

Sinds een jaar lopen er tien pilootprojecten ter vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg in ons land. Daarvoor hebben de verschillende overheden de handen in elkaar geslagen. Deze zorgvernieuwing rust op drie pijlers. Eerst en vooral de uitbouw van mobiele teams ter ondersteuning van patiënten in de gemeenschap, gefinancierd door het buiten gebruik stellen van psychiatrische bedden. Vervolgens het opzetten van netwerken waarbij spelers binnen de geestelijke gezondheidszorg en de eerste lijn de zorg voor mensen met psychische problemen optimaliseren door betere afspraken. En ten slotte de introductie van een nieuwe visie op de psychiatrische patiënt, de zogenaamde herstelvisie waarbij de patiënt de regisseur wordt van zijn eigen zorg.

**BETER WORDEN DOE JE THUIS...**

# EÉN JAAR ERVARING MET HET 107-PROJECT LEUVEN-TERVUREN

**Guido Pieters**

**Keywords:**  
107- project –  
mobile intervention –  
psychiatric healthcare policy

Het project voor de regio Leuven-Tervuren was het eerste erkende 107-project. In deze bijdrage zullen we de geschiedenis van dit project uiteenzetten, om zo de kansen en bedreigingen die met deze zorgvernieuwing gepaard gaan, te illustreren.

## **Wat vooraf ging**

Na een oproep vanuit het beleid in 2010 werd binnen de regio Leuven-Tervuren een eerste projectvoorstel uitgewerkt. Dit gebeurde in schrijfgroepen, die naast vertegenwoordigers uit de psychiatrie en de ambulante geestelijke gezondheidszorg ook deelnemers bevatten uit de eerste lijn, alsook vertegenwoordigers van de gebruikers. De schrijfgroepen boden een eerste inhoudelijke aanzet, en werden gegroepeerd rond vijf zorgfuncties die in de projectoproep vermeld werden. Zo waren er reflectiegroepen rond de ondersteuning van de eerste lijn, rond mobiele crisisteam, rond mobiele begeleiding van patiënten met ernstige, langdurige psychiatrische aandoeningen, rond psychiatrische rehabilitatie in de vorm van begeleiding rond arbeid, wonen, vrije tijd en ontmoeting, en ook groepen die reflecteerden over de nieuwe functies van de intramurale psychiatrische zorg en over woonzorg. De door de schrijfgroepen geleverde teksten werden getoetst en besproken op verschillende overleginstanties (overlegplatform, eerstelijns-overleg, het overleg van hoofdgeneesheren, bij patiënten -en familieverenigingen). Dit alles werd verwerkt in een projecttekst voor de regio die door een jury uit het beleid werd beoordeeld en uiteindelijk resulteerde in de erkenning van het project. De gevolgde werkwijze leidde tot een sterke betrokkenheid van een groot aantal partners, doch de erkenning als eerste project bracht anderzijds het gevaar van een 'remmende voorsprong' met zich. Doordat het project als eerste kon opstarten, liep het ook als eerste tegen allerlei moeilijkheden aan en diende daarbij ook als eerste oplossingen te zoeken.

## **Evidence- en practice based**

Bij de bespreking in de schrijfgroepen werd vertrokken vanuit het bestaande wetenschappelijk onderzoek en vanuit epidemiologische gegevens. De wetenschap dat België proportioneel één van de hoogste (zometert het hoogste) percentage van psychia-

trische bedden heeft, vormde een eerste element. Uit onderzoek blijkt dat de uitbouw van gemeenschapsteams volgens het model van *assertive community treatment* (ACT) inderdaad kan resulteren in een afname van beddengebruik *wanneer het basisgebruik van psychiatrische bedden hoog is* (1). Op dat vlak kunnen we in België spreken van een stimulerende achterstand. Het valt dus te verwachten dat de afbouw van bedden in ons land gemakkelijker zal verlopen door de start van mobiele teams. Daarbij vormt het feit dat de financiering van de psychiatrie en van psychiaters grotendeels gebeurt vanuit de beddenbezetting, uiteraard een probleem. De beslissing om de uitbouw van mobiele teams financieel afhankelijk te maken van het buiten gebruik stellen van bedden lijkt anderzijds een goed tegengif tegen het bekende adagium *“a built bed is a filled bed”*. Op lange termijn zal de financiering vanuit het beddengebruik echter een

