



# **Geïntegreerd rapport:**

## **Wetenschappelijke opvolging van het hervormingsprogramma**

### **“Naar een betere geestelijke gezondheidszorg”**

UCL – Institut de  
Recherche Santé et  
Société (IRSS)

Adeline Grard  
Pablo Nicaise  
Vincent Lorant

KU Leuven – LUCAS

Eva Helmer  
Joke Vanderhaegen  
Chantal Van Audenhove

VUB – OPIH

Stephanie Van der Donck  
Belinda Wijckmans  
Mark Leys

# Inhoud

Gemeenschappelijke inleiding: de GGZ-hervorming (KU Leuven, UCL en VUB)

Wetenschappelijke evaluatie van de drie onderzoeksequipes

Onderzoeksluik KU Leuven

Onderzoeksluik UCL – IRSS

Onderzoeksluik VUB

## Inleiding: de GGZ-hervorming (KU Leuven, UCL en VUB)

De GGZ is in vele landen gekenmerkt door een beweging van deinstitutionalisering en vermaatschappelijking. De deinstitutionalisering houdt in dat het aantal ziekenhuisbedden in de residentiële voorzieningen met de jaren afneemt evenals het aantal ligdagen in deze voorzieningen. Tegelijkertijd verandert ook de wijze waarop zorg verstrekt wordt aan mensen met psychische problemen. Deze evolutie duidt men aan met het begrip “vermaatschappelijking”. Ook dit begrip verwijst naar meerdere aspecten. Ten eerste wordt zorg geboden in de natuurlijke omgeving van de persoon met een psychische ziekte of kwetsbaarheid. Ten tweede is de zorg meer humaan: de kwaliteit van leven en de waardigheid van de persoon staan centraal. En ten derde houdt men ook rekening met ziek makende factoren in de samenleving.

De deinstitutionalisering en de vermaatschappelijking van de zorg hebben in België uitdrukking gekregen via de hervorming in de projecten van Artikel 107. In het kader van deze projecten wordt tot 10% van de ziekenhuisbedden afgebouwd ten voordele van regionale zorgnetwerken van GGZ-voorzieningen en organisaties uit andere maatschappelijke sectoren. Een cruciale vernieuwing bestaat erin dat de eerstelijnszorg en de residentiële voorzieningen aangevuld worden met mobiele equipes in de thuiszorg voor acute of chronische zorg. In deze zorgvernieuwingsbeweging wordt een totaal nieuwe visie op GGZ ontwikkeld die nauw aansluit bij de internationale beweging van persoonlijk herstel, ervaringsdeskundigheid en empowerment (HEE), al is dit niet door alle netwerken aanvaard en wensen sommige regio's eerder een visie op genezing, reïntegratie en rehabilitatie van patiënten door GGZ-medewerkers voorop te stellen.

## Wetenschappelijke evaluatie

In het kader van de hervormingsbeweging werd door de FOD Volksgezondheid een wetenschappelijke evaluatie van de projecten ‘naar een betere GGZ’ voorzien. In 2013 vond een haalbaarheidsstudie plaats ter voorbereiding van de feitelijke studie die in 2014 van start ging. De drie onderzoeksequipes (KU Leuven LUCAS, UCL IRRS en VUB OPIH) onderzochten of de uitvoering van de hervorming overeenstemt met de visie van het hervormingsprogramma zoals voorgesteld in de gids 107.

In 2014 werden drie onderzoeksluiken uitgewerkt:

- Onderzoeksluik **patiënten**, waarin volgende evaluatiecriteria aan bod komen:
  - (1) de mate van herstel bij patiënten: mate van tijdelijkheid en toekomst, positieve verwachtingen en onderlinge verbondenheid en de ervaring van professionele hulp, sociale steun, eigen wijsheid, zelfmanagement en betrokken omgeving (LUCAS KU Leuven)
  - (2) de evolutie van de realisatie van sleutelementen in de zorg die in vorige evaluatie als (zeer) belangrijk en zelden (of nooit) gerealiseerd beoordeeld werden en de globale tevredenheid van patiënten over de aangeboden zorg (LUCAS KU Leuven)
  - (3) de levenskwaliteit, sociale re-integratie, zorgcontinuïteit, ernst van psychosociale symptomen en socio-economische mogelijkheden bij patiënten (UCL) OF qualité de vie, intégration sociale, continuité des soins, sévérité des symptômes psychosociaux et opportunités socioéconomiques (revenu, emploi, scolarité, ticket modérateur,...)

- Onderzoeksluik **diensten**, waarin volgende evaluatiecriteria aan bod komen:

(1) de evolutie van herstelondersteunende zorg in verblijfsafdelingen voor lange duur: vergelijking van scores in 2013 met 2014 (LUCAS)

(2) Kwaliteit van de samenwerking, uitbouw van de deelaspecten van de hervorming, organisatie en bereikbaarheid van de diensten, werking van de mobiele diensten, structuur van het zorgcircuit voor patiënten (UCL) OF Qualité de la collaboration, mise en œuvre des outils de la réforme, organisation des services, accessibilité des services, fonctionnement des équipes mobiles, structure des réseaux de services pour les usagers (UCL)

Negentien projecten ‘naar een betere GGZ’ en drie controlegroepen (Charleroi, Waals-Brabant en Luxemburg) deden mee aan de evaluatiestudie. We beoogden in elk project een representatieve steekproef van patiënten, hulpverleners en netwerkpartners te bekomen. De methode van datacollectie bestond uit gestandaardiseerde vragenlijsten en interviews.

- Onderzoeksluik procesevaluatie **netwerkontwikkeling** (VUB), waarin volgende aspecten aan bod komen:

(1) De geografische afbakening van het netwerk vanuit het perspectief van de deelnemende partners

(2) Analyse van de ervaringen van de netwerkpartners m.b.t. de netwerkcomplexiteit, de samenwerking in het netwerk en het netwerkbestuur, inclusief de rol van de netwerkcoördinator

De onderzoeksmethode die voor dit deel gebruikt is, wordt verder besproken in deel 5.

In dit rapport worden achtereenvolgens de resultaten van de verschillende onderzoeksluiken besproken, met enkele algemene conclusies en aanbevelingen per onderzoeksluik.

# **Eindrapport Evaluatiestudie**

*Naar een betere GGZ (Artikel 107)*

KUL- LUCAS

Eva Helmer, Joke Vanderhaegen, Chantal Van Audenhove

|                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| Onderzoeksluik LUCAS KU Leuven .....                                             | 3  |
| Inleiding.....                                                                   | 3  |
| Methode.....                                                                     | 3  |
| Resultaten.....                                                                  | 4  |
| Respons op de bevraging .....                                                    | 4  |
| Profiel van de patiënten.....                                                    | 5  |
| De mate van herstel bij de patiënten.....                                        | 6  |
| De mate van hoop bij patiënten .....                                             | 6  |
| De mate van empowerment bij patiënten .....                                      | 7  |
| Perceptie van patiënten op de realisatie van sleutelementen en tevredenheid..... | 9  |
| Tevredenheid met behandeling.....                                                | 12 |
| Evolutie van de herstelgerichte zorg in verblijfsafdelingen .....                | 12 |
| Aanbevelingen .....                                                              | 17 |
| Zorg: .....                                                                      | 17 |
| Procesniveau:.....                                                               | 17 |
| Wetenschappelijke evaluatie: .....                                               | 17 |
| Literatuurlijst.....                                                             | 18 |
| Bijlagen bij eindrapport evaluatiestudie 2014 – Onderzoek LUCAS .....            | 19 |

## Onderzoeksluik LUCAS KU Leuven

(Eva Helmer, Dr Joke Vanderhaegen & Prof Dr Chantal Van Audenhove met dank aan Jeroen Knaeps voor de analyse van de quantitative data)

### Inleiding

Achtereenvolgens beschrijven we de onderzoeksmethode en vergelijken we de vooropgestelde responsgraad met de feitelijke responsgraad. Daarna geven we een overzicht van de resultaten waarbij we verwijzen naar de cijfergegevens in bijlagen.

### Methode

In het onderzoeksluik 'patiënten' verwerven we aan de hand van gevalideerde instrumenten. De HOOP en de NEL peilen naar de hoop, empowerment en het herstel bij de patiënten. Zes items uit de Visie op zorg die in de haalbaarheidsstudie wezen op discrepantie werden opnieuw in de bevraging opgenomen om de evolutie te kunnen inschatten. En de globale tevredenheid van patiënten over de aangeboden zorg werd in een zelfgeconstueerd item bevestigd. Deze schalen werden opgenomen in twee vragenlijsten die werden verspreid in diensten, behorende tot verschillende functies, van de projecten art 107 met de intentie om een zo representatief mogelijke steekproef te bekomen. KU Leuven LUCAS was verantwoordelijk voor de verspreiding van de vragenlijsten in de Nederlandstalige projecten (n= 11). In elk van deze projecten koos KU Leuven LUCAS voor volgende steekproeftrekking:

- Twee functie 1-diensten: 1 CGG en 1 niet-CGG
- Twee functie 2-diensten: 2 mobiele teams (mobiele teams voor acute zorg (2a) en chronische zorg (2b))
- Twee functie 4-diensten: 2 residentiële diensten (psychiatrische ziekenhuizen (PZ) of psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ))
- Eén functie 5-dienst: 1 IBW (initiatieven beschut wonen)
- In één project selecteerden we bijkomend een functie 3-dienst met riziv-conventie

Het was de bedoeling om vanuit elke dienst ingevulde vragenlijsten van tien patiënten te verkrijgen. Aanvullend hoorden hier tien gekoppelde vragenlijsten bij (met vragen over patiënten) die dienden ingevuld te worden door betrokken zorgverstrekkers. Er werd dus getracht om per Nederlandstalig project 70 ingevulde vragenlijsten van patiënten en hulpverleners te bekomen (met uitzondering van het project met deelname van een RIZIV-conventie dienst).

UCL IRSS was verantwoordelijk voor de verspreiding van de vragenlijsten in de Franstalige projecten (n= 8). In elk van deze projecten koos UCL IRSS ervoor om 80 vragenlijsten te versturen naar elke referentiepersonen van het project, die zelf verantwoordelijk was voor de verdeling van de vragenlijsten binnen de vijf functies van zijn netwerk.

Als criterium voor deelname aan de studie is er voor zowel de Nederlandstalige als de Franstalige projecten gekozen voor ernstig en langdurig psychisch zieken, die voldoen aan volgende criteria (De Rick, et al., 2002 en Van Audenhove, et al., 2005):

- De patiënt heeft een psychiatrische diagnose
- De patiënt lijdt twee jaar of langer aan de ziekte
- De patiënt heeft ernstige beperkingen in het psychisch en sociaal functioneren, bijvoorbeeld op het vlak van
  - o Basisbehoeften (maaltijden, wonen, hygiëne,...)

