Psychiatrische Thuiszorg:

een evaluatie van de werking van ambulante interdisciplinaire behandelteams

Maaike Heyerick, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Anselme Derese, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

1. Abstract

CONTEXT

In het streven naar de optimalisatie van de geestelijke gezondheidszorg, kiest de FOD Volksgezondheid voor vermaatschappelijking van zorg, zo aansluitend bij de internationale trend van het *ontbedden* van de psychiatrie. Via artikel 107 ontwierp de overheid vijf kernfuncties, waaronder het oprichten van ambulante intensieve behandelteams voor acute en chronische psychiatrische problemen.

ONDERZOEKSVRAAG

Aan de hand van kwalitatieve interviews werden gezondheidswerkers uit Gent geïnterviewd die betrokken zijn bij de mobiele teams over hun ervaring sinds de start van het pilootproject in 2012. Ook huisartsen werden geïncludeerd. Wat is hun ervaring? En hoe verloopt de samenwerking tussen mobiele teams en eerstelijnsgezondheidszorg?

METHODE

De literatuurstudie gebeurde via twee databases: *Pubmed* en *Web of Science*. Er werd een positief advies bekomen van het Ethisch Comité van het UZ Gent. De gegevensverzameling gebeurde via semigestructureerde interviews bij 12 personen betrokken bij psychiatrische thuiszorg in de regio Gent.

RESULTATEN

De medewerkers zijn positief over het pilootproject: grote variatie, *patient centered* werken en het gevoel een verschil te maken, spelen een grote rol. De meest besproken nadelen zijn de lange wachtlijsten, het feit dat niet elke patiënt door een psychiater wordt gezien, de moeilijk te bereiken minderheidsgroepen, het ingewikkelde zorglandschap en bepaalde patiëntengroepen die nergens een plaats vinden. Er heerst een grote druk op het systeem, die vermoedelijk nog zal toenemen wanneer de nieuwe overheidsdoelstellingen worden geïmplementeerd. De teams krijgen veel (onterechte) aanmeldingen. Om dit op te lossen werd een *assessmentteam* opgericht. Bovendien probeert het Netwerkpunt zorgverleners beter te sturen binnen het zorglandschap, door als aanspreekpunt te fungeren voor alle zorgverleners.
Artikel 107 mikt op het vrijmaken van personeel en middelen door het afbouwen van bedden in (psychiatrische) ziekenhuizen. Dit heeft ertoe geleid dat de lokale psychiatrische ziekenhuizen de regie van de mobiele teams voor een stuk in handen houden. Huisartsen zien in de teams bondgenoten om de zorg op te nemen. De communicatie verloopt soms wel moeilijk. Alle geïnterviewden vermelden de grote heterogeniteit onder de huisartsenpopulatie, waarbij sommige huisartsen niet geïnteresseerd lijken in samenwerking. Er heerst onduidelijkheid over de criteria waaraan patiënten moeten voldoen om in begeleiding te kunnen worden genomen.

CONCLUSIE

Sinds hun oprichting zijn de mobiele teams populair en dragen zij een groot aantal casussen. De geïnterviewde teamleden en de huisartsen zijn enthousiast en positief, ondanks de druk op het systeem met o.a. de lange wachttijden. Het optimaliseren van de communicatie tussen huisartsen en mobiele teams is noodzakelijk om de zorg vlotter te laten verlopen. Patiënten zouden sneller door een psychiater moeten gezien worden om de correcte diagnose en therapie te verzekeren. De nieuwe overheidsdoelstellingen voor 2018 zullen het systeem nog verder belasten: hopelijk zal de kwaliteit van zorg er niet bij inboeten.

2. Inhoudstafel

1. **Abstract** 2
2. **Inhoudstafel** 3
3. **Inleiding** 4
4. **Oriënterend literatuuronderzoek: methodologie** 5
5. **Onderzoeksmethodiek** 5
6. **Resultaten literatuurstudie** 6
   - 6.1 **Wat is psychiatrische thuiszorg?** 6
   - 6.2 **In verschillende landen?** 7
   - 6.3 **Is het efficiënte zorg?** 12
   - 6.4 **Socio-economische factoren en culturen?** 14
   - 6.5 **Samenwerking met huisartsen?** 15
   - 6.6 **Wat is de situatie in België?** 15
7. **Resultaten kwalitatief onderzoek** 19
   - 7.1 **2A-TEAMS (ACUTE TEAMS)** 19
   - 7.2 **NETWERKPUNT** 20
   - 7.3 **2B-TEAMS (TEAMS VOOR LANGDURIGE ZORG)** 21
   - 7.4 **Algemene context** 23
   - 7.5 **Samenwerking met huisartsen** 25
8. **Discussie** 28
9. **Besluit** 33
10. **Referenties** 34
11. **Verplichte bijlagen** 38
    - 11.1 **Goedgekeurd protocol** 38
    - 11.2 **Goedkeuring ethisch comité** 40

3. Inleiding

Eén van de belangrijkste trends in de optimalisering van de geestelijke gezondheidszorg, was en is nog steeds de vermaatschappelijking van de zorg voor patiënten met een psychiatrische stoornis. Deze beweging van het 'ontbedden' van de psychiatrie, namelijk het aantal bedden verminderen en vervangen door ambulante teams, werd o. a. geïntroduceerd in 1980 door Stein et al. [1]. In Europa namen vooral Groot-Brittannië en Nederland het voortouw en België kon niet achterblijven: in 2009 heeft de federale overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid in het streven naar een optimalisering van de geestelijke gezondheidszorg vijf kernfuncties in het leven geroepen via artikel 107. Eén van de kernfuncties bestaat uit het oprichten van ambulante intensieve behandelteams (naar buitenlands model) voor acute en chronische psychiatrische problemen.

Via de literatuurstudie wil ik de vergelijking maken met een aantal landen die in wisselende stadia van vermaatschappelijking van zorg zitten en de verschillende financieringsmethodes. Hoe gaat men om met de verhouding intramurale zorg, ambulante zorg en eerstelijnsgezondheidszorg? Ook wil de literatuurstudie kijken naar het effect van mobiele psychiatrische zorgen: is het efficiënte zorg, welk effect hebben de teams op het welbevinden van de patiënt?

De bevindingen uit de literatuurstudie worden getoetst aan de hand van een veldstudie in Gent: omwille van de ervaring die werd opgebouwd sinds het opstarten van het pilootproject in Gent in 2012, werd beslist om dit project als basis te nemen voor de masterproef.

Het doel van deze veldstudie was om de bevindingen uit de literatuurstudie te toetsen: ervaren de medewerkers van de mobiele teams (personeelsleden van de teams, coördinatoren, psychiaters enz.) dezelfde moeilijkheden, hoe staan de huisartsen tegenover de mobiele teams, hoe verloopt de samenwerking tussen beide?

Door de werking van de teams uit te spitten en beide kanten van het verhaal na te gaan, wil deze thesis vanuit de bestaande wetenschappelijke literatuur, een eerste aanzet vormen voor de evaluatie van de werking van de mobiele teams.

4. Oriënterend literatuuronderzoek: methodologie

Voor de literatuurstudie werden verschillende zoektermen ingegeven in twee databases: Pubmed en Web of Science. De gebruikte zoektermen waren *'crisis resolution home treatment', 'home treatment mental health', 'community treatment mental health'*, '*community mental health services'* en *'assertive community treatment'*. De selectie van artikels gebeurde op basis van de titel en het abstract. De initiële zoektocht selecteerde enkel reviews, maar door een gebrek aan artikels werd deze zoektocht uitgebreid naar originele artikels.

Voor de term *'crisis resolution home treatment'* werden op Pubmed 60 artikels gevonden, waarvan er 30 relevant werden geschat. Er werd tot 10 jaar teruggegaan in de tijd: artikels gepubliceerd in 2005 werden niet meer in aanmerking genomen. Op Web of Science had de term 63 hits, waarvan er 28 relevant waren.

Er bestaat geen uniforme term voor chronische psychiatrische thuiszorg, waardoor meerdere combinaties moesten uitgeprobeerd worden. De MESH-database werd geconsulteerd: bestaande termen waren '*community mental health services'* en *'assertive community treatment'.* Er werd altijd gezocht naar reviews en er werd opnieuw 10 jaar teruggegaan in de tijd. Studies rond verplichte deelname aan thuiszorgprogramma's of studies met kinderen als patiëntenpopulatie, werden uitgesloten omdat zij het onderzoek te uitgebreid zouden maken, en minder relevant zijn voor de Belgische context.

In totaal werden uit Pubmed via de verschillende zoektermen 303 artikels gescreend. Uit Web of Science waren dat er 133. Zevenendertig artikels werden hierbij uiteindelijk weerhouden als relevant voor dit onderzoek. Een aantal studies moet helaas uitgesloten worden omdat er geen volledige tekst beschikbaar was of omdat de tekst enkel in de landstaal was en niet in het Engels, Frans of Duits.

5. Onderzoeksmethodiek

De onderzoekers van de studie ontvingen op 24/3/2015 een positief advies van het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis van Gent.

Er werden 11 semigestructureerde interviews uitgevoerd bij 12 personen die betrokken zijn bij psychiatrische thuiszorg in de regio Gent: psychiaters, verpleegkundigen, huisartsen, coördinatoren enz. Deze personen werden geselecteerd op basis van persoonlijke contacten van Prof. Dr. A. Derese en hierna werd er volgens de sneeuwbalmethode verder gerekruteerd: aan elke geïnterviewde werd gevraagd of zij mensen kenden die ook geïnteresseerd zouden kunnen zijn in een deelname aan dit onderzoek. Het rekruteren stopte nadat – volgens de uitputtingsmethode – geen nieuwe feiten meer aan bod kwamen en de onderzoekster geen nieuwe gegevens meer bekwam.

Alle geïnterviewden kregen een informatiebrief en tekenden een informed consent-formulier. De interviews werden opgenomen met een spraakrecorderprogramma op de smartphone van de onderzoekster en daarna door de onderzoekster uitgetypt. De codering van de inhoud gebeurde met het softwarepakket Nvivo. Controle van de codering gebeurde door de praktijkopleider van de onderzoekster, die twee interviews nalas en de codering tegen het licht hield.

6. Resultaten literatuurstudie

6.1 Wat is psychiatrische thuiszorg?

Psychiatrische thuiszorg is een verzamelnaam voor alle interventies die in de thuissituatie kunnen gebeuren bij patiënten met een psychiatrische problematiek. De term *psychiatrische thuiszorg* wordt in België niet meer gebruikt. Ook in de literatuur blijkt er geen eenduidig begrip te bestaan dat de lading dekt. Zo wordt er geschreven over *community mental health-teams, community-based psychiatric care, collaborative care, person-centered integrated care,* enz.

Het doel van *community mental health-teams* of psychiatrische gemeenschapszorgteams is wel vrij eenduidig te beschrijven, namelijk het bieden van efficiënte zorg aan patiënten met psychiatrische problemen in de gemeenschap. [2] De algemene term omvat o.a. Crisis Resolution Home Treatment (CRHT), psychose-teams, psychosociale rehabilitatie-teams, Assertive Community Teams (ACT) en Assertive Outreach Teams (AOT). [3]

In België zijn er mobiele teams die instaan voor chronische zorg (2B) en acute zorg (2A). *(Voor historiek en context, zie verderop in de tekst.)* Omdat deze thesis gaat over psychiatrische zorg in de Belgische context, werd de focus van het onderzoek gelegd zowel op crisisinterventies, zoals CRHT als op niet-gespecialiseerde chronische zorg, zoals ACT.

6.1.1 Wat is acute thuiszorg? (CRHT)

Het doel van CRHT is een alternatief aanbieden voor hospitalisatie, een snelle inschatting en behandeling in de thuissituatie voorzien en een vroegtijdig ontslag uit het ziekenhuis faciliteren. [4] Concreet betekent dit dat een patiënt in een acute crisissituatie kan aangemeld worden door familie of professionele verwijzers en dat binnen de 24 uur een inschatting gebeurt in de thuissituatie door iemand van het CRHT-team. [5]

De theoretische principes waarop CRHT gebaseerd zijn, zijn volgens Johnson et al. [6] de volgende: (a) hospitalisatie kan schadelijk zijn, (b) de familie en het netwerk spelen een cruciale rol in crisissituaties, (c) aanpak van een crisis in de gemeenschap betekent o.a. copingvaardigheden aanbieden en (d) de relatie tussen een patiënt en een gezondheidswerker is anders thuis dan op een afdeling. [6]

Het CRHT-team bestaat uit psychiatrische verpleegkundigen, een psychiater of assistent-psychiater, sociaal assistenten, psychologen en (gedrags)therapeuten. [5] In ideale omstandigheden komen dezelfde twee personeelsleden van het team dagelijks - of zoveel als nodig is - langs in de thuissituatie om de patiënt te begeleiden. [5] De begeleiding kan bestaan uit psychotherapeutische gespreksvoering, cognitieve gedragstherapie, het ondersteunen van het netwerk van de patiënt (ouders, kinderen, vrienden of familie), een luisterend oor bieden, doktersafspraken regelen, medicatie toedienen, enz. [5] Typerend voor acute thuiszorg is dat de interventie beperkt is in de tijd. [5]

6.1.2 Wat is chronische thuiszorg? (ACT)

ACT werd geïntroduceerd door Stein en Test [1] als gemeenschapszorg voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening. De hoeksteen van deze specifieke vorm van gemeenschapszorg is in vivo assessment, training en ondersteuning waarbij men *assertive outreach* gebruikt om patiënten te betrekken die weigerachtig staan ten opzichte van een opname in het ziekenhuis. [1, 7]

ACT benadert patiënten en gezondheidszorgdiensten op een integrale manier, met de focus op de onmiddellijke behoeften en doelen van de patiënt zelf. [1, 7]

Het team voorziet continue dekking, met een snelle respons bij spoedgevallen en 24 uur op 24 bereikbaarheid. [1] Met het *direct service model*, wordt bedoeld dat het multidisciplinaire team poogt zoveel mogelijk diensten zelf aan te bieden aan de cliënten, zodat doorverwijzingen niet meer nodig zijn. [1] In 1980 werd dit programma voorgesteld en het team zou initieel zelfs levenslange zorg kunnen voorzien, indien dat nodig was voor de patiënt. [1, 7-9]

Ondertussen werden vele basiskenmerken van ACT geïncorporeerd in standaardpraktijken van progressieve mentale gezondheidszorgsystemen. [7] Een aantal karakteristieken werden echter aangepast: de continue bereikbaarheid is niet praktisch, niet kostenefficiënt noch herstelgeoriënteerd, waardoor dit principe werd verlaten. [7] Het multidisciplinaire aspect van het team wordt nu vertaald in de noodzaak tot het continu leren van nieuwe vaardigheden door de teamleden. [7] Verschillende teams includeerden de behandeling van middelenafhankelijkheid [10], psycho-educatie van het netwerk van de patiënt [11], psychosezorg [12] en de zorg voor daklozen [13].