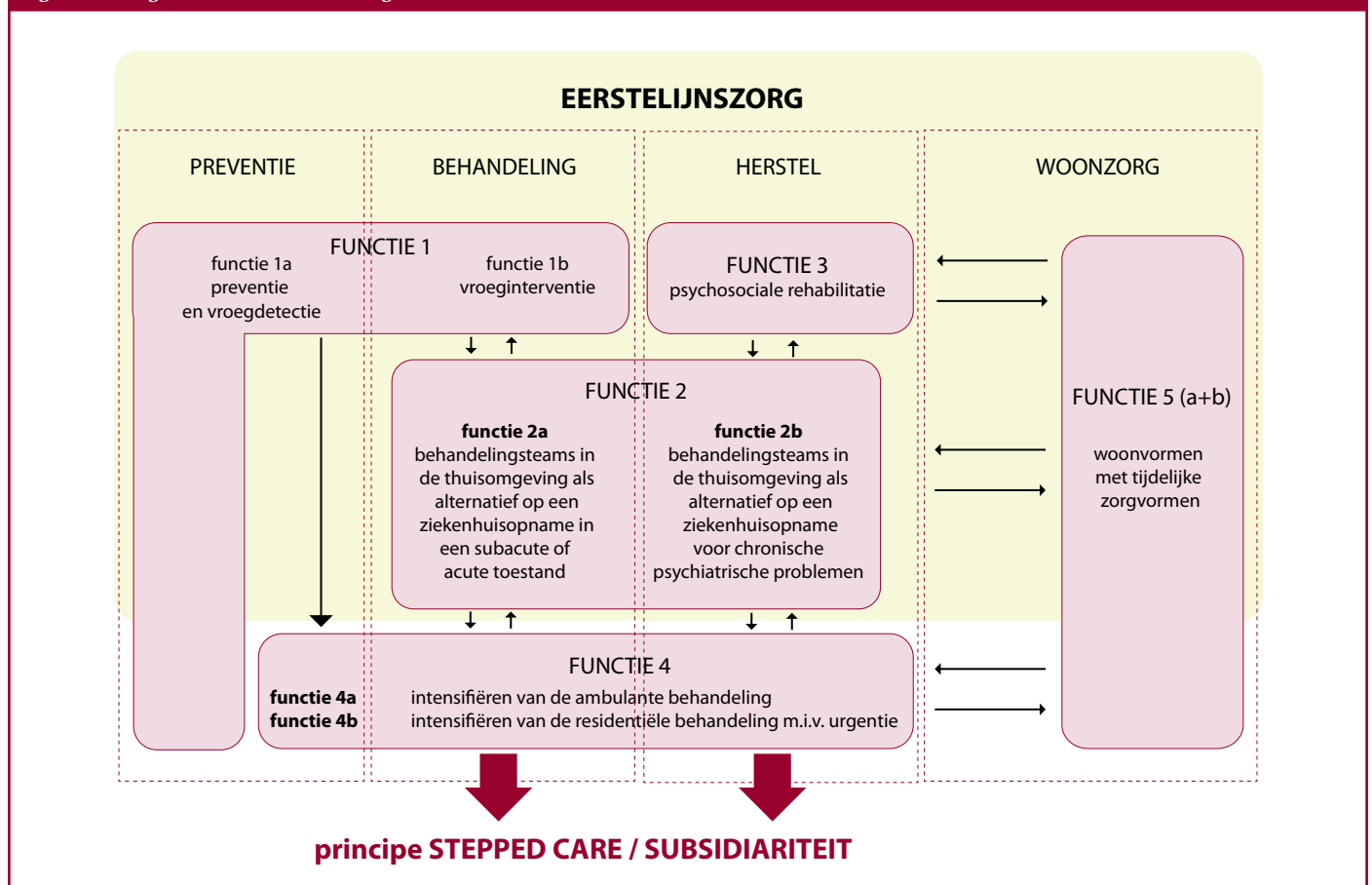
probleem worden en ter sprake moeten komen.

Een ander knelpunt is de keuze van de buiten gebruik te stellen bedden, waarbij het gevaar bestaat dat de goedkoopste bedden vanuit een puur economische redenering worden afgebouwd, terwijl die juist een belangrijke functie vervullen voor patiënten met een ernstige langdurige problematiek. Duurdere bedden worden dan mogelijks gebruikt voor patiënten die een opname minder of niet nodig hebben. Verder is de ongelijke verdeling van psychiatrische bedden en de afhankelijkheid van de financiering van de projecten van de afbouw ervan uiteraard een probleem voor regio's waarin het aantal psychiatrische bedden eerder beperkt is.