- Sociaal en professioneel functioneren
- Participatie aan vrije tijd en dagbesteding

Als exclusiecriteria golden volgende criteria:

- De patiënt beschikt niet over de verbale en cognitieve mogelijkheden om een informed consent te geven en deel te nemen aan het onderzoek
- De patiënt beschikt niet over de mogelijkheden of vaardigheden om de vragenlijst zelfstandig in te vullen in het Nederlands of het Frans, zelfs niet bij ondersteuning van een hulpverlener
- Er zijn aanwijzingen dat de patiënt of de hulpverlening aan de patiënt verstoord zou worden door deelname aan het onderzoek

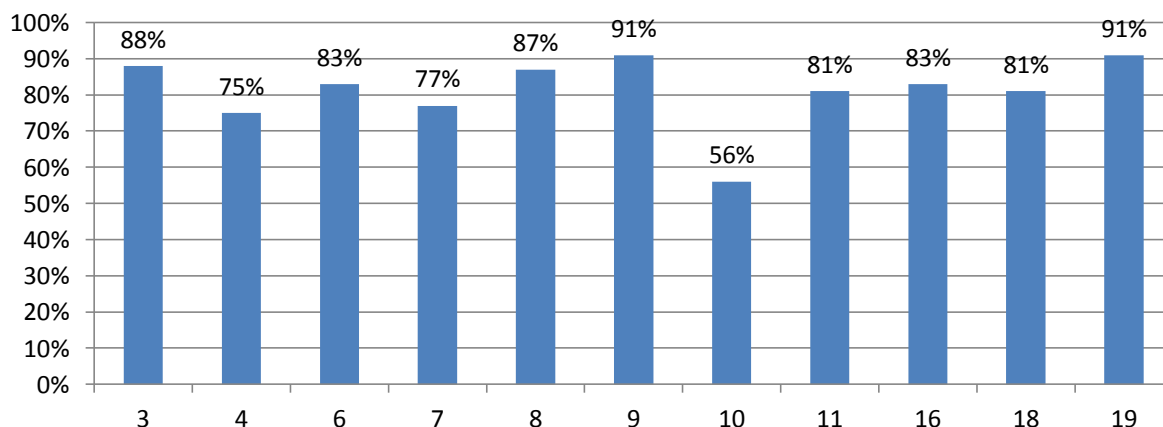
De vragenlijsten en bijhorende documenten voor patiënten en hulpverleners kan u in bijlage vinden (bijlage 'vragenlijsten onderzoeksdeel patiënten').

## Resultaten

### Respons op de bevraging

In onderstaande figuur (figuur 1) is de respons rate voor de vragenlijsten van het onderzoeksluik 'patiënten' voor de Nederlandstalige projecten weergegeven. De respons rate is berekend op het aantal vragenlijsten dat werd uitgestuurd, namelijk 780 vragenlijsten voor patiënten, met telkens een gekoppelde vragenlijst voor de hulpverleners (N totaal= 1560). We ontvingen 633 ingevulde vragenlijsten (81%) van patiënten en 635 (81%) van hulpverleners. Dit komt overeen met een totale response rate van 81% voor de Nederlandstalige projecten. Er zijn drie projecten die deze gemiddelde response rate niet halen.

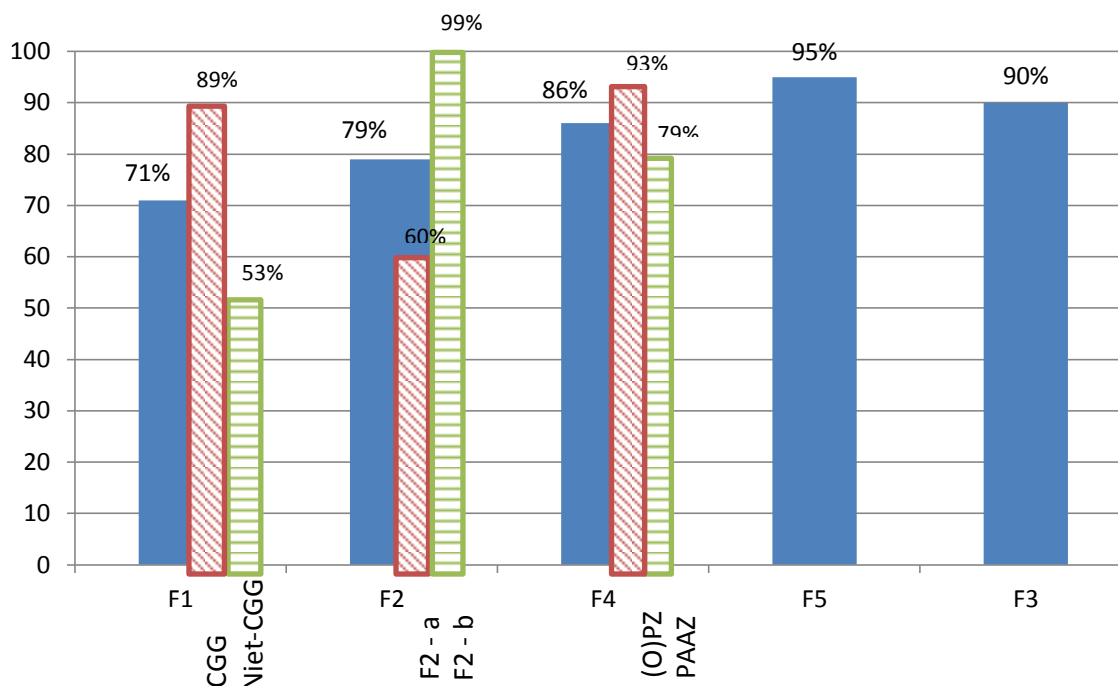
*Figuur 1: Respons rate onderzoeksluik patiënten, per project (Nederlandstalige projecten)*



*Op de X-as zijn de projecten weergegeven, op de Y-as de (%) respons rate. Per project is de respons rate (%) ook weergegeven in de figuur.*

In figuur 2 is de response rate per functie gegeven voor de Nederlandstalige projecten. De hoogste response rate treffen we aan in functie 5 en de laagste in functie 1. Voor de Nederlandstalige projecten hebben we tevens een zicht op de response rate van diensten binnen functie 1 (CGG- en niet-CGG diensten), functie 2 (mobiel team voor acute zorg (2a) en chronische zorg (2b)), functie 3 (één dienst met riziv-conventie), functie 4 (PZ en PAAZ) en functie 5 (IBW) (figuur 2). Voor de Franstalige projecten hebben we hiervan geen overzicht, gezien hier een andere methode van steekproeftrekking is gebeurd.



*Figuur 2: Respons rate onderzoeksluik patiënten, per functie (Nederlandstalige projecten)*

Op de X-as worden de functies (F) voorgesteld (blauwe balken). Voor de functies 1, 2 en 4 zijn eveneens diensten binnen deze functies weergegeven (gearceerde balken): CGG en niet-CGG diensten binnen functie 1, mobiele teams 2a en 2b binnen functie 2 en PZ en PAAZ binnen functie 4. De Y-as geeft het percentage (%) respons rate weer. Deze is per functie ook in de grafiek weergegeven. De resultaten zijn gebaseerd op de ingevulde vragenlijsten van de Nederlandstalige projecten.

Binnen functie 1 zien we een duidelijk verschil in respons rate tussen de CGG (89%) en niet-CGG diensten (53%), alsook binnen functie 2 tussen de 2a (60%) en 2b (99%) mobiele teams.

De weigeringen tot deelname in de Nederlandstalige projecten werden geregistreerd, met als voornaamste redenen geen interesse (n= 36), vragenlijst te lang (n= 36) of te moeilijk (n= 22). Een volledig overzicht van de weigeringen met reden, is gepresenteerd in tabel 1 in bijlage.

Binnen het onderzoeksluik 'diensten' is de Recovery Oriented Practices Index (ROPI) gehanteerd om een zicht te krijgen op de mate van herstelgerichte zorg in verblijfsafdelingen voor lange duur. We hebben de zeven afdelingen voor langverblijvers, waarvan we eerder in de haalbaarheidsstudie valide data hebben verzameld, herbevraagd.

### Profiel van de patiënten

Het profiel van de respondenten (socio-demografische gegevens) is weergegeven in tabel 2 in bijlage. Het betreft hier respondenten van alle 19 projecten.

Over de hele steekproef zien we een gelijke verdeling van mannen en vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 46 jaar. De prototypische patiënt heeft een diploma hoger secundair onderwijs (33%), is werkloos (62%), heeft een diagnose van schizofrenie (28.6%) of stemmingsproblemen (25.4%), woont zelfstandig (66.4%), en alleen (64.1%) en heeft minstens eenmaal per week sociaal contact (68.2%).

Wat betreft het maandelijkse inkomen, kunnen we stellen dat:

- Bijna 40% een gemiddeld inkomen tussen 1000 en 1400€ heeft; dit betreft het bedrag van het leefloon.
- Ongeveer 20% dient rond te komen met een budget onder 1000€; dit betreft dus veel patiënten die onder de armoedegrens leven.
- Ongeveer 3,5% maandelijks minder dan 500€ heeft (laagste antwoordcategorie) om rond te komen.

Het patiënten profiel per project is weergegeven in tabel 3 in bijlage. Vanwege de kleine steekproeven per project werden geen statistische testen uitgevoerd om eventuele verschillen tussen de projecten na te gaan.

Het patiënten profiel per functie is weergegeven in tabel 4 in bijlage. Tussen de vijf functies merken we enkele verschillen op wat betreft leeftijd, geslacht, diagnose, tewerkstelling, woonsituatie en financiële status. Deze worden nader toegelicht bij tabel 4 in bijlage.

In tabel 5 in bijlage is de populatie binnen functie 2 nader omschreven, waarbij een onderverdeling is gemaakt tussen functies 2a en 2b. Deze gegevens hebben enkel betrekking op de respondenten van de Nederlandstalige projecten binnen functie 2, waarvan geweten is of ze beroep doen op een acuut (2a) of chronisch mobiel team (2b) (n=182). Gezien de relatief kleine populatie konden we enkel uitspraken doen over mogelijke verschillen tussen beide groepen wat betreft diagnose, leeftijd en het al dan niet samenwonen. Hieruit blijkt dat in deze steekproefpopulatie minder respondenten uit functie 2a de diagnose van schizofrenie hebben, of samenwonend zijn, vergeleken met respondenten in functie 2b. Ook zijn de respondenten van functie 2a binnen deze steekproef jonger.

### **De mate van herstel bij de patiënten**

Een belangrijke doelstelling van de huidige hervorming in de geestelijke gezondheidszorg is het realiseren van een goede kwaliteit van leven bij personen met een psychische kwetsbaarheid. Hierbij gaat er aandacht uit naar herstel van patiënten. Herstel betekent in deze context een persoonlijk proces van kwaliteitsvol en hoopvol leven met een psychische kwetsbaarheid en het vooropstellen van zin en betekenis in verbondenheid waarbij men zelf de controle over het eigen leven opnieuw verwerft.

### **De mate van hoop bij patiënten**

#### **Methode**

Eén van de meetbare uitkomsten van herstel is hoop. Hoop omvat erkenning en aanvaarding van het probleem, een betrokkenheid tot verandering, het herordenen van prioriteiten, een focus op sterktes in plaats van zwaktes, een toekomstgericht denken en in zichzelf geloven (Schrang & Slade, 2007). Dit is één van de centrale kernelementen van herstel bij mensen met ernstige psychische klachten (Whitley & Drake, 2010). Om de mate van hoop bij patiënten in de projecten 'naar een betere GGZ' in kaart te brengen maakten we gebruik van de vragenlijst HOOP (Hearth, 1992). Dit instrument bestaat uit drie factoren/dimensies, namelijk: (1) Tijdelijkheid en toekomst - meet de cognitief-tijdelijke dimensie van hoop, (2) positieve tegenwoordigheid van geest - meet de affectief-gedragsmatige dimensie van hoop, en (3) onderlinge verbondenheid - meet de affiliatieve-contextuele dimensie van hoop.

#### **Resultaten**

In onderstaande tabel (tabel 1) zijn de totaalscores en dimensiescores voor de HOOP weergegeven.

Tabel 1. De totale score en de dimensiescores van het instrument 'HOOP'

| <b>Totaalscore en dimensiescores (min-max)</b>               | <b>Gem</b> | <b>St dev</b> | <b>N (missing)</b> |
|--------------------------------------------------------------|------------|---------------|--------------------|
| <b>Totaalscore (12-48)</b>                                   | 31,60      | 7,016         | 985 (94)           |
| <b>Dimensiescores</b>                                        |            |               |                    |
| Tijdelijkheid en toekomst (4-16)                             | 10,31      | 2,766         | 1022 (57)          |
| Positieve tegenwoordigheid van geest en verwachtingen (4-16) | 10,63      | 2,67          | 1016 (63)          |
| Onderlinge verbondenheid (4-16)                              | 10,63      | 2,45          | 1010 (69)          |

Voor de mate van hoop stellen we vast dat de dimensiescores zich rond het gemiddelde van de mogelijke antwoordscores bevinden (namelijk 30 op een mogelijke score van 12 tot 48)<sup>1</sup>.