ACT heeft een duidelijk rol gespeeld in het faciliteren van de deïnstitutionalisering (ontbedding) en het re-integreren van duizenden mensen met een ernstige psychiatrische stoornis in de gemeenschap. [7] De basisprincipes van ACT blijven de manier waarop we kijken naar mentale gezondheidszorg beïnvloeden op lokaal, nationaal en internationaal vlak. [7]

6.2 In verschillende landen?

6.2.1 Noorwegen

Het nationale programma voor mentale gezondheidszorg dat werd goedgekeurd door het Noorse parlement in 1998, had als doel het verbeteren van de mentale gezondheidszorgvoorzieningen en moest ten laatste tegen 2008 geïmplementeerd zijn. [2] In navolging van deze nationale strategie, waren er in 2011 59 CRHT-teams opgericht voor in totaal 78 gemeenschapscentra voor mentale gezondheid. [3] Het uiteindelijke doel is om per gemeenschapscentrum een CRHT-team te voorzien. [14]

Volwassenen kunnen in Noorwegen op drie niveaus terecht voor psychiatrische gezondheid: op de eerste lijn staan de huisartsen en de mentale gezondheidswerkers, zoals psychiaters in privépraktijken. [14] Op het tweede niveau staan gemeenschapscentra en psychiatrische dienstverlening per district die diensten organiseren zoals dagcentra of specifieke teams gespecialiseerd in bv. middelenafhankelijkheid, psychose, chronische zorg enz. Het laatste niveau bestaat uit psychiatrische (afdelingen van) ziekenhuizen. [14]

Richtlijnen werden voorzien waarin de kerneigenschappen van CRHT worden beschreven: (1) inschatting en directe zorg in de thuissituatie, (2) samenwerking met gezondheid – en sociaal werkers, (3) inschatting en aanpak kan bestaan uit thuiszorg, crisisaanpak, verwijzingen en dit alles bij (4) een zeer korte reactietijd. [3] Bij de uitwerking van de teams blijkt dat lokale factoren een grote invloed hebben, zoals de toegekende middelen, de herkomst van het toegekende personeel, stedelijke of landelijke lokalisatie en de prioriteiten van de mentale gezondheidsdiensten in de regio. [3]

Het CRHT-team in Noorwegen heeft geen poortwachtersrol, maar het team mag wel beslissingen nemen over hospitalisaties van de patiënten die door hen behandeld worden. [3] Alle patiënten werden na de interventie terugverwezen naar hun huisarts. [3] Door hun organisatie, lijken de CRHT's in Noorwegen vooral mensen met depressie en suïcideneiging te bereiken, meer dan psychotische patiënten. [15] Een intensievere behandeling, meer supervisie en begeleiding door psychiaters in het team en meer contacten in de thuissituatie lijken aangewezen om efficiëntere zorg te bieden, ook aan psychotische patiënten. [15]

6.2.2 Groot-Brittannië

In navolging van het National Health Service Plan (Department of Health 2000), hebben mentale gezondheidszorgvoorzieningen in Groot-Brittannië specifieke CRHT-teams opgericht. [4, 5, 16-18] Het doel van deze CRHT-teams was hospitalisatie voorkomen door patiënten te behandelen in de thuissituatie en de tijd van hospitalisatie te verkorten door ontslag te vergemakkelijken. [4, 16, 17] In 2006/2007 waren er 343 teams opgericht. [17] De financiering voor de teams kwam uit het sluiten van een afdeling van een lokaal ziekenhuis. [5, 19] Hiernaast bestonden ook al langer de community mental health teams (CMHT) voor de behandeling van thuiszorg zonder crisisaspect. [19]

De rol van *gatekeeper* of poortwachter werd door de Britse overheid als cruciaal gezien, omdat men dacht dat de gezondheidswerkers anders gewoon de hospitalisaties zouden laten verder lopen. [16] Maar deze poortwachtersrol heeft gezorgd voor frictie tussen de teams en andere gezondheidswerkers. [16] Bovendien bleek CRHT-betrokkenheid bij 30% van de inschattingen op ziekenhuisdiensten onnodig. [16]

De samenwerking tussen CRHT en andere thuiszorgteams bleek het beste te verlopen als er (a) een lage turnover is van het personeel, (b) CRHT-personeelsleden de kans krijgen om ervaring op te doen bij chronische teams, (c) er flexibiliteit is tussen de teams, waarbij CRHT bv. in het weekend kwetsbare chronische patiënten kan in de gaten houden en er (d) intensieve training van personeelsleden mogelijk is. [4, 16]

Verschillende studies naar ACT in Groot Brittannië konden maar kleine positieve effecten vinden t.o.v. standaardzorgen. [20, 21] (zie infra) Daarom worden de ACT-teams nu afgebouwd en omgevormd tot minder intensieve chronische behandelteams. [20, 21]

Green et al. concludeert dat er inderdaad veranderingen gebeuren in Groot Brittannië op vlak van hospitalisatie-politiek voor bepaalde ziektes, maar volgens de auteurs is dit het gevolg van het afbouwen van psychiatrische bedden eerder dan van de introductie van thuiszorgteams. [22] Aan specifieke noden, bv. voor ernstig depressieve patiënten, wordt niet voldaan door de thuiszorgteams. Hiervoor is er zowel een herziening van het beleid nodig, als verdere studies. [22]

6.2.3 Ierland

A vision for change, de strategie van de overheid voor de ontwikkeling en toekomst van de mentale gezondheidszorg gepubliceerd in 2006, raadde een verspreiding van thuiszorgdiensten aan op nationaal niveau. [23] In navolging hiervan werden een aantal programma's ontwikkeld, momenteel schaars verspreid over het land en met variabele invulling. [23] De implementatie van het model gebeurde ongecoördineerd, zonder standaardmodel dat kwaliteit van zorg garandeerde. [23] De verdere ontwikkeling van de programma's zou moeten gebaseerd worden op uitgebreid literatuuronderzoek. [23]

6.2.4 Nederland

In Nederland werd vanaf 1980 het concept 'transmurale zorg' uitgewerkt, waarbij de nadruk wordt gelegd op continuïteit doorheen de muren van de instituten. [24] De standaardzorg in Nederland bestaat dan ook uit een flexibele combinatie van outreach, dagcentra, ambulante en hospitalisatiezorg. [24] Er vond een gedeeltelijke deïnstitutionalisering plaats, minder streng dan in Groot-Brittannië en de crisisdiensten zijn georganiseerd in elke regio, 24 uur op 24, zeven dagen op zeven. [24]

In Nederland werd de term ACT vervangen door FACT, waarbij de F eerst stond voor *function*, maar later ook voor *flexible.* [24] De flexibiliteit van het model zit in het feit dat de intensiteit van de ACT-interventie kan aangepast worden aan de noden van de patiënt op dat moment: het grootste deel van de patiëntenpopulatie kan minder intensief worden opgevolgd. [24] Indien er nood is aan een intensievere begeleiding, kan dit zo in hetzelfde team geregeld worden, met o.a. een consult psychiatrie binnen de 2 dagen en *shared case load* binnenin het team: elke patiënt die in het team nood heeft aan intensievere begeleiding wordt dan bv. dagelijks besproken op de teamvergadering. [24] Deze mix van zorg en patiënten bleek bij eerste (kleinschalige) evaluaties geen negatieve effecten te hebben op de outcomes bij verschillende teams. [25]

6.2.5 Frankrijk

In Frankrijk ontstonden er ook thuiszorgteams in het kielzog van de deïnstitutionaliseringsbeweging. [26] Maar het zijn er niet veel, er is geen uniformiteit onder de teams en ze zijn niet gekend en weinig zichtbaar. [26] Er zijn verschillende hypotheses waarom dit zo is: het gebrek aan systematische evaluaties van zorg, het behoud van een relatief groot aantal psychiatrische bedden waardoor de ontwikkeling van teams minder noodzakelijk was, een lage bevolkingsdichtheid die dit soort zorg moeilijk toe te passen maakt en ten slotte vermoedelijk ook het geloof in de therapeutische voordelen van een hospitalisatie. [26]

6.2.6 Duitsland

Sinds 2004 voorziet artikel 140 van het vijfde Duits Sociaal Code Boek (SGB V) de mogelijkheid om modellen van geïntegreerde zorg te ontwikkelen en te implementeren in Duitsland. [27] Het voornaamste doel van de geïntegreerde zorg-projecten is het verbeteren van de kwaliteit en efficiëntie van zorg door de samenwerking tussen verschillende ziekenhuizen, ambulante en rehabilitatie-zorg te optimaliseren. [27]

Zo kunnen er ook lokale netwerken voor geïntegreerde zorg in de psychiatrie ontstaan, zoals het project in Aachen, door Bröcheler et al. beschreven. [27] Deze lokale netwerken kunnen onderling verschillen in bepaalde aspecten. [27] Het netwerk in Aachen ontstond in 2006 en heette *Integrated Care Depression*, opgericht door het departement psychiatrie van het universitair ziekenhuis, de Duitse Associatie van psychiatrie en psychotherapie (DGPPN) en de Professionele Associatie van Duitse neuropsychiaters (BVDN), met als doelgroep een 350-tal patiënten in de omgeving rond Aachen. [27] Deelnemers van dit netwerk zijn de regionale psychiatrische ziekenhuizen, psychiaters uit de ambulante sector en specifiek getrainde huisartsen. [27] Dit netwerk voor geïntegreerde zorg voor depressie was een pilootproject van de DGPPN en van de BVDN. [27] Later veranderde het netwerk in Aachen zijn naam naar *Integrated Care Mental Health*. [27] Momenteel is het netwerk bezig de doelgroep uit te breiden, met in een eerste stap de diagnose en behandeling van schizofrenie en psychose. [27]

Slechts twee van de 83 netwerken voor mentale gezondheidszorg in Duitsland zorgen voor patiënten met chronische psychiatrische aandoeningen. [27] De meeste netwerken zijn gefocust op de diagnose en zorg voor één specifieke aandoening. Er bestaat geen nationaal systeem voor mentale gezondheidszorg in Duitsland doorheen de verschillende sectoren. [27-29]

Deze problematiek wordt erkend door de medewerkers en het uiteindelijke doel is zowel de doelgroep uit te breiden naar alle psychiatrische problemen als het doelgebied uit te breiden totdat er een nationaal netwerk ontstaat. [27] De implementatie van deze ideeën hangt echter af van verschillende aspecten van het gezondheidszorgbeleid in Duitsland: de efficiëntie van het systeem moet geëvalueerd worden aan de hand van een aantal factoren: duur van arbeidsongeschiktheid, duur van hospitalisatie, de voordelen voor patiënten enz. [27] Daarnaast spelen politieke factoren ook een rol: momenteel worden de projecten gefinancierd door verzekeringsinstellingen. [27, 30] Extra fondsen waren voorzien bij het opstarten van de projecten. [27] Het is maar de vraag hoe lang de verzekeringsinstellingen deze kosten zullen blijven dragen. [27] Bovendien betekent de financiering door verzekeringsinstellingen ook dat nationale coördinatie en evaluatie moeilijk is: systematische data over efficiëntie bestaan dus niet. [30]

6.2.7 Italië

In 1978 werd in Italië wet 180, over de hervorming van psychiatrische gezondheidszorg goedgekeurd, met als doel o.a. de deïnstitutionalisering van de zorg voor chronisch mentaal zieke patiënten. [31, 32] In navolging van deze wet richtte de vakgroep Psychiatrie van de universiteit van Verona de *gemeenschapsdienst voor psychiatrie in Zuid-Verona* op. Karakteristieken van deze dienst zijn o.a. dat zij functioneert als alternatief voor (en niet complementair met) het ziekenhuissysteem. De dienst werkt volgens een single-staff module, om continuïteit van zorg, verantwoordelijkheidszin en engagement te bevorderen. Bovendien wordt de dienst volledig gefinancierd door de nationale gezondheidsdienst. [32]

Volgens Altamura et al. is de invloed van wet 180 op de huidige toestand van de psychiatrische gezondheidszorg eerder negatief geweest: implementatie was traag en de financiële steun eerder laag, angst– en stemmingsstoornissen werden niet aangepakt en er werd geen aandacht geschonken aan interventies met focus op revalidatie. [31] De nadruk werd gelegd op de sociale context van patiënten met chronische psychose, waardoor de nieuwe generatie psychiaters weinig kennis heeft over bv. angst– en stemmingsstoornissen. [31] Bovendien identificeren patiënten met angst– en stemmingsstoornissen zich bijna niet met de huidige psychiatrische zorgen in Italië en consulteren zij liever privéklinieken of privépsychologen. De psychiaters ontwikkelden voornamelijk vaardigheden in het management van zorg, maar minder in de diagnose en klinische presentatie van individuele patiënten. Altamura et al. pleit ervoor dat psychiaters in Italië hun medische rol als leiders en innovatoren van de zorg terug opnemen, omdat zij anders quasi geen toekomst lijken te hebben. [31]

6.2.8 Verenigde Staten van Amerika

In de VS wordt 25% van de populatie geconfronteerd met mentale gezondheidsproblemen op een bepaald punt in zijn/haar leven. [33] Zeventig procent van deze patiënten worden gediagnosticeerd en behandeld in eerstelijnsvoorzieningen. [33] Maar van de patiënten met depressieve stoornis met toegang tot de eerste lijn, ontvangt slechts 15% een adequate therapie. [33] Het doorverwijzen mislukt frequent en het personeel in de eerste lijn heeft tijd noch vaardigheden om de noden van de patiënten efficiënt op te vangen. [33]

De *US Mental Health Parity and Addiction Equity Act* van 2008 en de *US Patient Protection and Affordable Care Act* van 2010, combineren de mogelijkheid om organisatorische en financiële strategieën te implementeren via Collaborative Care Models (CCM's) om zo mentale gezondheidszorg te integreren in de voorzieningen van de eerste lijn. [33] In een context van CCM's zijn de *Primary Care Physicians* (PCP) een deel van het team, verantwoordelijk voor het screenen en diagnosticeren van psychiatrische problemen, het voorschrijven van medicatie en het gericht doorverwijzen van complexe casussen. De PCP's delegeren en superviseren de taken die worden uitgevoerd door andere leden van het team, ondersteund door de *care manager*. Psychiaters ondersteunen de PCP's indirect door advies te geven, alsook door besliskundige ondersteuning bij complexe casussen. [33, 34]

En inderdaad, de bovenstaande alinea zou realiteit kunnen zijn in een ideale wereld. De implementatie van CCM's in de eerste lijn houdt immers heel wat uitdagingen in: de hoge kost van reorganisatie van de bestaande diensten, het standaardiseren van therapiesystemen, nieuw personeel aannemen, het personeel opleiden en in het algemeen de evolutie bewerkstelligen van een hiërarchische arts-georiënteerde praktijk met focus op werk-flow naar een patiënt-georiënteerde praktijk. [33, 35] Om de moeizame overgang te promoten, zijn interventies nodig die gebaseerd zijn op wetenschappelijke evidentie zoals externe facilitatoren die advies geven over de implementatie van CCM's, de mogelijkheid om middelen te poolen tussen verschillende praktijken, ondersteuning via telemedicine of e-health, enz. [33, 35] Het is namelijk zo dat tot 98% van de patiënten met stemmingsstoornissen behandeld worden in kleine praktijken, die niet de middelen hebben om CCM's te implementeren. [33]

Het centrale probleem is de financiering van de CCM's, ongeacht de behandeling of de betalers: er zal iets moeten veranderen aan het systeem van fee-for-service om de ondersteuning van PCP's aan te houden in hun uitdragen van de CCM's. [33, 36]

6.2.9 Hongkong

In 1997 werd de soevereniteit van Hong Kong overgedragen van Groot Brittanië naar China, maar de gezondheidszorg-infrastructuur van de regio blijft wel gebaseerd op het Britse systeem. [37] Zo wordt de psychiatrische gezondheidszorg voorzien door de 'Hospital Authority', een statutair orgaan gefinancierd door de overheid. [37] In 1999 besliste de Chinese overheid tot deïnstitutionalisering. [37] Tijdens dit proces werd in het Kwai Chung Hospital in Hong Kong, een groep patiënten geïdentificeerd die frequent heropnames vereisten. [37] Deze groep werd gekenmerkt door o.a. comorbiditeit met drugsafhankelijkheid, persoonlijkheidsstoornissen, neiging tot geweld, relationele problemen, een inadequaat netwerk, financiële problemen enz. Een ACT-interventie specifiek ontworpen voor deze groep, bleek een statistisch significant effect te hebben op het verlagen van het aantal heropnames, ligdagen, gemiste doktersafspraken en consultaties op spoedopname. [37]

