worden gedeeld over alle disciplines, in plaats van ieder zijn eigen discipline. Zo kan de patiënt aanklampend benaderd worden en geactiveerd worden tot herstel. (tabel 1.) [11]

Uit resultaten van FACT werking, blijkt dat deze patiënten minder heropnames nodig hebben. Ze hebben meer psychosociale vaardigheden verworven en doen frequenter een beroep op algemene eerstelijnsgezondheidszorg, in plaats van de specialistische geestelijke gezondheidszorg.[9]

**Stepped Care / Balanced Care** Intern werken de teams dus transdisciplinair samen en met hun succes brengen ze meer patiënten terug naar de eerste lijn. Toch is het niet de bedoeling om patiënten meer dan nodig naar de teams toe te leiden. Minimale zorgverlening waar nodig, uitgebreide zorgverlening als het niet anders kan. Geestelijke gezondheid en welzijn worden in eerste instantie beschermd door de maatschappij (zelfzorg, informele contacten, familie, vrienden, buren, collega's, mantelzorgers…), in tweede instantie door de klassieke eerstelijnsgezondheidszorg. Pas in derde instantie wordt het circuit van professionele geestelijke gezondheidszorg ingeschakeld. De teams plaatsen zich dus niet op het niveau van de 'nulde' of 'eerste' lijn. Het zorgniveau wordt bepaald in evenwicht met de ernst en complexiteit. Een goede basis versterkt dit principe.[10]

**Tabel 1. Vormen van samenwerking** [11]

| | MULTIDISCIPLINAIR | INTERDISCIPLINAIR | TRANSDISCIPLINAIR |
|---|---|---|---|
| *Visie op het netwerk* | Teamleden herkennen het belang van de bijdrage van andere disciplines en diensten | Teamleden stimuleren andere diensten en disciplines ertoe noodzakelijke aspecten van zorg te ontwikkelen | Men functioneert als een gezamenlijk coherent netwerk, als één team in de zorg voor individuele cliënten |
| *Communicatie tussen disciplines* | Van afstand | Casusspecifieke teamvergaderingen waarop specialisten uitgenodigd zijn. | Regelmatige teamvergaderingen waarbij informatie, kennis en vaardigheden op continue basis worden gedeeld tussen de disciplines |
| *Beoordeling & inschatting (Assesment)* | Afzonderlijk assesment door verschillende disciplines | Afzonderlijk assesment waarbij men andere disciplines consulteert voor deelaspecten | Een gezamenlijk assesment per cliënt |
| *Participatie van cliënten* | Cliënten ontmoeten enkel individuele teamleden | cliënten ontmoeten het team of de woordvoerder van het team | cliënten zijn actieve deelnemende teamleden: ze nemen deel aan de vergaderingen |
| *Ontwikkeling van het zorgplan* | Teamleden ontwikkelen afzonderlijke zorgplannen voor de verschillende disciplines | Teamleden implementeren hun deel van het zorgplan en proberen in geval van nood andere onderdelen op te nemen | Het team is gezamenlijk verantwoordelijk voor de implementatie en de opvolging van het gezamenlijk zorgenplan |
| *VTO (vorming, training & opleiding)* | Onafhankelijkheid binnen elke discipline | Onafhankelijkheid binnen als tussen de eigen discipline | Een integrale component van de teamwerking: levende organisatie |
| *Rol coördinator* | Eigen discipline | Eigen discipline en leidinggevende over de disciplines | Stimulator van samenwerking en teamontwikkeling |

### *3.3. Eerdere samenwerking geestelijke gezondheidszorg - huisarts*

Een Canadese studie onderzocht de samenwerking tussen huisartsen en geestelijke gezondheidszorg.[12] Patiënten met weinig complexe psychische problemen werden alleen door de huisarts opgevolgd. Bij complexere pathologie is er vaker samenwerking met partners binnen de geestelijke gezondheidszorg. De toegang tot andere diensten wordt vaak als moeilijk ervaren, door drempels als taboe, kostprijs of wachtlijsten. De oprichting van community mental health care teams wordt om deze redenen positief ervaren. Wanneer er wordt samengewerkt, is dit meestal nog met een psychiater of een psychotherapeut. Communicatie tussen psychiater en huisarts gebeurt regulier per briefwisseling. Dit is vaak het enige communicatiekanaal. Andere occasionele partners zijn verpleegkundigen, apothekers of community mental health teams. Huisartsen blijken gereserveerd om hulp in te roepen. Toch oordeelden vele huisartsen weinig vertrouwen te hebben in hun eigen aanpak. Ze voelen zich vaak alleen, op het eiland van hun discipline. Ze putten het vaakst advies uit overleg met collega huisartsen. Dit schikt in het kader van het multidisciplinair denken.[11] Het eiland-denken; ieder zijn discipline kan een rem betekenen voor een gemeenschappelijk overleg en aanpak.

In België, was er in de periode 2003-2005 het project Stepped Care in de regio Ieper-Diksmuide.[12] De huisartsen kregen een vormingsaanbod over depressie, om zo hun eigen aanpak te bevorderen. Dit is volgens het stepped-care principe, om de basiszorg te versterken. Bijkomend werd de samenwerking tussen psychiater en huisarts onderzocht. Hierbij werden enkele hindernissen vastgesteld, voornamelijk op vlak van communicatie en taakverdeling. In mindere mate ging het om structurele tekorten als te weinig aanbod in crisisopvang en kinderpsychiatrie, de kostprijs of de lange wachttijden. De huisarts duidde in de verwijsbrief onvoldoende zijn verwachtingen. De communicatie vanuit het ziekenhuis bevatte te weinig relevante boodschappen (vb. motivatie tot

wijzigen medicatie) of het bericht van ontslag uit het ziekenhuis bereikte de huisarts niet of te laat. Een nazorgplan werd niet altijd voorzien of gecommuniceerd, waardoor de taakverdeling onvoldoende duidelijk was. Andere knelpunten die werden vermeld waren de negatieve beeldvorming op geestelijke gezondheidszorg of weinig wederzijds vertrouwen door een gebrek van appreciatie volgens enkele huisartsen. Beide disciplines hebben nu eenmaal elk een eigen visie, een verschillende mentaliteit. De huisarts stelt zich generalistisch op, is vaker gericht op somatiek en is zeer toegankelijk. Hij kent vaak zeer goed de context en staat dichtbij. De psychiater is specialistisch, gebruikt een eigen jargon. De wachttijd is vaak langer, maar hij staat verder van de patiënt en kan hierdoor neutraler tussenkomen. Om tot overleg te komen speelt wederzijdse bereikbaarheid een rol. De huisarts wenst niet gestoord tijdens huisbezoeken of consultaties, de psychiater niet tijdens zijn patiëntengesprekken…

Op vlak van opleiding stelden vooral de oudere huisartsen zich onvoldoende geschoold voor de aanpak van psychische problemen, vooral de gesprekstherapeutische aanpak. Ze suggereerden navorming die voor de helft bestaat uit klinische aanpak, en voor de andere helft over meta-aspecten van het intercollegiaal samenwerken (communicatie, taakverdeling,… ). Toch belemmert tijdsgebrek of relatief beperkte interesse de opkomst bij georganiseerde navormingen. Bij het investeren in samenwerking, speelt ook de factor tijd een rol en de vergoeding die erbij hoort.

Naast de zorgverleners, blijft uiteraard de voornaamste partner binnen de samenwerking de patiënt. Als deze ervoor kiest de huisarts niet in het overleg te betrekken, dan dient de psychiater dit te respecteren.[12, 13] Omgekeerd krijgt de huisarts niet altijd de volmacht psychische problemen aan te pakken. Een steekproefonderzoek bij acht patiënten in het Zenneland toonde aan dat slechts de helft de huisarts een rol als spilfiguur toekent.[14] Vooral omdat ‘de huisarts’ niet bestaat, de ene trekt wel tijd uit, de andere niet. Huisartsen toonden in verschillende mate begrip of interesse. Voor de ene patiënt is hij een echt steunfiguur, volgens de ander behoort het niet tot zijn taken. Evenmin bestaat ‘de patiënt’. Het project patiënt in beeld [15] viseerde bij patiënten de zorgvraag en diens stappen naar het hulpaanbod. Het concept onderscheidt vier types; de zorgmijder, de voorbijganger, de zoeker en de regisseur. (tabel 2.) Samenwerking tussen zorgverleners, kan niet omheen de karakteristieken en wensen van de patiënt. Dit onderzoek zal zich desondanks beperken tot de inter-professionele rol.

**Tabel 2. Patiënt in beeld [15]**

| | *Contact hulpverlener* | *Psychische zorgvraag* | *Ingaan op hulpaanbod* |
|---|---|---|---|
| ***Regisseur*** | + | + | + |
| ***Zoeker*** | + | + | - |
| ***Voorbijganger*** | + | - | - |
| ***Zorgmijder*** | - | - | - |

## 4. Methode

### *4.1. Literatuurstudie*

Het Netwerk Accolade Regio Ieper-Diksmuide formuleerde duidelijk hun eigen doelstellingen in kader van artikel 107. De hervormingen "Naar een betere geestelijke gezondheidszorg" [(2)] vormden dan ook het startpunt voor de literatuurstudie. Anderzijds beschikt het LUCAS over veel expertise in deze. Aanvullend werd een pubmed search gedaan met als zoektermen: cooperation, integrated care, general practitioner, community mental health care, (function) assertive community treatment, patiënt-centerdness. Bij relevante artikels werd ook de referentielijst doorgenomen.

### *4.2. Onderzoek op het terrein*

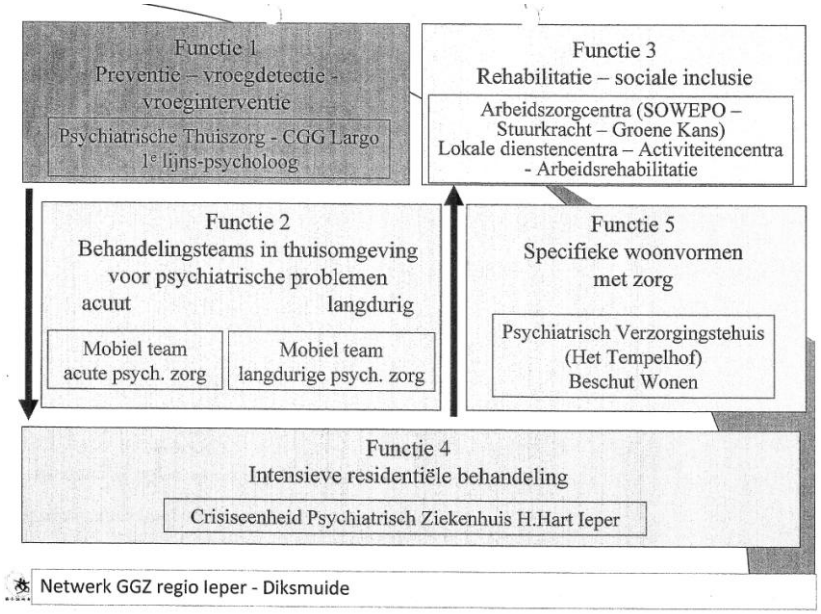
Dit onderzoek richt zich op de mobiele teams van het Netwerk Accolade - Regio Ieper-Diksmuide. Alle huisartsen die actief zijn in deze regio werden in 2013-'14 actief geïnformeerd over de start van de mobiele teams. Dit gebeurde tijdens vergaderingen van de huisartsen, binnen hun eigen LOK (Lokale kwaliteitsgroep). Aan diezelfde artsen van de tien LOK's werd in de periode oktober 2014 tot februari 2015 een anonieme vragenlijst voorgelegd, peilend naar de samenwerking. Daar waar geen LOK-vergadering doorging, of het voorleggen van de vragenlijst niet schikte binnen de planning; werd de vragenlijst elektronisch aangeboden. Elke huisarts ontving nadien een brochure van preventieve en ambulante diensten binnen het netwerk geestelijke gezondheidszorg Ieper-Diksmuide. *(Bijlage 10.2.)*

#### *4.2.1. Situering onderzoeksgebied*

**Accolade** Het Netwerk Accolade GGZ regio Ieper-Diksmuide omvat elf gemeenten in de westhoek, West-Vlaanderen. Dit zijn: Diksmuide, Heuvelland, Houthulst, Ieper, Kortemark, Langemark-Poelkapelle, Lo-Reninge, Mesen, Poperinge, Vleteren en Zonnebeke. Dit is een landelijk gebied, ongeveer 825 km² groot en telt circa 130 000 inwoners. De ratio man/vrouw ligt er nagenoeg op 50/50 en 1/5$^{e}$ van de bevolking is ouder dan 65 jaar. Regionaal ligt het gemiddeld jaarinkomen op € 15 757 per persoon (gegevens 2006).[(5)]

In het westen grenst dit gebied aan zeven gemeenten van het Netwerk GGZ Noord West Vlaanderen. In één ervan komen mobiele teams. Oostelijk ligt het Netwerk GGZ PRIT – Midden West Vlaanderen. In twee van de vier aangrenzende gemeenten zijn er mobiele teams actief. Zuidoostelijk vormt het gebied met één gemeente een grens met Netwerk GGZ Psy Zuid – Zuid West Vlaanderen; deze gemeente is een subregio waar mobiele teams werkzaam zijn. *(Bijlage 10.1.)*

Het Netwerk Accolade formuleerde haar eigen lokale doelstellingen volgens de vijf opdrachtfuncties.(figuur 1) Dit gebeurde in overleg met verschillende partners, ondermeer vzw Huisartsen Jan Yperman (huidig Huisartsenkring Westhoek). Binnen functie 2 startte op 1 januari 2013 twee behandelteams; de Mobiele Teams.[(5)] Een team voor acute zorg (MTA) en een team voor langdurige zorg (MTL).




**Figuur 1**:
Schematische invulling van de vijf opdrachtfuncties binnen het Netwerk Accolade regio Ieper-Diksmuide. De mobiele teams zijn verantwoordelijk voor opdrachtfunctie 2.