Bij de uitbouw van de mobiele teams voor de ernstige langdurige psychiatrische patiënten maakten we ook gebruik van onderzoek over de belangrijke componenten van diensten die het succes ervan bepalen (2). Naast kleinere

*case loads* (maar niet *‘ridiculously low’*) van zo'n 15 à 20 patiënten per hulpverlener, een hoog percentage van contacten aan huis, multidisciplinair samengestelde teams met een psychiater geïntegreerd in het team zijn er twee componenten die er op een bepalende manier uitspringen: succesvolle teams blijken regelmatige huisbezoeken te brengen en integreren de medisch-psychiatrische en sociale zorg. Bij de uitbouw van het project in de regio Leuven-Tervuren werd ten slotte ook lering getrokken uit onderzoek dat de impact van modelgetrouwheid bij de uitbouw van ACT-teams aantoonde (3). Dit wil zeggen dat het niet volstaat om teams gemeenschapsteams te noemen, maar dat ook de hierboven vermelde, werkzame elementen moeten gerealiseerd worden. Zo kunnen deze teams hun doel realiseren, nl. goede zorg in de gemeenschap voor psychiatrische patiënten met ernstige langdurige stoornissen.

**Figuur 1: Zorgaanbod met de invulling van 5 kernfuncties.**



Ook op het vlak van arbeidsrehabilitatie kiezen we voor het *individual placement and support*-model (IPS), waarvan de werkzaamheid goed is aangetoond (4). Daarbij wordt vertrokken van het plaatsen van patiënten in werksituaties om ze daar te ondersteunen, in tegenstelling tot de klassieke, stapsgewijze voorbereiding van psychiatrische patiënten op werk. Samenvattend kiezen we voor wetenschappelijk onderbouwde werkmethoden, aangepast aan de lokale omstandigheden. De concrete realisatie van dit alles zal niet gemakkelijk blijken. Binnen de geestelijke gezondheidszorg is het werken volgens wetenschappelijk onderbouwde principes nog steeds onvoldoende verworven.

## Vijf functies

In artikel 107 is het de bedoeling om vijf kernfuncties in het toekomstige GGZ-aanbod op een geïntegreerde manier te realiseren binnen de regio. In een regionaal netwerk zal er minimaal voorzien moeten worden in de vijf eerder genoemde functies. Daarbij kunnen reeds in de regio gerealiseerde zorgfuncties gecombineerd worden met nieuw uit te bouwen functies. Doel is te komen tot een therapeutisch zorgnetwerk dat flexibel is en dat afgestemd is op de individuele noden van alle burgers die deze zorg nodig hebben. Daarnaast wil men ervoor zorgen dat mensen zoveel mogelijk in hun natuurlijk thuismilieu kunnen blijven. Belangrijk hierbij is aan te geven dat een functie niet samenvalt met een team. Heel wat teams in de geestelijke gezondheidszorg realiseren verschillende functies, en sommige kernfuncties worden door verschillende actoren en teams gerealiseerd. Afstemming en optimalisatie van de zorg in het netwerk is daarbij uiteraard heel belangrijk. **Figuur 1** geeft de verschillende functies aan.

In de uiteindelijke projecttekst worden, door het buiten gebruik stellen van 120

bedden in de regio Leuven-Tervuren vanuit de intramurale sector, een 50-tal VTE personeelsleden naar de gemeenschap verschoven. Daarnaast engageren de centra voor geestelijke gezondheidszorg zich ertoe om eveneens een zevental VTE in te zetten voor ondersteuning van patiënten in de gemeenschap. Daarbij dient wel te worden aangestipt dat geen bijkomende financiering vrijkomt voor voorzieningen die reeds opdrachten in de gemeenschap uitvoeren. Ook andere partners zoals voorzieningen voor Beschut Wonen en de Psychiatrische Thuiszorg zullen bestaande middelen verder stroomlijnen binnen het vooropgestelde model, waardoor nog eens ongeveer 12 VTE ter beschikking komen. In totaal betekent dit de mobilisering naar de maatschappij van een 70-tal VTE, een niet-onaanzienlijke werkracht. Door verbeterde samenwerking en het samenbrengen van andere actoren die reeds werkzaam zijn in de gemeenschap, betekent dit een duidelijke, grote versterking van de psychiatrische zorg in de maatschappij.