6.2.10 Japan

In Japan is men ervan overtuigd dat de basis van psychiatrische gezondheidszorg in de toekomst gemeenschapszorg zal zijn. [38, 39] Een recente hervorming in het outreach-team van het Nationale Centrum voor Neurologie en Psychiatrie baseerde zich op drie kernpunten: (1) aandacht voor de dagelijkse behoeften van de patiënt, (2) casemanagement door het gezondheidspersoneel en (3) het veranderen van de hiërarchische structuur van het team, waarbij elk lid evenwaardig is. [39]

6.2.11 Zuid-Korea

In Zuid-Korea wordt ACT bestudeerd als het standaardprogramma sinds 1990. [40] Momenteel spelen centra voor mentale gezondheidszorg een centrale rol, met als kernopdracht individueel case-management. [40] Maar case-management heeft geen antwoord op kwesties zoals psychosociale re-integratie en hospitalisatie heeft nog steeds de voorkeur boven gemeenschapszorg. [40] Het toepassen van ACT poogt hier meer praktische en efficiënte hulp aan te bieden. [40] Won et al. pleit dan ook voor een introductie van ACT op nationaal niveau om sociale inclusie van psychiatrische patiënten te bevorderen. [40]

6.2.12 Landen met een laag of gemiddeld inkomen

In landen met een laag of gemiddeld inkomen zijn er een aantal factoren die de ontwikkeling van een systeem van psychiatrische thuiszorg uiterst moeilijk maken. [41] Extreem gelimiteerde financiële en personeelsmiddelen, geleid door een afwezig overheidsprogramma voor mentale gezondheidszorg leiden ertoe dat psychosociale rehabilitatieprogramma's voornamelijk worden opgenomen door (buitenlandse) niet-gouvernementele organisaties (NGO). [41] De NGO's voeren slechts zelden een systematische evaluatie uit van hun functioneren en bovendien zijn de programma's die ze installeren vaak niet vol te houden op lange termijn door gebrek aan training, interesse of financiering. [41]

In contrast hiermee staat Maleisië, waar de overheid een decentralisatie-programma voert sinds 1960 in de mentale gezondheidszorg. [42] Vanaf de jaren '90 werden pilootprojecten met aangepaste ACT-programma's opgericht en vanaf de jaren 2000 werden de basisprincipes overgenomen naar de standaardzorg voor patiënten met psychiatrische problemen. [42]

6.3 Is het efficiënte zorg?

Er gebeurden reeds verschillende onderzoeken naar de efficiëntie van deze specifieke types zorg. [4, 12, 15, 22, 23, 28, 34, 43-47] Opvallend is de grote variatie in studie design, onderzochte patiëntenpopulaties, bestudeerde parameters enz. Hierdoor is het moeilijk om eenduidige conclusies te trekken. Verschillende auteurs concluderen dan ook dat meer evaluatieve studies nodig zijn, bij voorkeur met gestandaardiseerde parameters en design. [10, 17, 22, 48-52]

6.3.1 CRHT

Uit de literatuurreview van Wheeler et al. [4] blijkt dat er een grote heterogeniteit bestaat tussen de verschillende CRHT's in Groot-Brittannië. De studies die de efficiëntie van deze CRHT's willen bestuderen variëren bovendien niet alleen in design en kwaliteit, maar ook in de parameters die gebruikt werden om efficiëntie of kwaliteit van zorg te beoordelen. Dit maakt het moeilijk om conclusies te trekken over de efficiëntie van de zorg. [4] Ook Nwachukwu et al. vermeldt de moeilijkheden die voortkomen uit de heterogene studies, waardoor het generaliseren van de bevindingen gelimiteerd is. [23]

Mannen lijken minder kans te hebben op een succesvolle CRHT-interventie, mede door het hogere risico op agressie. [17] Thuiszorg lijkt meer aanvaardbaar voor vrouwen dan voor mannen. [53] Ouderen hebben ook minder kans op een succesvolle CRHT-interventie, vermoedelijk te verklaren door het meer chronische karakter van de psychiatrische problematiek. [17]

Een Cochrane review toonde aan dat CRHT efficiënt leidde tot een vermindering van het aantal herhaaldelijke hospitalisaties en het aantal patiënten die de begeleiding vroegtijdig stopten. [48] Maar CRHT's hebben geen effect op het aantal gedwongen hospitalisaties. [17]

CRHT lijkt efficiënt te zijn in het verminderen van sociale isolatie en het stigma, en gaat geassocieerd met verhoogde patiëntentevredenheid. [18, 48] Biong et al. rapporteerde dat de mentale gezondheidstoestand van alle patiënten verbeterde doorheen de interventie van het CRHT. [43] Ook drie maanden na de crisisinterventie is de mentale gezondheidstoestand nog altijd beter in vergelijking met patiënten onder standaardzorg. [48]

Het is opvallend dat het aantal zelfdodingen bij patiënten begeleid door CRHT's hoger is t.o.v. het aantal suïcides in het hospitaalmilieu. [54] Bovendien werd er in Engeland in de periode van 1997 t.e.m. 2008 een duidelijke daling vastgesteld van het aantal zelfdodingen bij gehospitaliseerde patiënten. [55] CRHT is voor bepaalde kwetsbare patiënten die alleen wonen of te maken hebben met ongunstige levensomstandigheden, dan ook niet de meest geschikte vorm van zorg [54] en mislukte CRHT-interventies gaan gepaard met grotere risico's. [17] Het zou echter kunnen dat het werkelijke effect van thuiszorg op suïcidecijfers indirect is, namelijk het kunnen voorzien van betere zorg aan gehospitaliseerde patiënten door minder hospitalisaties, minder bezette bedden, meer beschikbaarheid van het personeel en meer geïndividualiseerde zorg. [56]

Uit interviews met ex-patiënten, blijkt dat er nog steeds een verschil bestaat tussen wat patiënten verwachten van de thuiszorg en wat ze uiteindelijk krijgen. [57, 58] Het belang van goede communicatie met empathie, aanvaarding en respect werd nogmaals benadrukt. [57, 58] Het delen van informatie tussen de verschillende stakeholders van het netwerk zou moeten kort, maar grondig en tijdig gebeuren. [57, 58] Afzonderlijke studies benadrukken het belang van (inter)persoonlijke vaardigheden bij de individuele teamleden. [57, 58] Toch zijn het ook de basisprincipes van thuiszorg die patiënttevredenheid bevorderen. [59] Het aangaan van een partnerschap, één van de fundamenten van CRHT, wordt als uiterst positief ervaren, net als de filosofie van empowerment. [59]

6.3.2 ACT

In de decennia volgend na de introductie door Stein en Test, werden er verschillende studies ondernomen om de efficiëntie van ACT te onderzoeken. [7]

Complexe, multidisciplinaire en multimodale interventies, zoals ACT, zijn efficiënt in de aanpak van depressieve stoornissen bij volwassenen [34] en ouderen. [28, 60] Maar het effect op het aantal hospitalisaties bij ouderen of op de mortaliteit, kon niet bevestigd worden door een gebrek aan kwalitatief betrouwbare studies. [49] Er werd een verhoogde acceptatie gevonden van ACT bij de aanpak van psychotische stoornissen ten opzichte van de standaardzorg. [12] Een studie over het geïntegreerde zorgmodel in Hamburg voor ernstige psychotische stoornissen toont een verminderde vroegtijdige uitval, een verbeterd psychosociaal functioneren en levenskwaliteit, en een grotere tevredenheid bij de patiënten. [29]

ACT zou een positief effect hebben op middelenmisbruik. [10] Dit positieve effect zou vermoedelijk nog kunnen verhogen als ACT gepaard zou gaan met evidence-based behandeling bij middelenmisbruik, het organiseren van huisvesting voor patiënten en het aanleren van

budgetbeheer. [10] ACT heeft een positief effect op het functioneren van schizofrene patiënten [52] en op de kwaliteit van leven bij alle patiënten. [61]

Het includeren van de familie en het netwerk bij de opvang van psychiatrische patiënten in de thuissituatie kan pas op een efficiënte manier gebeuren als dit door alle leden van het team én door de teamleiders als prioritair wordt beschouwd. [11] Om dit te optimaliseren, zou er een verandering moeten komen in de werkmethodes, zodat de betrokkenheid van families kan gefaciliteerd worden. [11]

Burns et al. stelt dat ACT een zeer intensieve en dure vorm van thuiszorg is, waarvan het effect op de outcome niet altijd beter is dan dat van minder intensieve thuiszorgprogramma's. [62] Rosen et al. sluit zich daarbij aan, opperend dat ACT het beste werkt voor patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen en de grootste beperkingen in functioneren. [46] Minder intensieve programma's kunnen even efficiënt zijn bij patiënten met minder ernstige stoornissen of met een minder grote beperking in hun functioneren. [46] Maar het voorspellen van patiëntfactoren die correleren met een succesvolle ACT-behandeling is moeilijk. [9] Patiënten zouden vanuit ACT kunnen doorstromen naar minder intensieve thuisprogramma's om zo andere doelen na te streven. [9] Killapsy et al. merkt daarbij nog op dat ACT de meest ernstige pathologie aantrekt, waardoor positieve outcomes sowieso al moeilijker te bekomen zijn ten opzichte van de standaardprogramma's. [20]

ACT lijkt niet geschikt voor landelijke gebieden, omdat dunbevolkte gebieden geen kritische hoeveelheid gebruikers omvatten die intensieve begeleiding nodig hebben. [7] Minder intensieve vormen van thuiszorg lijken dan wel weer goed te werken in een rurale setting. [23]

Vele landen hebben ACT aangenomen als model voor hun thuiszorgvoorzieningen. [7] Maar in bepaalde landen wordt er geen voordeel aangetoond ten opzichte van de standaardzorgen. [7, 63] De standaardzorgen in Groot-Brittannië hebben immers de basisprincipes van ACT overgenomen en aangepast. [62, 63] In de Verenigde Staten waar men streng snoeit in het aantal hospitalisaties en de duur van hospitalisaties, is een overgebruik van psychiatrische ziekenhuizen sowieso uitgesloten. [7] In landen of gemeenschappen waar de mentale gezondheidszorg niet goed uitgebouwd is en er een cultuur heerst van langdurige hospitalisaties, is ACT wel een aantrekkelijk model. [7]

6.4 Socio-economische factoren en culturen?

Leven in een gedepriveerde buurt heeft een grotere impact op het aantal psychiatrische hospitalisaties dan individuele deprivatie. [17] Sociale deprivatie is een predictor voor toegenomen druk op ziekenhuisafdelingen en toegenomen gedwongen hospitalisaties. [17] Sociale isolatie heeft geen effect op de resultaten van de CRHT-interventies. [17] CRHT's zouden zich dus moeten concentreren op sociaal gedepriveerde buurten. [64]

In een regio waar gemeenschapsgeoriënteerde mentale zorg wordt aangeboden, is er een verband tussen de socio-economische karakteristieken van de woonplaats en het gebruik van de psychiatrische dienstverlening. [32] Hoewel socio-economisch status en afstand tot het centrum voor de dienstverlening geen rol zouden mogen spelen, merkt Amaddeo et al. toch een verband tussen het gebruik van de dienstverlening en de afstand tot het centrum voor bepaalde types van zorg, zoals dagcentra. [32] Hier raakt Amaddeo et al. aan het begrip toegankelijkheid van zorg, een begrip dat verschillende factoren inhoudt zoals de verplaatsingskost, de mogelijkheden bij het openbaar vervoer, psychologische en fysieke barrières, sociale en culturele factoren en omgevingskenmerken.

Patiënten uit minderheidsgroepen presenteren zich vaker in een mentale crisis. [65] Een project van het CRHT in Sheffield, legde daarom de focus op de Pakistaanse gemeenschap om hen te bekrachtigen en een vertrouwensrelatie op te bouwen. [65] Zij ontwikkelden een nieuwe functie: de Pakistani-link worker en via het Pakistaanse moslimcentrum werd er aan publieke voorlichting gedaan over psychiatrische problemen. Dit had een positief effect: er werd sneller beroep gedaan op het CRHT door de Pakistaanse gemeenschap. Dit model van partnerschap is volgens de auteurs efficiënt en overdraagbaar naar andere teams en andere gemeenschappen. [65]

In de studie van Bookle et al. kon geen verschil gevonden worden in het aantal mensen van Afrikaanse origine dat deelnam aan thuiszorg ten opzichte van andere origines. [53] Wel was er een verlengde hospitalisatie voor patiënten van Afrikaanse origine, waarvoor de auteurs door de opzet van hun studie geen verklaring vonden. [53]

Het effect van CRHT's bij de behandeling van depressie, was even efficiënt bij patiënten uit minderheidsgroepen ten opzichte van andere patiëntengroepen. [34]

6.5 Samenwerking met huisartsen?

De verwijzings– en opnamecijfers voor chronische zorg bij een landelijk team in Ierland, demonstreerden het feit dat lokale huisartsen het opstarten van het team ruim ondersteunden. [23]

De huisarts lijkt een belangrijke rol te spelen in het verwijzen van patiënten naar CRHT-teams. De huisarts wordt door veel mensen beschouwd als eerste contactpersoon binnen het zorglandschap. Het zou kunnen dat hierin de verklaring ligt voor het gebrek aan oudere personen onder de patiënten van het CRHT, namelijk in het feit dat de huisartsen minder vaak ouderen doorverwijzen omdat ze de depressieve gedachten bij hun oudere patiënten zien als terecht (omwille van verlieservaringen, ziekte of rouw) en daarom zonder noodzaak aan psychiatrische behandeling. [14]

Patiënten krijgen soms informatie van huisartsen die de informatie van de thuiszorgteams tegenspreekt en omgekeerd. [57] De (voor)kennis van de huisarts over een bepaalde casus wordt niet altijd optimaal gebruikt door het thuiszorgteam. [57] Taylor et al. pleit dan ook voor een betere coördinatie van de zorg. [57]

Rubio-Valera et al. pleit voor een grotere betrokkenheid van apothekers bij het ondersteunen van patiënten met een psychiatrische stoornis. [66] Zij zijn ideaal geplaatst om medicatie-inname te monitoren of te optimaliseren en om mentale problemen zoals middelenafhankelijkheid vroeg op te merken. [66]

6.6 Wat is de situatie in België?

6.6.1 Wetgeving

België heeft een breed welzijns- en gezondheidslandschap waar mensen met psychische problemen terecht kunnen, waarbinnen de doorverwijzing niet altijd vlot verloopt. [67] Dit komt voor een stuk omdat het aanbod onvoldoende bekend is, waardoor mensen niet direct op de juiste plaats terecht komen. [67] Ten tweede heerst er nog altijd een taboe op psychische problemen en ten derde zijn er de lange wachttijden waarmee patiënten en doorverwijzers geconfronteerd worden. [67] De capaciteit van de residentiële geestelijke gezondheidszorg is in België omwille van historische redenen altijd groter geweest dan in de buurlanden. [67]

In 2008 publiceerde de WHO haar rapport "*Policies and Practices for Mental Health in Europe - Meeting the Challenges"* waaruit bleek dat België over 152 psychiatrische bedden per 100.000 inwoners beschikt. [67] Van alle Europese landen heeft enkel Malta een nog hogere ratio met meer dan 180 bedden per 100.000 inwoners. [67]