**MTA** Voor acute crisissituaties staat een team van acht voltijdse equivalenten paraat. Het team bestaat uit een psycholoog, maatschappelijk werker, psychiatrisch verpleegkundigen en een teampsychiater. Het is zeven op zeven overdag bereikbaar voor aanmeldingen, maar niet 's nachts. 48% van de aanmeldingen gebeuren door de huisarts. Ook de spoeddienst van het AZ en andere geestelijke gezondheidszorgdiensten kunnen aanmelden. Gemiddeld zorgt het team acute zorg voor twintig patiënten per week. Er wordt gestreefd binnen de twaalf uur na de aanmelding een eerste contact te realiseren. Maar vooraleer wordt gestart, bepaalt een geijkte risicoanalyse of dit wel voldoende veilig en mogelijk is. Na dertig dagen wordt de begeleiding afgerond en wordt een eindverslag gestuurd naar de huisarts. *(Bijlage 10.3.1.)*

**MTL** Voor crisissituaties waarbij langdurig zorg nodig is, zijn er iets meer dan zeven voltijdse equivalenten, bestaande uit een teampsychiater, een maatschappelijk werker, ergotherapeut en sociaal- en psychiatrisch verpleegkundigen. De wekelijkse caseload bij dit team staat op gemiddeld honderd patiënten / cliënten. Aanmelden voor dit team kan tijdens de werkweek, inclusief zaterdagvoormiddag, dus niet 's nachts of tijdens het weekend. 12% van de aanmeldingen gebeurden door de huisarts. *(Bijlage 10.3.2.)*

Voor elke patiënt die opgevolgd werd door het langdurig team vindt binnen de twee weken een Overleg Psychiatrische Patiënt (OPP) plaats. Dit is een interdisciplinair casusgebonden overleg. De situatie van de patiënt wordt besproken en de zorgpartners maken onderling en met de patiënt afspraken. Hierbij wordt de huisarts telkens uitgenodigd, 80% huisartsen zijn hierbij aanwezig. Een behandelingstraject wordt geënt op twaalf levensdomeinen, herstel-gefocust op die domeinen met de grootste problemen. *(Bijlage 10.4.3.)* Per cliënt gaan per jaar maximum drie OPP's door, en patiënten krijgen de begeleiding van maximaal drie verschillende zorgverleners. De termijn van behandeling is voorlopig nog onbeperkt. Bij elk tussentijdse evaluatie ontvangt de huisarts een verslag. Wanneer een patiënt doorstroomt naar een andere dienst, is deze verantwoordelijk voor de verdere communicatie.

**PZT Ieper** Psychiatrische Thuiszorg Ieper is als dienst binnen het Netwerk Accolade al langer actief. Ze staan open voor vragen van zorgverleners over de organisatie van de thuiszorg bij personen met psychische problemen. Naast advies, bieden ze coaching en vorming in het omgaan met mensen met psychische problemen, of helpen ze bij vermoeden de situatie verkennen. Waar nodig helpen ze aan huis, om de thuiszorg te coördineren. Zij blijven een aanmeldpunt voor welke zorg het beste schikt, met al dan niet een aanmelding naar de mobiele teams toe.

**Netwerkcomité** Alle projecten in kader van de hervormingen naar een betere geestelijke gezondheidszorg, worden in het Netwerk Accolade gestroomlijnd via een Netwerkcoördinator. Een schakelfiguur tussen de verschillende partners die regelmatig samen komen in een Netwerkcomité. De Mobiele Teams worden er vertegenwoordigd door de verantwoordelijke patiëntenzorg van het Psychiatrisch Ziekenhuis Heilig Hart Ieper. Er is geen directe vertegenwoordiging door huisartsen, wel indirect door het SEL (Samenwerkinginitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg).

### *4.3. Bevraging*

Een vragenlijst werd opgesteld om enerzijds te peilen naar de inhoudelijke kennis van de hervorming in de GGZ, anderzijds om de samenwerking te beoordelen. Samenwerking is een wisselwerking tussen meerdere partijen. Dus naast de bevraging van huisartsen (HA) werd een analoge versie opgesteld voor de zorgverleners van de mobiele teams (ZMT), hun beoordeling ten aanzien van de huisarts.

#### *4.3.1. Peilen naar de kennis van de hervorming "Naar een betere geestelijke gezondheidszorg"*

Zijn de bevraagden op de hoogte van de betekenis en inhoud van de vernieuwingen, hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg als gevolg van Artikel 107? Men kon hierop antwoorden, (helemaal) akkoord, neutraal of (helemaal) niet akkoord. Daarna werd de inhoudelijke invulling bevraagd. Waarvoor staat het hervormingsprogramma 'naar een betere geestelijke gezondheidszorg (artikel 107)'? De antwoorden van deze open vraag; werden gevalideerd op omschrijvingen die passen bij de vijf bewegingen: desinstitutionalisering, inclusie, decategoralisatie, intensifiëring en consolidatie.[(2)]

1. *Desinstitutionalisering:* Er wordt gestreefd naar minder en kortere ziekenhuisopnames voor psychische problemen. Gebalanceerde zorg; thuis waar het kan, in opname enkel als het echt nodig is. Dit ligt in het verlengde van de trendbreuk met de asielopvang van psychiatrische instituten voor 1950. Het is de bedoeling een beleid te voeren van korte, intensieve en evidence-based therapie. Mensen die in zeker zin gestabiliseerd zijn, maar nog ondersteunende zorg nodig hebben, kunnen beter in voorzieningen te midden de maatschappij worden omkaderd. Hiertoe is een diversificatie van het aanbod nodig. De zorg wordt verdeeld in verantwoordelijkheid over verschillende partners. Als alternatief voor de ziekenhuisopname worden intensieve en gespecialiseerde ambulante zorgvormen opgericht, met name de mobiele teams.

2. *Inclusie:* Op de geestelijke gezondheidszorg rust nog veel taboe. Psychische problemen werken soms isolerend, stigmatiserend. Het komt mensen ten goede uit dit isolement te breken, door ze opnieuw een deel van de maatschappij te laten zijn. Er moet worden gestreefd hen binnen hun eigen mogelijkheden te rehabiliteren, te integreren in de

maatschappij. Samenwerking met partners als onderwijs, cultuur, arbeid, sociale huisvesting enz., is hierbij noodzakelijk.

3. *Decategoralisatie:* Psychische problemen liggen verweven in iemands persoonlijke context. Een holistische aanpak geniet dan ook de voorkeur. Zorgverleners hebben elk hun afgebakende discipline, een specialistische invalshoek. Decategoralisatie bedoelt de schotten tussen elke discipline te slopen en samenwerking, overleg via zorgcircuits te realiseren.

4. *Intensifiëring:* Waar een ziekenhuisopname toch niet te vermijden valt, moet deze opname intensiever gebeuren. Afstappen van voornamelijk residentiële opvang, naar symptoomcontrole en therapie. Evidence-based aanpak vormt de hoeksteen met als streefdoel een zeker niveau van functioneren binnen de maatschappij.

5. *Consolidatie:* De evolutie van de geestelijke gezondheidszorg is een tendens van de laatste decennia. Vormen als beschut wonen raken stilaan ingeburgerd, terwijl andere diverse pilootprojecten nog hun weg zoeken. Goede projecten moeten resulteren in bestendigde instanties, vaste toegankelijke partners binnen het zorgaanbod. Deze regularisatie van projecten past zowel federaal als gewestelijk in het globale concept geestelijke gezondheidszorg.

#### *4.3.2. Bevraging van inter-professionele samenwerking HA versus ZMT*

Samenwerking is niet eenduidig meetbaar. Het is een interpretatie, die berust op ervaring. Zo werden voor dit onderdeel enkel de huisartsen die een samenwerking hadden, weerhouden. Hierbij indachtig dat ook een niet-samenwerking, een mening over potentiële samenwerking kan omvatten. Voor wie geen samenwerking had, eindigde het onderzoek. Aan zij die wel een samenwerking hadden, werden tien indicatoren voorgelegd, gebaseerd op het Model d'Amour.

**Model d'Amour et al. (2008)** [16] is een methode om samenwerking te beoordelen. Het model werd onderzocht binnen het netwerk in de perinatale zorg in Canada en blijkt een goed en gevalideerd onderzoeksinstrument om samenwerking inter-professioneel te beoordelen. Aan de hand van deze indicatoren kan ook de samenwerking tussen de huisartsen en zorgverleners van de mobiele teams geestelijke gezondheidszorg in kwaliteit beoordeeld worden. Toch moet worden opgemerkt dat samenwerking ook onderhevig is aan externe factoren als financiële en gouvernementele factoren.

Het model is opgebouwd uit vier dimensies: ten eerste *GEDEELDE DOELSTELLINGEN & VISIE*, ten tweede *WEDERKERIGHEID*, ten derde *HET BESTUUR* en ten vierde *DE ORGANISATIE*. Deze vier dimensies omvatten tien indicatoren en werden als volgt gedefinieerd, met toelichting van het lokale Netwerk GGZ Accolade - regio Ieper-Diksmuide.

**I^e DIMENSIE: GEDEELDE DOELSTELLINGEN & VISIE**

Deze eerste dimensie gaat over de visie op samenwerking, de bedoeling voor de patiënt. De patiënt staat centraal, toch kent elke individuele zorgverlener eigen professionele waarden, een eigen visie. Als basis voor een goede samenwerking zijn gemeenschappelijke doelen essentieel. Er is een gemeenschappelijke visie.

1. *Gedeelde doelstellingen:*
   Binnen het Netwerk Accolade heerst er consensus tussen de verschillende professionele partners. Gemeenschappelijke doelstellingen zijn geïdentificeerd en benoemd.
   Zowel HA als ZMT herkennen hierbij de doelstellingen als:
   - aanbieden van deskundige, vraaggestuurde en outreachende zorg
   - aanbieden van multidisciplinaire zorg
   - kwaliteit van leven, autonomie en gelijkwaardigheid van de patiënt
   - verblijven van patiënt in zijn thuissituatie en versterken van diens sociaal netwerk
   - zorgcontinuïteit
   - nauw overleg tussen verwijzer en mobiele teams
   - ...

2. *Cliëntgerichtheid:*
   Patiënt- ofwel cliëntgerichtheid betekent dat zowel de HA en ZMT prioriteit geven aan de belangen van de cliënt. Patiënt-centerdness, zoals omschreven in het model Levenstein.[17]
   Hierin staan volgende aandachtspunten voorop:
   - aandacht voor ziektebeleving, ideas, concerns en expectations
   - aandacht voor totaalbeeld van het individu, persoonlijkheid, zijn levensloop en context
   - aanpak gebaseerd op overleg met cliënt; welke prioriteiten, welke hindernissen, opstellen van de behandeldoelen, de rol van de arts en de rol van de patiënt
   - aandacht voor preventie & gezondheidspromotie, risicoreductie, vroegdetectie en symptoomcontrole
   - aandacht voor een goede zorgverlener-cliënt relatie; een therapierelatie met gedeelde macht, (zorg en geneeskundig, zelfbewustzijn, overdracht en return)
   - een aanpak met realistische vooruitzichten(tijd, middelen, team)
   De verschillende zorgverstrekkers houden hier rekening mee en overleggen hierover.

## II$^{e}$ DIMENSIE: WEDERKERIGHEID

Wederkerigheid is belangrijk bij een samenwerking. Onbekend is onbemind. Naast zelfkennis, is het goed de sterktes, als de zwaktes van de ander te kennen. Zo kunnen partners in een samenwerking elkaar aanvullen en leren vertrouwen. Informeel contact bevordert deze kennis van elkaars professionele kunnen. Er werd hier dan ook gepeild naar de interesse tot gemeenschappelijke opleidingsmomenten.

3. *Vertrouwen:*
   Een goede samenwerking tussen huisarts en zorgverleners van mobiele teams kan slechts plaatsvinden bij voldoende vertrouwen in elkaars competenties en verantwoordelijkheidszin. Vertrouwen doet eventuele onzekerheid dalen. Eerdere samenwerking beïnvloedt vertrouwen.

4. *Wederzijds kennen:*
   Om een professionele samenwerking te verkrijgen dienen zorgverleners elkaar persoonlijk en professioneel te kennen. Dit betekent op de hoogte zijn van elkaars waarden, perspectieven, competenties, disciplinaire referentiekaders, zorgopvattingen, omvang van praktijkexpertise en werkomgeving.
   Deze kennis vloeit voort uit de ontmoetingen tijdens eerdere samenwerking, gemeenschappelijke opleidingsmomenten, overleg als Overleg Psychiatrische Patiënt (OPP), telefonische en informele contacten...

## III$^{e}$ DIMENSIE: BESTUUR

Hoe meer partners, hoe meer nood aan een gids. De regie voor de ploeg, eindbesluiten en adviezen worden vanuit een centrale instantie geformuleerd. Het is hierbij belangrijk dat deze centrale partner geloofwaardig is, hierbij gesteund door duidelijk geformuleerd leiderschap.

5. *Centrale partner:*
   De centrale partner fungeert als een gids in de samenwerking en staat in voor het opstellen van duidelijke en uitdrukkelijke instructies die de samenwerking richting geven. De betrokkenheid van het Netwerk Accolade als centrale autoriteit in het verschaffen van duidelijke instructies geldt als determinerende factor voor een goede samenwerking.

   We doelen hier op instructies vanuit het Netwerkcomité, bestaande uit Beschut Wonen De Overweg; CGG Largo; Huisartsen Westhoek; Jan Yperman Ziekenhuis; Kompas; PVT Het Tempelhof; Psychiatrisch Ziekenhuis H. Hart; SEL Midden West-Vlaanderen en Similes Vlaanderen.

   Het netwerkcomité staat in voor de aansturing van het hervormingsprogramma 'Naar een betere geestelijke gezondheidszorg' inclusief de start en de werking van de mobiele teams.

6. *Leiderschap:*
   Het leiderschap is instructief over de samenwerkingsvorm en neemt het netwerkbestuur op zich. Het gaat niet strikt om een machtspositie, maar om het initiatief. Leiderschap als een bron voor initiatieven. Dit kan vele vormen aannemen; een interactie tussen partners of een bepaalde organisatorische positie. Het leiderschap kan ook gelijk verdeeld worden tussen organisatorische managers en vertegenwoordigers uit de klinische praktijk. Een goede samenwerking vereist dat dit leiderschap erkend is door alle partners van het netwerk.
   We kunnen zeggen dat het leiderschap binnen het Netwerk GGZ wordt opgenomen door het organisatorische Netwerkcomité. Initiatieven vanuit verschillende disciplines worden gefaciliteerd door de netwerkcoördinator.

7. *Verbondenheid:*
   Netwerkpartners zijn met elkaar verbonden en er is ruimte voor discussie tussen huisarts en zorgverleners van de mobiele teams. Er is de mogelijkheid een zekere band te krijgen met elkaar. Dit kan de vorm aannemen van professionele klinische of organisatorische activiteiten, of van het gebruik van diverse communicatiekanalen. Men voelt zich werkelijk deel van het netwerk.

8. *Innovatieve steun, expertise:*
   Er wordt uitdrukkelijke steun gegeven aan innovaties en leerprocessen die zich ontwikkelen bij alle vernieuwende initiatieven in het Netwerk GGZ. We denken hierbij vooral aan deskundigheidsbevordering en het delen van expertise, maar ook aan het actief aanpakken van tekortkomingen in het aanbod geestelijke gezondheidszorg.