In 2011 werd het project Leuven-Tervuren opgestart. We zullen nu achtereenvolgens de verschillende pijlers van het project belichten.

## Mobiele teams

In eerste instantie bespreken we de uitbouw van mobiele teams ter ondersteuning in de maatschappij van patiënten met ernstige langdurige psychiatrische problemen en van patiënten die nog geen contact hadden met de geestelijke gezondheidszorg. In het voorjaar van 2011 werd een aantal psychiatrische bedden buiten gebruik gesteld en werden personeelsleden gerecrueteerd om in mobiele teams te werken. Daarbij werd uitgegaan van vrije keuze van personeelsleden. In de hele regio werden 6 mobiele teams opgezet.

Voor de functie 2a, ondersteuning in een crisissituatie voor patiënten die nog niet langdurig bekend zijn in de geestelijke

gezondheidszorg, werd een mobiel crisisteam gestart. Dit team is in eerste instantie werkzaam in de regio Leuven, maar zal in de toekomst, mede door de uitbouw van antennes, de hele projectregio bestrijken. Het mobiel crisisteam wordt uitgebouwd aanleunend bij de EP-SI-eenheid. Er wordt 7x24 uur bereikbaarheid geboden, waarbij het team enkel tussen 8 uur 's morgens en 20 uur 's avonds zal uitrukken. Daarbuiten is er telefonische bereikbaarheid. Het team werkt in eerste instantie op verwijzing vanuit de eerste lijn en vanuit voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg. De doelgroep voor dit team zijn patiënten bij wie zich een ernstige psychologische crisis voordoet, zodat een psychiatrische opname overwogen moet worden.

Het mobiel crisisteam werkt vanuit een systeemvisie en biedt, vertrekkend vanuit een gerichte assessment, korte interventies met de bedoeling een opname te voorkomen of te verkorten. We gebruiken het model van *crisis resolution/home treatment*-teams (5). Bedoeling is dat dit team gedurende een periode van 4 tot 6 weken vrij intensief met de patiënten en hun omgeving kan werken, dit in overleg met het bestaande zorgsysteem. Wanneer de crisis binnen deze beperkte tijd niet voorbij is, dient naar langduriger GGZ-zorg te worden verwezen. Hierin ligt een belangrijke opdracht tot afstemming van zorg, alsook een behoefte aan duidelijke afspraken. De opstart van het mobiel crisisteam verliep gefaseerd en met enige moeite. Op dit moment wordt uitgegaan van een snelle vrije consultatie binnen maximaal 24 uur. Op die manier kan een intake geschieden onder psychiatrische supervisie. Daarna kan het team outreachend werken. In eerste instantie wordt sterk ingezet op het verkorten van crisisopnames en het voorkomen van langdurigere psychiatrische opnames door ondersteuning te bieden in de gemeenschap. Op termijn zal ook outreachend crisisvoorkomend worden gewerkt voor een bredere regio.

Na een periode van zoeken, is dit team in februari 2012 in Leuven van start gegaan. Daarnaast zijn er de mobiele teams die de functie 2b aanbieden, waarvoor reeds meer ervaring bestaat in de regio en in ons land. Hier zijn 5 teams uitgebouwd, waarvan 3 grote (2 in Leuven, 1 in Tienen) die meer dan 10 VTE omvatten. Zij hebben een toegewezen psychiater (met in sommige teams nog een beperkte aanwezigheid) en zijn multidisciplinair samengesteld. Daarnaast zijn er 2 kleinere mobiele teams, in de regio's Diest en Aarschot. Ten slotte is er bij één van de Leuvense mobiele teams een gespecialiseerd team voor persoonlijkheidsstoornissen beschikbaar, dat bestaat uit 6 VTE met een psychiater geïntegreerd in het team. Werkend vanuit de dialectische gedragstherapie probeert men daar patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis, die een behoorlijk aandeel lijken uit te maken van de patiënten met ernstige langdurige psychiatrische problematiek, op een geëigende manier in de gemeenschap te ondersteunen. Deze aanpak is vrij nieuw en nog weinig beschreven. Eén van de Leuvense teams bedient ook de zorgregio Tervuren. Daar worden antennes uitgebouwd, zodat de zorg ook daar in nauwe samenwerking met eerstelijnsvoorzieningen uit de regio kan worden geboden.