In een multiple regressie analyse is de mogelijke invloed van determinanten op de scores van HOOP nagegaan. Het betreft de determinanten functie, geslacht, leeftijdsgroep, diagnose, nationaliteit, opleiding, werksituatie, woonsituatie (dakloos of zelfstandig, alleen of met anderen), wekelijks sociaal contact en rondkomen met gezinsbudget.

Hieruit blijkt dat mannen hoger scoren dan vrouwen. Personen die minstens één keer per week sociaal contact hebben scoren hoger dan personen die geen sociaal contact hebben, en personen die aangeven zeer moeilijk rond te komen met hun budget scoren het laagst.

In tabel 6 in bijlage zijn de scores op de HOOP per project weergegeven. De scores op de HOOP per functie zijn samengevat in tabel 7 in bijlage. Er zijn geen significante verschillen in scores vastgesteld tussen projecten of tussen functies, noch tussen respondenten in functie 2a en 2b (tabel 8 in bijlage).

## De mate van empowerment bij patiënten

### Methode

Empowerment is: je eigen kracht (her)ontdekken en die kracht effectief leren toepassen. Hierbij kan men denken aan autonomie, controle, het opnemen van persoonlijke verantwoordelijkheid en zich beroepen op rechten en verantwoordelijkheden als burger (Schrang & Slade, 2007). In dit onderzoek maakten we gebruik van de Nederlandse Empowerment vragenlijst (NEL) (Boevink, Kroon & Giesen, 2008). Dit instrument bestaat uit zes factoren/dimensies, namelijk: (1) professionele hulp - over het krijgen van goede hulp van professionele hulpverleners, (2) sociale steun - over het al dan niet beschikken over een steunende omgeving, (3) eigen wijsheid - over het concept herstel, (4) erbij horen - over verbondenheid, (5) zelfmanagement - over omgaan met de eigen kwetsbaarheden en (6) betrokken leefgemeenschap - over hoe de maatschappij en sociale zekerheid omgaan met mensen met een psychische kwetsbaarheid.

<sup>1</sup> Een onderzoek in Noorwegen toonde aan dat de gemiddelde Noorse inwoner een score behaalt van 36.7 (st dev: 4.1). Personen met een psychiatrische diagnose haalden een score van 34.4 (Rustøen et al., 2003).

**Resultaten**

In onderstaande tabel (tabel 2) zijn de scores van de verschillende dimensies van het instrument 'NEL' weergegeven.

*Tabel 2. De dimensiescores (1-5) van het instrument 'NEL' over de projecten en functies heen*

|                           | <b>Gem</b> | <b>Std Dev</b> | <b>N</b> |
|---------------------------|------------|----------------|----------|
| Professionele hulp        | 4,00       | ,57            | 1037     |
| Sociale steun             | 3,70       | ,70            | 1035     |
| Eigen wijsheid            | 3,51       | ,65            | 1033     |
| Erbij horen               | 3,50       | ,67            | 1037     |
| Zelfmanagement            | 3,65       | ,65            | 1038     |
| Betrokken leefgemeenschap | 3,09       | ,76            | 1018     |

Voor de mate van empowerment stellen we vast dat de scores per dimensie zich rond het gemiddelde van de mogelijke antwoordscores bevinden (namelijk tussen 3 en 4 op een mogelijk score van 1 tot 5). In een multiple analyse zijn we de mogelijke invloed van determinanten op de scores van NEL nagegaan. Het betreft de determinanten functie, geslacht, leeftijdsgroep, diagnose, nationaliteit, opleiding, werksituatie, woonsituatie (dakloos of zelfstandig, alleen of met anderen), wekelijks sociaal contact en rondkomen met gezinsbudget. Net zoals voor de scores op de HOOP zien we ook hier een invloed van geslacht, sociaal contact en rondkomen met gezinsbudget. Zo blijken mannen hoger te scoren dan vrouwen. Personen die minstens één keer per week sociaal contact hebben scoren hoger dan personen die geen sociaal contact hebben, en personen die aangeven zeer moeilijk rond te komen met hun budget scoren het laagst.

De dimensiescores voor de verschillende projecten zijn weergegeven in tabel 9 in bijlage. Er zijn geen significante verschillen vastgesteld tussen projecten.

Wel zijn er significante verschillen vastgesteld tussen functies:

- Functie 2 scoort in vergelijking met functie 4 significant hoger voor professionele hulp.
- Functie 5 scoort in vergelijking met functie 1 significant hoger voor de dimensie sociale steun, erbij horen, zelfmanagement en betrokken leefgemeenschap
- En daarnaast scoort functie 5 in vergelijking met functie vier significant hoger voor de dimensie zelfmanagement.
- Voor de exacte scores per functie verwijzen we graag naar tabel 10 in bijlage.

De relatief goede positie van functie 5 springt hierbij in het oog. Dit is mogelijks te verklaren door de empowerende en rehabilitatiegerichte traditie van de Initiatieven Beschut Wonen (IBW). De hogere mate van empowerment die we zien in functie 2 in vergelijking met functie 4 is mogelijks te verklaren door de 100% geïndividualiseerde aanpak die men in de mobiele teams hanteert.

Tussen de acute en chronische mobiele teams werden er geen verschillen in scores op de NEL vastgesteld. (Tabel 11 in bijlage).

## Perceptie van patiënten op de realisatie van sleutelementen en tevredenheid

### *Methode*

Om een goede kwaliteit van leven en zorg bij personen met een psychische kwetsbaarheid te realiseren dienen de voorkeuren van de patiënt het vertrekpunt te zijn bij het bepalen van de zorg. Dit kan men bekomen via voldoende participatie, bijvoorbeeld via informatieverstrekking aan patiënten, shared decision making (inspraak en keuzevrijheid in bepalen van zorg) en rekening houden met de voorkeuren van patiënten. De voordelen hiervan zijn dat het bijdraagt tot een hogere tevredenheid bij patiënten, een betere gezondheid en een hogere levenskwaliteit (Tambuyzer & Van Audenhove, 2010).

Om dit onderdeel van de hervorming te onderzoeken maakten we gebruik van de Visie op Zorg (Van Humbeeck, G. et al., 1999). Dit is een vragenlijst waarin patiënten over sleutelementen van zorg in de samenleving voor mensen met een ernstige psychische ziekte zoals schizofrenie, kunnen aangeven op een schaal van 1 tot 5, hoe belangrijk ze dit zorgaspect vinden en in welke mate ze dit zorgaspect als gerealiseerd ervaren. Wanneer een sleutelement als (heel) belangrijk wordt beschouwd (score 4 of 5) en tegelijkertijd als zelden of nooit gerealiseerd wordt beoordeeld (score 1 of 2), spreekt men van een type I discrepantie. We selecteerden voor deze evaluatiestudie de zes items waarbij in de haalbaarheidsstudie voor minstens 10% van de patiënten discrepantie type 1 aanwezig was. (Discrepantie type 2 bestaat erin dat een sleutelement als (helemaal) niet belangrijk wordt beoordeeld en tegelijkertijd als altijd of meestal gerealiseerd. Dit soort discrepantie komt zeer weinig voor en laten we daarom buiten beschouwing.

**Resultaten**

In onderstaande tabel (tabel 3) zijn de scores op deze zes items van de Visie op Zorg weergegeven.

*Tabel 3. Itemscores voor het instrument 'Visie op Zorg'*

|                                                                                                                                                           | Realiteit      |       |            | Belangrijkheid |       |        | Type I Discrepanctie |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------|------------|----------------|-------|--------|----------------------|
|                                                                                                                                                           | N<br>(missing) | Gem   | St Dev     | N<br>(missing) | Gem   | St Dev | N<br>(%)             |
| <b>Ik kan ook 's nachts bij hulpverleners terecht.</b>                                                                                                    | 1033<br>(46)   | 3,826 | 1,821      | 1026<br>(53)   | 4,145 | 1,110  | 165<br>(20.3%)       |
| <b>De familieleden die voor mij zorgen, krijgen duidelijke informatie over mijn ziekte, de symptomen, het verloop van de ziekte en de kans op herval.</b> | 996<br>(83)    | 3,233 | 1,725      | 990<br>(89)    | 3,879 | 1,312  | 182<br>(21.0%)       |
| <b>Ik heb contacten met mensen die gelijkaardige problemen hebben, zoals bijvoorbeeld in een zelfhulpgroep.</b>                                           | 1019<br>(60)   | 2,698 | 1,527      | 1021<br>(58)   | 3,552 | 1,316  | 145<br>(15.2%)       |
| <b>Men helpt me tekenen van herval te herkennen.</b>                                                                                                      | 1022<br>(57)   | 3,747 | 1,352      | 1018<br>(61)   | 4,350 | ,947   | 124<br>(13.3%)       |
| <b>De hulpverleners geven informatie en advies over het voorkomen van seksueel overdraagbare aandoeningen zoals bv. AIDS.</b>                             | 1006<br>(73)   | 1,917 | 1,565<br>9 | 1007<br>(72)   | 3,036 | 1,5241 | 186<br>(20.7%)       |
| <b>De hulpverleners geven informatie en advies over het voorkomen van ongewenste zwangerschap.</b>                                                        | 946<br>(133)   | 1,837 | 1,638<br>5 | 942<br>(137)   | 2,650 | 1,6307 | 119<br>(14.4%)       |

Uit deze resultaten blijkt dat ook in de evaluatiestudie, nog steeds meer dan 10% van de patiënten de zes bevraagde items als belangrijk maar als niet gerealiseerd ervaart. Zo wensen ze specifiek meer informatie over aids en zwangerschap. Ook vindt een aanzienlijk deel van de patiënten het (zeer) belangrijk om ook 's nachts bij hulpverleners terecht te kunnen terwijl dit zelden of nooit gerealiseerd is. Verder willen patiënten dat hun familieleden meer informatie krijgen en dat er meer mogelijkheden zijn om contact te hebben met personen met gelijkaardige problemen. Ten slotte geven de patiënten aan meer hulp te wensen in het helpen herkennen van tekens van herval.

In onderstaande tabel (tabel 4) is per functie een overzicht gegeven van het voorkomen (in %) van de mate van type I discrepantie<sup>2</sup> voor deze zes items.

*Tabel 4: 'Visie op Zorg': Voorkomen van type I discrepantie (in %) voor de zes items, per functie (F)*

|                                                                      | <b>F1</b> | <b>F2</b> | <b>F3</b> | <b>F4</b> | <b>F5</b> |
|----------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Kan ook 's nachts bij HV terecht                                     | 30        | 33        | 25        | 13        | 5         |
| Familieleden krijgen duidelijke info                                 | 29        | 19        | 19        | 22        | 16        |
| Contacten met lotgenoten                                             | 14        | 19        | 5.0       | 16        | 12        |
| Hulp om herval te herkennen                                          | 16        | 12        | 17        | 12        | 14        |
| HV's geven info en advies over SOA's                                 | 15        | 15        | 22        | 25        | 31        |
| HV's geven info en advies over voorkomen van ongewenste zwangerschap | 11        | 9         | 24        | 18        | 21        |

Deze gegevens tonen aan dat voornamelijk patiënten uit functies 1 en 2 onvoldoende aandacht ervaren voor de bereikbaarheid van hulpverleners 's nachts. Ook zien we over alle functies een duidelijke discrepantie wat betreft informatieverstrekking naar de familieleden toe, die iets uitgesprokener is in functie 1. Verder merken we bij dubbel zoveel respondenten in functie 5 als in functies 1 en 2, een discrepantie wat betreft het krijgen van informatie en advies over SOA's. Ook ervaren patiënten discrepantie betreffende het geven van informatie en advies rond zwangerschap, voornamelijk in functie 3.