## IV$^{e}$ DIMENSIE: VORMGEVING

Goede afspraken waarborgen een goede werking. Het bestaan van procedures ondersteunt een organisatie. Naast een goede taakverdeling is ook een goede en adequate communicatie belangrijk. Er bestaan duidelijke regels, als indicatiestelling, bepalingen van doelgroep en werkgebied, procedures van risicobepaling tot ambulante zorg en een herstelgerichte aanpak op basis van twaalf levensdomeinen. *(Bijlagen 10.4.)*

9. *Organisatorische ondersteuning:*
   Formalisering betreft de opmaak van uitdrukkelijke procedures en een organigram. Dit is een belangrijk middel om de verschillende partners hun verantwoordelijkheden te verduidelijken en vergemakkelijkt de verdeling van die verantwoordelijkheden.

   In het Netwerk GGZ bestaan er verschillende afspraken. Zo is de werking van de mobiele teams op het vlak van aanmelding, aanpak en duur van de interventie duidelijk bepaald. Enkel volwassenen in een thuissituatie komen in aanmerking. Aanmelding kan enkel door de huisarts, spoedarts, psychiater of het CGG Largo. Om te bepalen of een ambulante interventie mogelijk is, maakt men gebruik van een risicoanalyse. Als centraal aanspreekpunt geeft PZT (psychiatrische thuiszorg) advies en ondersteuning in functie van de meest passende zorg.

10. *Communicatie:*
    Effectieve communicatie houdt het bestaan in, van een kwaliteitsvolle informatie-infrastructuur, die bovendien adequaat wordt gebruikt. Snelle en volledige uitwisseling van informatie is nodig voor een goede samenwerking.

    Zorgverleners van de mobiele teams communiceren met huisartsen telefonisch overleg, elektronisch met tussentijdse en/of eindbrieven per Medibridge of in rechtstreeks gesprek tijdens gemeenschappelijk overleg.

Deze beoordeling loopt over een tijdsperiode voor en na de introductie van Medibridge als communicatiemiddel van de mobiele teams.

Elke indicator diende gescoord te worden op een schaal van nul tot drie. Nul betekent dat de indicator niet vervuld is, het criterium afwezig is en drie betekent dat deze net wel aanwezig is, de indicator is volledig vervuld. Deze vier meetpunten omvatten drie niveaus; tussen 0 en 1 niveau 1, wat staat voor latente samenwerking, het niveau 2: tussen 1 en 2: ontwikkelende samenwerking en niveau 3: actieve samenwerking tussen 2 en 3. (tabel 3.) Na het scoren werd bij de bevraging invulruimte voorzien voor vragen en/of bemerkingen.

Uit deze resultaten werd het gemiddelde als de mediaan bepaald. Het gemiddelde resultaat werd verwerkt in een Kiviat diagram. Zo wordt de globale samenwerking grafisch weergegeven. De resultaten werden vervolgens teruggekoppeld aan de teamverantwoordelijke van de mobiele teams, om zo in overleg een SWOT-analyse te formuleren. Hieruit kan de werking bijgestuurd worden met realistische verbeterprojecten, aanpassingen die de samenwerking kunnen optimaliseren.

**Tabel 3. Scoretabel per indicator (D'Amour et al.)**

| Score per indicator | NIVEAU 1: latente samenwerking | NIVEAU 2: ontwikkelende samenwerking | NIVEAU 3: actieve samenwerking |
|---|---|---|---|
| *Doelstellingen* | Tegenstrijdige doelen of niet gedeelde doelstellingen | Soms gedeelde doelstellingen, occasioneel | Er is consensus, alomvattende doelstellingen |
| *Cliëntgerichtheid* | Gestuurd door individuele, interesses, belangen | Gestuurd door organisaties, professionele disciplines | Model van Patiënt-centerdness |
| *Vertrouwen* | Gebrek aan vertrouwen | Vertrouwen is voorwaardelijk, in ontwikkeling | Gegrond vertrouwen |
| *Wederzijds kennen* | Geen ontmoetingskansen of gedeelde activiteiten | Beperkte ontmoetingskansen of gedeelde activiteiten | Frequente ontmoetingskans, gedeelde activiteit |
| *Centrale partner* | Afwezigheid van centrale partner | Slecht bepaalde centrale partner, de rol is ambigu | Sterke centrale partner, die consensus nastreeft |
| *Leiderschap* | Geen consensus over leiderschap, of monopoly | Diverse verdeelde kleine leiders, weinig impact | Gedeeld leiderschap, bij consensus |
| *Verbondenheid* | Geen overleg | Overleg, bij beperkte casussen | Frequent overleg met goede participatie van de partners |
| *Innovatieve steun* | Geen expertise beschikbaar, dit wordt niet bevorderd | Expertise verdeeld tussen partners, soms bevorderd | Expertise aanwezig, die samenwerking bevordert |
| *Vormgeving* | Geen procedures, of onbruik van procedures | Procedures zonder consensus, of niet-kwalitatief | Procedures bij consensus |
| *Informatie-uitwisseling* | Afwezige of slechte communicatiekanalen | Onvolledig of fout gebruik van communicatiekanalen | Adequaat gebruik van uniform communicatiekanaal |

## 5. Resultaten

### *5.1. Profiel van de bevraagden*

Deelname aan de bevraging berustte volledig op vrijwillige medewerking. 57 artsen vulden de vragenlijst volledig in. Bij de medewerkers van de mobiele teams vulden 16 personen online de lijst volledig in. Het profiel van de respondenten werd samengevat in tabel 4. Van de 10 LOK's met huisartsen actief binnen de regio Ieper-Diksmuide, werden 6 LOK's bezocht en 4 ontvingen online een uitnodiging tot deelname.

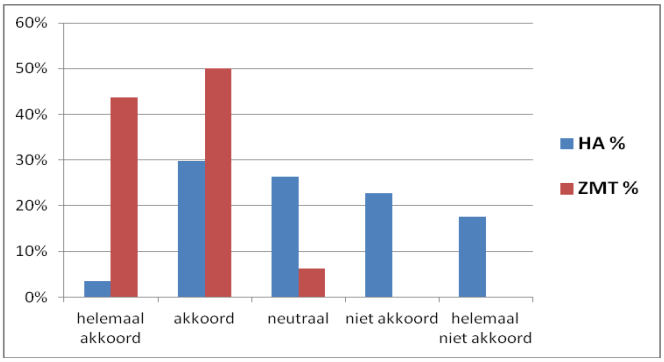
**Tabel 4. Profiel respondenten**

| | | Huisartsen (HA) | Zorgverleners Mobiele Teams (ZMT) |
|---|---|---|---|
| **Totaal** | | **57** | **16** |
| **Geslacht** | *Man* | 46 | 1 |
| | *Vrouw* | 11 | 15 |
| **Ervaring** | *Haio* | 2 | |
| | *0-10 jaar* | 8 | 8 |
| | *11-20 jaar* | 7 | 2 |
| | *21-30 jaar* | 17 | 2 |
| | *31-40 jaar* | 18 | 1 |
| | *> 40 jaar* | 5 | 3 |
| **Praktijkvorm** | *solopraktijk* | 33 | |
| | *groepspraktijk* | 24 | |

### *5.2. Kennis van de hervorming "Naar een betere geestelijke gezondheidszorg"*

Op de vraag of ze de hervorming "Naar een betere geestelijke gezondheidszorg" kennen, antwoordden 19 artsen akkoord tot helemaal akkoord en 23 stelden de inhoud niet tot helemaal niet te kennen. 15 huisartsen antwoordden neutraal.

Niemand van de mobiele teams stelde niet op de hoogte te zijn. Van de 16 ZMT stellen 15 medewerkers goed, tot heel goed op de hoogte te zijn, 1 iemand antwoordde neutraal. (figuur 2)




**Figuur 2**.
Procentuele weergave: 93.75% zorgverleners mobiele teams zijn akkoord tot zelfs helemaal akkoord; 41% huisartsen stellen niet tot helemaal niet op de hoogte te zijn van de hervorming, 26% huisartsen blijft neutraal tov 6.25% zorgverleners van de mobiele teams. Blauw: HA (n57) – Rood: ZMT (n16)

Van de 57 HA vulden 27 artsen de inhoudelijke open vraag in. Deze respons komt voornamelijk uit de groep die stelde de inhoud van de hervormingen "Naar een betere geestelijke gezondheidszorg" te kennen; namelijk 16 die akkoord tot helemaal akkoord en 6 die neutraal hadden geantwoord. 4

artsen die stelden de hervorming niet te kennen, trachtten toch de vraag te beantwoorden. Alle 16 ZMT vulden de vraag in.

Voor *desinstitutionalisering* maakten 18 HA en 12 ZMT een formulering als “afbouw van ziekenhuisbedden”, “oprichting mobiele teams”, “evolutie naar mobiele zorg, acute en chronische teams”, “het vermijden of uitstellen van residentiële zorg”...

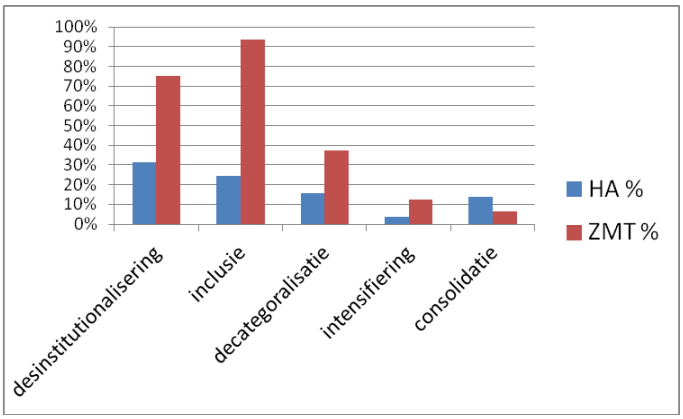
Als omschrijving voor *inclusie* noteerden 14 HA en 15 ZMT het als “vermaatschappelijking van zorg”, “inzetten op de thuissituatie, de thuiszorg”, “leren leven, functioneren in de maatschappij”…

“Multidisciplinair”, “overleg”, “samenwerking met de eerste lijn”, “geïndividualiseerde zorg, met aandacht voor de context”, “hulpverlenernetwerk”zijn omschrijvingen passend bij het begrip *decategoralisatie*, genoteerd door 9 HA en 6 ZMT.

Terwijl 2 HA en 2 ZMT *intensifiëring* formuleren als “kortere opnames psychiatrie”, “intensievere residentiële zorg intens”, “gespecialiseerde psychiatrische diensten”.

Tot slot noteerden 8 HA en 1 ZMT vermeldingen van *consolidatie*: “toegankelijkheid verhogen”, “bereikbaarheid van diensten”, “drempelverlagend”.

Niemand noteerde expliciet één van de vijf bewegingen, 30 huisartsen bleven het antwoord uiteindelijk volledig schuldig. (figuur 3.)




**Figuur 3.**
Kennis van de inhoud van de vijf bewegingen uit de hervorming “Naar een betere geestelijke gezondheidszorg”. Blauw: HA (n57) – Rood: ZMT (n16)

### *5.3. Inter-professionele samenwerking HA versus ZMT*

Het tweede luik van de bevraging richtte zich op de tien samenwerkingsindicatoren uit het Model D’Amour. Van de 57 HA waren er 39 die uitleg hebben gekregen over de werking van de mobiele teams. Er zijn 44 artsen die al eens een samenwerking met één van de teams hadden. Als globale beoordeling vonden 15 van de 44 artsen de samenwerking uiterst goed en 19 vonden het goed. Niemand beoordeelde de huidige samenwerking slecht. De helft van ZMT vindt de samenwerking goed, de andere helft oordeelt neutraal. (tabel 5.)

**Tabel 5. Globale samenwerking**

| | Huisartsen | | Huisartsen | Medewerkers Mobiele Teams |
|---|---|---|---|---|
| **Totaal** | **57** | **Totaal** | **44** | **16** |
| **info-moment?** *ja* | 39 | **Samenwerking?** | | |
| *nee* | 16 | *uiterst goed* | 15 | 0 |
| *weet niet* | 2 | *goed* | 19 | 8 |
| **Samenwerking gehad?** | | *neutraal* | 10 | 8 |
| ja, MTA | 13 | *slecht* | 0 | 0 |
| ja, MTL | 10 | *uiterst slecht* | 0 | 0 |
| ja, MTA & L | 21 | | | |
| Neen | 13 | | | |

## I$^{e}$ DIMENSIE: GEDEELDE DOELSTELLINGEN & VISIE

**1. Gedeelde doelstellingen** Gemiddeld gaven de HA een score van 2,32 en de ZMT 2,06. Hiermee stellen beide groepen zorgverleners dat er in zekere mate wel consensus van doelstellingen is. (NIVEAU 3)

**2. Cliëntgerichtheid** De HA-groep antwoordde hier gemiddeld met een score van 2,43 (NIVEAU 3), werkelijke Patiënt-centerdness. Terwijl de groep ZMT dit op 1.81 scoort (NIVEAU 2), cliëntgerichtheid vooral gestuurd door organisaties en professionele disciplines. Mogelijk primeren in sommige gevallen nog enkele private, financiële of beroepsbelangen. Als deze te sterk primeren, bestaat het risico van een louter opportunistische samenwerking.

## II$^{e}$ DIMENSIE: WEDERKERIGHEID

**3. Vertrouwen** Het vertrouwen scoort in de ogen van de HA een gemiddelde van 2,27 en volgens de ZMT, gemiddeld 2,00. Respectievelijk gegrond vertrouwen (NIVEAU 3), en voorwaardelijk vertrouwen, nog in ontwikkeling (NIVEAU 2). Eén huisarts merkt op, dat de samenwerking nog onvoldoende lang loopt en dus nog niet goed beoordeelbaar is. Negatieve ervaringen uit het verleden maken dat hij zich afwachtend opstelt. Vooral communicatie perikelen met andere diensten geestelijke gezondheidszorg, verklaren zijn kritische houding. Twee huisartsen spreken dan weer uitdrukkelijk hun positieve ervaring uit. Een goede samenwerking en een sterk vertrouwen in de teams.

**4. Wederzijds kennen** Deze indicator scoort bij de HA-groep minder goed dan bij de ZMT, respectievelijke gemiddeldes van 1,45 en 1,88. (NIVEAU 2) Er zijn beperkte ontmoetingskansen, slechts beperkte gedeelde activiteiten. Een huisarts stelde hierbij dat de indicaties tot samenwerking met MTA als MTL te beperkt zijn. Zo is er minder frequent samenwerking en weinig kans om elkaar te leren kennen. Er is bij 27 van 44 huisartsen wel interesse voor gemeenschappelijke opleidingen. Van de groep ZMT zijn er 15 van de 16 hierin geïnteresseerd.

## III$^{e}$ DIMENSIE: BESTUUR

**5. Centrale partner** Voor de HA en ZMT is deze factor respectievelijk voor gemiddeld 1,52 en 1,50 gerealiseerd (NIVEAU 2). De centrale partner is slecht bepaald of zijn rol is ambigu.