Tijdens datzelfde jaar stelde het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg vast dat 4.730 volwassen psychiatrische patiënten in 2003 langer dan een jaar verbleven in een dienst in een psychiatrisch ziekenhuis waar behandeling gericht is op het optimaliseren van de slaagkansen tot succesvolle sociale wederaanpassing. [67] Een derde van deze populatie verbleef reeds langer dan 6 jaar in een dergelijke dienst. Een belangrijke conclusie bestond erin dat psychiatrische ziekenhuizen onvoldoende inspanningen leveren om deze patiënten te re-integreren in de samenleving. [67]

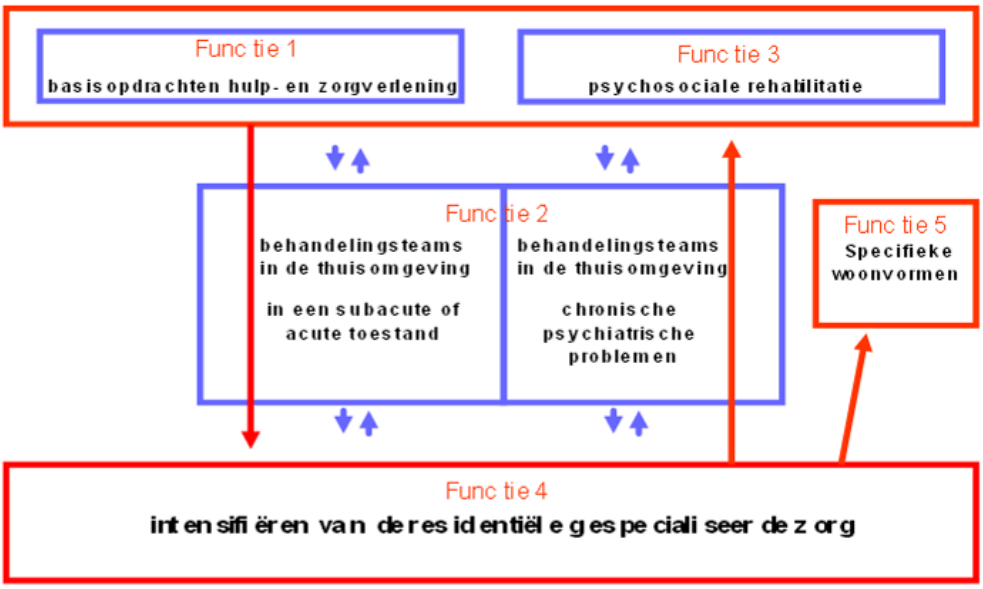
De Interministeriële Conferentie (IMC) Volksgezondheid heeft daarom op 28 september 2009 besloten over te gaan tot de implementatie van artikel 107 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen. [67] Dit artikel zegt dat "De Koning kan in specifieke financieringswijzen voorzien om, op experimentele basis en beperkt in de tijd, een prospectieve en programmageoriënteerde financiering van zorgcircuits en netwerken mogelijk te maken." [67]
M.a.w. de toepassing van art. 107 is een financieringstechniek die toelaat een deel van het budget van financiële middelen van ziekenhuizen te re-alloceren zodat middelen en mankracht in een bepaald werkingsgebied kunnen worden ingezet om het bestaande aanbod voor personen met psychische problemen verder aan te passen aan hun behoeften en zorgvragen. [67]
Alle bevoegde Belgische overheden hebben zich ertoe verbonden hun bestaande aanbod open te stellen voor de totstandkoming en/of het intensifiëren van de samenwerking tussen intramurale en extramurale voorzieningen. [67] Daarenboven werd er door de IMC Volksgezondheid voor gekozen de beschikbare middelen in de eerste plaats aan te wenden voor de creatie van :

- ambulante intensieve behandelteams voor zowel de acute als chronische geestelijke gezondheidszorgproblemen
- rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie
- intensieve residentiële behandelunits voor zowel de acute als chronische geestelijke gezondheidszorgproblemen indien een opname noodzakelijk is [67]

Het model dat de Vlaamse overheid wenst in te voeren, zal vanuit een globale visie moeten zorgen voor de integratie van de middelen van de ziekenhuizen en de middelen van de (ambulante) diensten in de gemeenschap. [67] Alle actoren binnen een bepaald, afgebakend gebied zouden moeten betrokken zijn bij de organisatie van dat model en bij het ontwikkelen van strategieën om te voldoen aan de geestelijke gezondheidsnoden bij de bevolking in dat specifieke gebied. [67] Dit model is idealiter een duurzaam model, waarvoor een aantal functies zullen moeten worden ingevuld:

- De eerste functie (activiteiten inzake preventie, promotie van de geestelijke gezondheidszorg, vroegdetectie, screening en diagnosestelling) heeft betrekking op preventie, vroegdetectie en vroeginterventie.
- De tweede functie (ambulante intensieve behandelteams voor zowel acute als chronische psychische problemen) heeft betrekking op de behandelteams in de thuisomgeving. De term 2A heeft betrekking op de acute teams, 2B op de chronische teams.
- De derde functie: rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie

- De vierde functie: intensieve residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychische problemen wanneer een opname noodzakelijk is.
- De vijfde functie: specifieke woonvormen waarin zorg kan worden aangeboden indien het thuismilieu of het thuisvervangend milieu hiertoe niet in staat is. [67]



Figuur 1. De 5 functies in het nieuwe geestelijke gezondheidszorg model [67]

De uitbouw van de verschillende functies en het aanpassen van de bestaande organisatie moet gefaciliteerd worden door de oprichting van een samenwerkingsnetwerk. [67] Praktisch betekende dit o.a. dat alle deelnemers aan het netwerk een verantwoordelijke moesten aanduiden, die optreedt als aanspreekpunt en referentiepersoon voor zijn organisatie en meehelpt bij het uitbouwen van het netwerk. [67] Per netwerk wordt er ook een netwerkcoördinator aangesteld met een zeer uitgebreid takenpakket: de coördinator brengt het netwerk in kaart, neemt kennis van de bestaande, mobiliseerbare middelen binnen het gebied van het netwerk, kent de specifieke kenmerken van de verschillende organisaties, ontmoet verantwoordelijken, inrichtende machten en directies van de organisaties, enz.

In navolging van het bovenstaande werden verschillende pilootprojecten opgestart o.v.v. netwerken in verschillende regio's.

6.6.2 Gent

Het PAKT is het netwerk van zorgverleners en voorzieningen in de regio Gent - Eeklo - Vlaamse Ardennen. [68] Het PAKT heeft als doel de regionale geestelijke gezondheidszorg te verbeteren en toegankelijker te maken, met de klemtoon op het aanbieden van zorg in de samenleving. [68] De naam 'Het PAKT', is geen afkorting maar kan op twee manieren geïnterpreteerd worden: als een pact dat gesloten wordt tussen de zorgverleners en voorzieningen om betere geestelijke gezondheidszorg te leveren. En ten tweede als iets dat iemand ontroert, iets dat iemand 'pakt'. Zo zegt men in de Gentse regio gemakkelijk: *'Dat pakt mij nu.'*

Het Netwerkpunt is één van de concrete experimenten binnen het artikel 107-project en is een initiatief van het PAKT. [68] Het Netwerkpunt bestaat uit twee medewerkers die telefonisch bereikbaar zijn tijdens bepaalde uren en ook via e-mail te contacteren zijn. De voornaamste functie van het netwerkpunt is de oriëntatie van hulpverleners die zoekend zijn binnen het aanbod van geestelijke gezondheidszorg in de regio. Een tweede opdracht is AZiS+ (assertieve zorg in de samenleving), waarbij er wekelijks overleg is op cliëntniveau voor personen die buiten de hulpverlening (dreigen te) vallen. Bovendien heeft het Netwerkpunt een signaalfunctie naar het netwerkcomité, het beleidsorgaan van het PAKT. Het Netwerkpunt verbindt ten slotte ook vragen en antwoorden rond competentiebevordering. [68]

Andere lokale experimenten in Gent zijn de eerstelijnspsychologische functie en het cliëntenbureau dat gerund wordt door ervaringsdeskundigen. [68]

In het Gentse zijn er verschillende psychiatrische ziekenhuizen en PAAZ'en (Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis), o.a. psychiatrisch centrum Caritas in Melle, psychiatrisch ziekenhuis Sint-Camillus, UZ Gent en psychiatrisch centrum Gent – Sleidinge.

In Gent is er één mobiel crisisteam (2A-team) en zijn er vier mobiele 2B-teams of teams voor langdurige zorg. De 2B-teams zijn ontstaan uit deze verschillende ziekenhuizen en bedienen verschillende regio's:

- MOBiLteam Noord: regio Evergem en Lochristi
- MOBiLteam Meetjesland: Maldegem, Sint-Laureins, Kaprijke, Assenede, Eeklo, Knesselare, Zomergem, Waarschoot, Lovendegem, Zelzate, Wachtebeke, Moerbeke
- MOBiLteam Zuid: De Pinte, Gavere, Merelbeke, Melle, Destelbergen
- MOBiLteam West: Aalter, Nevele, Deinze, Sint-Martens-Latem, Nazareth, Zulte

De regio Gent wordt bediend door MOBiLteam Noord, Zuid en West. [69]

6.6.3 Toekomstplannen

De overheid wil in de volgende fase van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg gaan voor een volledige dekking van België door netwerken. [70] De uitbreiding van de mobiele teams is daarbij prioritair: tegen 1 januari 2018 moet men beschikken over 8 voltijdse equivalenten per 100.000 inwoners, met de medewerkers volledig gefinancierd door het buiten gebruik stellen van bedden. [70] De overheid verwacht dus een substantiële afbouw van de bedden, maar legt geen bepalingen op per type bed. [70]

Vanaf januari 2016 valt het budget additionele middelen weg. [70] In Gent gaat het om een bedrag van 425.000 euro waarmee o.a. het Netwerkpunt, de eerstelijnspsychologe, het cliëntenbureau en de werkingskosten van de mobiele teams werden betaald. [70] Deze beslissingen van de overheid zullen vanzelfsprekend repercussies hebben op de werking van het Netwerk en vormen een grote uitdaging voor de netwerkcoördinator en alle betrokken partijen. [70]

7. Resultaten kwalitatief onderzoek

7.1 2A-TEAMS (ACUTE TEAMS)

Meerwaarde:
Goede samenwerking, vermijden van opname, kennis delen, duur van de interventie

Bij het bespreken van de meerwaarde van de thuiszorg door acute teams, geven de meeste geïnterviewden aan dat de interventie *patient centered* is, dat er rekening kan gehouden worden met de thuissituatie van de patiënt en met de context waarin de patiënt en zijn naasten zich bevinden waardoor een systemische aanpak mogelijk is.

> *Door het feit dat je in de omgeving gaat van de patiënt, ga je die omgeving ook leren kennen en ga je niet anders kunnen dan de omgeving betrekken, voor zover dat de cliënt dat wil. Maar vaak lukt dat wel. En kan het feit dat je die omgeving betrekt, een meerwaarde zijn zowel voor de cliënt als voor de omgeving. (Interview 11)*

In het crisisteam kan er (meestal) vlot teruggekoppeld worden naar de professionele verwijzers en kan men snel en flexibel werken. Door het werk van het crisisteam kan een opname vaak vermeden worden. Bovendien geeft de duur van de interventie (toch tot dertig dagen), de mogelijkheid om een patiënt goed te leren kennen, waar deze bv. op een UPSIE (Universitaire Psychiatrische Spoed Interventie Eenheid) beperkt is tot drie dagen. Ook de adviesfunctie van het crisisteam wordt als een meerwaarde beschouwd: men probeert een laagdrempelig aanspreekpunt te zijn voor gezondheidswerkers, maar ook voor sociaal assistenten, politieagenten enz. Vanuit deze adviesfunctie doet men ook doorverwijzingen naar andere diensten.

Pijnpunt: foute indicatiestelling

Bij patiënten met een reëel risico op suïcide of geweld is een crisisinterventie in de thuissituatie niet de juiste optie. Patiënten ervaren thuiszorg soms ook als te bedreigend of als een inbreuk op de privacy. Ten slotte moet benadrukt worden dat de situatie aan bepaalde voorwaarden moet voldoen, voordat een crisisinterventie op haar plaats is: zo doet het crisisteam niet aan primaire behandeling bij middelenmisbruik.

> *Ik denk als het iets relatief dringend is en er is een crisiselement met toch wel wat controleverlies, ontregeling van systemen en zo, dan denk ik dat het eerder voor ons is. (Interview 2)*

Pijnpunt: gebrek aan kennis en te weinig capaciteit van de achterban

Eén geïnterviewde haalt aan dat de kennis bij de medewerkers van 2A over medicatie of ziektebeelden vrij basaal is, waardoor er gemakkelijk dingen kunnen gemist worden. Daarbij komt nog dat er omwille van organisatorische redenen, geen psychiater fulltime beschikbaar is voor het team: niet elke patiënt wordt gezien door de psychiater. Bovendien is de psychiater van het crisisteam niet de behandelende arts en heeft de patiënt in België nog steeds keuzevrijheid. Dit alles leidt ertoe dat de patiënt door twee of meerdere artsen (specialisten of huisartsen) tegelijkertijd kan behandeld worden. Overleg tussen gezondheidswerkers lijkt dan ook essentieel om het beleid op elkaar af te stemmen en net daar loopt het soms mis: huisartsen zijn soms moeilijk te bereiken, zijn druk bezet en sommigen hebben helaas weinig interesse in psychiatrische thuiszorg.

Pijnpunt: trage doorstroom naar ambulante of mobiele langdurige zorg

De overdracht naar de ambulante of mobiele langdurige zorg duurt vaak lang en is moeilijk door het ingewikkelde zorglandschap en de wachttijden. Bovendien wordt het crisisteam overbelast door onterechte aanmeldingen.

> *"Ik denk dat dat vijftig procent pure crisis is. Dus vijftig procent waarvan je denkt: dat is terecht voor ons. Als ze in opname geweest zijn, of relationele problematiek hebben, vb. suïcidaliteit naar aanleiding van een relatiebreuk: veel eerstelijnsproblematiek voor geestelijke gezondheidszorg. Maar doordat de geestelijke gezondheidszorg enorm lange wachtlijsten heeft, waardoor patiënten er niet direct bij kunnen en als er dan toch suïcidaliteit geuit wordt, kunnen wij het risico niet pakken om niet te gaan. Dus dat doen we dan wel, maar dan zien we wel dat een geestelijke gezondheidszorg dat ook zou kunnen opnemen. Dus dat heb je wel. Soms schipperen tussen eerste en tweede lijn. (Interview 10)*

7.2 NETWERKPUNT

Meerwaarde: bron van informatie

In vele interviews werd het Netwerkpunt aangehaald als bron van informatie voor doorverwijzers: een handig aanspreekpunt bij vragen over verwijzingen zoals bv. psychotherapeuten of cursussen in een bepaalde taal, psychiaters die werken met derdebetalersregeling, etc. In het contact met gezondheidswerkers merken deze medewerkers veel dankbaarheid voor het werk dat zij doen en dat er een duidelijke nood is aan professioneel advies bij doorverwijzing in het ingewikkelde zorglandschap. Zevenenveertig procent van de vragen komt uit de eerste lijn: wijkgezondheidscentra, individuele huisartsen, mutualiteiten, OCMW's, enz.

Pijnpunt: bereikbaarheid

Er is echter ook wat frustratie over het feit dat het Netwerkpunt niet permanent bereikbaar is en dat het een zeer lokaal initiatief is dat zich dan ook enkel in het lokale zorglandschap gespecialiseerd heeft.