In tabel 12 in bijlage is de mate van type I discrepantie voor patiënten behandeld in functie 2a (acute mobiele teams) uitgezet ten opzichte van patiënten behandeld in functie 2b (chronische mobiele teams), met duidelijke verschillen tussen beide. Zo ervaren dubbel zoveel patiënten uit functie 2b een discrepantie op het vlak van bereikbaarheid van de hulpverlener 's nachts. Verder ervaren meer patiënten uit functie 2a, in vergelijking met functie 2b, discrepantie op het vlak van het krijgen van hulp bij het herkennen van tekenen van herval en het krijgen van advies en informatie over het voorkomen van ongewenste zwangerschap.

Ook tussen de projecten zien we een verscheidenheid in de mate van type I discrepantie voor de zes items (tabel 13 in bijlage).

<sup>2</sup> Men spreekt van type I discrepantie wanneer een sleutelement als (heel) belangrijk wordt beschouwd (= score 4 of 5/5) en tegelijkertijd als zelden of nooit gerealiseerd wordt beoordeeld (= score 1 of 2/5).

## Tevredenheid met behandeling

### Methode

Binnen de Visie op Zorg werd tevens gepeild naar de mate van tevredenheid van patiënten over de zorg die ze krijgen. De respondenten konden op een schaal van 0 tot 10 aangeven hoe tevreden ze zijn met de behandeling die ze krijgen (van 0: 'helemaal niet tevreden' tot 10: 'uiterst tevreden').

### Resultaten

In onderstaande tabel (tabel 5) wordt een overzicht gegeven van de totale score over de hele populatie, alsook de score per functie.

Een overzicht van de scores per project vindt u in tabel 14 en figuur 1 in bijlage. De scores voor de projecten schommelen tussen 7.2 en 8.8, zonder noemenswaardige verschillen tussen de projecten.

*Tabel 5: Mate van tevredenheid van cliënten over de aangeboden zorg: totale score en score per functie*

|                    | <b>Gem</b> | <b>St Dev</b> | <b>N (missing)</b> |
|--------------------|------------|---------------|--------------------|
| <b>Totaal</b>      | 8.02       | 1.65          | 1004 (75)          |
| <b>Per functie</b> |            |               |                    |
| <b>F1</b>          | 8.02       | 1.67          | 205 (20)           |
| <b>F2</b>          | 8.29       | 1.50          | 290 (19)           |
| <b>F3</b>          | 7.67       | 1.89          | 63 (3)             |
| <b>F4</b>          | 7.74       | 1.76          | 276 (15)           |
| <b>F5</b>          | 8.18       | 1.54          | 164 (13)           |

Hieruit blijkt een gelijke mate van tevredenheid over de vijf functies.

Indien we binnen functie 2 een onderscheid maken tussen respondenten behandeld in acute (functie 2a) of chronische (2b) mobiele teams, zien we een gelijkaardige mate van tevredenheid over de aangeboden zorg (8.42 versus 8.22, respectievelijk) (zie tabel 15 in bijlage).

## Evolutie van de herstelgerichte zorg in verblijfsafdelingen

### Methode

Voor de evaluatiestudie herbezochten we de zeven intramurale afdelingen voor langverblijvers (verblijf van minstens gemiddeld zes maanden) van projecten 'Artikel 107' waar we ook tijdens de haalbaarheidsstudie een Recovery Oriented Practices Index (ROPI) konden afnemen (Mancini & Finnerty, 2005). Een ROPI brengt in kaart in welke mate een team herstel hanteert als leidend principe in de begeleiding en bejegening van patiënten. De uitkomsten kunnen een handvat bieden bij het opstellen van verbeterplannen voor de implementatie van een herstelondersteunende zorg. De gegevens voor een ROPI-onderzoek worden hoofdzakelijk via interviews verzameld. Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen werden zowel patiënten, begeleiders, behandelaars als managers bij de interviews betrokken. Verder werden ook behandelplannen ingekeken en werd in de mate van het mogelijke een teamvergadering bijgewoond. Bij de ROPI worden scores toegekend op acht dimensies van herstelondersteunende zorg: breed aanbod van diensten, tegemoet komen aan basale zorgbehoeften, sociale contacten en participatie, medezeggenschap en participatiemogelijkheden, zorg gebaseerd op de mogelijkheden van de patiënt, patiëntgerichtheid en keuzemogelijkheden, zelfbepaling van de patiënt, focus op herstel en ervaringsdeskundigheid.



**Resultaten**

Een algemene overzichtstabel van de scores per afdeling vindt u in onderstaande tabel (tabel 6). Hierbij volgende aandachtspunten:

- De mogelijke scores per item variëren van 1 t.e.m. 5.
- Indien een afdelingsscore voor een dimensie rood kleurt, wil dit zeggen dat de score zich situeert tussen 0 en 40% van de mogelijk te behalen score.
- Indien een afdelingsscore voor een dimensie oranje kleurt, wil dit zeggen dat de score zich situeert tussen >40 en 60% van de mogelijk te behalen score.
- Indien een afdelingsscore voor een dimensie groen kleurt, wil dit zeggen dat de score zich situeert tussen >60 en 100% van de mogelijk te behalen score.
- OPM: Deze percentages zijn berekend op basis van omgezette scores (= scores 0-4 in plaats van de hieronder vermelde 1-5).

Tabel 6: De dimensiescores van de ROPI voor de zeven afdelingen

|                                                                | Afd 1 | Afd 2 | Afd 3 | Afd 4 | Afd 5 | Afd 6 | Afd 7 | Min | Max | Gem  |
|----------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|-----|------|
| <b>Tegemoet komen aan basale zorgbehoeftes ( /15)</b>          | 11    | 10    | 12    | 9     | 8     | 12    | 10    | 8   | 12  | 10,3 |
| Vaststellen van zorgbehoeftes                                  | 4     | 3     | 4     | 2     | 2     | 4     | 4     | 2   | 4   | 3,3  |
| Basale zorg                                                    | 4     | 4     | 4     | 4     | 3     | 4     | 3     | 3   | 4   | 3,7  |
| Tijd en persoonlijke aandacht                                  | 3     | 3     | 4     | 3     | 3     | 4     | 3     | 3   | 4   | 3,3  |
| <b>Breed aanbod van diensten ( /10)</b>                        | 6     | 6     | 7     | 7     | 6     | 7     | 6     | 6   | 7   | 6,4  |
| Breed aanbod van diensten                                      | 3     | 3     | 4     | 3     | 3     | 4     | 3     | 3   | 4   | 3,3  |
| Toegankelijkheid aanbod                                        | 3     | 3     | 3     | 4     | 3     | 3     | 3     | 3   | 4   | 3,1  |
| <b>Sociale contacten en participatie ( /20)</b>                | 12    | 12    | 12    | 11    | 10    | 16    | 15    | 10  | 16  | 12,6 |
| Bevordering netwerkcontacten                                   | 3     | 3     | 3     | 3     | 2     | 4     | 3     | 2   | 4   | 3,0  |
| Betrokkenheid omgeving                                         | 3     | 3     | 3     | 3     | 3     | 4     | 4     | 3   | 4   | 3,3  |
| Maatschappelijke re-integratie                                 | 3     | 3     | 3     | 2     | 2     | 4     | 4     | 2   | 4   | 3,0  |
| Stigmabestrijding                                              | 3     | 3     | 3     | 3     | 3     | 4     | 4     | 3   | 4   | 3,3  |
| <b>Medezeggenschap en participatiemogelijkheden ( /10)</b>     | 4     | 5     | 7     | 3     | 4     | 10    | 6     | 3   | 10  | 5,6  |
| Medezeggenschap                                                | 2     | 3     | 4     | 2     | 2     | 5     | 3     | 2   | 5   | 3,0  |
| Participatie in behandel- en begeleidingsplan                  | 2     | 2     | 3     | 1     | 2     | 5     | 3     | 1   | 5   | 2,6  |
| <b>Zorg gebaseerd op de mogelijkheden van de cliënt ( /15)</b> | 7     | 7     | 11    | 3     | 4     | 14    | 10    | 3   | 14  | 8,0  |
| Vaststellen van wensen en kwaliteiten                          | 3     | 3     | 4     | 1     | 2     | 4     | 4     | 1   | 4   | 3,0  |
| Begeleidingsdoelen gebaseerd op mogelijkheden                  | 2     | 2     | 4     | 1     | 1     | 5     | 3     | 1   | 5   | 2,6  |
| Begeleidingsdoelen gebaseerd op rollen                         | 2     | 2     | 3     | 1     | 1     | 5     | 3     | 1   | 5   | 2,4  |
| <b>Cliëntgerichtheid en keuzemogelijkheden ( /10)</b>          | 5     | 6     | 7     | 5     | 3     | 8     | 6     | 3   | 8   | 5,7  |
| Visiedocumenten, jaarplannen en brochures                      | 2     | 3     | 3     | 1     | 1     | 4     | 3     | 1   | 4   | 2,4  |
| Variatie in zorgverlening                                      | 3     | 3     | 4     | 4     | 2     | 4     | 3     | 2   | 4   | 3,3  |
| <b>Zelfbepaling van de cliënt ( /25)</b>                       | 11    | 11    | 18    | 12    | 12    | 22    | 17    | 11  | 22  | 14,7 |
| Cliënt in regie                                                | 2     | 3     | 3     | 3     | 1     | 3     | 3     | 1   | 3   | 2,6  |
| Ziektemanagement (illness management)                          | 3     | 2     | 3     | 4     | 4     | 4     | 3     | 2   | 4   | 3,3  |
| Financieel beheer                                              | 2     | 2     | 3     | 2     | 3     | 5     | 4     | 2   | 5   | 3,0  |
| Terugdringen van dwangmaatregelen                              | 3     | 3     | 4     | 2     | 3     | 5     | 5     | 2   | 5   | 3,6  |
| Zelfbepaling in crisissituaties                                | 1     | 1     | 5     | 1     | 1     | 5     | 2     | 1   | 5   | 2,3  |
| <b>Focus op herstel en ervaringsdeskundigheid ( /25)</b>       | 7     | 11    | 12    | 7     | 7     | 18    | 13    | 7   | 18  | 10,7 |
| Visie op herstel                                               | 1     | 1     | 2     | 1     | 1     | 4     | 3     | 1   | 4   | 1,9  |
| Ondersteuning persoonlijk herstelproces                        | 2     | 4     | 4     | 3     | 3     | 5     | 3     | 2   | 5   | 3,4  |
| Inzet van ervaringsdeskundigen                                 | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 2     | 1     | 1   | 2   | 1,1  |
| Deskundigheidsbevordering                                      | 2     | 2     | 4     | 1     | 1     | 4     | 4     | 1   | 4   | 2,6  |
| Herstelwerkgroepen en lotgenotencontact                        | 1     | 3     | 1     | 1     | 1     | 3     | 2     | 1   | 3   | 1,7  |

Voor de interpretatie van de scores beschrijven we de verschillende dimensies, van de hoogst scorende naar de laagst scorende dimensie.