**6. Leiderschap** Het leiderschap krijgt gemiddelde scores van 1,70 en 1.63 bij respectievelijk HA en ZMT (NIVEAU 2). Er zijn diverse kleine leiders, verdeeld en met weinig impact. In een reactie van een huisarts valt te lezen dat het Netwerk een zeer logge structuur lijkt te hebben, het heeft al heel wat initiatieven genomen maar die lijken weinig concreet naar artsen toe en de voordelen zijn momenteel nog niet duidelijk. Aanvankelijk participeerde deze arts aan bijeenkomsten, maar het initiatief stopte toen hij er geen voordeel in zag.

**7. Verbondenheid** De verbondenheid scoort NIVEAU 2, het overleg blijft beperkt tot casuïstiek. Respectievelijke gemiddelden van 1,25 en 1,31 door HA en ZMT.

**8. Innovatieve steun, expertise** De antwoorden van HA en ZMT resulteren in scores van 1,66 en 1,94. De HA scoren deze indicator lager dan de ZMT. (NIVEAU 2) Expertise ligt verdeeld tussen de partners, expertise wordt soms bevorderd. Dit kan door bijscholing, zowel intern als extern, maar is ook afhankelijk van beschikbare middelen. Een huisarts formuleert de wens hierover betere opleiding te krijgen.

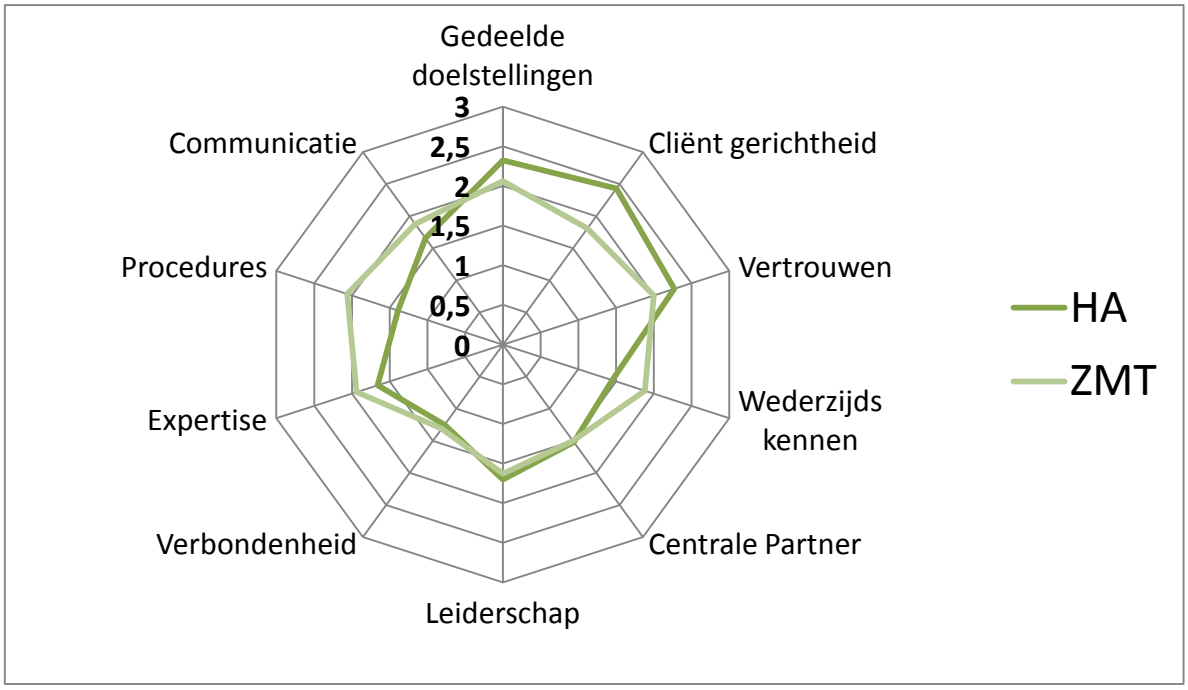
## IV$^{e}$ DIMENSIE: VORMGEVING

**9. Organisatorische ondersteuning** Voor het bestaan van deze protocols antwoordden HA gemiddeld 1,39 en ZMT 2,06. Respectievelijk NIVEAU 2 en NIVEAU 3. De HA beoordeelt de procedures als niet kwalitatief of er ontbreekt consensus over, terwijl volgens de ZMT de procedures bij consensus bepaald zijn en kwalitatief duidelijk. Naast indicatiestelling, bepalingen van doelgroep en werkgebied bestaan ook de procedures van risicobepaling tot ambulante zorg en een herstelgerichte aanpak op basis van twaalf levensdomeinen. *(Bijlage 10.4.)*

Wachttijd en intakeformulieren werden door een huisarts benoemd als mogelijke hindernissen tot samenwerking. Een andere huisarts stelde de mobiele teams als een duidelijke aanwinst, maar de werkingsprocedure zou duidelijker moeten. Twee huisartsen vermelden problemen met de regioafbakening. De één vroeg of het gebied niet kan worden uitgebreid tot Alveringem, de andere stelde dat de perifere gebieden minder goed bedeeld zijn Hij kaartte daarbij ook de versnippering van de zorg aan.

**10. Communicatie** De communicatie krijgt een score NIVEAU 2, volgens HA 1,66 en volgens ZMT 1,88. Onvolledig of fout gebruik van communicatiekanalen. Deze beoordeling loopt over een tijdsperiode voor en na de introductie van Medibridge als communicatiemiddel van de ZMT. Een huisarts merkte op, dat de communicatie wederzijds dient te gebeuren, er mag geen sprake zijn van eenrichtingsverkeer. Eén huisarts stelde geen eindverslag te hebben ontvangen. Een andere vindt de communicatie met de psychiater slecht, zeker wanneer de MT doorverwijzen naar de psychiater, gebeurde dit zonder overleg, waardoor ook medicatie werd gestart zonder overleg met de huisarts. Eén zorgverlener van de MT, uit de bezorgdheid vaak als boodschapper te functioneren in de communicatie tussen de huisarts en de teampsychiater. Is er schroom om rechtstreeks in overleg te gaan?

**Figuur 4.** Kiviat schema: resultaten huisarts versus zorgverleners mobiele teams in het Netwerk Accolade.




**Tabel 6. Gemiddelde waardes en mediaan**

| | HA (n 44) | | | | | | ZMT (n 16) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **0** | **1** | **2** | **3** | **Gem.** | **Med.** | **0** | **1** | **2** | **3** | **Gem.** | **Med.** |
| *Gedeelde doelstellingen* | 0 | 3 | 24 | 17 | **2,32** | 2 | 0 | 0 | 15 | 1 | **2,06** | 2 |
| *Cliënt gerichtheid* | 0 | 2 | 21 | 21 | **2,43** | 2 | 0 | 4 | 11 | 1 | **1,81** | 2 |
| *Vertrouwen* | 0 | 3 | 26 | 15 | **2,27** | 2 | 0 | 0 | 16 | 0 | **2** | 2 |
| *Wederzijds kennen* | 4 | 18 | 20 | 2 | **1,45** | 1,5 | 0 | 3 | 12 | 1 | **1,88** | 2 |
| *Centrale Partner* | 6 | 15 | 17 | 6 | **1,52** | 2 | 0 | 8 | 8 | 0 | **1,5** | 1,5 |
| *Leiderschap* | 6 | 16 | 7 | 15 | **1,7** | 1,5 | 1 | 8 | 3 | 4 | **1,63** | 1 |
| *Verbondenheid* | 4 | 26 | 13 | 1 | **1,25** | 1 | 2 | 6 | 8 | 0 | **1,31** | 1,5 |
| *Expertise* | 2 | 14 | 25 | 3 | **1,66** | 2 | 0 | 2 | 12 | 2 | **1,94** | 2 |
| *Procedures* | 4 | 23 | 13 | 4 | **1,39** | 1 | 0 | 1 | 13 | 2 | **2,06** | 2 |
| *Communicatie* | 2 | 19 | 15 | 8 | **1,66** | 2 | 0 | 6 | 6 | 4 | **1,88** | 2 |

## 6. Discussie

### *6.1. Kennis van inhoud "Naar een betere geestelijke gezondheidszorg"*

Globaal stellen ZMT goed op de hoogte te zijn, terwijl de HA toch vaker moet bekennen niet goed op de hoogte te zijn. De huisarts staat dan ook meer als toeschouwer bij de hervorming, terwijl de zorgverlener van de mobiele teams er een deel van uitmaakt. Om niet suggestief te zijn, werd enkel de actieve kennis bevraagd in een open vraag. Toch valt bias door het studie opzet niet helemaal uit te sluiten, want naarmate de bevraging vorderde, werd het tweede luik aangebracht, over de samenwerking met de mobiele teams. De ZMT kennen uiteraard zichzelf, toch werd ook door hen het begrip desinstitutionalisering niet unaniem aangereikt. Dit doet vermoeden dat de passieve kennis toch wel hoger zal liggen. Enkele huisartsen noteerden "geen idee" of "ik lees geen wetteksten". De hervorming "Naar een betere geestelijke gezondheidszorg" blijft dus onlosmakelijk verbonden met de wettekst die artikel 107 is. Een omschrijving die eigenlijk maar een fractie omschrijft van de hervorming. Toch lijkt het opportuun dat zorgverleners als huisartsen op de hoogte zijn van wat er beweegt binnen de GGZ. Zeker bij het concept 'desinstitutionalisering', kan het nuttig zijn dat huisartsen hiervan de intentie en de alternatieven kent.

### *6.2. Waardering van samenwerking HA versus ZMT*

**Beperkingen van het onderzoek**

Bij een onderzoek naar de kwaliteit van samenwerking tussen twee zorgverleners, zijn er drie partners. De zorgverlener van het mobiele team, de huisarts en de zorggebruiker, met name de patiënt. Dit onderzoek vestigt zich geenszins op de patiënttevredenheid, maar uiteraard is ook deze uiteindelijk zeer waardevol. In primo, moet een patiënt met psychische problemen tot de zorg worden toe geleid. Anderzijds zijn de bevraagde zorgverleners, individuen, met eigen ideeën, eigen visies. Bij de groep huisartsen bestaat een spectrum aan interesse voor de geestelijke gezondheidszorg, interesse tot samenwerking.[14] 'De huisarts' bestaat dus niet. De vrijwillige deelname, omvat ook de kans op dergelijke bias, het risico de meest uitgesproken meningen te bevatten. Niet alle huisartsen van het Netwerk Accolade namen deel aan het onderzoek.

Het project loopt op het moment van de bevraging twee jaar. Dit is relatief kort, zoals ook een arts opmerkte. Bovendien zijn nieuwe projecten altijd moeilijk. Samenwerking valt niet te verplichten.[16] Binnen nieuwe projecten is er steeds een zekere groeicurve te merken. Anderzijds kan deze eerste evaluatie, het leerproces bijsturen waar nodig.

In de beoordeling werd geen rekening gehouden met de evoluties op de andere niveaus van de GGZ, de andere functies van de hervorming. Het staat vast dat de mobiele teams geen eiland op zich zijn. De omkadering van preventieve zorg (functie 1), transfers in en uit de residentiële zorg (functie 3) als nazorg (functie 4 en 5) zijn evengoed belangrijke peilers voor de werking van de mobiele teams. Zeker in de beleving van geïntegreerde zorg, is samenwerking binnen een netwerk, een zaak van alle partners. Elk klein radertje draagt bij tot het functioneren van het groter geheel.

De samenwerking is volgens het Model D'Amour geregistreerd in tien indicatoren. Dit is op een schaal van nul tot drie. Wat toelaat een grove inschatting te maken over de samenwerking. Maar wellicht is de waarheid complexer dan deze tien indicatoren. Inter-professionele contacten zijn ook

individueel gekleurd en er is invloed van hogerhand; politieke beslissingen, financiering en personeelscapaciteit zijn hiervan voorbeelden.

**Conclusies over de samenwerking**

Globaal geven huisartsen en zorgverleners elkaar een goede score van samenwerking. De helft van de ZMT en 10 HA bleven neutraal, maar niemand benoemde de samenwerking slecht. Uit de feedback van de ZMT, blijkt nogmaals dat 'de huisarts' niet bestaat. Samenwerking is vaak erg wisselend van huisarts tot huisarts. De mobiele teams werden hier beoordeeld in hun startfase. Over de periode van twee jaar heeft een groot aantal huisartsen weldegelijk een samenwerking gehad en niemand vond deze slecht. Dit is een positief vertrekpunt.

Als we de tien indicatoren onder de loep nemen, zien we bij de HA de beste scores (NIVEAU 3) voor gedeelde doelstellingen, cliëntgerichtheid en vertrouwen. Indicatoren die vrij dicht staan bij de rechtstreekse dienstverlening, het standpunt van de gebruiker. Bij de ZMT liggen de beste scores bij gedeelde doelstellingen en procedures. Inhoudelijke indicatoren, dicht bij de zorgverlening.

I$^{e}$ DIMENSIE: GEDEELDE DOELSTELLINGEN & VISIE

**1. Gedeelde doelstelling:** HA en ZMT zijn vrij tevreden over deze indicator (NIVEAU 3). Voor huisartsen betekenen de mobiele teams een verruiming in het zorgaanbod. Dit impliceert mogelijk de perceptie dat anderen nu mee zullen werken aan de eigen doelen. Van de ZMT antwoordde de meesten met score 2. Een meer kritische blik ten opzichte van gedeelde doelstellingen met de huisarts. Vooral merken de ZMT hier bij op dat de huisarts zeer variabel is. Er zijn er met wie vanuit gedeelde doelstellingen degelijk kan worden samengewerkt, er zijn er ook anderen bij wie de eigen discipline belangen nog primeren. Strategisch werden de projectdoelstellingen wel bepaald in overleg met de huisartsenkring Jan Yperman (huidig huisartsenkring Westhoek). Dit is positief, toch niet alle huisartsen van het netwerk vallen onder deze huisartsenkring.

Voor de uitvoering van de gedeelde doelstellingen, blijft men afhankelijk van elke individuele partner. De waardering van ZMT is niet optimaal maar ook niet afwezig. Afwezig als bijvoorbeeld huisartsen die de psychiatrische diagnose niet willen onder ogen zien.

**2. Cliënt gerichtheid:** Ook hier zijn HA enthousiaster als ZMT. Respectievelijk NIVEAU 3 en 2. Voor de ZMT team is geïntegreerde zorg een doelstelling van het team. Teamwerk die telkens vanuit de cliënt werkt. Het is positief dat huisartsen dit zo zien en waarderen. De ZMT scoren de huisarts voor diens cliëntgerichtheid minder hoog. Ook hier valt de opmerking over de verschillen binnen de huisartspopulatie. ZMT botsen wellicht net iets vaker op situaties waarbij de cliëntgerichtheid in het gedrang kwam, terwijl voor de huisarts de teamwerking als toevoeging en verbetering werd ervaren. Het zorgplan zou transdisciplinair moeten gebeuren. De score voor de HA lijkt meer interdisciplinair; elk hun eigen deel van het zorgplan.