Meerwaarde: vinger aan de pols

Ook medewerkers van het Netwerkpunt worden in de uitvoering van hun job geconfronteerd met de lange wachttijden in de geestelijke gezondheidszorgsector. Zij merken dat er bepaalde patiëntengroepen zijn, zoals patiënten met dubbeldiagnoses (vb. een mentale beperking en een geestelijke gezondheidszorgstoornis), patiënten met het syndroom van Korsakov en daklozen waarvoor er weinig plaats is in instellingen of in initiatieven zoals beschut wonen, met bovendien opnieuw lange wachttijden. Ook merken zij op dat er door de verschuiving van de zorg van intramuraal naar de maatschappij geestelijke gezondheidszorgproblematiek in de eerste lijn belandt of blijft hangen, die daar eigenlijk niet thuis hoort.

Bij een aantal hulpverleners leeft de perceptie dat het aanmelden van patiënten op een wachtlijst geen zin heeft omdat het te lang duurt of patiënten niet aanvaard zullen worden. Toch voelt het Netwerkpunt dat de medewerkers zeer gemotiveerd zijn om veel en goede dienstverlening aan te bieden. Door het installeren van het algemeen assessmentteam werd bv. de bereikbaarheid al veel verbeterd. En ook de wachttijden zijn de afgelopen jaren verminderd.

De financiering van dit project is momenteel onzeker, door de afbouw van de overheidssubsidie voor opstartkosten.

7.3 2B-TEAMS (TEAMS VOOR LANGDURIGE ZORG)

Meerwaarde: patiënt centraal, langdurige zorg

Het grootste voordeel van begeleiding door 2B-teams - vermeld door alle geïnterviewden - is het feit dat de patiënt centraal staat in de zorg en dat deze zorg gedurende een lange tijd mag lopen.

> *"Wat ambulant kan en beter kan en meer... het gewone leven van mensen toelaat en beschermt, de gewone relaties, dat is belangrijk dat dat eerst komt." (Interview 1)*

De benadering van de patiënt gebeurt hierdoor ook anders: de medewerkers stellen zich minder eisend op (terwijl men op een afdeling duidelijke voorwaarden kan stellen), vragen de toestemming om binnen te komen in het huis en hoe en waar zij kunnen helpen. Zo kunnen geplande acties tijdens een huisbezoek opzij geschoven worden omdat er andere problemen opgedoken zijn. Het aanvoelen van het juiste moment en het volgen van het juiste tempo zijn essentieel om de samenwerking vlot te laten verlopen.

Meerwaarde: flexibiliteit, uitdagende job met veel afwisseling en appreciatie

Het personeel moet een grote flexibiliteit aan de dag kunnen leggen, want elke situatie is anders en er komt elke dag wel een nieuwe uitdaging op hen af. Deze flexibiliteit en variatie noemen de geïnterviewden ook een voordeel van hun job. Het personeel ervaart veel dankbaarheid vanwege de cliënten en vindt hun job waardevol.

> *"Ik sta daar voor 100 procent achter (de werking van de mobiele teams), als het niet meer is zelfs. Eh, ik heb lang genoeg intramuraal gewerkt waar ik iedere keer zag dat mensen heel klinisch worden behandeld en als alles terug wat rustig is en wat op zijn plooien valt, teruggaan naar de thuissituatie en daar dan in die thuisbasis terug hervallen. Ook maatschappelijk hun rol ook niet kunnen heropnemen… Door de buren vies aangekeken worden, door de familie uitgestoten worden… En dat ze daarin nergens geen steun vinden. En ik denk dat het net zo nodig is om daar in die situatie iets aan te doen. En met de nieuwe start van de teams denk ik dat we daar toch wel proberen zoveel mogelijk aan tegemoet te komen." (Interview 9)*

Meerwaarde: belang van netwerk en context

Men heeft vanuit deze filosofie ook veel aandacht voor het netwerk of de context van de patiënt en zal proberen dit te ondersteunen waar nodig. Een netwerk wordt soms ook door het mobiele team geïnstalleerd als blijkt dat de patiënt geen netwerk meer heeft: zo kan het team de patiënt naar een huisarts toesturen als de patiënt er geen (meer) heeft.

Meerwaarde: vinger aan de pols

Het 2B-team heeft ook een adviesfunctie en kan ook aan de alarmbel trekken bij moeilijke situaties. Het kan in dat geval ook doorverwijzen binnen het zorglandschap.

> *"Ik herinner mij nog iemand waarbij ik het gevoel had dat er heel ernstige vragen waren rond de veiligheid… van de persoon naar zijn omgeving omdat dat iemand was die concreet*

dreigde met agressie. Hebben zij de sociale dienst van de politie ingeschakeld. Dat zijn mensen die daarin hun weg kennen en dat ook wel doen samen met de patiënt. Zeer laagdrempelig. En dat vind ik daar zo fantastisch aan." (Interview 6)

Meerwaarde: laagdrempelig

Laagdrempeligheid wordt door veel geïnterviewden als voordeel naar voor geschoven: men kan afspreken op café of in een stadspark op een bepaalde zitbank, eender waar het op dat moment voor de patiënt het gemakkelijkst is.

Pijnpunt: laagdrempelige zorg kan leiden tot weinig activiteit, gratis zorg kan leiden tot weinig engagement

Het 2B-team probeert de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van de patiënten te bewaken, maar men merkt dat laagdrempelige zorg aan huis soms de passiviteit bevordert. Door teamoverleg te doen en duidelijke doelstellingen te formuleren, probeert men dit tegen te gaan.

Twee geïnterviewden zien het feit dat de patiënt voor deze diensten (quasi) niets moet betalen als een nadeel: het engagement van de patiënt zou hierdoor minder kunnen zijn en ook naar de maatschappij toe is dit bijna niet te verantwoorden. Daarom kiest men ervoor om vanuit bv. een revalidatiecentrum de vervoerskosten voor activiteiten te laten betalen door de cliënten zelf:

"Ook omdat ze na hun tijd hier, dat verder moeten kunnen doen eh. Als ze het nu niet doen, dan gaan ze het later zeker niet doen." (Interview 5)

Pijnpunt: gebrek aan capaciteit

Het grootste nadeel, dat ook vermeld wordt door alle geïnterviewden, zijn de lange wachttijden. In Gent heeft men 4 mobiele 2B-teams, met een caseload van ongeveer 700 patiënten, maar er staan tot bijna 300 patiënten op de wachtlijst. Deze wachtlijst zorgt voor frustratie bij de medewerkers en coördinatoren van de 2B-teams, maar ook bij de verwijzers en patiënten.

Patiënten met een dubbeldiagnose van psychiatrische problemen en VAPH-problematiek (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap) dreigen soms tussen wal en schip te vallen.

"Maar het moment dat mensen in psychiatrie gekend zijn, vallen ze uit de boot voor VAPH. En we merken vanuit onze psychiaters: iemand heeft een VAPH erkenning, dan moet het daar maar gebeuren. Terwijl je voor een bepaalde groep mensen beide nodig hebt. En dat zijn diegene waarvoor we dan vanuit de teams wel een stuk moeten vechten." (Interview 2)

Pijnpunt: hoge verwachtingen

De verwachtingen voor de mobiele teams zijn hooggespannen.

"*Maar dat er ja, soms over-verwachtingen over zijn: wij kunnen dat ook niet allemaal aannemen. Of dat er ook onbegrip is: zij denken dat wij de wereld en vooral de wereld van psychiatrische problematiek gaan kunnen veranderen, maar ja, dat is maar een kleine bijdrage eh. Kijk, we hebben nu vandaag nog iemand besproken waar het OCMW zegt: 'Ja, dat is wel een psychiatrische problematiek, ik wil dat hier niet dragen.' Maar waarbij je het samen moet dragen en ook naar oplossingen kijken." (Interview 9)*

Pijnpunt: vermoeiende zorg

De zorg die de mobiele teams opnemen, is soms lastig en moeilijk vol te houden. In zulke situaties, komt de meerwaarde van het netwerk rondom de patiënt nog meer naar voor.

> "*En om het niet los van mekaar te doen, dat is voor mij het belangrijkste… dat je echt een netwerk hebt en dan… zelfs wij eh.. soms loopt dat ook eens over, onze emmer. En dan hebben we ook soms wat afstand nodig. En dan kan even iemand anders overnemen. En dan kun je mekaar steunen, want die tegenoverdracht heb je ook al eens natuurlijk. En bij de ene problematiek al wat rapper dan bij de andere, maar als je dat samen draagt en mekaar daarin begrijpt en steunt en dat dat ook mag gezegd worden… dan ben je bezig met goede zorg. En dan help je de cliënt vooruit en zijn omgeving." (Interview 9)*

Oplossing: Tegemoetkoming, bijsturing

Men probeert aan de wachttijd iets te doen door de capaciteit uit te bouwen, maar subsidiëring moet – in navolging van artikel 107 – komen vanuit het afbouwen van ziekenhuisbedden.

Men probeert de wachtlijst ook af te bouwen door de uitstroom beter te bewaken: het afronden van een begeleiding kan soms vlotter gebeuren en een aantal geïnterviewden vermelden ook duidelijk dat de begeleiding nog steeds een doel moet hebben, dat begeleiding op vraag van de cliënt alleen niet kan. Men is zich hier ook van bewust en zal de weg naar de uitstroom nu ook al vlotter vinden.

> "*Dat siert hen ook eh, dat ze op één van die laatste vergaderingen ook echt gezegd hebben aan de cliënt van "Wat denkt ge? Is dat nog zinvol dat we het nu verder doen?" En mijn idee was niet want die gast deed altijd zijn goesting. Dus dan is het niet zinvol meer eh. Dus ok, we sluiten af. Ook een belangrijk signaal eh." (Interview 6)*

De wachtlijst kan ook verkort worden door de voordeur kleiner te maken of minder open te zetten: in Gent heeft men daarom een assessmentteam opgestart, dat per casus kritisch kijkt of het 2B-team hier de beste keuze is: werd de patiënt al gezien door een huisarts of psychiater? Werd de patiënt reeds doorverwezen naar een CAW, CGG, privétherapeut enz.?

> "*Nu is dat echt wel heel sterk dat we binnen ons assessmentteam daarnaar kijken, waar we een hele periode ons daar laten hebben in overspoelen. En de druk was ook zo groot: het moest zo rap mogelijk en zo veel mogelijk." (Interview 9)*

7.4 Algemene context

Subsidiëring

Vermeld door 9 van de 11 geïnterviewden is het feit dat het personeel van verschillende instellingen afkomstig is en nog steeds verschillende werkgevers heeft. Ook in het dagelijkse werk komen de verschillende achtergronden van de teamleden naar voor: in discussies kan dit een meerwaarde zijn, maar het is soms ook moeilijk om de neuzen in dezelfde richting te krijgen.

Zo ontstonden de 2B-teams uit verschillende ziekenhuizen en bedienen zij verschillende regio's. (zie hierboven) Het afbakenen van de regio's is niet altijd gemakkelijk. Doordat de mobiele teams ontstonden uit verschillende ziekenhuizen, hebben zij ook elk hun eigen insteek en manier van

werken. Dit is soms verwarrend voor zorgverleners en patiënten die met verschillende teams te maken krijgen, bv. na een verhuis.

De subsidiëring moet komen uit de vrijwillige afbouw van bedden, waardoor de belangen blijven spelen. Het is moeilijk om ziekenhuizen te motiveren om nog meer bedden of personeel af te bouwen, omdat de ziekenhuizen hier maar weinig voor terug krijgen.

> "*En je hebt dan de chronische teams, voor langduriger ambulante psychiatrische zorg en er zijn twee teams ontstaan voor acute hulp bij psychiatrische problemen. Dat is niet zozeer van: Is dat nu nodig? … Maar ook veel meer een spel tussen de verschillende actoren waarbij niemand terrein wil verliezen." (Interview 1)*

De netwerken zijn ontstaan uit en zijn afhankelijk van de goodwill van de verschillende ziekenhuizen. Hierdoor blijven de ziekenhuizen partners van het netwerk, maar eigenlijk dus ook "*aandeelhouders met veel zeggenschap en cultuurverschillen." (Interview 5)*

> "*En dan… denk ik dat, als er groei moet zijn in de teams, dat er moet gekeken worden naar een volgende afbouw van bedden of wie investeert middelen. Maar daar stokt de discussie dan eh. Dus dat is een stuk de moeilijkheid van… eigenlijk heeft het volledige Gentse netwerk het idee van wij sturen die projecten aan. En in sommige dingen zijn ze dan heel besluiteloos. Want als je met 40 moet beslissen…*" *(Interview 2)*

> "*Misschien een positieve ontwikkeling dat Gent West en Noord onder één dak gaan functioneren. Wel nog als twee verschillende teams, maar ik denk dat dat toch een beetje naar elkaar toegroeit. En misschien komt er wel iets dat ze zeggen, we gaan 1 mobiel team maken. Maar dat gaat dan vooral eigenlijk onder de goodwill zijn van de verschillende psychiatrische ziekenhuizen. Maar weet dat zij op dit moment die macht hebben omdat zij ook hun personeel outsourcen." (Interview 5)*

Moeilijke doelgroepen

Alle geïnterviewden vermelden moeilijkheden bij het omgaan met moeilijke doelgroepen. Bv. bij culturele minderheidsgroepen is de taal nog steeds een grote barrière, net als culturele verschillen tussen patiënt en gezondheidswerker. In Gent gaat het dan bv. over de Romazigeuners en de Turkse populatie. Afrikaanse psychiatrische patiënten spreken vaak over geesten en voodoo, Turkse patiënten presenteren vaak op theatrale wijze hun klachten. Hier zou de samenstelling van de teams kunnen verbeteren: in de meeste teams zitten namelijk geen personen van allochtone origine.

Ook verslavingsproblematiek blijven de meeste geïnterviewden moeilijk vinden: men heeft het moeilijk met de machteloosheid waarmee je als hulpverlener geconfronteerd wordt. Er is heel wat expertise rond deze problematiek, maar slechts weinig expertise over begeleiding in de thuissituatie, wat tot nu toe een stuk pionierswerk blijft.

> *"En ik heb ook geen verslavingsdeskundige in mijn team… Een gemis van bij de opstart. Maar daar waren we gebonden aan: zoveel bedden buiten gebruik, in zoveel ziekenhuizen. En dan ben je gebonden ook aan personeel dat daarbij kwam, dat daarvoor koos… Die zijn dan ook ingezet. Ik heb wel selecties kunnen doen, maar dan moet je kiezen uit hetgeen je hebt eh… Je voelt zo wel een aantal leemtes… Want eigenlijk zou ieder team zowel zijn interculturele collega moet hebben*

als iemand die verslavingskennis heeft, als iemand met kennis van VAPH en dat duurt een paar jaar, voor dat je in uw team zo wel kunt bouwen. Maar ja, we groeien." (Interview 2)

Gebrek aan ondersteuning door psychiaters

De geïnterviewden geven aan dat sommige patiënten slechts laattijdig worden gezien door de (assistent) psychiater, wat tot een vertraging in therapie kan leiden. Zo legt één van de geïnterviewden uit dat activatie als therapie bij depressieve klachten vanzelfsprekend de adequate behandeling is, maar niet bij een melancholisch depressieve patiënte, zoals de geïnterviewde er één zag. Deze patiënte had medicatie nodig en haar behandeling liep door het laattijdige contact met de specialist, vertraging op. Het mobiel crisisteam in Gent probeert dit probleem op te vangen door wekelijks de patiënten te overlopen op een vergadering waarbij de psychiater aanwezig is. Toch blijkt uit de interviews dat het aantal uren voor psychiaters in de teams te beperkt is.