Voor de **dimensie ‘tegemeet komen aan basale zorgbehoeftes’** scoren 3 afdelingen boven de 60% en scoren 4 afdelingen tussen de 40 en 60%. De afdelingen besteden aandacht aan ondersteuning op het gebied van huisvesting, maaltijden, medische zorg, uitkeringen/subsidies en dagelijkse verzorging. Een terugkerend aandachtspunt voor een aantal afdelingen is evenwel de medische zorg, meer bepaald de aandacht van de huisarts voor de patiënt. Veel patiënten voelen zich onvoldoende erkend als volwaardig burger in de ontvangen aandacht en bejegening van de interne huisarts. Verder zouden de scores voor het vaststellen van de zorgbehoeftes in een aantal afdelingen gemaximaliseerd kunnen worden via het hanteren van standaardinstrumenten, bvb de Zorgbehoefte lijst. Op die manier kan de vaststelling van de zorgbehoeftes meer systematisch plaatsvinden. Ten slotte scoren haast alle afdelingen een 3 op 5 op tijd en persoonlijke aandacht voor de patiënt. Bewoners erkennen de inzet van de begeleiders maar hunkeren vaak naar meer aandachtige aanwezigheid van hen op de afdeling. Patiënten zouden de administratieve lasten van de teamleden liever vervangen zien door extra's, zoals een uitstapje naar de stad of een spontane babbel.

Ook voor de **dimensie ‘breed aanbod van diensten’** scoren 3 afdelingen boven de 60% en scoren 4 afdelingen tussen de 40 en 60%. Haast alle afdelingen bieden diensten aan op vlak van: medicatiebegeleiding, somatische gezondheid, werken en leren, dagbesteding, middelenmisbruik, op de familie gerichte behandeling en specifieke therapieën. Mogelijke aandachtspunten voor een aantal afdelingen zijn de ondersteuning voor zelfstandige medicatie-inname, een structureel aanbod tegen middelenmisbruik, psycho-educatie voor familieleden en specifieke therapieën zoals verliesverwerking of sociale vaardigheidstraining. Een terugkerende bekommernis van de patiënten is de onvoldoende ondersteuning in de toeleiding naar de verschillende diensten toe. Veel patiënten zijn niet op de hoogte van het volledige aanbod of voelen zich onvoldoende gesteund door de teamleden om hierin eigen keuzes te maken.

Op de **dimensie ‘sociale contacten en participatie’** scoren 2 afdelingen boven de 60% en scoren 4 afdelingen tussen de 40 en 60%. Eén afdeling scoort tussen de 0 en de 40%. De items ‘betrokkenheid omgeving’ en ‘stigmabestrijding’ hebben beiden een gemiddelde score van 3,3 op 5. De betrokkenheid van de omgeving kan geoptimaliseerd worden via het structureel betrekken van naastbetrokkenen bij de bespreking van het behandelplan en afspraken met hen te maken over de ondersteuning van het herstelproces van de patiënt. Op vlak van stigmabestrijding ontbreekt in bijna alle afdelingen een visietekst hierover. De items ‘bevordering netwerkcontacten’ en ‘maatschappelijke re-integratie’ hebben beiden een gemiddelde score van 3,0 op 5. Voor beide items ontbreekt in de meeste afdelingen een systematische inventarisatie van de wensen van de patiënten op deze gebieden. Indien afdelingen dit wel zouden aanbieden, dan kan men het bestaande aanbod op deze gebieden meer individueel afstemmen op de specifieke noden van de patiënt.

Vanaf de **dimensie ‘zelfbepaling van de patiënt’** bevindt de gemiddelde dimensiescore over de afdelingen heen zich onder de 50%. Twee afdelingen scoren boven de 60% en 1 afdeling scoort tussen de 40 en 60%. De 4 overige afdelingen scoren tussen de 0 en 40%. De meeste afdelingen besteden bewust aandacht aan het terugdringen van dwangmaatregelen via het volgen van vaste procedures en het zo beperkt mogelijk gebruiken van de isolatieruimte. In één afdeling scoort dit item echter een 2 op 5 o.w.v. het ontbreken van het systematisch volgen van vaste procedures. Vervolgens hechten de meeste afdelingen belang aan een structureel aanbod van psycho-educatie, individueel of in groep. Er ontbreekt echter vaak nog keuzehulp ondersteuning voor patiënten. In 3 afdelingen scoort men een 2 op 5 op het item ‘financieel beheer’. Aandachtspunten voor deze afdelingen zijn het beperken van financiële bewindvoering en een aanbod om de financiële zelfstandigheid van de patiënt zo groot mogelijk te houden. Het item ‘patiënt in regie’, met een gemiddelde score van 2,6 op 5, zou beter scoren indien de teamleden van alle afdelingen de wensen van de patiënt op een systematische manier zouden vaststellen.

Op die manier kan men meer gericht aandacht besteden aan de specifieke keuzewensen van de patiënt. Ten slotte scoren 2 afdelingen de maximumscore en 5 afdelingen een 1 op 5 of 2 op 5 op het item 'zelfbepaling in crisissituaties'. Dit is te verklaren door het al dan gebruik van crisis- en/of signaleringsplannen voor alle patiënten voor wie dat van toepassing is.

Voor de **dimensie 'patiëntgerichtheid en keuzemogelijkheden'** scoren 2 afdelingen boven de 60% en 2 afdelingen tussen de 40 en 60%. De 3 overige afdelingen scoren tussen de 0 en 40%. In 3 afdelingen hebben patiënten een persoonlijk programma van therapieën en activiteiten en is het aanbod afgestemd op hun individuele noden. In 3 andere afdelingen is deze persoonlijke benadering al meer beperkt, en in 1 afdeling prevaleert een standaardbenadering boven een persoonlijke benadering. Na nalezing van actuele afdelingsdocumenten blijkt dat er hierin in 4 afdelingen expliciete aandacht is voor de keuze van de patiënt, maar nergens is de keuze van de patiënt het leidende principe achter het beleid, de procedures en de zorgverlening. In 3 afdelingen is er zelfs geen of enkel impliciet aandacht voor de keuze van de patiënt in actuele documenten.

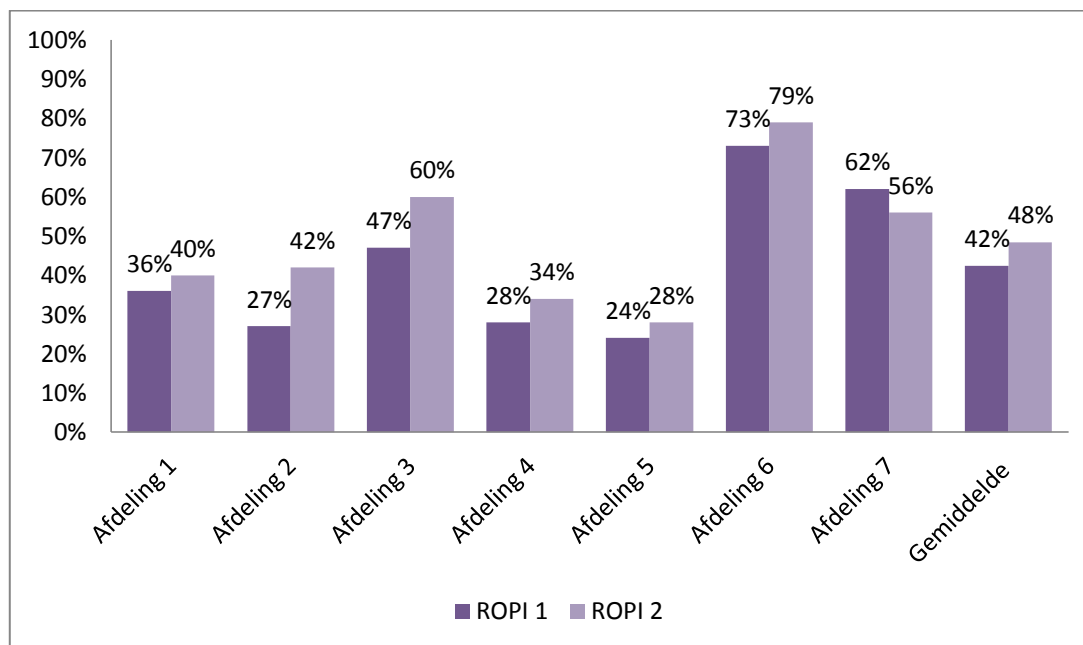
Voor de **dimensie 'medezeggenschap en participatiemogelijkheden'** scoren 2 afdelingen boven de 60%. Eén afdeling scoort tussen de 40 en 60% en de 4 overige afdelingen scoren tussen de 0 en 40%. Een aantal afdelingen heeft nog veel ruimte om kanalen te creëren voor de inbreng van patiënten, bijvoorbeeld via patiëntenraden en tevredenheidsonderzoeken. In slechts 2 afdelingen leidt de medezeggenschap van de patiënten ook effectief tot zichtbare veranderingen ten aanzien van wonen en leven op de afdeling die verder reiken dan kleine praktische zaken. Op het vlak van participatie in het behandelplan is er slechts 1 afdeling waar patiënten sinds kort de mogelijkheid hebben om aanwezig te zijn op hun eigen casusbespreking tijdens het teamoverleg. Daarentegen hebben patiënten in 4 afdelingen geen zicht op hun behandelplan, en daarmee weinig inspraak en/of inbreng hierin.

Op de **dimensie 'zorg gebaseerd op de mogelijkheden van de patiënt'** scoren 2 afdelingen boven de 60% en scoort 1 afdeling tussen de 40 en 60%. De 4 andere afdelingen scoren tussen de 0 en 40%. In 4 afdelingen ontbreekt er een systematische vaststelling van wensen en kwaliteiten, bijvoorbeeld via een Strengths Assessment. Gebruik hiervan kan helpen om het patiënten perspectief in kaart te brengen. Verder is er in ongeveer de helft van de afdelingen onvoldoende aandacht voor begeleidingsdoelen gebaseerd op de mogelijkheden en rollen van de patiënt.

Ten slotte scoort slechts 1 afdeling boven de 60% op de **dimensie 'focus op herstel en ervaringsdeskundigheid'**. De 6 andere afdelingen scoren tussen de 0 en 40%. De 3 minst scorende items van de hele ROPI bevinden zich in deze dimensie. Zo kan er meer aandacht uitgaan naar de inzet van ervaringsdeskundigen, het organiseren/faciliteren van herstelwerkgroepen en lotgenotencontact, en het uitwerken van een afdelingsvisie op herstel. Drie afdelingen hebben wel gedurende het afgelopen jaar deskundigheidsbevordering over herstel aan hun teamleden geboden. In 4 afdelingen gebeurde dit echter niet of nauwelijks. De meeste afdelingen scoren wel goed op het item 'ondersteuning persoonlijk herstelproces'. Dit wil zeggen dat de teamleden van deze afdelingen een positieve en motiverende houding aannemen t.a.v. de patiënten.

Voor de evolutie tussen de scores uit de haalbaarheidsstudie en de evaluatiestudie verwijzen we graag naar onderstaande tabellen (tabel 7 en 8).