Cliënt-gerichtheid werd gedefinieerd naar het model van Levenstein.[17] Maar vaak blijft het voor zorgverleners een mistig begrip. Het staat vaak automatisch synoniem voor goede zorg, en omgekeerd. Cliënt-gerichtheid kent valkuilen, vooral in de somatische zorg. Mogelijke valkuilen zijn angstinductie door teveel uitleg, patiënten die niet willen zelf kiezen, of hun heil volledig extern leggen, of vanuit een sterke patiëntenvisie een minder goed ziektebesef,… Maar het is wel uiterst

waardevol bij psychosomatische zorg. Een open en goede communicatie, gebaseerd op de ideas, concerns en expectations van de patiënt, blijft primordiaal.[18]

## II$^{e}$ DIMENSIE: WEDERKERIGHEID

**3. Vertrouwen** ZMT scoren dit unaniem 2, (NIVEAU 2) HA verdelen de score meer; gemiddeld 2,27 (NIVEA 3). De HA vertrouwen de mobiele teams, andersom zijn er weer veel diverse huisartsen… Vertrouwen valt dan ook niet op te leggen.[16] Het is vaak gekleurd uit vroegere ervaringen. Positieve ervaringen doen het vertrouwen groeien, negatieve ervaringen doen het dan weer dalen. Uit de Stepped-Care bleek de kloof tussen HA en psychiater soms groot. Vanuit een hiërarchische perceptie, conflict; leeft soms het idee dat de ander zijn visie niet zal waarderen.[12] Hiërarchisch vertrouwen huisartsen de ZMT meer dan omgekeerd. Voor de ZMT blijft het vertrouwen wat voorwaardelijk. Als zij hun mening delen, zal de HA dit dan waarderen?

**4. Wederzijds kennen** Dit scoort globaal niet sterk, beiden geven dit een NIVEAU 2. Beperkte ontmoetingskansen of gedeelde activiteiten. Er is ook tijd en herhaling nodig om elkaar te leren kennen. Deze herhaling volgt vaak niet zo snel, gezien de beperkte indicaties tot samenwerking. Vaker wordt namelijk getracht de crisis te vermijden. Het project is ook nog maar twee jaar bezig. Toch kunnen HA en ZMT elkaar ook leren kennen bij informeel contact. Dit kan tijdens vorming of bijscholing. In de Stepped Care studie vroegen artsen al gemeenschappelijke opleidingsmomenten met partners van de geestelijke gezondheidszorg.[12] Hierin is er een kans tot het creëren van meer ontmoetingskansen. De meeste HA staan ook open voor gemeenschappelijke bijscholing.

## III$^{e}$ DIMENSIE: BESTUUR

Globaal ligt bestuur moeilijk ter beoordeling en is veruit onbekend voor de huisarts. Mogelijk nog moeilijker voor artsen die perifeer in het Netwerk Accolade actief zijn en dus ook met aangrenzende Netwerken in contact komen. Huisartsen nemen ook weinig tot niet deel aan het operationele bestuur.[19]

**5. Centrale partner** scoort voor beiden NIVEAU 2. Het Netwerkcomité functioneert in feite als ronde tafel tussen de diensten en disciplines - een centraal overleg. Hieraan nemen geen huisartsen deel en het is dus moeilijk om hier over partnerschap te spreken. Vaak moet men vaststellen dat het regionale psychiatrisch ziekenhuis de rol van centrale partner inneemt.[19] Ook in Ieper zijn diensten als PZT en Mobiele Teams, nauw verbonden aan het psychiatrisch ziekenhuis H. Hart. Dit is enigszins logisch, gezien de verbondenheid met de psychiaters en expertise van de tweede lijn, de financiering. Voor huisartsen is PZT een centraal aanmeldpunt, toch kan deze dienst niet de centrale partner voor procedure afspraken zijn. De centrale partner is slecht bepaald, de rol is ambigu.

**6. Leiderschap** Diverse verdeelde kleine leiders, weinig impact (NIVEAU 2). De netwerkcoördinator is niet de ultieme strategische leider, maar hij is een facilitator voor leiderschap door de diverse partners binnen het netwerkcomité. Maar vaak merken de netwerkcoördinatoren dat het netwerkcomité te passief blijft en niet strategisch uit de hoek komt.[19] In de perceptie van HA en ZMT is er dan ook geen duidelijk leiderschap. Het netwerkcomité staat ver van de huisarts, een huisartskring staat ver van de GGZ-sector. Het psychiatrisch ziekenhuis H. Hart is als enige binnen het Netwerk Accolade, een unieke leider van de tweede lijn. De projecten en evoluties als de mobiele

teams zijn ontstaan uit dit ziekenhuis. In zekere zin bestaan ze in de schaduw van. Kleinere leiders komen uit de welzijnssector als de CAW's en CGG's. Er is nog groeipotentieel tot een transdisciplinair model met teamontwikkeling. Terwijl er nu vooral binnen de eigen discipline gekeken wordt.

**7. Verbondenheid** Dit is de indicator die opmerkelijk het laagste scoort, zowel bij de HA als de ZMT. Het netwerkdenken is nog niet uniform ingeburgerd. De teamgeest ontbreekt. Dit is jammer, maar kan ook niet verplicht worden opgelegd. Men zou zich ook kunnen afvragen hoe verbonden huisartsen onderling zijn? In de haalbaarheidsstudie merkten netwerkcoördinatoren op dat niet alle partners het project genegen zijn. Sommigen doen louter mee om erbij te zijn, niet uit intrinsieke overtuiging.[19] Het ontbreekt aan gelegenheid of ruimte om met elkaar in discussie te treden, een band op te bouwen. De samenwerking is vaak beperkt tot een casusgebonden gelegenheid. Veel verschillende huisartsen, voor twee vaste teams.[4] Sterker netwerkdenken, beter wederzijds kennen laat toe dat verbondenheid toeneemt. Maar men kan geen vaste huisarts in het team toevoegen. Het blijft de huisarts van de patiënt.

**8. Expertise / Innovatieve steun** Voor nieuwe projecten heerst best een innovatieve sfeer. De kans voor elke netwerkpartner zich verder te bekwamen, maar ook het nieuwe project bij te evalueren en bij te schaven. Dit scoort weerom NIVEAU 2. Binnen een interdisciplinair model, wordt vorming, training nog vaak interdisciplinair georganiseerd, zeker voor huisartsen. Hervormingen transdisciplinair, ontstaan wellicht beter door disciplines samen in hun expertise te bevorderen, maar ook echt te leren samenwerken. Zo kon de Stepped Care studie wel naar voor brengen dat huisartsen soms het nazorgplan misten. Dit bood de kans hieraan te werken, te verbeteren. Feedback over de werking blijft dus waardevol en belangrijk, maar moet ook uitgewisseld worden. Anders blijft het bij verzuchtingen binnen één discipline, zonder enige verandering.

## IV$^{e}$ DIMENSIE: VORMGEVING

**9. Procedures / Organisatorische steun** Bij deze indicator verschilt de mening van de ZMT en HA het meest. De ZMT schatten de procedures veel hoger in; NIVEAU 3 versus NIVEAU 2. Zij werken dan ook dagelijks met de procedures. Ze zijn er sterker mee vertrouwd. Huisartsen werken maar occasioneel samen met de MT's, de kennis van procedures kan hierdoor lager zijn. Voor de artsen, actief in de periferie van het netwerk, is dit mogelijk nog moeilijker. Soms gelden andere procedures in de omliggende netwerken. In de studie Stepped Care bleek taakverdeling niet altijd even duidelijk.[12] Tijdens een opname voelden HA hun rol vrij beperkt, terwijl ze vaak wel goed de thuiscontext kennen. Nu blijven patiënten in die thuiscontext en wordt de rol van de huisarts actiever. Dit is een verandering, een aanpassing. De taakverdeling blijft wat onduidelijk, vaak over het medicatie plan. Toch vragen HA niet om alles tot procedures te herleiden. Geen administratieve rompslomp en verder toelaten van creatieve oplossingen. Wel is er een mooi afgebakend gebied.[4] De toegankelijkheid ligt hoog, maar is niet continu. Geen enkele HA maakte hierover een opmerking. Terwijl over de terreinafbakening wel opmerkingen waren.

**10. Communicatie** Onvolledig of fout gebruik van communicatiekanalen; zo beoordelen HA en ZMT deze waardevolle indicator. Weliswaar, werden in de afgelopen periode al aanpassingen doorgevoerd, zoals de introductie van het Medibridge informatiekanaal. Anderzijds bemerkten enkele artsen gebrekkige communicatie van andere diensten GGZ, na transfers. De vraag duidde nochtans duidelijk de communicatie van de MT. De communicatie tussen psychiater en huisarts

werd ook in de Stepped Care geanalyseerd.[19] Deze vroegere ervaringen werpen mogelijk nog een negatief licht op de respons. In de communciatie psychiater-huisarts was de brief als communicatiemiddel, soms onvolledig, bleef bij de patiënt, of kwam te laat door. Een telefoongesprek schikte niet altijd in elkaars agenda. De elektronische brief lijkt een goed communicatiemiddel. Bij de MT's kiest men bij aanvang, of problemen voor een telefonisch gesprek, bij een tussentijds of eindverslag voor de elektronische brief. Naast het communicatiemiddel, is de boodschap nog meer van tel. Enkel relevante, maar toch volledige informatie delen is niet evident. In de communicatie kan de taakverdeling, de verwachting, de doelstelling, een motivatie van aanpak gedeeld worden.

### *6.3. SWOT analyse in de samenwerking met de huisarts*

**Sterktes** *(strength)* Bij de globale beoordeling is niemand negatief. Cliëntgerichtheid, gedeelde doelstellingen en vertrouwen krijgen goede scores van de huisarts. Het MTA erkent zelfs een snel groeiend vertrouwen en wederzijdse appreciatie. Dit vertrouwen en de openheid, bereidheid voor overleg wordt sterk gewaardeerd door de beide teams. Wanneer een OPP doorgaat, is de huisarts in hoge mate vertegenwoordigd en wordt het overleg als zinvol ervaren. De aanvullende context en de situatie vanuit ieder zijn invalshoek bekijken wordt als nuttig ervaren. De ZMT zijn tevreden, hoe Huisartsen zich flexibel opstellen voor overleg. De HA zijn een goed aanvullende partner binnen het professionele netwerk van de GGZ. Door goede cliëntgerichte communicatie wordt een positieve impact ervaren bij de patiënt.

**Zwaktes** *(weakness)* Er ontbreekt verbondenheid. De individuele huisarts is vaak als een passant in de samenwerking, maar voelt zich niet betrokken in het Netwerk. De ZMT merken op dat niet alle huisartsen bereikbaar zijn voor samenwerking. Wederzijds kennen de zorgpartners elkaar onvoldoende. Verder zijn er beperkingen binnen de dimensies bestuur en vormgeving. Vooral over communicatie maken ZMT zich zorgen. ZMT ervaren hindernissen bij afspraken over wie psychofarmaca voorschriften maakt, moeilijkheden in de wederzijdse communicatie tussen de psychiater en de huisarts. Hebben huisartsen wel de tijd te luisteren naar informatie die wordt doorgegeven? Om innovatief de werking te versterken, ontbreekt het de ZMT vaak ook aan feedback, vb. wanneer verwachtingen al dan niet werden ingevuld.

**Kansen** *(opportunity)* Aan betere communicatie kan worden gewerkt. Er kunnen duidelijke afspraken gemaakt worden over de taakverdeling tussen de teampsychiater en de huisarts, vb. in zake voorschriften. Net als het vertrouwen merkelijk groeide, kan ook verbondenheid groeien. Er is interesse voor gemeenschappelijke opleiding, wat ook kan bijdragen aan de teamgeest, het wederzijds kennen. De mobiele teams willen zeker verder investeren in de samenwerking met huisartsen, door onderhoudende contacten met de LOK-groepen binnen het Netwerk Accolade. Voor de dimensie bestuur, zijn vele zaken in ontwikkeling. De regionale uitwerking van de hervorming naar een betere geestelijke gezondheidszorg, kan niet beschouwd worden als een kant-en-klaar realisatie. Het Netwerk Accolade kan zich duidelijker profileren in organisatie en strategie. Zo kan en mag de evolutie verdergaan, bij voorkeur in betrokkenheid met huisartsen.

**Bedreigingen** *(threat)* Wanneer verwachtingen onvoldoende ingelost worden, bestaat het risico dat huisartsen gaan afhaken. Het opdrijven van informatie uitwisseling en procedures mag niet te

belastend worden, niet te administratief of tijdrovend. Wanneer strategische keuzes gemaakt worden is het wenselijk dat HA hierbij vertegenwoordigd blijven. Zo blijft de opgebouwde verbondenheid enigszins gevrijwaard.

## 7. Besluit

Huisartsen zijn niet goed op de hoogte van de hervorming “Naar een betere geestelijke gezondheidszorg”. Ze kennen niet de diepste intenties van de sector. Toch hadden al heel wat artsen een ervaring met de duidelijkste vernieuwing binnen de GGZ. De oprichting van de mobiele teams.

De mobiele teams worden positief ervaren en de globale samenwerking krijgt een goede score. Ze zijn een versterking in het aanbod geïntegreerde zorg, die de eerste lijn kan realiseren voor de patiënt. De beoordeling van gedeelde doelstellingen, cliëntgerichtheid en vertrouwen scoort door huisartsen goed. De andere indicatoren en ZMT beoordeling plaatst het Netwerk Accolade in een Netwerk in ontwikkeling. Na twee jaar actie, is een niveau van ontwikkeling positief, maar het betekent ook ruimte voor verbetering. De voornaamste aandachtspunten zijn, de organisatorische steun / procedures (taakverdeling), de innovatieve steun (feedback over werking, vormingsaanbod), het wederzijds kennen (ontmoetingskansen) en communicatie (goede informatieoverdracht).

Natuurlijk is er ook invloed van hogere factoren, budgettering van diensten, politieke keuzes. De samenwerking is ook niet uniform. Bij de aanpak van psychische problemen is er niet zoiets als ‘de huisarts’. Evenmin bestaat ‘de patiënt’. Samenwerking blijft iets tussen individuen. De rol van de patiënt, werd niet onderzocht, maar blijft onvoorwaardelijk.

Om die patiënt geïntegreerde zorg te bieden, is er nog een weg af te leggen. Het netwerkdenken en de organisatorische domeinen hebben nog een groeispurt te nemen. De schotten tussen de disciplines brokkelen traag af. Een transitie van multidisciplinair naar inter- tot transdisciplinair werken, is een evolutie die nog tijd vraagt. Maar het stuur staat in de goede richting.