7.5 Samenwerking met huisartsen

Alle geïnterviewden vermeldden de heterogeniteit in de populatie van de huisartsen: verschillen in interesse voor psychiatrische problematiek bij de huisartsen, worden gereflecteerd in de verschillen in samenwerking met de huisartsen. Zo verloopt de samenwerking met de wijkgezondheidscentra vlot en bepaalde huisartsen – onafhankelijk van de organisatie of de ligging van de praktijk - staan zeker open voor de werking van de teams en verwijzen regelmatig door. Maar er zijn ook huisartsen die totaal niet geïnteresseerd lijken in de werking van de teams en in eerste instantie argwanend staan ten opzichte van de medewerkers.

> Getuige van het Netwerkpunt: "*Ik denk ook de huisartsen die wij bereiken, dat dat waarschijnlijk wel de huisartsen zijn die ervoor open staan en dat er nog andere huisartsen zijn die we nooit zullen bereiken, ook al zouden we bij wijze van spreken alle dagen in hun wachtkamer gaan zitten om ons voor te stellen.*"

De huisarts functioneert vaak als centraal aanspreekpunt voor zowel de medewerkers van de mobiele teams als voor de patiënten. Daarbij heeft de huisarts ook nog eens het voordeel van een somatische ingangspoort (vaccinaties, medicatievoorschriften enz.), waarlangs het patiëntencontact vlot kan onderhouden worden.

Meerwaarde: bondgenoot in de zorg

Over het algemeen zijn de geïnterviewde huisartsen zeer tevreden over de samenwerking. De huisartsen zien in de mobiele teams een bondgenoot om de zorg voor een patiënt op te nemen. Zij voelen zich ondersteund en geven aan dat zij door de samenwerking met mobiele teams meer kwaliteit kunnen bieden aan de patiënt. Het mobiele team kan dingen overnemen van de huisarts en idealiter gebeurt dit complementair en in overleg, nl. dat het team de huisarts ook op de hoogte houdt van het verdere verloop.

Pijnpunt: communicatie

Het overleg met de huisartsen is praktisch soms moeilijk, voornamelijk door hun druk bezette agenda's. Eén huisarts stelt duidelijk dat hij een overlegmoment ook als leermoment beschouwt voor zijn HAIO (huisarts in opleiding) en dat zij afwisselend naar de overlegmomenten gaan. Bovendien zegt die huisarts dat hij maximum een half uurtje, drie kwartier aanwezig zal zijn: de kernboodschap moet op een half uur toch wel gezegd geraken op een efficiënte vergadering. De vergoeding voor

huisartsen om aanwezig te zijn op netwerkgesprekken zou moeten gefaciliteerd worden door de organisatoren van de vergadering.

Andere communicatieve moeilijkheden die de huisartsen vermelden zijn de vele telefoontjes van verschillende begeleiders: de medewerkers van de teams stellen zich voor met hun voornaam, waar de arts vaak geen gezicht kan op plakken. Eén van de huisartsen stelde voor om op de website foto's te plaatsen bij elke begeleider. Ook een persoonlijk gesprek maakt de communicatie achteraf gemakkelijker: je weet immers beter wie je aan de lijn hebt.

Pijnpunt: irrationeel stoppen van begeleiding

De geïnterviewde huisartsen vermeldden dat de begeleiding soms gestopt wordt door de patiënt omdat het niet klikt tussen patiënt en begeleiding. Het mobiel team kan de begeleiding ook zelf stopzetten, bv. bij respectloos gedrag of bij het niet nakomen van de gemaakte afspraken. Maar als de begeleiding wél goed loopt, kunnen de mensen van het mobiele team waardevolle vertrouwenspersonen worden en gaat het met de patiënt gemiddeld gezien wel beter.

Doordat het personeel van de teams gerekruteerd werd uit psychiatrische ziekenhuizen, komen gezondheidswerkers die voordien in de tweede lijn werkzaam waren, in de eerste lijn terecht. Hierdoor lijken de teams soms moeilijk te kunnen omgaan met typische eerstelijnsproblematiek. Zo wordt de begeleiding bij een patiënt die geen doelstellingen kan formuleren of minder ziekte-inzicht lijkt te hebben (bv. een patiënt die niet wil stoppen met sociaal alcoholgebruik binnen zijn alcoholverslaving, terwijl het team dit noodzakelijk vindt.) soms gestopt. Wanneer het mobiele 2B-team de begeleiding stopt, kan dit voor de huisartsen overkomen alsof de patiënt aan zijn lot wordt overgelaten. De huisarts moet dan als het ware de zorg alleen terug opnemen, nadat de patiënt zo'n intensief programma doorstond. Dit kan zowel de huisarts als de patiënt gefrustreerd en teleurgesteld achterlaten.

Pijnpunt: samenwerken en delen van informatie

Een collega van één van de geïnterviewde huisartsen, had een slechte ervaring met de medewerkers van het mobiele team, namelijk dat zij soms onterecht dringend werd opgeroepen om langs te gaan bij de patiënt, voor niet dringende zaken. Ook té frequente vragen van het mobiele team worden als vervelend ervaren door de huisartsen. Medewerkers van het mobiele team ervaren dan soms weer moeilijkheden als de huisarts beslist omwille van het medisch beroepsgeheim geen informatie door te geven aan hen, die de begeleiding van de patiënt gemakkelijker zou kunnen maken.

> "*Ik had een cliënt, een dame met een persoonlijkheidsproblematiek die allerlei verhalen rondstrooit… En die onlangs een uitstrijkje had moeten laten nemen en dat beeld was wat gewijzigd. En de huisarts had gezegd: 'Het is niet ernstig, maar we moeten het wel opvolgen en ik wil u binnen 6 maanden terugzien.' Nu, tegen dat zij thuiskwam, had ze haar mama opgebeld en had ze gezegd dat ze kanker had, baarmoederhalskanker. Die mama was in alle staten, die belt naar mij: 'Moet je dat nu horen… En ze wordt niet doorverwezen… En dat kan toch niet zijn?' Dus… dat begint zijn eigen leven te leiden. Ik heb altijd zoiets van: wacht, laat ons eerst even bellen naar de huisarts. En die huisarts zegt: 'Zegt ze dat? Ja maar, als ze het niet goed weet, stuur haar dan terug naar mij.' Ik zeg van: 'Ja maar, ik weet niet of dat de patiënt het wel goed of niet goed weet… Ik weet welk verhaal ze errond brengt. En misschien*

kan ik dat verhaal wel vertalen van: er is wel iets, maar het is zo ernstig nog niet…' Maar nee, de huisarts kon dat niet, want hij is gebonden aan het beroepsgeheim…

En wat had u dan liever gehad dat er gebeurd was? *Ik denk dat als hij zoiets heeft, dan weet hij ook wel wat dat bij de cliënte gaat doen… en dan is het heel gezond om te vragen: 'Is het ok dat we het mobiel team die informatie ook geven? Zodanig dat zij, als je het daar moeilijk mee hebt of als je u onzeker voelt, bij hen terecht kunt met die vragen.' Voilà en je bent vertrokken. Dat is dan een opdracht aan mij, ik heb een mandaat, ik moet dat mee bewaken…" (Interview 9)*

Oplossing: overleg, duidelijke afspraken

Twee van de geïnterviewde huisartsen gaven aan dat de sleutel tot een vlotte samenwerking overleg moet zijn met de patiënt, waarbij de verwachtingen van zowel de patiënt als de huisarts kunnen op tafel worden gelegd, nog voordat het mobiele team wordt opgebeld. Bij het eerste contact met het mobiele team moet dan ook duidelijk gezegd worden waarom aan hen wordt gedacht, welke doelstellingen men voor ogen houdt, welke verwachtingen.

"*Dus, nu… vandaag… was er een afspraak dat er een intakegesprek ging zijn. Maar ik heb dat op voorhand gepland met de mensen van psychiatrische thuiszorg en ik heb dat gewoon helemaal op het einde van mijn spreekuur gezet eh. Dus om half twaalf, gingen die mensen komen en de cliënt ook. En ze gingen tesamen in mijn praktijk zitten. Het is dan open en bloot. En hetgeen dat moeilijk bespreekbaar is, dat ligt daar. En ofwel doe je daar iets mee, ofwel doe je daar niets mee. Dat zie je ook wel eh." (Interview 6)*

8. Discussie

Organisatorische factoren

De werking van de mobiele teams wordt beïnvloed door organisatorische factoren zoals toegekende middelen, herkomst van het personeel, lokale of regionale lokalisatie en de prioriteiten van de gezondheidszorgdiensten in de regio. [3] De toegekende middelen of personeelsleden, moeten voortkomen uit het sluiten van bedden of het afbouwen van personeel op een andere plaats. [5] De organisatie die personeelsleden of bedden moet afstaan, kan hier maar weinig voor terugkrijgen. Het lijkt dan ook logisch dat deze afbouw moeilijk is en eerder aarzelend gebeurt. Op zijn beurt heeft het personeelslid dat werd doorgesluisd naar het chronisch of acute team, een achtergrond eigen aan de organisatie waaruit hij komt. [5] De mobiele teams in Gent ervaren dit ook zo: elk psychiatrisch ziekenhuis heeft zijn eigen achtergrond en manier van werken. Doordat elk personeelslid uit één van die achtergronden komt, kan dit opportuniteiten geven om van elkaar te leren, maar evengoed veroorzaakt dit wrevel door de andere ideeën of aanpak.

Door het sluiten van ziekenhuisafdelingen of afslanken van community mental health teams, werden de meer ervaren en gemotiveerde personeelsleden weggetrokken naar de ACT-teams. [19] Het lijkt immers logisch dat de meest gemotiveerde personeelsleden sneller in een nieuw project stappen. [19] Dit heeft ertoe geleid dat op bepaalde ziekenhuisdiensten - waar de ernstigste pathologie binnenkomt - nu vooral jonge, onervaren of minder gemotiveerde personeelsleden werken. [19] Cotton et al. benadrukt het risico dat de meest kwetsbare of gevaarlijke patiënten op de ziekenhuisafdelingen terecht komen. [71]

In deze studie werden slechts drie artsen geïnterviewd die zowel verbonden zijn aan een ziekenhuis als aan de mobiele teams. Deze artsen delen de bezorgdheden van Cotton et al. [71] en Hannigan et al. [19] niet. Dit is uiteraard een kleine steekproef en door de opzet van de studie werden geen personeelsleden die louter op ziekenhuisafdelingen werken, geïnterviewd. Dit zou een interessante doelgroep zijn om te includeren in verder kwalitatief onderzoek.

Gebrek aan ondersteuning door psychiaters

De patiënten worden soms slechts laattijdig gezien door de (assistent) psychiater, wat een vertraging in de therapie kan geven. Het aantal uren dat een psychiater in het team ondersteuning kan geven, is te beperkt volgens de meeste geïnterviewden.

Dit probleem wordt ook in de literatuur beschreven: twee derde van de patiënten werd in de studie van Karlsson et al. niet gezien door een psychiater of klinisch psycholoog, een hoger cijfer dan in andere studies waar dit aantal opliep tot 45% van de patiënten. [3] De reden achter deze cijfers is de samenstelling van het team, met slechts 1 fulltime klinisch psycholoog en één parttime psychiater. [3] Het effect van dit gebrek aan gespecialiseerde counseling kon door de opzet van de studie niet verder worden onderzocht. [3] Volgens de studie van Hasselberg heeft de fulltime aanwezigheid van een psychiater een positief effect: zo kan er een diagnose gesteld worden (wat niet bij alle patiënten in crisisbegeleiding gebeurt) en kan de therapie hieraan worden aangepast. [15]

Belang van individuele vaardigheden van teamleden

Gevraagd naar hun ervaring, beantwoordden de patiënten uit de studie van Taylor [57] dat voornamelijk interpersoonlijke vaardigheden, zoals communicatie en empathie voor hen belangrijk

waren. Eén patiënt vertelde dat hij na een bijzonder slecht telefoongesprek met het crisisteam, juist meer geneigd was tot zelfverminking. [57]

De geïnterviewden zeggen dat de job uitdagend is en dat het telkens opnieuw ontdekken is wat je kan doen voor een patiënt. Het belang van een goede relatie werd door alle geïnterviewden benadrukt. Goede interpersoonlijke en communicatieve vaardigheden van de medewerkers zijn een groot voordeel. Ook de persoonlijkheidskenmerken van een individuele medewerker kunnen zowel een troef als een struikelblok zijn, zeker in deze context met een zeer direct en persoonlijk contact. Zo kan een begeleiding worden gestopt door een patiënt omdat het niet klikt met één van de begeleiders. Het mobiele team kan dan proberen een andere begeleider in te schakelen om zo toch het contact te behouden.

Aan de andere kant kan het stoppen van de samenwerking 'omdat het niet klikt' een kenmerk zijn van de psychiatrische problematiek van de patiënt. De vraag is dan of hierin moet meegegaan worden door het mobiele team (patiënt als verantwoordelijke voor zijn eigen zorgplan, zorg op maat van de patiënt) en of er niet meer aanklampende zorg moet gegeven worden. In deze specifieke situaties kan overleg met de huisarts een meerwaarde zijn, gezien de voorkennis en de rol van centraal aanspreekpunt en vertrouwenspersoon.

Ook in de literatuur beschrijft men dit: de verhoudingen binnen de psychiatrische zorg zijn o.a. door de vermaatschappelijking van zorg en het *shared decision making model* veranderd. De arts beveelt niet meer, het is de patiënt die kan kiezen – zelfs als de patiënt lijdt aan een ernstige psychiatrische problematiek. [72] Maar welke plaats heeft de gebruiker dan nog in het zorgnetwerk? En tot waar gaat de daadkracht van de arts? [72] Deze problematiek wordt ook besproken door de geïnterviewden uit Gent: soms moet de keuzevrijheid van de patiënt hem ontnomen worden om op de beste manier voor de patiënt te kunnen zorgen. Dit blijft echter een moeilijke beslissing, zeker in een situatie waarbij de patiënt centraal staat in de zorg en men veel rekening houdt met de vragen van de patiënt. Het evenwicht tussen patient centered werken en de daadkracht van de arts bewaren is in bepaalde gevallen uiterst precair.

Moeilijke patiënten - (minderheids)groepen

Omgaan met culturele minderheidsgroepen blijft een uitdaging, zeker wanneer het gaat over psychiatrische problematiek. De samenstelling van de teams is vrij uniform, voornamelijk autochtone Belgen. Het valt op dat er weinig verpleegkundigen, psychiaters, sociaal assistenten, kinesisten en huisartsen van allochtone origine zijn, wat nochtans de toegankelijkheid van de zorg en de kwaliteit van de zorg voor patiënten van allochtone origine zou bevorderen.

De begeleiding en therapie is vrij verbaal georiënteerd: ook in residentiële zorg moeten de patiënten toch een taalbegrip hebben én zouden ze zich idealiter ook moeten kunnen uitdrukken in een door de hulpverleners begrepen taal. Er kan gebruik gemaakt worden van tolken en de meeste geïnterviewden geven aan dat de samenwerking met wijkgezondheidscentra in deze situaties zeer vlot verloopt: dankzij de totaalzorg die in een WGC wordt geleverd, wordt de problematiek van de patiënten voor een stuk gedragen.

Sommige patiëntengroepen vinden nergens een plaats. Voor patiënten met een dubbeldiagnose is het bv. soms moeilijk om uit te maken door welke instantie zij het beste worden begeleid. In deze context hier al vaker vermeld, zijn dat bv. de mensen met een VAPH-statuut en psychiatrische problemen. De VAPH en de geestelijke gezondheidszorg *'vinden elkaar toch niet altijd.'* (Interview 8)

Gebrekkige communicatie met huisartsen

De communicatie tussen huisartsen en medewerkers van mobiele teams is essentieel in een vlotte samenwerking. Huisartsen zijn vaak drukbezet en hebben weinig tijd om op overlegmomenten aanwezig te zijn. Hiervoor zijn oplossingen zoals telefonisch vergaderen en afspraken inplannen op buiten de vaste consultatie-uren van de huisarts.