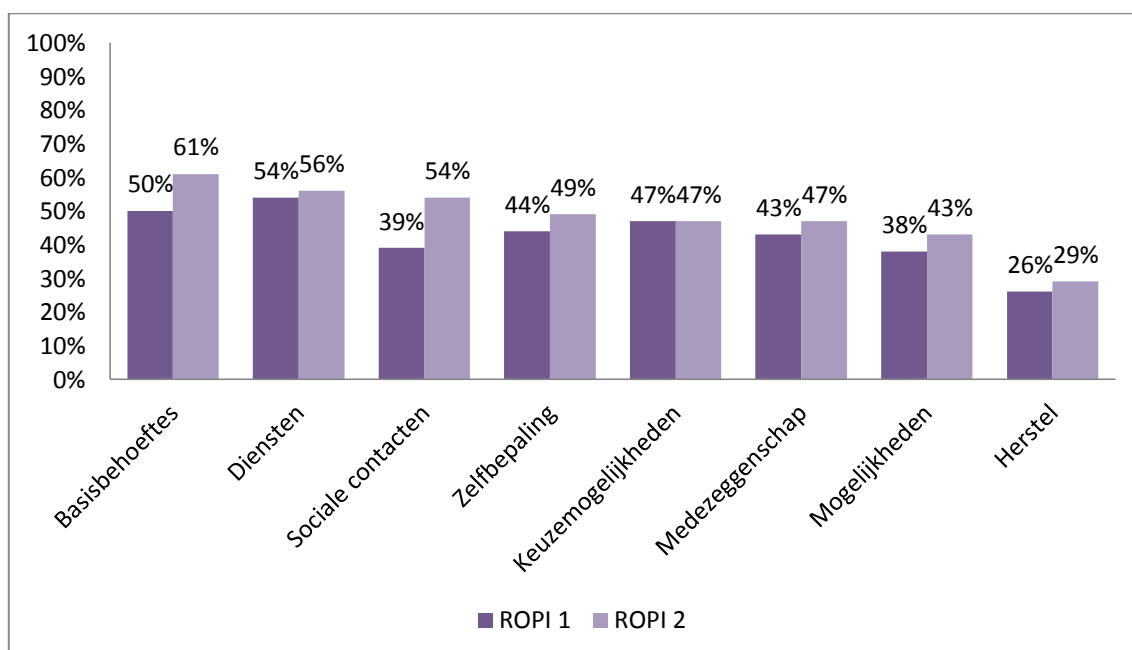
Tabel 7: De gemiddelde ROPI scores per afdeling



In deze figuur worden voor de 7 afdelingen de gemiddelde ROPI-scores weergegeven, zowel van de haalbaarheidsstudie (ROPI 1) als van de huidige evaluatiestudie (ROPI 2). Ook is voor de ROPI 1 en ROPI 2 een gemiddelde totaal score opgenomen. De scores zijn weergegeven in percentage (%; Y-as).

Wat opvalt uit bovenstaande gegevens is dat 6 van de 7 afdelingen hoger scoren tijdens de evaluatiestudie dan tijdens de haalbaarheidsstudie. Dit wil zeggen dat deze afdelingen reeds meer aandacht besteden aan het implementeren van herstelondersteunende zorg. Verschillende afdelingsteams hebben het gebruik van de ROPI als nuttig handvat hiervoor bevestigd.

Tabel 8: De gemiddelde ROPI scores per dimensie



De X-as geeft de 8 dimensies van de ROPI weer. Op de Y-as worden de scores (in percentages, %) op deze dimensies weergegeven. Zowel de scores van de haalbaarheidsstudie (ROPI 1) als van de evaluatiestudie (ROPI 2) zijn weergegeven.

Uit bovenstaande tabel is af te leiden dat alle gemiddelde scores per dimensies zijn gestegen of onveranderd zijn gebleven. De grootste sprong naar boven situeert zich in de score van de dimensie 'sociale contacten en participatie'. Er is hierin vooral meer aandacht voor de bevordering van netwerkcontacten, het betrekken van familieleden bij de behandeling, en de aandacht voor stigmabestrijding. Een andere grote sprong doet zich voor in de score van de dimensie 'tegemoet komen aan basale zorgbehoeftes'. Dit komt vooral voort uit de hogere scores op het item 'basale zorg' (d.w.z. ondersteuning bieden op verschillende domeinen van basale zorgbehoeftes). De minst grote stijging zien we in 3 dimensies, waaronder de dimensies 'Breed aanbod van diensten' en 'Patiëntgerichtheid en keuzemogelijkheden'. Dit is vooral te verklaren vanuit de vaststelling dat de afdelingen die vooral een standaardprogramma aanboden niet zijn geëvolueerd naar een aanbod van een persoonlijk programma (met hierin toeleiding naar een geïndividualiseerd aanbod). Ten slotte zien we slechts een kleine stijging in de score van de dimensie 'focus op herstel en ervaringsdeskundigheid'. Dit vloeit voort uit de grotendeels ongewijzigde situatie op het gebied van het formuleren van een afdelingsvisie op herstel, het inzetten van ervaringsdeskundigen en het organiseren/faciliteren van herstelwerkgroepen en lotgenotencontact.

## Aanbevelingen

### Zorg:

- Aandacht voor zorgcontinuïteit (ook 's nachts bij hulpverleners terecht kunnen)
- Betrokkenheid van familieleden verhogen, aanbieden van voldoende en begrijpbare informatie
- Inzetten op het informeren van patiënten over aids, ongewenste zwangerschap en SOA's
- Lotgenotencontact en herstelwerkgroepen bevorderen
- Werken met ervaringsdeskundigen
- Werken met crisis- en/of signaleringsplannen

### Procesniveau:

- Goede praktijken van herstelgerichte zorg uitwisselen. Mogelijkheid voorzien om afdelingen te bezoeken die goed scoren op de ROPI.

### Wetenschappelijke evaluatie:

- Inzetten van een (onafhankelijke) datanurse om patiënten te ondersteunen bij het invullen van de vragenlijsten
- Het voorzien van elektronische vragenlijsten (gezien de vraag hiernaar vanuit de projecten)
- Het midden vinden tussen vragenlijsten die duidelijk en verstaanbaar zijn, maar ook wetenschappelijk valide en internationaal vergelijkbaar

## Literatuurlijst

Boevink, W., Kroon, H., & Giesen, F. (2008). *De Nederlandse Empowerment Vragenlijst*. Utrecht: Trimbos-Instituut.

De Rick, K., et al. (2002). *Epidemiologisch onderzoek. De omvang van de groep van ernstig en langdurig psychisch zieken*. Tijdschrift voor Geneeskunde, 58 (II), 729-735.

Hearth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1251-1259.

Mancini, A.D., & M.T. Finnerty (2005). Recovery Oriented Practices Index (unpublished). New York: New York State Office of Mental Health.

Rustøen, T., Wahl, A. K., Hanestad, B. R., Lerdal, A., Miasowski, C., & Moum, T. (2003). Hope in the general Norwegian population, measured using the Herth Hope Index. *Palliative and Supportive Care*, 1, 309-318.

Schrank, B., & Slade, M. (2007). Recovery in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 31, 321-325.

Tambuyzer, E., & Van Audenhove, C. (2010). Goede praktijken van participatie in de GGZ. *Tijdschrift voor rehabilitatie*, 19 (1), 56 -65.

Van Audenhove, C., Van Humbeeck, G., & Van Meerbeeck, A. (2005). *De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare mensen: onderzoek, praktijk en beleid*. Leuven: Lucas & Lannoo.

Van Audenhove, C., Van Humbeeck, G., Spruytte, N., Storms, G., De Hert, M., Heyrman, J., Peuskens, J., Pieters, G., Vertommen, H. (2001). The Care Perception Questionnaire - An instrument for the assessment of the perspective of patients, family members, and professionals on psychiatric rehabilitation. *European journal of psychological assessment*, 17(2), 120-129.

Van Audenhove, C., Van Humbeeck, G., Van Rompaey, I., Vertommen, H., Pieters, G., Peuskens, J., Heyrman, J. (1998). Taking differing views into account: implications of discrepancy and incongruity for mental health care. *Patient Education and Counseling*, 34, 73-74.

Van Humbeeck, G., Van Audenhove, C., Storms, G., De Hert, M., Heyrman, J., Peuskens, J., Pieters, G., & Vertommen, H. (1999). De vragenlijst 'visie op zorg': een instrument voor de praktijk en voor onderzoek. *Diagnostiek – Wijzer*, 1, 13-25.

Whitley, R., & Drake, R.E. (2010). Recovery: a dimensional approach. *Psychiatric Services (Open Forum)*, 61, 1248-1250.

## Bijlagen bij eindrapport evaluatiestudie 2014 – Onderzoek LUCAS

*Tabel 1: Redenen tot weigering van patiënten aan deelname evaluatiestudie, onderzoeksluik 'patiënten'*

| <b>Reden</b>                                                    | <b>FREQ</b> |
|-----------------------------------------------------------------|-------------|
| geen interesse                                                  | 36          |
| Vragenlijst te lang                                             | 36          |
| einde begeleiding/afwezig                                       | 22          |
| Vragenlijst te moeilijk                                         | 22          |
| emotioneel te zwaar, crisis, verstoren welzijn                  | 20          |
| geen reden                                                      | 17          |
| psychotisch/paranoïde/achterdocht/angst                         | 14          |
| exclusiecriteria                                                | 12          |
| te veel andere activiteiten/tijdsgebrek                         | 10          |
| vult niet graag lijsten in/wil niet deelnemen aan wet onderzoek | 10          |
| zwakbegaafd, te moeilijk                                        | 9           |
| anonimiteit                                                     | 8           |
| opname                                                          | 8           |
| taalproblemen                                                   | 8           |
| niet terugbezorgd, geen reden                                   | 7           |
| fysieke problemen                                               | 5           |
| geen motivatie                                                  | 5           |
| geen tijd                                                       | 5           |
| wachtlijst                                                      | 5           |
| al ingevuld in andere instelling                                | 3           |
| deelname zou hulpverlening verstoren                            | 3           |
| screening                                                       | 3           |
| te persoonlijke vragen                                          | 3           |
| begeleiding net afgerond                                        | 2           |
| concentratiemoeilijkheden                                       | 2           |
| wil geen info geven                                             | 2           |
| begrijpt doel niet                                              | 1           |
| cliënt wil geen contact met begeleider                          | 1           |
| doet niets wat niet moet                                        | 1           |
| echtgenoot niet op hoogte van begeleiding                       | 1           |
| geen geschikte kandidaat                                        | 1           |
| Patiënt is niet ziek volgens hem                                | 1           |
| reden onduidelijk                                               | 1           |
| wil een vergoeding                                              | 1           |
| wil feedback, anders vult hij niet in                           | 1           |
| zegt geen psychische problemen te hebben                        | 1           |
| zegt wilsonbekwaam te zijn                                      | 1           |

*Tabel 2. Socio-demografische gegevens van patiënten, globaal*

De gemiddelde leeftijd is 46 (45.94) jaar (SD: 12.73, min-max:16-97, n: 1031)

| <b>Variabele</b>                    | <b>Tot (%)</b> |
|-------------------------------------|----------------|
| Leeftijd (gem., SD)                 | 45.94 (12.73)  |
| 18-29                               | 11.2           |
| 30-39                               | 20.6           |
| 40-49                               | 27.4           |
| 50-59                               | 26.9           |
| 60-69                               | 11.3           |
| >70                                 | 2.7            |
| +60                                 | 14.0           |
| Geslacht (vrouw) (n: 1038)          | 51.3           |
| Opleiding (n: 1024)                 |                |
| geen dipl                           | 4.4            |
| diploma lager onderwijs             | 6.7            |
| diploma lager secundair onderwijs   | 24.9           |
| diploma hoger secundair onderwijs   | 33.0           |
| professionele opleiding             | 8.7            |
| diploma hoger onderwijs, niet unief | 14.5           |
| diploma hoger onderwijs, unief      | 6.4            |
| weet ik niet                        | 1.2            |
| ander                               | 0.2            |
| Hoofddiagnose (n: 941)              |                |
| schizofrenie                        | 28.6           |
| stemmingsstoornis                   | 25.4           |
| iddelen gebonden stoornis           | 17.4           |
| Persoonlijkheidsstoornis            | 15.1           |
| Angst                               | 6.5            |
| Andere                              | 7.0            |
| Werkstatus (n:1004)                 |                |
| geen werk                           | 62.0           |
| VW                                  | 11.7           |
| werk begeleiding                    | 4.3            |
| dagcentrum                          | 7.0            |
| regulier                            | 15.1           |
| Woonsituatie (n: 1027)              |                |
| dakloos                             | 2.9            |
| voorziening met begeleiding         | 6.6            |
| IBW/BZW                             | 18.4           |
| collectieve woonvorm                | 5.6            |
| zelfstandig                         | 66.4           |
| Samen wonen (n: 992)                |                |
| Alleen                              | 64.1           |
| Samenwonen                          | 35.9           |
| Sociaal contact (n: 1016)           |                |
| geen laatste week                   | 31.8           |
| min 1* laatste week                 | 68.2           |
| Budget (n: 996)                     |                |
| <500                                | 3.6            |
| 500-999.99                          | 20.9           |