## 8. Dankwoord

Wanneer is een creatie, weldegelijk voltooid, wanneer is iets afgewerkt? Deze masterproef is één van de sluitstukken van de opleiding tot huisarts. De afwerking van een opleiding, het begin van een levenslang leren. Voor deze opleiding ben ik dankbaar voor de steun van velen. Een masterproef schrijven, is één van die creaties. Hiervoor dank ik mijn promotor Prof dr. Chantal Vanaudenhove en co-promotor huisarts Dr. Peter Decloedt. Elk deelden ze met plezier hun expertise en medewerking. Met mijn appreciatie voor het wetenschappelijk onderzoek door het LUCAS, voor hun waardevolle kennis en onderzoeksstrategieën. Dank aan Eva Helmer, wetenschappelijk medewerker van het LUCAS voor de hulp bij het opstellen van de vragenlijst.

Dank ook aan de lokale experten binnen het Netwerk Accolade – Regio Ieper-Diksmuide, zonder wie deze masterproef onmogelijk was geweest. Iedereen die de vragenlijst heeft ingevuld, huisartsen en zorgverleners van de mobiele teams. Voor de vele gesprekken: de netwerkcoördinator Koen Demuynck, de teamverantwoordelijke mobiele teams Gerrit Vanhee en Lut Desmet medewerkster bij PZT Ieper.

Als laatste dank ik graag en vol liefde mijn familie en mijn echtgenote Rozemie Demeulemeester, voor elk schouderklopje, elke begripvolle blik, alle steun en geduld.

## 9. Referenties


1. WHO. The World health report: 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneve: WHO; 2001.

2. Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg – door de realisaties van zorgcircuits en zorgnetwerken: Vlaanderen. 2010 Brussel: Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

3. Dezetter A, Briffault X, Bruffaerts R, De Graaf R, Alonso J, König HH, Haro JM, de Girolamo G, Vilagut G, Kovess-Masféty V. Use of general practitioners versus mental health professionals in six European countries: the decisive role of the organization of mental health-care systems. Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2013, 48: 137-49.

4. De Maeseneer J, Aertgeerts B, Remmen R, Devroey D. Together we change. Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit! Brussel: 2014.

5. Naar een betere geestelijke gezondheidszorg – door de realisaties van zorgcircuits en zorgnetwerken: Netwerk geestelijke gezondheidszorg – Regio Ieper, Diksmuide.

6. Expert Panel on effective ways of investing in Health – European Commission. Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems – Final opinion. Brussel: European Commission DG Health & Consumers; 2014.

7. Thornicoft G, Tansella M. What are the arguments for community-based mental health care? Kopenhagen. WHO Europe, HEN ; 2003.

8. Van Audenhove C & Pieters G. Artikel 107: België op weg naar een betere GGZ? Tijdschrift voor Rehabilitatie en herstel van mensen met psychische beperkingen 2013: 16-25.

9. Drukker M, Visser E, Sytema S, van Os J. Flexible Assertive Community Treatment, Severity of Symptoms and Psychiatric Health Service Use, a Real life Observational Study. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2013, 9: 202–209.

10. Van Audenhove, Van Humbeek G, Van Meerbeeck A. De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare mensen. Leuven: LannooCampus; 2005.

11. Center for Mental Health Services & The Robert Wood Johnson Foundation (2002). Assertive Community Treatment. Implementation Resource Kit. In: Van Audenhove, Van Humbeek G, Van Meerbeeck A. De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare mensen. Leuven: LannooCampus; 2005. p. 50

12. De Coster I, Declercq A, Van Audenhove C. De samenwerking tussen huisartsen en psychiaters voor de behandeling van depressie. Een kwalitatief onderzoek. In: De Coster I, Declercq A, Van Audenhove C. Naar een stepped-care programma in de behandeling van depressie door huisartsen en psychiaters. Leuven: LUCAS – KULeuven; 2005. p. 10-57.

13. Fleury MJ, Imboua A, Aubé D, Farand L. Collaboration between general practioners (GPs) and mental health care professionals within the context of reforms in Quebec. Mental Health in Family Medicine 2012, 9: 77–90.

14. Van Doninck C, Schoenmakers B, Geens C. Psychiatrische thuiszorg in onze regio: een haalbare kaart? [dissertation - huisartsgeneeskunde]. Leuven: ICHO vzw; 2013.

15. Brankaer S, Hubar S, Jespers L, Pieters G. Project patiënt in beeld – Gedeelde zorg voor patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening. HANU 2014, 43(4): 169-172.

16. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, San Martin-Rodriguez L & Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Serv Res 2008, 8: 188-202.

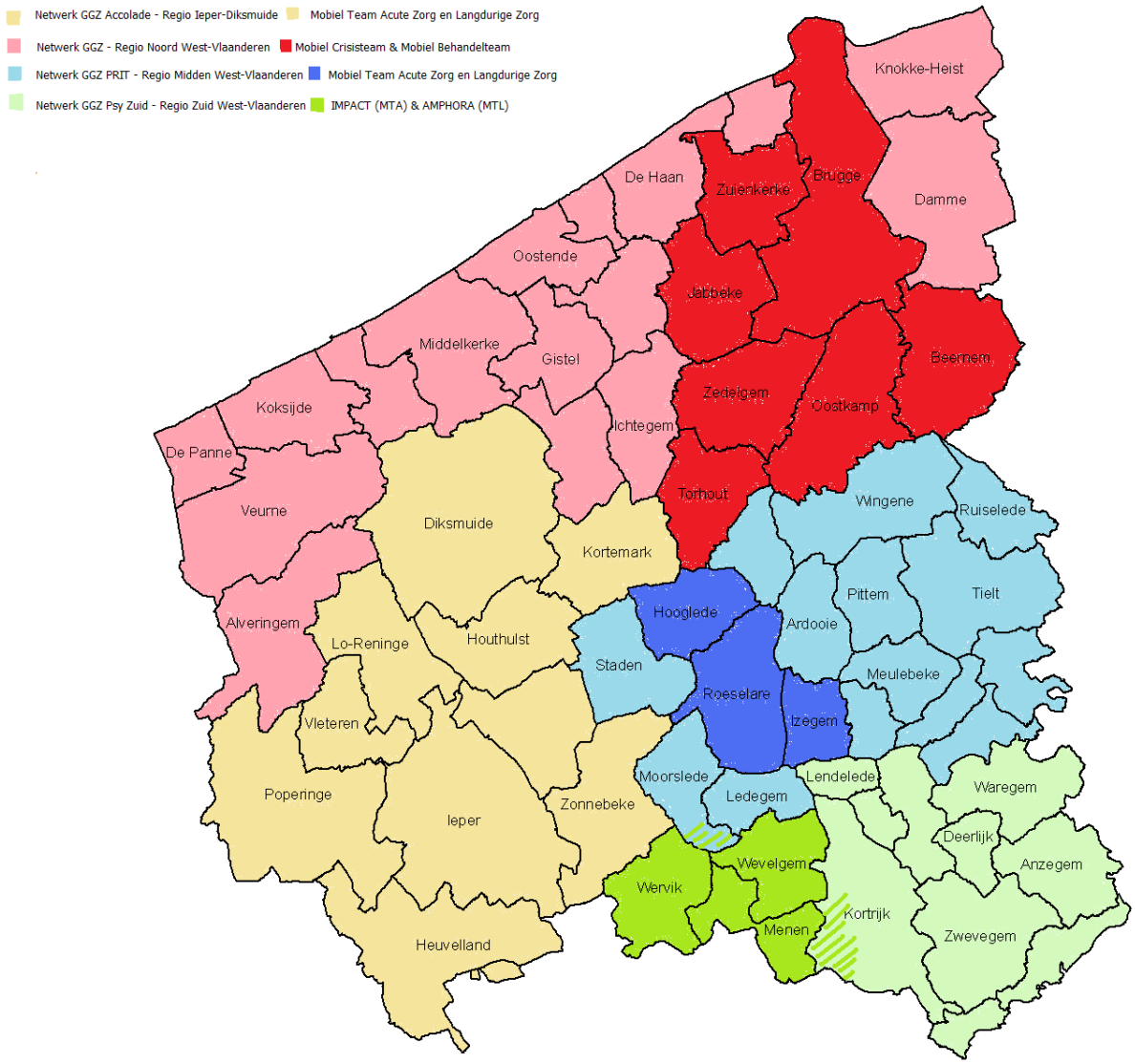
17. Weston W, Brown JB. Overview of the Patient-Centered Clinical Method. In: Stuart M, Brown JB, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. Patiënt-Centered Medicine. 3rd ed. Londen: Radcliffe; 2013. p. 21-30

18. De Haes H. Dilemmas in patient centerdness and shared decision making: A case for vulnerability. Patiënt Education and Counseling 2006, 62: 291-298.

19. Lorant V et al, Leys M et al, Van Audenhove C et al. Haalbaarheidsstudie: wetenschappelijke opvolging en evaluatie van het hervormingsprogramma "naar een betere geestelijke gezondheidszorg". Verslag van onderzoeksequipes IRSS-UCL & VUB-OPIH & KU Leuven LUCAS, Januari 2014.

## 10. Bijlagen

### *10.1. Werkingsgebied*



## ALGEMEEN

**PZT Ieper**
http://www.pztieper.be/
Poperingseweg 14 – 8900 Ieper
0495 / 32 15 83 of 0498 / 10 31 60
info@pztieper.be

---

**CGG Largo**
www.cgglargo.be
**Ieper**, Diksmuidestraat 68 Tel: 057/21 99 86
ieper@cgglargo.be Fax: 057/42 10 23
**Diksmuide**, Kasteelstraat 32 Tel: 058/31 23 47
veurne@cgglargo.be Fax: 058/31 74 49

---

**CAW Centraal West-Vlaanderen**
http://www.cawcentraalwestvlaanderen.be/
**Ieper**, Maloulaan 43 057/22 09 30
**Izegem**, Krekelstraat 56 051/33 78 78
**Roeselare**, Iepersestraat 47 051/22 59 44
**Tielt**, Kortrijkstraat 130 051/40 09 99
**Veurne**, Peter Benoitlaan 58 058/28 00 21
onthaal@cawcentraalwestvlaanderen.be

---

**Private psychologen**
www.psychotherapeut-info.be

---

**Eerstelijnspsycholoog**

Leen Ballieu
Veurnestraat 22
8970 Poperinge
eerstelijnspsycholoog@sociaalhuispoperinge.be

---

## CRISIS-INTERVENTIE

**MOBIELE TEAM ACUTE PSYCHIATRISCHE ZORG**
Poperingseweg 8
8900 Ieper
057/ 23 91 85
0476 / 78 02 00
mta@netwerkaccolade.be

---

**MOBIELE TEAM LANGDURIGE PSYCHIATRISCHE ZORG**
Poperingseweg 8
8900 Ieper
Tel 057/ 23 91 89
Fax 057/ 23 91 82
mtl@netwerkaccolade.be

---

**CRISISEENHEID HEILIG HARTZIEKENHUIS IEPER**
Poperingseweg 16
8900 Ieper
Tel: 057 23 91 11 - Fax: 057 23 91 12
info@hhi.gzbj.be

---

**Integrale jeugdhulp**

**CRISISJEUGDHULP** Crisishulp -18j, enkel contacteren met toestemming kind en/of ouder(s)
050 / 33 77 40 (24h/24h, 7/7) enkel professioneel gebruik
www.jeugdhulp.be

## GEDWONGEN OPNAME

openbaar ministerie

**Parket Ieper**
Grote Markt 1
8900 Ieper
tel: 057/450.500

**Parket Veurne**
Peter Benoitlaan 2
8630 Veurne
tel: 058/296.311
fax: 058/296.378

Politie

**Politiezone Arro Ieper**: tel: 057/ 23 05 00
**Politiezone Polder**: tel: 051/ 51 00 00
**Politiezone Spoorkin**: tel: 058 / 33 22 11

---

## STEMMING - DEPRESSIE -SUICIDE

**Fit in je hoofd**
online preventie medium volwassenen
http://www.fitinjehoofd.be

---

**Nok nok**
online preventie medium jongeren
www.noknok.be

---

**Tele-onthaal**
**106** (24u/24) gratis en anonieme telefoondienst
chat via www.tele-onthaal.be

---

**Kinder- en jongerentelefoon Awel**
**102** gratis en anonieme telefoondienst jongeren
(dagelijks van 16u-22u, niet op zon- en feestdagen)
chat via www.awel.be
(elke maandag en woensdag van 18-22 uur)

---

**Zelfmoordlijn**
**1813** (24u/24) gratis en anonieme telefoondienst
chat via www.zelfmoord1813.be

---

**Wat kan je doen na een suicidepoging bij minderjarige?**

www.ontrackagain.be

---

## MIDDELENMISBRUIK

**Antennepunt Kompas**
www.kompasvzw.be
**Ieper**, Oude houtmarktstraat 11
Tel: 057 / 42 41 44 - Fax: 057 / 21 26 69
Adk.algemeen@kompasvzw.be
Crisisafdeling (Kortrijk) Tel.056 / 20 22 10

---

**Antennepunt De Sleutel**
www.desleutel.be
**Diksmuide**, Ijzerheemplein 4
Tel: 058 / 33 56 11 – Fax: 058 / 33 55 99
soetkin.neirynck@veurne.be

---

**Preventiedienst tabak, alcohol en drugs CGG Largo**

J. Lagaelaan 21
8800 Roeselare
051/ 25 99 30
preventieTAD@cggLargo.be

---

**Anonieme Alcoholisten (AA-groepen)**
Tel 03 239 14 15
www.aavlaanderen.org
Diksmuide, Ieper, Kortemark, Poperinge en Zonnebeke

---

**De druglijn**
www.druglijn.be
075 / 15 10 20

---

**Alcoholhulp**
www.alcoholhulp.be
zelftest en online individuele hulp

---

## PSYCHISCHE KWETSBAARHEID




**Vroeg Detectie en Interventie Psychose**
**Ieper**, Diksmuidestraat 68 Tel: 0478 / 77 45 97
**Roeselare**, Jules Lagaelaan 21
www.vdip.be - zuidwestvlaanderen@vdip.be

---

**Buddywerking**
www.buddywerking.be
Griet Opsomer
**Ieper**, Poperingseweg 71A Tel: 057/221212
ieper-diksmuide.buddycontact@buddywerking.be

## INFO VOOR PROFESSIONELEN

**Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg**
West-Vlaanderen
http://www.op-wvl.be

---

**Vlaams actieplan suicidepreventie**
www.vlasp.be

---

**Vereniging voor geestelijke gezondheidszorg**
www.vvgg.be

>> doorklikken brochures

---

**Vereniging voor alcohol en andere drugsproblemen**
www.vad.be

## BIJZONDERE DOELGROEPEN



**Eetstoornissen**
Laat je leven niet leiden door een eetstoornis!
www.anbn.be

---

**Con Tempo - rouwverwerking**
Werking Ieper – Brugge: 050 / 44 49 57

---

**Zitstil – omgaan met ADHD**
www.zitstil.be

---

vzw Boeren op een Kruispunt

http://www.boerenopeenkruispunt.be

---

**Wel jong – Niet hetero**
www.weljongniethetero.be

---

**Seksualiteit**
www.seksualiteit.be

---

**Seksueel misbruik**
www.nupraatikerover.be

**!Melding vertrouwenscentrum ! Telefoon: 1712**
Regiohuis Roeselare, Hoogstraat 98
Regiohuis Kortrijk, Louis Robbeplein 5, bus 22
VK: Brugge, Blankenbergse Steenweg 112
Tel: 050 / 34 57 57 info@vertrouwenscentrumwvl.be