Ten slotte bestaat in de projectregio het mobiel VRINT-team dat zich richt op vroegdetectie en vroege behandeling van patiënten met een beginnende psychose. Ook dit is een outreachend team dat zich echter op een specifieke doelgroep richt, en langdurig (tot 5 jaar) de zorg voor patiënten opneemt. Het gaat over engagement, assessment en behandeling van jongeren die voor het eerst tekenen van een vroege psychose vertonen. De integratie van dit VRINT-team binnen het 107-project is een belangrijk aandachtspunt.

Voor de uitbouw van deze mobiele teams werd gekozen voor het FACT-model (*Flexible Assertive Community Treatment*)

(6) dat een combinatie biedt van één-op-één-begeleiding voor patiënten die in rustig vaarwater verkeren en een eigen begeleider hebben, met de mogelijkheid van zorgintensifiëring vanuit een teamaanpak wanneer patiënten in crisis gaan. Dit maakt een goede communicatie noodzakelijk tussen alle teamleden die samenwerken bij patiënten in crisis, wat gerealiseerd wordt door middel van dagelijkse besprekingen van patiënten in crisis aan de hand van een 'FACT-bord'. Belangrijk is dat de mobiele teams, waar mogelijk, de zorg van de patiënt continu blijven aanbieden, ook wanneer de patiënt (bij voorkeur kortdurend) wordt opgenomen. Een opname wordt daarbij dan ook gezien als een beperkte fase in een langdurig zorgtraject, en niet meer als de plaats waar de zorg in de eerste plaats wordt aangeboden. De teams blijven dan in overleg met de intramurale teams de patiënt begeleiden, wat bijzondere afspraken noodzakelijk maakt. Daarbij dient het 'bed op recept' te worden vernoemd, wat staat voor een bed dat laagdrempelig wordt aangeboden op vraag van de mobiele teams, waarbij patiënten ter voorkoming van crisissen of ter overbrugging ervan kortdurend worden opgenomen. De mobiele teams steunen de patiënten om de regie van hun leven in eigen handen te nemen, om zich te ontplooiën in de samenleving, om de juiste zorg rondom zich te organiseren vanuit het herstelmodel (cfr. infra).

Het mobiel team volgt niet alleen op, maar begeleidt en behandelt dus ook zelf. Het biedt zorg in aanvulling op het steunsysteem van elke individuele patiënt en in aanvulling op het lokale zorgaanbod en met oog voor alle levensdomeinen. Dit gebeurt in samenwerking met een groot aantal zorgpartners. De mobiele teams bieden ook bemoeizorg, waarbij ze de opdracht hebben om contact te leggen met personen die volgens anderen zorg nodig hebben maar dit tot nu toe weigeren, de zogenaamde zorgmijders. Dit blijft een moeilijke en delicate oefening voor

alle betrokkenen. Vermelden we ten slotte dat in de uitwerking van de verschillende mobiele teams in de projectgroepen vertegenwoordigers van eerste lijn, familie- en gebruikersverenigingen een rol speelden en dat in één van de teams een eerste ervaringsdeskundige werd ingeschakeld. Het is uitdrukkelijk de bedoeling om op termijn in verschillende teams ervaringsdeskundigen als volwaardige teamleden te integreren.

## Netwerk

Een tweede belangrijke pijler van het 107-project is het afstemmen van de zorg in een geïntegreerd zorgnetwerk. Daarbij wordt enerzijds samengewerkt rond concrete patiënten, zoals hierboven beschreven. Nieuwe gemeenschapsvoorzieningen, zoals de mobiele teams, gaan zorg niet overnemen, maar gaan deze in overleg met de eerste lijn en bestaande voorzieningen versterken. Bij de daarvoor noodzakelijke communicatie werd vanuit het project uitdrukkelijk gekozen voor het e-zorgplan dat in de eerste lijn wordt gepromoot en gebruikt. Daarbij zijn er slechts minieme aanpassingen nodig om dit voor de GGZ-patiëntengroepen zinvol te kunnen gebruiken.