Bij de vele telefoons die huisartsen krijgen, merken zij op dat de medewerkers zich vaak voorstellen met hun voornaam, waardoor de huisarts dan nog niet altijd weet wie hij/zij aan de lijn heeft. Een website met foto's, een zakboekje of een persoonlijk kennismakingsmoment zou hier een oplossing voor kunnen zijn. Mccauley et al. concludeert dat alle geïnterviewde huisartsen uit haar studie tevreden zijn over het systeem, maar dat ook bij hen (in Ierland) de communicatie van teams naar artsen toe beter kan. [73]

Lange wachtlijsten

De grootste moeilijkheid in het verhaal van mobiele thuiszorg blijven de lange wachtlijsten. De medewerkers van mobiele teams beseffen heel goed dat de wachttijden té lang zijn en dat dit frustraties geeft. Deze wachtlijsten zijn historisch gegroeid: bij de opstart van het project ervoeren de medewerkers veel druk om zo snel mogelijk op volle toeren te draaien. Hierbij zijn patiënten geïncludeerd die niet noodzakelijk pasten in het concept of die nog andere mogelijkheden hadden binnen het zorglandschap.

De medewerkers van de mobiele teams proberen oplossingen te vinden voor de lange wachttijden, o.a. het oprichten van het assessmentteam (bewaken van de 'voordeur') en het sneller en vlotter afsluiten van begeleidingen (de 'achterdeur').

Door de eerste fase van het pilootproject waarbij sommige patiënten 'onterecht' werden aanvaard, kan er onder de doorverwijzers verwarring zijn ontstaan over de voorwaarden om te kunnen begeleid worden door mobiele teams. Ook de huisartsen uit de studie van Mccauley et al. vragen meer duidelijkheid over de voorwaarden voor behandeling bij crisisinterventies. [73] Inconsistentie in de aangenomen pathologieën kan bovendien ook leiden tot frustratie bij appellerende gezondheidswerkers. [19] Duidelijk gestructureerde richtlijnen over wanneer welke patiënt waar terecht kan, zouden een deel van de ergernissen kunnen wegnemen en zou moeten verspreid worden naar de zorgverleners.

Hierbij moet worden opgemerkt dat de medewerkers van o.a. het Netwerkpunt merken dat er onder de huisartsen een bepaalde groep is die absoluut geen interesse heeft in de werking van de mobiele teams. Bij vormingen of infomomenten is er eerder een lage opkomst. Ook de geïnterviewde huisartsen stellen dat het een stuk te maken heeft met desinteresse en de discipline en wil hebben als arts om jezelf te blijven informeren. Dit laatste begint bij wetenschappelijke ontwikkelingen, maar kan zeker doorgetrokken worden naar lokale initiatieven zoals de mobiele teams.

Bonsack et al. concludeert dat het lokale netwerk ondersteuning en educatie zou moeten aanbieden aan de eerste lijn: aan de politie, OCMW-medewerkers, huisartsen, sociaal assistenten, thuisverpleegkundigen, enz. [72] Hoewel dit een bijzonder goed idee lijkt, nl. om de medewerkers van mobiele teams vanuit hun ervaring opleiding te laten geven aan de eerste lijn, zou dit nog meer druk geven op de reeds zwaar belastte teams. Gekoppeld aan de (vermoedelijk) lage interesse, lijkt dit dan ook beter geen prioriteit te zijn voor de teams.

Of juist wel? Zou door geïnspireerde opleidingsmomenten en contactavonden de ban gebroken worden? Hulpverleners en medewerkers kunnen elkaar in een informele omgeving ontmoeten, vragen stellen en onduidelijkheden uitklaren…

Wetgeving

De overheid wenst op lange termijn naar 8 voltijdse equivalenten te gaan per 100.000 inwoners, terwijl de literatuur stelt dat 14 VTE's per 100.000 inwoners het minimum is voor een optimale dienstverlening. De algemene toon in de interviews is dat de mensen van de mobiele teams goed werk doen, maar dat zij in tijd en middelen beperkt zijn, waardoor de lange wachtlijsten maar moeilijk opgelost geraken. De afbouw van bedden, waaruit de voltijdse equivalenten zullen moeten gefinancierd worden, betekent dat er nog minder plaats zal zijn voor hospitalisaties. De druk die er nu al heerst op het systeem, zal enkel nog zwaarder worden.

Ook in andere landen ervaart men deze druk: In het kwalitatieve onderzoek van Bonsack et al. blijkt dat de psychiatrie in Zwitserland het moet stellen met stempel van 'het arme broertje' van de gezondheidszorg. [72] De geïnterviewden bevestigen bij Bonsack het gevoel verlaten te zijn door de politiek, zonder stem. *(orpheline de la politique, sans voix)* Zij maken zich ernstige zorgen over het verminderen van de financiële middelen en de ongelijke verdeling ervan, indien niet geluisterd wordt naar hun behoeften. [72]

Moeilijk meetbare eindpunten om de efficiëntie van deze zorg te evalueren

Het thema wordt in deze thesis onderzocht aan de basis, namelijk vanuit getuigenissen van medewerkers en partners die dagelijks met de realiteit geconfronteerd worden, daar waar er in de literatuur vaak vanuit het standpunt van beleidsmakers en de top van de organisatie wordt gekeken. De beleidsmakers in België verwachten ook een cijfermatige evaluatie van de efficiëntie van de ambulante teams, terwijl dit voor de teams geen gemakkelijke opdracht is. Zij kunnen het wel hebben over hun caseload, maar patiëntentevredenheid of het aantal suïcides dat vermeden werd, laten zich minder gemakkelijk in cijfers meten.

Ook in de literatuur blijkt dat een evaluatie van de kwaliteit van zorg moeilijk is: het design van de studies die de thuiszorg beschrijven en de gebruikte parameters om efficiëntie van zorg te bestuderen variëren heel sterk. Een vooraf vastgelegde standaardparameter om de zorg te evalueren en een gestandaardiseerd systeem van noteren (bv. via het elektronisch medisch dossier) zou kunnen helpen. Zo zou men kunnen gebruik maken van een *Depression Scale* of het aantal keren dat een patiënt wel en niet komt opdagen op doktersafspraken (hoewel dit zowel een goed als een slecht teken kan zijn), het aantal gedwongen opnames of vrijwillige opnames, de patiëntentevredenheid. Deze aanbeveling werd ook geformuleerd door Jones et al., naast het centraliseren van data om

consistentie te garanderen en de administratieve belasting voor personeelsleden minimaal te houden. [51]

Beperkingen van de studie

Het betreft een kleine steekproef met slechts 12 geïnterviewden. Door de manier van selectie van geïnterviewden heeft men enkel huisartsen geselecteerd die meewerken aan mobiele zorg. Het bevragen van huisartsen die niet meedoen aan mobiele thuiszorg, zou ook interessant zijn om te weten te komen wat hun ervaring is en wat de reden is dat zij niet meedoen aan mobiele thuiszorg.

Verder heeft men door de manier van selecteren ook voornamelijk de enthousiaste medewerkers van de mobiele teams geïnterviewd. Minder enthousiaste of mondige medewerkers zouden een andere kijk kunnen geven op de mobiele teams. Er is dus zeker sprake van *selection bias*, wat in dergelijke studies echter moeilijk te vermijden is. De geïnterviewde medewerkers zijn *key informants* die de situatie van binnenuit kennen en dankzij de interviews met deze *key informants* kan een genuanceerd beeld geschetst worden van hun ervaringen in het bijzonder en van de werking van de mobiele teams in het algemeen.

9. Besluit

Met het artikel 107 en het in het leven roepen van vijf functies, sluit België aan bij de historische en internationale trend van deïnstutionalisering van de geestelijke gezondheidszorg. Sinds het opstarten van de verschillende pilootprojecten in 2012, blijkt het systeem veel bevraagd en populair. Helaas is het voor de 2B-teams, door onterechte aanmeldingen en een overbelast en versnipperd zorglandschap, vrij snel dichtgelopen met lange wachtlijsten tot gevolg. Het bewaken van de instroom en het bevorderen van de uitstroom zijn noodzakelijk om de wachttijden zo beperkt mogelijk te houden.

De 2A-teams of crisisteams leveren uiterst snelle en kwalitatieve zorg bij mensen die zich in een crisissituatie bevinden. Door een patient centered aanpak, met aandacht voor de context en het netwerk van de patiënt, kan men de problematiek systematisch aanpakken gedurende een (relatief) lange periode van maximaal 30 dagen.

De door medewerkers ervaren moeilijkheden, komen voor een deel voort uit de consequenties van artikel 107, namelijk dat de ziekenhuizen bedden moesten afstaan en zo personeel en middelen vrij maken voor de mobiele teams. Hierdoor houden de ziekenhuizen voor een stuk de regie van de mobiele teams in handen.

Het aantal uren dat een psychiater aanwezig is in het (crisis) team, beïnvloedt de kwaliteit van zorg op een positieve manier en zou in België nog kunnen geoptimaliseerd worden.

Huisartsen vermelden communicatieve moeilijkheden, naast het ingewikkelde zorglandschap en onduidelijkheid over de werking en criteria waaraan patiënten moeten voldoen om te kunnen opgenomen worden. Het grootste probleem blijft echter de lange wachttijden. De huisartsen zien in de mobiele teams bondgenoten om de zorg op te nemen. De kennis van het zorglandschap en de manier waarop het mobiele team de patiënt centraal plaatst in de zorg, zijn grote voordelen aan de samenwerking.

Er is nood aan een gestructureerde manier van noteren in het patiëntendossier, zodat evaluaties in de toekomst gemakkelijker gaan. Verder zijn er studies nodig met een degelijk design, zodat men het effect van thuiszorg op de patiënt meer eenduidig kan beschrijven in de literatuur.

In het algemeen weerklonken tijdens de interviews enthousiaste en hoopvolle stemmen: mensen doen dit werk graag en zijn gemotiveerd. Hopelijk kan dit enthousiasme blijven groeien, ondanks de doelstellingen van de overheid die de (nu toch reeds vrij hoge) druk op het systeem vermoedelijk enkel zullen doen toenemen.

De geïnterviewden ervaren aan den lijve dat zorg voor mensen met een psychiatrische aandoening uitdagend en soms uitputtend kan zijn, maar ook boeiend, verrijkend en dankbaar. Of zoals één van de huisartsen het mijmerend formuleerde op het einde van het interview: *‘Het is toch leuk eh, werken met mensen met een hoek af…’*

10. Referenties

1. Stein, L.I. and M. Test, *Alternative to mental hospital treatment: I. conceptual model, treatment program, and clinical evaluation.* Archives of General Psychiatry, 1980. **37**(4): p. 392-397.
2. Karlsson, B., M. Borg, and H.S. Kim, *From good intentions to real life: introducing crisis resolution teams in Norway.* Nursing Inquiry, 2008. **15**(3): p. 206-215.
3. Karlsson, B., et al., *A crisis resolution and home treatment team in Norway: a longitudinal survey study Part 2. Provision of professional services.* International Journal of Mental Health Systems, 2012. **6**: p. 14-14.
4. Wheeler, C., et al., *Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review.* BMC Psychiatry, 2015. **15**: p. 74.
5. Hannigan, B., *'There's a lot of tasks that can be done by any': Findings from an ethnographic study into work and organisation in UK community crisis resolution and home treatment services.* Health, 2014. **18**(4): p. 406-421.
6. S. Johnson, J.N., J. Bindman, G. Thornicroft, *Crisis resolution and home treatment in mental health*. 2008, Cambridge: Cambridge University Press.
7. Bond, G.R. and R.E. Drake, *The critical ingredients of assertive community treatment.* World Psychiatry, 2015. **14**(2): p. 240-242.
8. Ellenhorn, R., *Assertive Community Treatment: A "Living-Systems" Alternative to Hospital and Residential Care.* Psychiatric Annals, 2015. **45**(3): p. 120-125.
9. Bromley, E., et al., *"You Might Lose Him Through the Cracks": Clinicians' Views on Discharge from Assertive Community Treatment.* Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 2015. **42**(1): p. 99-110.
10. Fries, H.P. and M.I. Rosen, *The Efficacy of Assertive Community Treatment to Treat Substance Use.* Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 2011. **17**(1): p. 45-50.
11. Eassom, E., et al., *Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: a systematic review of facilitating and hindering factors.* BMJ Open, 2014. **4**(10): p. e006108.
12. Sturm, D., et al., *Assessmentgesteuertes Home Treatment für Patienten mit schweren psychotischen Störungen.* Psychiat Prax, (EFirst).
13. Tsemberis, S., L. Gulcur, and M. Nakae, *Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals With a Dual Diagnosis.* American Journal of Public Health, 2004. **94**(4): p. 651-656.
14. Ness, O., et al., *A crisis resolution and home treatment team in Norway: a longitudinal survey study Part 1. Patient characteristics at admission and referral.* International Journal of Mental Health Systems, 2012. **6**: p. 18-18.
15. Hasselberg, N., et al., *Treatment and outcomes of crisis resolution teams: a prospective multicentre study.* BMC Psychiatry, 2011. **11**(1): p. 1-11.
16. Rhodes, P. and S.J. Giles, *"Risky Business": a critical analysis of the role of crisis resolution and home treatment teams.* Journal of Mental Health (Abingdon, England), 2014. **23**(3): p. 130-134.
17. Kingsford, R. and M. Webber, *Social deprivation and the outcomes of crisis resolution and home treatment for people with mental health problems: a historical cohort study.* Health & Social Care in the Community, 2010. **18**(5): p. 456-464.
18. Clarke, L., *Introduction of the Home Treatment Accreditation Scheme: a welcome development.* Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2014. **21**: p. 180-183.
19. Hannigan, B., *Connections and consequences in complex systems: Insights from a case study of the emergence and local impact of crisis resolution and home treatment services.* Social Science & Medicine, 2013. **93**: p. 212-219.