## FAMILIE – MANTELZORG - PATIËNTENVERENIGINGEN

**Similes - vereniging voor patiënten en familie**
http://nl.similes.be/

---

**Familieplatform – vereniging voor familie**
www.familieplatform.be

---

**Kinderen en jongeren met een Ouder met Psychische Problemen**
http://www.koppvlaanderen.be/

CGG Largo, vestiging Ieper
leper@cgglargo.be
KOPP-mail: jac@cawdepapaver.be

---

**Heb je iemand verloren door zelfdoding?**

www.werkgroepverder.be

---

**Opnieuw verder**
na de zelfmoordpoging van je kind
www.opnieuwverder.be

---

**Al-Anon en Al-Ateen – vereniging voor partners en kinderen van alcoholisten**
http://www.al-anonvl.be Tel: 03 218 50 56

---

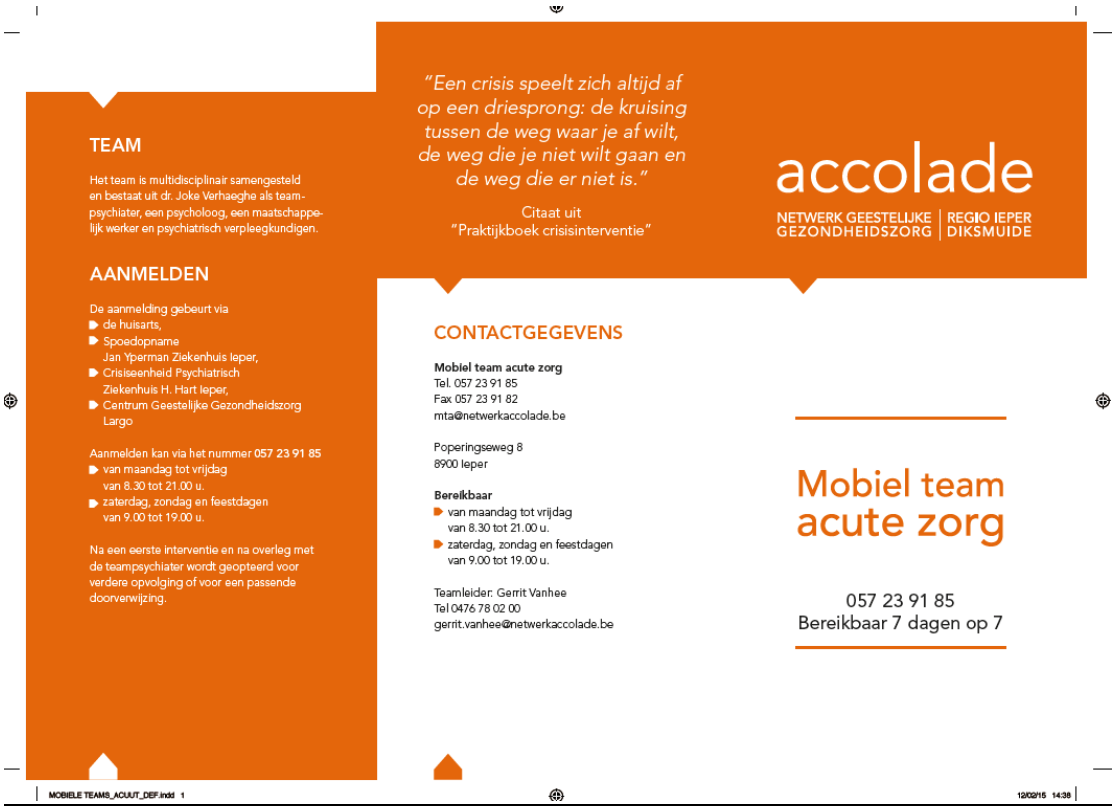
**Familie van** – vereniging voor familie van plegers van seksueel grensoverschrijvend gedrag

www.familievan.be

---

## *10.3. Brochures (MTA & MTL)*

### *10.3.1. MTA*



"Een crisis speelt zich altijd af op een driesprong: de kruising tussen de weg waar je af wilt, de weg die je niet wilt gaan en de weg die er niet is."

Citaat uit
"Praktijkboek crisisinterventie"

accolade
NETWERK GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG | REGIO IEPER DIKSMUIDE

**TEAM**

Het team is multidisciplinair samengesteld en bestaat uit dr. Joke Verhaeghe als teampsychiater, een psycholoog, een maatschappelijk werker en psychiatrisch verpleegkundigen.

**AANMELDEN**

De aanmelding gebeurt via
- de huisarts,
- Spoedopname Jan Yperman Ziekenhuis Ieper,
- Crisiseenheid Psychiatrisch Ziekenhuis H. Hart Ieper,
- Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Largo

Aanmelden kan via het nummer 057 23 91 85
- van maandag tot vrijdag van 8.30 tot 21.00 u.
- zaterdag, zondag en feestdagen van 9.00 tot 19.00 u.

Na een eerste interventie en na overleg met de teampsychiater wordt geopteerd voor verdere opvolging of voor een passende doorverwijzing.

**CONTACTGEGEVENS**

**Mobiel team acute zorg**
Tel. 057 23 91 85
Fax 057 23 91 82
mta@netwerkaccolade.be

Poperingseweg 8
8900 Ieper

**Bereikbaar**
- van maandag tot vrijdag van 8.30 tot 21.00 u.
- zaterdag, zondag en feestdagen van 9.00 tot 19.00 u.

Teamleider: Gerrit Vanhee
Tel 0476 78 02 00
gerrit.vanhee@netwerkaccolade.be

Mobiel team acute zorg

057 23 91 85
Bereikbaar 7 dagen op 7

MOBIELE TEAMS_ACUUT_DEF.indd 1 12/02/15 14:38

**SITUERING**

Het mobiel team acute zorg past binnen de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg. Het heeft als doel een cliëntgerichte behandeling en begeleiding te bieden in de thuissituatie. Deze zorg aan huis is aangewezen wanneer het reguliere ambulante aanbod versterkt moet worden. Het team wil hierdoor ziekenhuisopnames voorkomen en beperken.

Naast dit team is er ook een mobiel team langdurige zorg. De mobiele teams zijn één van de initiatieven van Accolade | netwerk geestelijke gezondheidszorg regio Ieper-Diksmuide in het kader van de zorgvernieuwingsprojecten voor de geestelijke gezondheidszorg (het zogenaamde Artikel 107 van de wetgeving m.b.t. ziekenhuizen).

Voor meer informatie over de zorgvernieuwing: **www.psy107.be.**

**DOELGROEP**

Het mobiel team acute zorg richt zich op **volwassenen vanaf 18 jaar met acute psychische nood, in crisis.** Het team komt tussen daar waar de crisissituatie niet kan opgevangen worden door de reguliere ambulante zorg en waarbij opname in een ziekenhuis niet aangewezen is.

Het kan hierbij gaan om rouw of verlies van steunfiguren, sterke emotionele reacties op een relatiebreuk, verminderd realiteitsbesef, verlies van zelfcontrole of suicidale gedachten.

Het team richt zich op mensen die wonen in volgende gemeenten en hun deelgemeenten: Diksmuide, Heuvelland, Houthulst, Ieper, Kortemark, Langemark-Poelkapelle, Lo-Reninge, Mesen, Poperinge, Vleteren, Zonnebeke.

Exclusie:
- dementie of cognitief disfunctioneren
- levensbedreigend karakter
- fysieke bedreiging

**AANBOD**

- Het doel is het behandelen van de crisis. Het gaat hierbij om het terugbrengen van het evenwicht in het leven van de cliënt en zijn omgeving. De focus ligt vooral op de zelfredzaamheid van de cliënt en een maximale betrokkenheid van zijn omgeving.
- Situaties of stresserende gebeurtenissen, detecteren en verminderen.
- De externe steun verhogen: we richten ons vanaf de aanvang op een nauwe samenwerking met diverse partners zoals de huisarts, de thuiszorgdiensten, de ambulante hulpverlening … Zo kan men na onze tussenkomst de zorg overnemen.
- De draagkracht en veerkracht van de persoon verhogen door o.a. op zoek te gaan naar passende omgangsvormen.
- Na herstel, de regie en de controle terug bij de cliënt leggen.

**DUUR BEGELEIDING**

Doordat het team zich richt op personen in acute psychische en/of emotionele crisis wordt de duur van de begeleiding beperkt tot maximaal 30 dagen.
Het aantal contacten binnen die maand wordt op basis van de specifieke noden bepaald.

*10.3.2.* *MTL*

## TEAM
Het team is multidisciplinair samengesteld en bestaat uit dr. Herlinde Lamote als teampsychiater, een maatschappelijk werker, een ergotherapeut en sociaal en psychiatrisch verpleegkundigen

## AANVRAAG
Aanvragen door diensten of hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg kunnen rechtstreeks gebeuren via het aanmeldingsformulier, te verkrijgen bij het mobiel team langdurige zorg:
tel 057 23 91 89
mtl@netwerkaccolade.be
Aanmeldingsformulier te downloaden via:
www.netwerkaccolade.be

## VERLOOP
Nieuwe aanmeldingen worden besproken op een multidisciplinair teamoverleg. Bij een juiste indicatie (aanmeldingsbundel en intakegesprek) kan een begeleiding opgestart worden.

Elke cliënt krijgt een individuele begeleider toegewezen. Wanneer dit aangewezen en nodig is, kan de opvolging uitgebreid worden met begeleiding door het volledige team.

De frequentie van de thuisbegeleiding wordt per cliënt vastgelegd en kan wisselen naargelang de noodzaak.

Aanvullend op de huisbezoeken werkt het team ook met 'beeldbellen' (skypegesprek). Indien de cliënt hiervan gebruik wil en kan maken, spreken we dit af.

## AANSPREEKPUNT GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Als u twijfelt of uw vraag voor ons bedoeld is of indien het niet duidelijk is welke ondersteuning er best geboden wordt, dan kunt u Psychiatrische Thuiszorg (P.Z.T.) contacteren. Dit is het aanspreekpunt van de geestelijke gezondheidszorg voor alle hulpverleners en organisaties uit de eerstelijns- en welzijnssector. U kunt P.Z.T. bereiken, telefonisch 0495 32 15 83 of 0498 10 31 60 en via e-mail info@pztieper.be.

## CONTACTGEGEVENS

**Mobiel team langdurige zorg**
Tel 057 23 91 89
Fax 057 23 91 82
mtl@netwerkaccolade.be

Poperingseweg 8, 8900 Ieper

Teamleider: Gerrit Vanhee
Tel 0476 78 02 00
gerrit.vanhee@netwerkaccolade.be

**Bereikbaar**
- van maandag tot donderdag: 8.30 – 19.30 u.
- op vrijdag en zaterdag: 8.30 – 17.00 u.

accolade
NETWERK GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG | REGIO IEPER DIKSMUIDE

# Mobiel team langdurige zorg

057 23 91 89

MOBIELE TEAMS LANGDURIG DEF.indd 1 12/02/15 14:47

## SITUERING

Het mobiel team langdurige zorg is één van de initiatieven van Accolade | netwerk geestelijke gezondheidszorg regio Ieper-Diksmuide in het kader van de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg.

Naast dit team is er ook een mobiel team acute zorg. Beide teams hebben als doel een cliëntgerichte behandeling en begeleiding te bieden in de thuissituatie. Deze zorg aan huis is aangewezen wanneer het reguliere ambulante aanbod moet worden versterkt. Beide teams willen hierdoor ziekenhuisopnames voorkomen en beperken.

Voor meer informatie over de zorgvernieuwing:
www.psy107.be

## DOELGROEP

Het mobiel team langdurige zorg richt zich op **volwassenen vanaf 18 jaar met complexe en langdurige psychiatrische problemen**.

Het gaat om mensen
- bij wie ontwrichting op te merken valt op verschillende levensdomeinen zoals wonen, dagbesteding, relaties …
- voor wie de hulp van een huisarts of van andere hulpverleners niet volstaat

Het team richt zich tot mensen die wonen in volgende gemeenten en hun deelgemeenten: Diksmuide, Heuvelland, Houthulst, Ieper, Kortemark, Langemark-Poelkapelle, Lo-Reninge, Mesen, Poperinge, Vleteren, Zonnebeke.

## AANBOD

Het mobiel team langdurige zorg biedt behandeling en begeleiding aan huis daar waar de ambulante zorg ontoereikend of niet mogelijk is.