## KUL – LUCAS

|                                             |      |
|---------------------------------------------|------|
| 1000-1499                                   | 39.9 |
| 1500-1499                                   | 11.2 |
| 2000-2499                                   | 5.1  |
| 2500-2999                                   | 4.1  |
| >3000                                       | 4.5  |
| weet niet                                   | 10.6 |
| Bijdrage inkomen (aantal personen) (n: 879) |      |
| 0                                           | 16.2 |
| 1                                           | 56.8 |
| 2                                           | 21.8 |
| 3                                           | 3.0  |
| +3                                          | 2.2  |
| Rondkomen met budget (n: 1001)              |      |
| zeer moeilijk                               | 14.0 |
| moeilijk                                    | 19.3 |
| eerder moeilijk                             | 25.6 |
| eerder makkelijk                            | 20.5 |
| gemakkelijk                                 | 17.2 |
| zeer gemakkelijk                            | 3.5  |
| Sparen (n: 987)                             |      |
| nooit                                       | 29.1 |
| bijna nooit                                 | 19.8 |
| soms                                        | 30.8 |
| vaak                                        | 12.3 |
| altijd                                      | 8.1  |

*Tabel 3. Socio-demografische gegevens van de patiënten, per project*

De resultaten zijn weergegeven in frequenties. Vanwege de kleine subgroepen werden geen statistische testen uitgevoerd.

| <b>Variabele (frequentie)</b> | <b>P1</b>                      | <b>P2</b>      | <b>P3</b>      | <b>P4</b>      | <b>P5</b>      | <b>P6</b>      | <b>P7</b>      | <b>P8</b>      | <b>P9</b>      | <b>P10</b>     |
|-------------------------------|--------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Leeftijd (Gem., SD)           | 45.09<br>14.57                 | 44.37<br>13.57 | 42.26<br>11.63 | 46.21<br>13.00 | 51.54<br>11.09 | 42.35<br>13.15 | 46.29<br>12.05 | 50.41<br>12.26 | 47.35<br>12.80 | 47.65<br>12.39 |
| Geslacht (vrouw)              | 2 op 13<br>ingevulde<br>(2/13) | 36/75          | 35/61          | 31/52          | 7/26           | 38/58          | 40/58          | 29/62          | 42/74          | 24/40          |
| Opleiding                     | (13)                           | (75)           | (62)           | (52)           | (25)           | (58)           | (58)           | (62)           | (73)           | (39)           |
| gn dipl                       | 1                              | 5              | 3              | 0              | 1              | 2              | 2              | 4              | 1              | 0              |
| lager                         | 0                              | 4              | 3              | 3              | 1              | 4              | 2              | 4              | 4              | 2              |
| lager secund                  | 4                              | 24             | 11             | 15             | 6              | 13             | 11             | 19             | 19             | 8              |
| hoger secund                  | 4                              | 22             | 24             | 13             | 11             | 26             | 20             | 20             | 24             | 12             |
| professionele opl             | 2                              | 6              | 5              | 5              | 1              | 10             | 5              | 6              | 6              | 4              |
| hoger niet-unief              | 1                              | 12             | 10             | 10             | 5              | 1              | 10             | 6              | 14             | 6              |
| hoger unief                   | 1                              | 2              | 5              | 5              | 0              | 0              | 8              | 3              | 4              | 5              |
| weet ik niet                  | 0                              | 0              | 0              | 1              | 0              | 2              | 0              | 0              | 1              | 2              |
| ander                         | 0                              | 0              | 1              | 0              | 0              | 0              | 0              | 0              | 0              | 0              |
| Hoofddiagnose                 | (13)                           | (69)           | (60)           | (48)           | (24)           | (54)           | (57)           | (57)           | (60)           | (33)           |
| Schizofrenie                  | 7                              | 25             | 16             | 19             | 7              | 14             | 14             | 16             | 7              | 7              |
| Stemmingsstoornis             | 3                              | 18             | 13             | 13             | 6              | 10             | 21             | 22             | 16             | 5              |
| Middelen gebonden stoornis    | 0                              | 10             | 2              | 7              | 3              | 9              | 4              | 5              | 12             | 9              |
| Persoonlijkheidsstoornis      | 1                              | 9              | 16             | 6              | 2              | 12             | 12             | 9              | 15             | 5              |
| Angst                         | 0                              | 5              | 8              | 2              | 3              | 3              | 1              | 3              | 4              | 0              |
| Andere                        | 2                              | 2              | 5              | 1              | 3              | 6              | 5              | 2              | 6              | 7              |
| Werkstatus                    | (12)                           | (70)           | (61)           | (50)           | (24)           | (58)           | (61)           | (61)           | (70)           | (39)           |
| geen werk                     | 11                             | 59             | 30             | 26             | 17             | 35             | 30             | 30             | 37             | 14             |
| VW                            | 0                              | 2              | 9              | 9              | 1              | 5              | 8              | 8              | 10             | 13             |
| werk begeleiding              | 0                              | 0              | 2              | 1              | 3              | 1              | 2              | 2              | 1              | 4              |
| dagcentrum                    | 1                              | 6              | 3              | 4              | 0              | 6              | 8              | 8              | 13             | 5              |
| regulier                      | 0                              | 3              | 17             | 10             | 3              | 11             | 13             | 13             | 9              | 3              |

| <b>Variabele (frequentie)</b>      | <b>P1</b> | <b>P2</b> | <b>P3</b> | <b>P4</b> | <b>P5</b> | <b>P6</b> | <b>P7</b> | <b>P8</b> | <b>P9</b> | <b>P10</b> |
|------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Woonsituatie                       | (13)      | (74)      | (62)      | (52)      | (26)      | (56)      | (58)      | (62)      | (72)      | (39)       |
| dakloos                            | 0         | 1         | 3         | 0         | 1         | 0         | 2         | 2         | 0         | 0          |
| voorziening met begeleiding        | 3         | 7         | 3         | 1         | 0         | 3         | 11        | 11        | 1         | 2          |
| IBW/BZW                            | 0         | 7         | 10        | 14        | 10        | 12        | 12        | 12        | 14        | 7          |
| collectieve woonvorm               | 2         | 5         | 4         | 2         | 0         | 4         | 2         | 2         | 0         | 2          |
| zelfstandig                        | 8         | 54        | 42        | 35        | 15        | 37        | 35        | 35        | 57        | 28         |
| Samen wonen                        |           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |
| Alleen                             | 9         | 56        | 31        | 27        | 20        | 31        | 39        | 24        | 46        | 22         |
| Samenwonen                         | 4         | 19        | 26        | 22        | 6         | 25        | 19        | 29        | 26        | 2          |
| Sociaal contact                    |           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |
| Geen laatste week                  | 9         | 26        | 15        | 17        | 7         | 25        | 13        | 18        | 22        | 10         |
| Min 1* laatste week                | 4         | 49        | 45        | 34        | 18        | 32        | 44        | 44        | 48        | 29         |
| Budget                             |           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |
| <500                               | 1         | 5         | 0         | 1         | 1         | 1         | 1         | 3         | 2         | 2          |
| 500-999.99                         | 2         | 24        | 4         | 9         | 5         | 13        | 5         | 7         | 11        | 12         |
| 1000-1499                          | 6         | 30        | 18        | 14        | 13        | 21        | 26        | 23        | 36        | 14         |
| 1500-1499                          | 0         | 6         | 11        | 8         | 1         | 8         | 10        | 10        | 5         | 4          |
| 2000-2499                          | 0         | 2         | 7         | 3         | 1         | 2         | 4         | 3         | 4         | 2          |
| 2500-2999                          | 0         | 2         | 4         | 0         | 2         | 5         | 2         | 2         | 4         | 0          |
| >3000                              | 0         | 0         | 4         | 4         | 1         | 1         | 6         | 3         | 2         | 0          |
| Weet niet                          | 0         | 5         | 8         | 7         | 2         | 1         | 3         | 11        | 7         | 3          |
| Bijdrage inkomen (aantal personen) |           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |
| 0                                  | 1         | 10        | 7         | 3         | 3         | 9         | 6         | 8         | 14        | 8          |
| 1                                  | 6         | 45        | 20        | 28        | 5         | 23        | 27        | 28        | 40        | 19         |
| 2                                  | 3         | 7         | 16        | 10        | 11        | 13        | 13        | 13        | 10        | 3          |
| 3                                  | 0         | 1         | 3         | 1         | 0         | 2         | 3         | 2         | 1         | 0          |
| +3                                 | 0         | 1         | 1         | 2         | 0         | 1         | 0         | 5         | 1         | 1          |

| <b>Variabele (frequentie)</b> | <b>P1</b> | <b>P2</b> | <b>P3</b> | <b>P4</b> | <b>P5</b> | <b>P6</b> | <b>P7</b> | <b>P8</b> | <b>P9</b> | <b>P10</b> |
|-------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Rondkomen met budget          |           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |
| Zeer moeilijk                 | 1         | 19        | 6         | 6         | 1         | 3         | 4         | 4         | 15        | 4          |
| Moeilijk                      | 4         | 16        | 5         | 9         | 4         | 10        | 7         | 8         | 10        | 6          |
| Eerder moeilijk               | 2         | 12        | 25        | 11        | 3         | 16        | 20        | 13        | 20        | 17         |
| Eerder makkelijk              | 3         | 17        | 6         | 13        | 5         | 17        | 12        | 13        | 11        | 4          |
| Gemakkelijk                   | 2         | 8         | 8         | 11        | 10        | 8         | 9         | 19        | 15        | 5          |
| Zeer gemakkelijk              | 0         | 1         | 5         | 0         | 1         | 2         | 5         | 4         | 2         | 1          |
| Sparen                        | (13)      | (72)      | (55)      | (50)      | (23)      | (55)      | (56)      | (60)      | (71)      | (36)       |
| Nooit                         | 8         | 30        | 14        | 15        | 2         | 12        | 12        | 11        | 19        | 11         |
| Bijna nooit                   | 0         | 9         | 12        | 11        | 4         | 12        | 8         | 10        | 15        | 6          |
| Soms                          | 2         | 21        | 14        | 14        | 10        | 20        | 24        | 22        | 21        | 14         |
| Vaak                          | 1         | 8         | 8         | 4         | 5         | 7         | 7         | 7         | 14        | 2          |
| Altijd                        | 2         | 4         | 7         | 6         | 2         | 4         | 5         | 10        | 2         | 3          |