Daarnaast is het ook noodzakelijk om meer structureel te gaan samenwerken. Overleg met de verschillende actoren uit de verschillende lijnen over de zorgafstemming bij de (verdere) uitbouw van de 5 kernfuncties blijft daarbij een belangrijke opdracht. Communicatie is heel belangrijk en de bekendmaking van het 107-project, in de vorm van een 'roadshow' doorheen de vele betrokken voorzieningen, is één van de belangrijke opdrachten voor de netwerkcoördinatoren. Verder worden de vroeger bestaande schrijfgroepen geactiveerd in de vorm van reflectiegroepen die zich permanent buigen over problemen rond de afstemming en de uitbouw van de hogergenoemde functies. Zo legt men in de

reflectiegroep over de ondersteuning van de eerste lijn, op vraag van partners uit de eerste lijn, sterk de nadruk op het belang van het ter beschikking stellen van telefonische consultaties of van eenmalige raadplegingen bij 'specialisten' voor moeilijke patiënten en wordt er ook ingespeeld op de vraag naar vorming van werkers in de eerste lijn voor GGZ-problemen.

## Herstel

De derde pijler in de zorgvernieuwing is de introductie van de herstelvisie (7) op alle niveaus van het zorgnetwerk. Herstel betekent het herwinnen van hoop en perspectief op een rijk en bevredigend leven ondanks een psychische aandoening. In een proces van herstel krijgt iemand greep op zijn aandoening, waardoor deze niet langer zijn dagelijks leven beheerst en zijn toekomstverwachtingen verduistert. Hierbij ontdekt en ontwikkelt iemand de eigen kracht en mogelijkheden en leert hierop te vertrouwen. Deze definitie van herstel valt niet samen met de klassiek medische definitie die meer verwijst naar de afwezigheid van symptomen. Samenvattend gaat het om een visie die met de term *empowerment* van patiënten kan worden gekarakteriseerd. Er is heel wat wetenschappelijk onderzoek over welke elementen patiënten en hun familieleden belangrijk vinden in de zorg. Deze vallen niet altijd samen met wat hulpverleners als belangrijk beschouwen. Betrokkenheid van families en inschakeling van ervaringsdeskundigheid vormen de concrete basis waarop we dit model implementeren. Speciale aandacht zal ook gaan naar het verspreiden van deze visie binnen de intramurale voorzieningen, en met name ook waar meer acute zorg wordt aangeboden. In projectgroepen zorgt de aanwezigheid van ervaringsdeskundigen ervoor dat het perspectief van cliënt en familie vaker en duidelijker aanwezig wordt gesteld. De inschakeling van ervaringsdeskundigen in de mobiele teams en bij andere voorzie-

ningen gebeurt nog erg beperkt. Slechts in één van de mobiele teams is een ervaringsdeskundige ingeschakeld, die meer specifiek het contact met soms moeilijk bereikbare patiënten probeert te herstellen. Ondersteuning en opleiding van patiënten- en familievertegenwoordigers zal nodig zijn om hun aanwezigheid op alle niveaus van de voorzieningen mogelijk te maken. Nochtans willen we niet blijven afwachten tot een dergelijke opleiding geïnstitutionaliseerd wordt aangeboden.

In de herstelbenadering wordt sterk de nadruk gelegd op de mogelijkheden en sterktes van de patiënt. In tegenstelling tot de klassieke benadering, waarbij problemen, tekorten en beperkingen het meeste aandacht krijgen, valt de persoon in deze visie niet samen met zijn aandoening en probeert deze in toenemende mate controle te verwerven over het ziekteproces. Hoop en zingeving zijn belangrijke termen, en de persoon met een stoornis probeert een verantwoordelijke rol op te nemen, waarbij er zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van de aanwezigheid van steunpersonen uit de omgeving. In de diagnostiek wordt vanuit dit model niet enkel gekeken naar de individuele sterktes en krachten van de patiënt, maar ook naar omgevingskrachten en ondersteuning vanuit de omgeving. De keuze van de cliënt staat centraal bij het bepalen van interventies, waarbij de relatie tussen cliënt en hulpverlener op de eerste plaats komt. Het lijkt vanuit deze visie ook vanzelfsprekend dat zorg en ondersteuning zoveel mogelijk in de eigen, vertrouwde leefomgeving van de patiënt wordt aangeboden. Bij het methodisch werken wordt veel aandacht besteed aan het maken van contact, het bepalen van doelstellingen en plannen, het verwerven van hulpbronnen en een voortdurende samenwerking en geleidelijke losmaking.