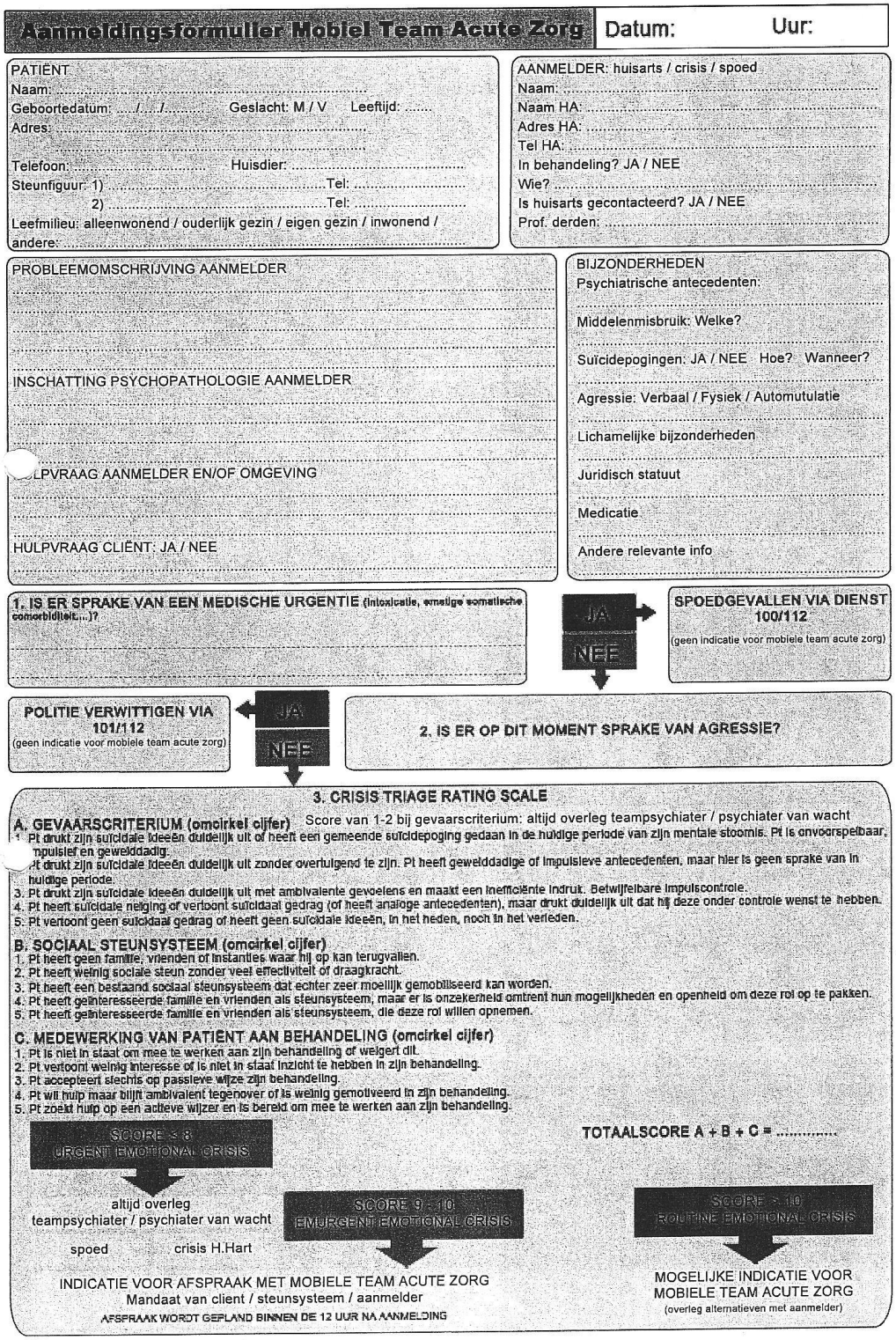
Onze doelstellingen zijn:
- opvolging en ondersteuning van de psychiatrische behandeling door symptoommanagement, hervalpreventie, psycho-educatie, …
- het leven van de cliënt zinvol en kwalitatief verbeteren
- streven naar stabiliteit op vlak van wonen, budget, werk, vrije tijd en leren
- de cliënt, zijn familie en omgeving als actieve partners betrekken in de begeleiding en in het herstelproces

Indien nodig kan er ondersteuning aan het netwerk van de cliënt geboden worden in de vorm van coaching.

MOBIELE TEAMS_LANGDURIG_DEF.indd 2 12/02/15 14:47

## *10.4. Procedures*

### *10.4.1. Risico-analyse MTA*



**Aanmeldingsformulier Mobiel Team Acute Zorg** Datum: Uur:

PATIËNT
Naam: .....
Geboortedatum: ... / ... / ..... Geslacht: M / V Leeftijd: .....
Adres: .....
.....
Telefoon: ..... Huisdier: .....
Steunfiguur: 1) .....Tel: .....
2) .....Tel: .....
Leefmilieu: alleenwonend / ouderlijk gezin / eigen gezin / inwonend / andere: .....

AANMELDER: huisarts / crisis / spoed
Naam: .....
Naam HA: .....
Adres HA: .....
Tel HA: .....
In behandeling? JA / NEE
Wie? .....
Is huisarts gecontacteerd? JA / NEE
Prof. derden: .....

PROBLEEMOMSCHRIJVING AANMELDER
.....
.....
.....
.....
INSCHATTING PSYCHOPATHOLOGIE AANMELDER
.....
.....
.....
HULPVRAAG AANMELDER EN/OF OMGEVING
.....
.....
.....
HULPVRAAG CLIËNT: JA / NEE
.....

BIJZONDERHEDEN
Psychiatrische antecedenten:
.....
Middelenmisbruik: Welke?
.....
Suïcidepogingen: JA / NEE Hoe? Wanneer?
.....
Agressie: Verbaal / Fysiek / Automutulatie
.....
Lichamelijke bijzonderheden
.....
Juridisch statuut
.....
Medicatie
.....
Andere relevante info
.....

**1. IS ER SPRAKE VAN EEN MEDISCHE URGENTIE** (intoxicatie, ernstige somatische comorbiditeit,...)?
.....
.....
.....

JA
NEE

**SPOEDGEVALLEN VIA DIENST 100/112**
(geen indicatie voor mobiele team acute zorg)

**POLITIE VERWITTIGEN VIA 101/112**
(geen indicatie voor mobiele team acute zorg)

JA
NEE

**2. IS ER OP DIT MOMENT SPRAKE VAN AGRESSIE?**

**3. CRISIS TRIAGE RATING SCALE**

**A. GEVAARSCRITERIUM (omcirkel cijfer)** Score van 1-2 bij gevaarscriterium: altijd overleg teampsychiater / psychiater van wacht
1. Pt drukt zijn suïcidale ideeën duidelijk uit of heeft een gemeende suïcidepoging gedaan in de huidige periode van zijn mentale stoornis. Pt is onvoorspelbaar, impulsief en gewelddadig.
2. Pt drukt zijn suïcidale ideeën duidelijk uit zonder overtuigend te zijn. Pt heeft gewelddadige of impulsieve antecedenten, maar hier is geen sprake van in huidige periode.
3. Pt drukt zijn suïcidale ideeën duidelijk uit met ambivalente gevoelens en maakt een inefficiënte indruk. Betwijfelbare impulscontrole.
4. Pt heeft suïcidale neiging of vertoont suïcidaal gedrag (of heeft analoge antecedenten), maar drukt duidelijk uit dat hij deze onder controle wenst te hebben.
5. Pt vertoont geen suïcidaal gedrag of heeft geen suïcidale ideeën, in het heden, noch in het verleden.

**B. SOCIAAL STEUNSYSTEEM (omcirkel cijfer)**
1. Pt heeft geen familie, vrienden of instanties waar hij op kan terugvallen.
2. Pt heeft weinig sociale steun zonder veel effectiviteit of draagkracht.
3. Pt heeft een bestaand sociaal steunsysteem dat echter zeer moeilijk gemobiliseerd kan worden.
4. Pt heeft geïnteresseerde familie en vrienden als steunsysteem, maar er is onzekerheid omtrent hun mogelijkheden en openheid om deze rol op te pakken.
5. Pt heeft geïnteresseerde familie en vrienden als steunsysteem, die deze rol willen opnemen.

**C. MEDEWERKING VAN PATIËNT AAN BEHANDELING (omcirkel cijfer)**
1. Pt is niet in staat om mee te werken aan zijn behandeling of weigert dit.
2. Pt vertoont weinig interesse of is niet in staat inzicht te hebben in zijn behandeling.
3. Pt accepteert slechts op passieve wijze zijn behandeling.
4. Pt wil hulp maar blijft ambivalent tegenover of is weinig gemotiveerd in zijn behandeling.
5. Pt zoekt hulp op een actieve wijze en is bereid om mee te werken aan zijn behandeling.

SCORE ≥ 8
URGENT EMOTIONAL CRISIS

TOTAALSCORE A + B + C = .....

altijd overleg
teampsychiater / psychiater van wacht
spoed crisis H.Hart

SCORE 9 - 10
EMURGENT EMOTIONAL CRISIS

SCORE ≤ 10
ROUTINE EMOTIONAL CRISIS

INDICATIE VOOR AFSPRAAK MET MOBIELE TEAM ACUTE ZORG
Mandaat van client / steunsysteem / aanmelder
AFSPRAAK WORDT GEPLAND BINNEN DE 12 UUR NA AANMELDING

MOGELIJKE INDICATIE VOOR
MOBIELE TEAM ACUTE ZORG
(overleg alternatieven met aanmelder)

# Aanmeldingsformulier Mobiel Team Langdurige Psychiatrische Zorg regio Ieper - Diksmuide

Cliëntennummer:…… (voorbehouden aan mobiel team)

## LUIK 1: INFO AANGEBRACHT DOOR VERWIJZER

### 1.1 Identificatiegegevens

Aanmeldingsdatum:……
Nieuwe aanmelding: *ja / neen*
Verwijzer (naam, dienst, contactgegevens):
……

Naam cliënt:……
Geslacht: *man / vrouw*
Geboortedatumen plaats: ……
Adres: ……
Woonplaats (met postcode): ……
Verblijfplaats: *idem woonplaats* / ……
Leefmilieu: *ouderlijk gezin / eigen gezin / andere*
Telefoon:……
Emailadres: ……
Rijksregisternummer: ……
Burgerlijke staat: ……

### 1.2 Betrokken actoren

1.2.1 Netwerk van de cliënt (adres + tel. + emailadres)

Client geeft toestemming tot contactname met netwerk: *ja / neen*

- ☐ Huisarts: ……
- ☐ Psychiater: ……
- ☐ Thuisverpleging: ……
- ☐ Dienst gezinszorg: ……
- ☐ Dienst Maatschappelijk Werk: ……
- ☐ C.G.G. of ambulante psycholoog: ……
- ☐ Andere: ……

1.2.2 Steunfiguren van de cliënt (naam + adres + tel. + omschrijving relatie + contacteren bij crisis)

- ……
- ……





### 1.3. Psychiatrische diagnose (indien gekend diagnose in te vullen door huidige behandelaar)

Hoofddiagnose:……
……

Subdiagnose:……
……

Diagnose ingevuld door: ……

### 1.4 Voorgeschiedenis

1.4.1 Somatische voorgeschiedenis

……

1.4.2 Psychiatrische voorgeschiedenis

……

1.4.3 Behandelhistoriek

……

### 1.5 Sociaal luik

1.5.1 Familie en gezin ( gezin van herkomst, huidig gezin, …)

Aanvullingen cliënt (voorbehouden voor mobiel team):
……

1.5.2 Opleiding en beroep

Aanvullingen cliënt (voorbehouden voor mobiel team):
……

1.5.3 Woonsituatie

Aanvullingen cliënt (voorbehouden voor mobiel team):
……

1.5.4 Financiële situatie ( soort inkomen, verantwoordelijke, schulden, …)

Aanvullingen cliënt (voorbehouden voor mobiel team):
……

### 1.6 Juridische gegevens

*Vrijwillig / gedwongen statuut*

**1.7 Reden van aanmelding**

.....

**1.8 Verwachtingen**

.....

**1.9 Netwerkoverleg gepland**

*Neen / Ja*
Zo ja, *OPP / Niet GDT / GDT*
, datum vorig overleg: .....
, datum volgend overleg: .....

**MEDICATIESCHEMA**

**Naam:** **Datum:**

| GENEESMIDDEL | Ontbijt | Middag | Avond | Slapen | OPMERKINGEN |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

## LUIK 2: EXTRA INFO AANGEBRACHT DOOR CLIËNT

**2.1 Mutualiteitgegevens en klevertje**

Mutualiteit: .....
Code: .....

**2.2 Sociaal luik**

2.2.1 Cliënt is ingeschreven in sociale huisvestingsmaatschappij

*Neen / Ja*
Zo ja, waar: .....

**2.3 Dagbesteding**

| Maandag | Dinsdag | Woensdag | Donderdag | Vrijdag | Weekend |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |





**2.4 Reden van aanmelding**

.....
.....
.....

**2.5 Verwachtingen**

.....
.....
.....

## LUIK 3: VOORBEHOUDEN VOOR MOBIEL TEAM LANGDURIGE PSYCHIATRISCHE ZORG REGIO IEPER - DIKSMUIDE

**3.1 Aanvullingen/ notities door MTL na intakegesprek**


: .....

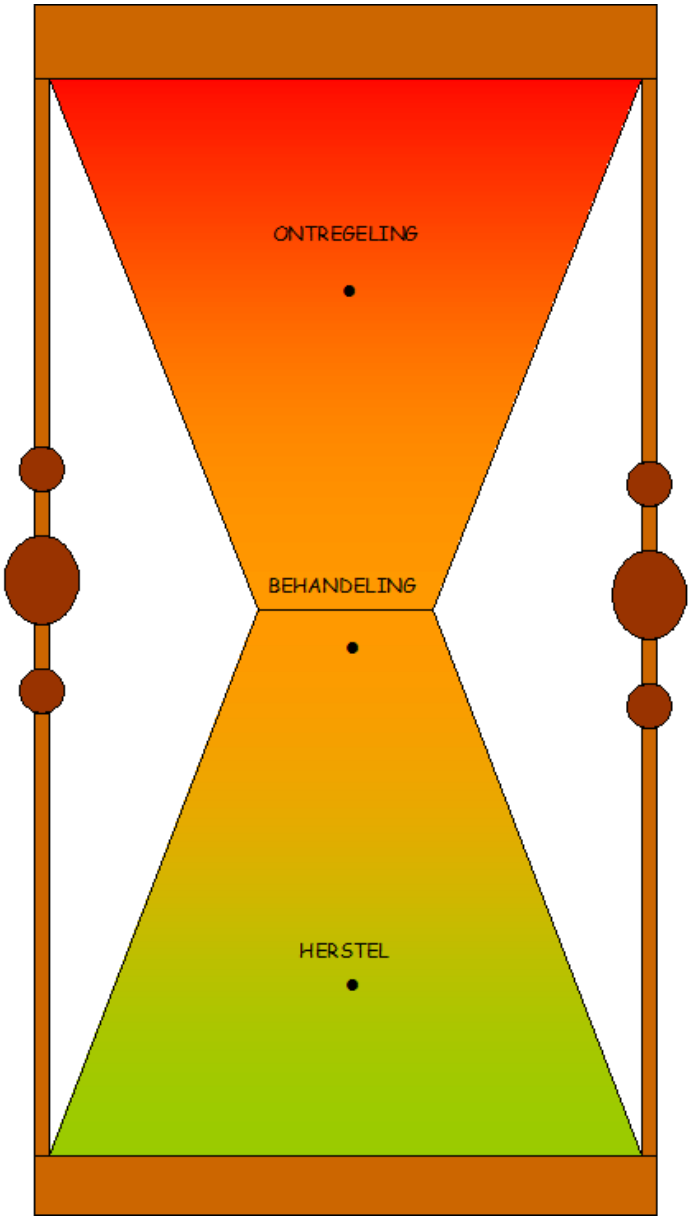
: .....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

### *10.4.3. Zandlopermodel (12 levensdomeinen)*

Naam: Datum:

- **Psychisch functioneren**
- **Sociaal functioneren**
- **Lichamelijk functioneren**
- **Praktische zelfredzaamheid**
- **Relaties en intimiteit**
- **Opvoeding en kinderen**
- **Dag -structuur**
- **Medicatie**
- **Middelen –gebruik**
- **Huisvesting**
- **Financieel**
- **Zingeving**




### *10.5. Advies ethische commissie*

Een ‘verzoek tot advies van het ethisch comité betreffende een onderzoeksproject bij de mens in het kader van de master-na-master huisartsgeneeskunde’ werd ingediend bij het ICHO. Bij deze studie worden geen patiënten of patiëntengegevens betrokken. Een advies van de ethische commissie was hierdoor niet vereist.