20. Killaspy, H., et al., *Ten year outcomes of participants in the REACT (Randomised Evaluation of Assertive Community Treatment in North London) study.* BMC Psychiatry, 2014. **14**(1): p. 1-7.
21. Sood, L. and A. Owen, *A 10-year service evaluation of an assertive community treatment team: trends in hospital bed use.* Journal of Mental Health, 2014. **23**(6): p. 323-327.
22. Green, B.H. and E.C. Griffiths, *Hospital admission and community treatment of mental disorders in England from 1998 to 2012.* General Hospital Psychiatry, 2014. **36**(4): p. 442-448.
23. Nwachukwu, I., N. Nkire, and V. Russell, *Profile and activities of a rural home-based psychiatric treatment service in Ireland.* International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 2014. **18**(2): p. 125-130.
24. van Veldhuizen, J.R., *FACT: a Dutch version of ACT.* Community Ment Health J, 2007. **43**.
25. Drukker, M., et al., *A real-life observational study of the effectiveness of FACT in a Dutch mental health region.* BMC Psychiatry, 2008. **8**(1): p. 1-10.
26. Ramonet, M. and J.L. Roelandt, *Intensive home treatments: Models and evidence level.* Annales Medico-Psychologiques, 2013. **171**(8): p. 524-530.
27. Bröcheler, A., F. Bergmann, and F. Schneider, *Models of mental health care in psychiatry across sectoral borders.* European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 2009. **259**(2): p. 227-232.
28. Gühne, U., et al., *Kollaborative und aufsuchende Ansätze in der Behandlung depressiver alter Menschen.* Der Nervenarzt, 2014. **85**(11): p. 1363-1371.
29. Schöttle, D., et al., *Home Treatment – aufsuchende Behandlung im Hamburger Modell der Integrierten Versorgung.* Psychother Psych Med, 2015. **65**(03/04): p. 140-145.
30. Stierlin, A.S., et al., *Effectiveness and efficiency of integrated mental health care programmes in Germany: study protocol of an observational controlled trial.* BMC Psychiatry, 2014. **14**(1): p. 1-9.
31. Altamura, A.C. and G.M. Goodwin, *How Law 180 in Italy has reshaped psychiatry after 30 years: past attitudes, current trends and unmet needs.* The British Journal of Psychiatry, 2010. **197**(4): p. 261-262.
32. Amaddeo F, B.L., Ruggeri M, Tansella M., *Long-term monitoring and evaluation of a new system of community-based psychiatric care. Integrating research, teaching and practice at the University of Verona.* Ann Ist Super Sanita. **45**(1): p. 43-53.
33. Goodrich, D.E., et al., *Mental Health Collaborative Care and Its Role in Primary Care Settings.* Current psychiatry reports, 2013. **15**(8): p. 383-383.
34. Thota, A.B., et al., *Collaborative Care to Improve the Management of Depressive Disorders: A Community Guide Systematic Review and Meta-Analysis.* American Journal of Preventive Medicine, 2012. **42**(5): p. 525-538.
35. Franx, G.D., Lisa; Wensing, Michel; Pincus, Harold, *Implementation strategies for collaborative primary care-mental health models.* Current Opinion in Psychiatry, 2013. **26**(5): p. 502–510.
36. O'Donnell, A.N., M. Williams, and A.M. Kilbourne, *Overcoming Roadblocks: Current and Emerging Reimbursement Strategies for Integrated Mental Health Services in Primary Care.* Journal of General Internal Medicine, 2013. **28**(12): p. 1667-1672.
37. Lee, C.C., et al., *From deinstitutionalization to recovery-oriented assertive community treatment in Hong Kong: What we have achieved.* Psychiatry Research, 2015. **228**(3): p. 243-250.
38. Takagi, S., *ACT and the trends of psychiatric community care.* Nihon Rinsho. Japanese Journal of Clinical Medicine, 2013. **71**(4): p. 725-9.
39. Ito J, S.M., Sato S, *The therapeutic structure and clinical staff skills that is needed for establishing the community-based treatment of the people with schizophrenia: the short report of recent reform process of "day care" and outreach team in National Center of Neurology and Psychiatry.* Seishin Shinkeigaku Zasshi, 2014. **116**(6): p. 505-512.
40. Kim, T.-W., et al., *Fifteen-month follow up of an assertive community treatment program for chronic patients with mental illness.* BMC Health Services Research, 2015. **15**(1): p. 1-8.

41. Rangaswamy, T. and J. Sujit, *Psychosocial rehabilitation in developing countries.* International Review of Psychiatry, 2012. **24**(5): p. 499-503.
42. Razali, S.M. and M.A. Hashim, *Modified Assertive Community Treatment: Effectiveness on Hospitalization and Length of Stay.* Community Mental Health Journal, 2015. **51**(2): p. 171-174.
43. Biong, S., et al., *A crisis resolution and home treatment team in Norway: a longitudinal survey study Part 3. Changes in morbidity and clinical problems from admission to discharge.* International Journal of Mental Health Systems, 2012. **6**: p. 17-17.
44. Malone, D., et al., *Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality.* The Cochrane database of systematic reviews, 2007(3): p. CD000270-CD000270.
45. Waynor, W.R. and J.N. Dolce, *Improving Employment Outcomes in Assertive Community Treatment (ACT): The Role of the ACT Nurse.* Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services, 2015. **53**(7): p. 31-37.
46. Rosen, A., K. Mueser, and M. Teesson, *Assertive community treatment--issues from scientific and clinical literature with implications for practice.* J Rehabil Res Dev, 2007. **44**(6): p. 813-825.
47. Hoseyni Moosa, H., et al., *P02-10 - An assessment of the crisis resolution home treatment teams in two neighbourhood districts in Birmingham, United Kingdom.* European Psychiatry, 2010. **25, Supplement 1**: p. 628.
48. Murphy, S., et al., *Crisis intervention for people with severe mental illnesses.* The Cochrane database of systematic reviews, 2012. **5**: p. CD001087-CD001087.
49. Toot, S., M. Devine, and M. Orrell, *The effectiveness of crisis resolution/home treatment teams for older people with mental health problems: a systematic review and scoping exercise.* International Journal of Geriatric Psychiatry, 2011. **26**(12): p. 1221-1230.
50. SjØLie, H., B. Karlsson, and H.S. Kim, *Crisis resolution and home treatment: structure, process, and outcome – a literature review.* Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2010. **17**(10): p. 881-892.
51. Jones, R. and S. Jordan, *The Implementation of Crisis Resolution Home Treatment Teams in Wales: Results of the National Survey 2007-2008.* The Open Nursing Journal, 2010. **4**: p. 9-19.
52. Kastner, D., et al., *Clinical and functional outcome of assertive outreach for patients with schizophrenic disorder: Results of a quasi-experimental controlled trial.* European Psychiatry, 2015. **30**(6): p. 736-742.
53. Bookle, M. and M. Webber, *Ethnicity and access to an inner city home treatment service: a case-control study.* Health & Social Care in the Community, 2011. **19**(3): p. 280-288.
54. Hunt, I.M., et al., *Safety of patients under the care of crisis resolution home treatment services in England: a retrospective analysis of suicide trends from 2003 to 2011.* The Lancet Psychiatry, 2014. **1**(2): p. 135-141.
55. Kapur, N., et al., *Psychiatric in-patient care and suicide in England, 1997 to 2008: a longitudinal study.* Psychological Medicine, 2013. **43**(01): p. 61-71.
56. Hubbeling, D. and R. Bertram, *Implementation of the "safety first" recommendations and suicide rates (correspondence).* Lancet, 2012. **379**(9834): p. 2337.
57. Taylor, S., S. Abbott, and S. Hardy, *The INFORM Project: A Service User-Led Research Endeavor.* Archives of Psychiatric Nursing, 2012. **26**(6): p. 448-456.
58. Middleton, H., et al., *The dodo bird verdict and the elephant in the room: A service user-led investigation of crisis resolution and home treatment.* Health Sociology Review, 2011. **20**(2): p. 147-156.
59. Winness, M.G., M. Borg, and H.S. Kim, *Service users' experiences with help and support from crisis resolution teams. A literature review.* Journal of Mental Health, 2010. **19**(1): p. 75-87.
60. Carlson, W.L. and M. Snowden, *Community Treatment of Older Adults: Principles and Evidence Supporting Mental Health Service Interventions.* Clinics in Geriatric Medicine, 2014. **30**(3): p. 655-661.

61. Kortrijk, H.E., A.M. Kamperman, and C.L. Mulder, *Changes in individual needs for care and quality of life in Assertive Community Treatment patients: an observational study.* BMC Psychiatry, 2014. **14**(1): p. 1-9.
62. Burns, T., *The rise and fall of assertive community treatment?* International Review of Psychiatry, 2010. **22**(2): p. 130-137.
63. Sytema, S., et al., *Adding Evidence-Based Interventions to Assertive Community Treatment: A Feasibility Study.* Psychiatric Services, 2014. **65**(5): p. 689-692.
64. Brooker, C., et al., *Admission decisions following contact with an emergency mental health assessment and intervention service.* Journal of Clinical Nursing, 2007. **16**(7): p. 1313-1322.
65. Hackett, R., et al., *Enhancing Pathways Into Care (EPIC): Community development working with the Pakistani community to improve patient pathways within a crisis resolution and home treatment service.* International Review of Psychiatry, 2009. **21**(5): p. 465-471.
66. Rubio-Valera, M., T.F. Chen, and C.L. O'Reilly, *New Roles for Pharmacists in Community Mental Health Care: A Narrative Review.* International Journal of Environmental Research and Public Health, 2014. **11**(10): p. 10967-10990.
67. *Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisaties van zorgcircuits en zorgnetwerken*, Volksgezondheid, Editor., Dienst Psychosociale gezondheidszorg: Victor Hortaplein 40/10, 1060 Brussel. p. 37.
68. Het Pakt. *Wat is het PAKT?* [cited 2016 March 22]; Available from: http://www.pakt.be/.
69. *MOBiLteam Regio Gent-Eeklo*, Het Pakt, Editor., Mia De Caluwé: Drongenplein 26, Drongen.
70. Het Pakt. *Verbreding en verdieping projecten art. 107: informatie van de FOD*. 2015 [cited 2016 March 26]; Available from: http://www.psygent.be/.
71. Cotton, M.-A., et al., *An investigation of factors associated with psychiatric hospital admission despite the presence of crisis resolution teams.* BMC Psychiatry, 2007. **7**: p. 52-52.
72. Bonsack, C., et al., *Etude qualitative des attentes d'un réseau sanitaire et social pour suivi des troubles psychiatriques sévères dans la communauté.* L'Encéphale, 2007. **33**: p. 751-761.
73. Mccauley, M., et al., *How do GPs experience home-based treatment for acute psychiatric disorders?* Primary Care and Community Psychiatry, 2005. **10**(4): p. 159-163.

11. Verplichte bijlagen

11.1 Goedgekeurd protocol



VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

PSYCHIATRISCHE THUISZORG: EEN EVALUATIE VAN DE WERKING VAN AMBULANTE INTERDISCIPLINAIRE BEHANDELTEAMS

BIJLAGE : PROTOCOL

DE FEDERALE OVERHEIDSDIENST (FOD) VOLKSGEZONDHEID HEEFT IN HET STREVEN NAAR EEN OPTIMALISERING VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG VIJF KERNFUNCTIES IN HET LEVEN GEROEPEN. EÉN DAARVAN BESTAAT UIT HET OPRICHTEN VAN AMBULANTE INTENSIEVE BEHANDELTEAMS VOOR ACUTE EN CHRONISCHE PSYCHIATRISCHE PROBLEMEN. DE HUISARTS KOMT REGELMATIG IN AANRAKING MET PSYCHIATRISCHE PROBLEMATIEK IN DE THUISSITUATIE EN ZOU DUS EEN SLEUTELROL KUNNEN SPELEN IN HET INSCHAKELEN VAN DERGELIJKE TEAMS IN ZOWEL ACUTE ALS CHRONISCHE SITUATIES.

DIT ONDERZOEK IS EEN KWALITATIEF ONDERZOEK WAARBIJ DE ONDERZOEKSTER VOORNAMELIJK INFORMATIE ZAL VERZAMELEN DOOR MIDDEL VAN INTERVIEWS MET EXPERTEN TER ZAKE, ZOALS PSYCHIATERS, THUISVERPLEEGKUNDIGEN, PSYCHIATRISCH VERPLEEGKUNDIGEN, SOCIAAL WERKERS, ZORGCOÖRDINATOREN, HUISARTSEN. DE BEDOELING VAN DIT ONDERZOEK IS NIET ENKEL HET IN KAART BRENGEN VAN DE WERKING VAN DE THUISZORGTEAMS MAAR OOK HET BESPREKEN VAN VOOR– EN NADELEN, VALKUILEN EN PROBLEMEN ZOALS ZIJ DOOR DE VERSCHILLENDE MEDEWERKERS WORDEN ERVAREN.

VOORAFGAAND AAN DE INTERVIEWS ZAL EEN INFORMATIEBROCHURE WORDEN OVERHANDIGD EN EEN SCHRIFTELIJK INFORMED CONSENTFORMULIER WORDEN INGEVULD. EEN AANTAL VRAGEN DIE KUNNEN GESTELD WORDEN TIJDENS DE INTERVIEWS ZIJN: HOE DRAAIT DE PSYCHIATRISCHE THUISZORG IN GENT MOMENTEEL? LEVERT PSYCHIATRISCHE THUISZORG NAAR UW AANVOELEN GOEDE ZORG OP MAAT VAN DE PATIËNT? ZIJN ER KENMERKEN DIE EEN PATIËNT MEER OF MINDER GESCHIKT MAKEN VOOR PSYCHIATRISCHE THUISZORG? VERLOOPT DE HUIDIGE SAMENWERKING MET HUISARTSEN IN PSYCHIATRISCHE THUISZORG VLOT? WELKE VOOR– EN NADELEN HEBT U ZELF

ONDERVONDEN BIJ HET MEEWERKEN AAN PSYCHIATRISCHE THUISZORG? DE INTERVIEWS ZULLEN OPGENOMEN WORDEN MET EEN SPRAAKRECORDER-PROGRAMMA OP DE SMARTPHONE VAN DE ONDERZOEKSTER. ER ZAL EEN MONDELINGE TOESTEMMING GEVRAAGD WORDEN AAN DE GEÏNTERVIEWDE PERSONEN OM DE INTERVIEWS TE MOGEN OPNEMEN. DEZE OPNAMES ZULLEN ENKEL GEBRUIKT WORDEN OM DE NOTA'S VAN HET GESPREK TE ONDERSTEUNEN EN ER EVENTUELE CITATEN UIT TE HALEN.

REKRUTERING VAN KANDIDATEN VOOR INTERVIEWS ZAL IN HET BEGIN GEBEUREN VIA HET AANSPREKEN VAN PROFESSIONELE CONTACTEN VAN DE PROMOTOR EN CONTACTPERSONEN DIE MEN OP DE VERSCHILLENDE WEBSITES VAN PSYCHIATRISCHE ZORG IN GENT VINDT, VB. HTTP://WWW.PSYGENT.BE/ HIERNA KUNNEN VIA DE CONTACTEN VAN GEÏNTERVIEWDE PERSONEN ANDERE KANDIDATEN VOOR INTERVIEWS WORDEN AANGESPROKEN.

VOORAFGAAND AAN EN TIJDENS HET UITWERKEN VAN DE INTERVIEWS ZAL EEN LITERATUURSTUDIE GEBEUREN OP BASIS VAN WETENSCHAPPELIJKE ARTIKELS GEVONDEN VIA DATABASERESEARCH, OVERHEIDSDOCUMENTEN EN DE LITERATUUR DIE DE GEÏNTERVIEWDE PERSONEN ZELF SUGGEREREN.

IN EEN EERSTE FASE ZAL DE ALGEMENE ORGANISATIE VAN DE PSYCHIATRISCHE THUISZORG IN DE REGIO GENT WORDEN BESTUDEERD. IN EEN TWEEDE FASE ZAL EEN MEER DETAILLISTISCHE ANALYSE GEBEUREN VAN ÉÉN THUISZORGTEAM IN DE STAD ROESELARE, WAAR DE ONDERZOEKSTER HAAR TWEEDE HAIO-OPLEIDINGSJAAR ZAL UITVOEREN.

11.2 Goedkeuring ethisch comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Att.: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

Universiteit Gent
Faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen
3K3
Prof. dr. Anselm DERESE
De Pintelaan 185
9000 Gent
BTW nr: 248.015.142

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0333	02-apr-15	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Psychiatrische thuiszorg: een evaluatie van de werking van ambulante interdisciplinaire behandelteams
(Mariama Maaike Heyerick)

Belgisch Registratienummer: B670201524364

* Protocol (versie 1) dd. 10/02/2015
* Vragenlijsten (versie 1) dd. 10/02/2015
* Antwoord onderzoekers via mail ontv. dd. 19/03/2015 op opmerkingen EC dd. 10/03/2015
* Adviesaanvraagformulier (aangepaste versie ontv. dd. 19/03/2015)
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier (aangepaste versie ontv. dd. 19/03/2015)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. A. DERESE ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 24/03/2015. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 23/03/2016, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Voorafgaand het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Ellipsis Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.

A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 24/03/2015. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 23/03/2016, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Ellipsis Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 21/04/2015

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 21/04/2015

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 25 63
sandra.depaepe@uzgent.be