## Verdere planning

In de nabije toekomst zal het verder uitbouwen van netwerken met concrete af-

spraken tussen de verschillende voorzieningen sterk op de voorgrond staan, naast de consolidatie van de mobiele teams en de verdere, gefaseerde uitbouw van het mobiel crisisteam. Vanuit moeilijkheden die we bij de begeleiding van patiënten ondervinden, blijkt de noodzaak om vooral op het vlak van huisvesting en arbeid verdere initiatieven te ontwikkelen. We vermeldde reeds dat daarvoor reflectiegroepen een nieuw leven hebben gekregen. Voor de eerste functie, het ondersteunen van de eerste lijn, wordt ingezet op een provinciaal project rond preventie, met onder meer het ontwikkelen van een website voor cliënten en medewerkers. Een bestaande werkgroep 'elektronische GGZ' werd hierbij ingeschakeld en buigt zich over de mogelijkheid om kwaliteitsvolle websites over GGZ breed ter beschikking te stellen.

Voor de functie van vroegdetectie en -behandeling wordt gewerkt aan het aanbieden van consultaties aan eerstelijnsverkers. In analogie met het Brugse project 'Tussen de lijnen' (8) wordt gedacht aan telefonische consultaties met mogelijkheid tot overleg rond medicatie en psychologische benaderingen, en aan éénmalige snelle consultaties waarbij de patiënt, eventueel samen met de eerste lijnsverker, wordt gezien om daarna verder door deze te worden begeleid. Daarnaast zijn er ook plannen om deskundigheid op het vlak van geestelijke gezondheidszorg breder te verspreiden bij werkers in de eerste lijn. Wat de rehabilitatiefunctie betreft, wordt een Riziv-conventie voor psychosociale revalidatie uitgewerkt. Het gaat om een centraal gelegen revalidatiecentrum dat zoveel mogelijk gedecentraliseerd vaardigheden en ondersteuning kan aanbieden. Ook op het vlak van arbeidstrajectbegeleiding worden initiatieven genomen. Met name wordt er gewerkt vanuit het *evidence-based* IPS-model (4). Bij de intramurale zorg worden de eerste contacten gelegd met artsen rond de uitbouw van het 'bed op recept'.

Daarnaast is het de bedoeling de verschillende partners te bevragen in verband met plannen inzake intensifiëring van intramurale behandeling. Met betrekking tot de functie 5, woonondersteuning, wordt er gedacht aan een diversificatie van het aanbod aan residentiële gemeenschapsvoorzieningen vanuit de GGZ. Samenwerking met sociale huisvestingsmaatschappijen lijkt belangrijk om het dreigende, nijpende tekort aan betaalbare woningen voor patiënten die door psychiatrische problemen verarmd dreigen te geraken, op te vangen. Vermelden we ten slotte nog het dossier van de eerstelijnspsycholoog, die in het kader van de vermaatschappelijking van geestelijke gezondheidszorg en ondersteuning van de eerste lijn een belangrijke rol zou kunnen spelen, alsook de toenemende samenwerking met actoren op het gebied van werk (VDAB, GTB,...).

Om een continue evaluatie in te bouwen, wordt in het project aandacht besteed aan *routine outcome monitoring* (ROM). Daarbij wordt ervoor geopteerd om zoveel mogelijk klinisch relevante en bruikbare informatie routinematig en herhaaldelijk te verzamelen. In eerste instantie werd er gekozen voor het gebruik van de HoNOS- en MANSAschaal, die respectievelijk de ernst van het ziektebeeld en de levenskwaliteit en tevredenheid van patiënten meten.

Ten slotte krijgt ook de noodzaak aan vorming voor de leden van de mobiele teams, en breder, voor een grote groep van betrokkenen de nodige aandacht. Studiebezoeken aan mobiele teams en stage bij teams die reeds ervaring hebben met FACT-werking, zijn voorzien in 2012. Daarnaast wordt er zorg gedragen voor een continue interne vorming, met interventie van teamleiders.

## Bedenkingen en knelpunten

Het was te verwachten dat een dergelijk ingrijpende verandering van het zorgaanbod niet zonder slag of stoot zou kunnen

geïmplementeerd worden. De omvang van het Leuven-Tervurenproject en van de verandering die wordt verwacht, blijkt een zware belasting voor de netwerkcoördinatoren. Daarnaast zijn er een aantal knelpunten die een bedreiging vormen voor de verdere ontwikkeling van het project. Zo is er een blijvende onduidelijkheid over de financiering, niet in het minst van de psychiaterfunctie, die het moeilijk maakt om het project op een rustige manier verder te ontwikkelen. De betrokkenheid van de psychiaters is een extra heikel punt. Terwijl uit de literatuur blijkt dat zij een cruciale functie te vervullen hebben, blijkt het niet makkelijk om psychiaters aan te trekken die in deze nieuwe werkvormen het voortouw willen nemen. Nochtans blijkt uit ervaringen in het buitenland dat de meeste werkers die naar de gemeenschap overstappen, na een aanvankelijke aanpassingsperiode dit soort werk verkiezen boven het werk binnen de muren van instellingen.

Ook de samenwerking van vele voorzieningen met verschillende instellingsculturen en (financiële) belangen blijkt niet altijd vanzelfsprekend. De discussie over de poortwachtersfunctie, waarbij mobiele teams besluiten wie kan opgenomen worden, is duidelijk nog niet beslecht. De keuzevrijheid van patiënten is niet gemakkelijk in overeenstemming te brengen met getrapte zorg, waarbij niet méér en geen duurdere zorg dan noodzakelijk wordt aangeboden. Daarnaast kunnen zich problemen voordoen met betrekking tot de veiligheid van medewerkers. Verder bestaat er bezorgdheid over een mogelijke (paradoxale) toename van restrictieve maatregelen binnen de maatschappij, en met name een toename van gedwongen opnames en beroep op forensische voorzieningen bij de uitbouw van gemeenschapszorg. Verder is er de bezorgdheid dat kwetsbare 'vermaatschappelijkte' patiënten, omwille van armoede en vooroordelen vanuit de gemeenschap, thuisloos zouden worden. Vanuit de eerste lijn wordt de bezorgdheid geformuleerd dat

de 107-hervormingen zich enkel richten op volwassenen en dat zowel voor jongeren als (meest uitgesproken) voor ouderen evenzeer de behoefte bestaat aan goede alternatieven binnen de gemeenschap om langdurige opnames te voorkomen. Gelukkig kunnen wij in België lering trekken uit de obstakels en vergissingen die bij de implementatie van de gemeenschapszorg in andere Europese landen werden gemaakt, en deze door een geleidelijke afbouw van bedden en uitbouw van gemeenschapsalternatieven pogen te vermijden.

Ten slotte is de economische crisis en de door velen noodzakelijk geachte besparingen die deze meebrengt, ook in de gezondheidszorg te beschouwen als een bedreiging voor deze hervorming. Op dit moment lijkt de financiering van de reeds erkende projecten veilig gesteld en kunnen deze zich in ieder geval nog twee jaar verder ontwikkelen. Een aantal projecten waarvoor erkenning begin 2012 was voorzien, na aanpassing van vroegere voorstellen, dreigen nu wel uit de boot te vallen. Dit lijkt jammer, gezien deze hervorming echte winst kan bieden, niet zozeer in economische termen, wel in termen van zorg. Als voor ongeveer dezelfde prijs zorg wordt geboden met gelijke symptomatische uitkomst, die door patiënten sterker wordt gewaardeerd én die meer patiënten bereikt, dan lijkt dit project zeker de moeite waard.

### Referenties

1. Burns T, Catty J, Dash M, Roberts C, Lockwood A, Marshall M. Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *BMJ* 2007;335(7615):336.
2. Wright C, Catty J, Watt H, Burns T. A systematic review of home treatment services--classification and sustainability. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39(10):789-96.
3. Burns T. The rise and fall of assertive community treatment? *Int Rev Psychiatry* 2010;22(2):130-7.
4. Latimer EA. Individual placement and support programme increases rates of obtaining employment in people with severe mental illness. *Evid Based Ment Health* 2008;11(2):52.
5. Sjolte H, Karlsson B, Kim HS. Crisis resolution and home treatment: structure, process, and outcome - a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2010;17(10):881-92.
6. Van Veldhuizen R, Bähler M, Polhuis D, van Os J (red.) *Handboek FACT. De Tijdstroom*, Utrecht, 2008.
7. Anthony W, Rogers ES, Farkas M. Research on evidence-based practices: future directions in an era of recovery. *Community Ment Health J* 2003;39(2):101-14.
8. De Coster I, Van Audenhove Ch, Van Den Ameele H & Goetinck M. Tussen de lijnen. Ontwikkeling van een stepped care programma in de behandeling van depressie door huisartsen en PAAZ-psychiaters. Leuven: LUCAS, 2002.