| <b>Variabele (frequentie)</b> | <b>P11</b>     | <b>P12</b>     | <b>P13</b>     | <b>P14</b>     | <b>P15</b>     | <b>P16</b>     | <b>P17</b>     | <b>P18</b>     | <b>P19</b>     |
|-------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Leeftijd (M, SD)              | 42.23<br>12.91 | 46.88<br>12.69 | 46.56<br>10.86 | 46.68<br>13.83 | 49.28<br>11.99 | 46.10<br>13.08 | 43.96<br>13.25 | 44.25<br>10.87 | 45.19<br>12.87 |
| Geslacht (vrouw)              | 21/56          | 36/75          | 20/32          | 28/68          | 28/61          | 28/60          | 24/46          | 31/55          | 33/64          |
| Opleiding                     | (54)           | (66)           | (32)           | (68)           | (59)           | (60)           | (46)           | (56)           | (64)           |
| gn dipl                       | 3              | 2              | 0              | 4              | 2              | 7              | 0              | 5              | 3              |
| lager                         | 1              | 7              | 1              | 9              | 8              | 3              | 1              | 2              | 8              |
| lager secund                  | 15             | 16             | 11             | 19             | 15             | 9              | 16             | 10             | 14             |
| hoger secund                  | 21             | 19             | 6              | 18             | 14             | 26             | 16             | 25             | 17             |
| professionele opl             | 5              | 11             | 4              | 4              | 7              | 6              | 3              | 4              | 5              |
| hoger niet-unief              | 5              | 8              | 7              | 8              | 9              | 7              | 5              | 5              | 10             |
| hoger unief                   | 3              | 2              | 3              | 4              | 4              | 2              | 5              | 5              | 4              |
| weet ik niet                  | 1              | 1              | 0              | 2              | 0              | 0              | 0              | 0              | 2              |
| ander                         | 0              | 0              | 0              | 0              | 0              | 0              | 0              | 0              | 1              |
| Hoofddiagnose                 | (51)           | (65)           | (29)           | (58)           | (59)           | (55)           | (38)           | (53)           | (58)           |
| Schizofrenie                  | 8              | 15             | 9              | 9              | 25             | 18             | 19             | 17             | 17             |
| Stemmingsstoornis             | 11             | 14             | 10             | 16             | 12             | 16             | 9              | 8              | 16             |
| Middelen gebonden stoornis    | 16             | 25             | 4              | 18             | 11             | 5              | 0              | 17             | 7              |
| Persoonlijkheidsstoornis      | 9              | 4              | 2              | 6              | 5              | 9              | 3              | 7              | 10             |
| Angst                         | 1              | 5              | 4              | 6              | 3              | 3              | 4              | 2              | 4              |
| Andere                        | 6              | 2              | 0              | 3              | 3              | 4              | 3              | 2              | 4              |
| Werkstatus                    | (55)           | (69)           | (29)           | (66)           | (58)           | (60)           | (43)           | (56)           | (63)           |
| geen werk                     | 21             | 61             | 18             | 56             | 48             | 24             | 33             | 34             | 34             |
| VW                            | 9              | 4              | 2              | 3              | 4              | 14             | 1              | 9              | 6              |
| werk begeleiding              | 9              | 0              | 0              | 1              | 2              | 4              | 1              | 1              | 8              |
| dagcentrum                    | 1              | 2              | 1              | 1              | 2              | 4              | 3              | 5              | 5              |
| regulier                      | 15             | 2              | 8              | 5              | 2              | 14             | 5              | 7              | 10             |

| <b>Variabele (frequentie)</b>      | <b>P11</b> | <b>P12</b> | <b>P13</b> | <b>P14</b> | <b>P15</b> | <b>P16</b> | <b>P17</b> | <b>P18</b> | <b>P19</b> |
|------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Woonsituatie                       | (55)       | (74)       | (32)       | (65)       | (61)       | (58)       | (46)       | (56)       | (64)       |
| dakloos                            | 0          | 5          | 1          | 4          | 4          | 1          | 3          | 2          | 2          |
| voorziening met begeleiding        | 0          | 19         | 1          | 1          | 8          | 1          | 2          | 0          | 2          |
| IBW/BZW                            | 11         | 6          | 7          | 7          | 3          | 17         | 7          | 13         | 16         |
| collectieve woonvorm               | 4          | 4          | 0          | 5          | 5          | 6          | 5          | 3          | 3          |
| zelfstandig                        | 40         | 40         | 23         | 48         | 41         | 33         | 29         | 38         | 41         |
| Samen wonen                        |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| Alleen                             | 30         | 51         | 19         | 47         | 42         | 30         | 33         | 39         | 38         |
| Samenwonen                         | 26         | 21         | 13         | 20         | 18         | 29         | 11         | 15         | 25         |
| Sociaal contact                    |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| Geen laatste week                  | 16         | 34         | 7          | 18         | 20         | 17         | 16         | 11         | 22         |
| Min 1* laatste week                | 38         | 39         | 24         | 49         | 41         | 41         | 28         | 43         | 41         |
| Budget                             |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| <500                               | 0          | 2          | 2          | 5          | 3          | 3          | 1          | 2          | 1          |
| 500-999.99                         | 6          | 22         | 7          | 23         | 10         | 9          | 16         | 15         | 8          |
| 1000-1499                          | 20         | 24         | 9          | 26         | 32         | 25         | 11         | 22         | 25         |
| 1500-1499                          | 10         | 7          | 4          | 6          | 4          | 2          | 4          | 4          | 8          |
| 2000-2499                          | 7          | 2          | 3          | 3          | 2          | 2          | 3          | 2          | 2          |
| 2500-2999                          | 2          | 3          | 1          | 0          | 1          | 5          | 0          | 1          | 4          |
| >3000                              | 5          | 1          | 4          | 2          | 2          | 0          | 1          | 3          | 6          |
| Weet niet                          | 4          | 12         | 2          | 3          | 7          | 11         | 7          | 4          | 7          |
| Bijdrage inkomen (aantal personen) |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| 0                                  | 8          | 10         | 1          | 9          | 10         | 4          | 4          | 9          | 18         |
| 1                                  | 21         | 39         | 19         | 34         | 32         | 27         | 27         | 27         | 24         |
| 2                                  | 19         | 8          | 10         | 12         | 10         | 12         | 6          | 8          | 14         |
| 3                                  | 0          | 4          | 0          | 2          | 0          | 2          | 1          | 0          | 4          |
| +3                                 | 1          | 1          | 0          | 2          | 1          | 1          | 1          | 1          | 0          |

| <b>Variabele (frequentie)</b> | <b>P11</b> | <b>P12</b> | <b>P13</b> | <b>P14</b> | <b>P15</b> | <b>P16</b> | <b>P17</b> | <b>P18</b> | <b>P19</b> |
|-------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Rondkomen met budget          |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
| Zeer moeilijk                 | 4          | 16         | 2          | 17         | 16         | 5          | 3          | 6          | 8          |
| Moeilijk                      | 7          | 16         | 8          | 19         | 14         | 13         | 13         | 13         | 11         |
| Eerder moeilijk               | 17         | 15         | 8          | 9          | 13         | 14         | 10         | 16         | 15         |
| Eerder makkelijk              | 14         | 13         | 9          | 6          | 9          | 17         | 11         | 10         | 13         |
| Gemakkelijk                   | 11         | 9          | 4          | 12         | 7          | 6          | 5          | 7          | 16         |
| Zeer gemakkelijk              | 1          | 2          | 1          | 2          | 1          | 3          | 2          | 1          | 1          |
| Sparen                        | (54)       | (70)       | (32)       | (64)       | (60)       | (62)       | (43)       | (53)       | (62)       |
| Nooit                         | 13         | 32         | 6          | 24         | 24         | 7          | 11         | 17         | 17         |
| Bijna nooit                   | 17         | 11         | 8          | 11         | 10         | 14         | 11         | 14         | 12         |
| Soms                          | 11         | 19         | 14         | 16         | 18         | 23         | 10         | 13         | 18         |
| Vaak                          | 7          | 8          | 1          | 7          | 5          | 7          | 8          | 6          | 9          |
| Altijd                        | 6          | 0          | 3          | 6          | 3          | 5          | 3          | 3          | 6          |

*Tabel 4. Socio-demografische gegevens van de patiënten, per functie*

Wat in het **vet** staat komt in verhouding vaker voor, wat onderlijnd is komt in verhouding minder vaker voor.

| Variabele (in %)          | TOT<br>(n:1079) | F1<br>(n:226)  | F2<br>(n:308)  | F3<br>(n:69)   | F4<br>(n:291)  | F5<br>(n:177)                |
|---------------------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------------------|
| Leeftijd (Gem., SD)       | 45.94<br>12.73  | 46.92<br>12.48 | 45.34<br>12.22 | 42.06<br>13.40 | 44.48<br>12.82 | <b>49.53</b><br><b>12.78</b> |
| Geslacht (vrouw)          | 51.3            | <b>64.8</b>    | 56.8           | 34.8           | 51.4           | <u>31.8</u>                  |
| Opleiding                 |                 |                |                |                |                |                              |
| geen dipl                 | 4.4             | 7.9            | 2.7            | 3.1            | 3.6            | 4.7                          |
| lager                     | 6.7             | 7.9            | 5.8            | 6.3            | 6.5            | 5.9                          |
| lager secund              | 24.9            | 18.7           | 29.1           | 26.6           | 23.4           | 27.8                         |
| hoger secund              | 33.0            | 32.7           | 30.8           | 29.7           | 36.7           | 33.1                         |
| professionele opl         | 8.7             | 7.5            | 6.2            | 17.2           | 9.0            | 10.1                         |
| hoger niet-unief          | 14.5            | 19.2           | 15.8           | 12.5           | 11.5           | 12.4                         |
| hoger unief               | 6.4             | 4.2            | 7.5            | 4.7            | 8.6            | 4.7                          |
| weet ik niet              | 1.2             | 1.4            | 1.7            | 0.0            | 0.7            | 1.2                          |
| ander                     | 0.2             | 0.5            | 0.3            | 0.0            | 0.0            | 0.0                          |
| Hoofddiagnose             |                 |                |                |                |                |                              |
| Schizofrenie              | 28.6            | <u>18.9</u>    | <u>21.6</u>    | 26.3           | 30.8           | <b>47.9</b>                  |
| Stemmingsstoornis         | 25.4            | 29.7           | <b>32.7</b>    | 21.1           | 21.3           | <u>16.0</u>                  |
| Middelen gebonden         | 17.4            | <u>10.3</u>    | 14.5           | <b>29.8</b>    | <b>25.1</b>    | 14.1                         |
| stoornis                  | 15.1            | 20.0           | 13.4           | 10.5           | 17.1           | 11.0                         |
| Persoonlijkheidsstoornis  | 6.5             | <b>10.3</b>    | 9.3            | 5.3            | <u>3.4</u>     | 3.1                          |
| Angst                     | 7.0             | 10.8           | 8.6            | 7.0            | <u>2.3</u>     | 8.0                          |
| Andere                    |                 |                |                |                |                |                              |
| Werkstatus                |                 |                |                |                |                |                              |
| geen werk                 | 62.0            | 53.6           | 66.3           | 77.0           | 64.6           | 54.4                         |
| VW                        | 11.7            | 12.9           | 11.6           | 4.9            | 9.2            | <b>17.0</b>                  |
| werk begeleiding          | 4.3             | 2.9            | 4.2            | 1.6            | 3.3            | <b>8.8</b>                   |
| dagcentrum                | 7.0             | 7.2            | <u>2.1</u>     | 13.1           | 5.9            | <b>14.0</b>                  |
| regulier                  | 15.1            | <b>23.4</b>    | 15.8           | <u>3.3</u>     | 17.0           | <u>5.8</u>                   |
| Woonsituatie              |                 |                |                |                |                |                              |
| dakloos                   | 2.9             | 1.4            | 1.7            | 4.5            | <b>6.5</b>     | 0.6                          |
| voorziening met           | 6.6             | <u>0.5</u>     | <u>0.3</u>     | <b>16.7</b>    | <b>15.3</b>    | 7.6                          |
| begeleiding               | 18.4            | <u>11.1</u>    | <u>1.7</u>     | <u>6.1</u>     | 6.5            | <b>80.6</b>                  |
| IBW/BZW                   | 5.6             | 2.8            | 8.2            | 4.5            | 8.4            | <u>1.2</u>                   |
| collectieve woonvorm      | 66.4            | <b>84.3</b>    | <b>88.1</b>    | 68.2           | 63.3           | <u>10.0</u>                  |
| zelfstandig               |                 |                |                |                |                |                              |
| Samen wonen (n: 992)      |                 |                |                |                |                |                              |
| Alleen                    | 64.1            | 54.5           | 58.5           | 69.2           | 61.0           | <b>90.6</b>                  |
| Samenwonen                | 35.9            | <b>45.5</b>    | 41.5           | 30.8           | 39.0           | <u>9.4</u>                   |
| Sociaal contact (n: 1016) |                 |                |                |                |                |                              |
| Geen laatste week         | 31.8            | 34.6           | 31.4           | 35.4           | 34.3           | 24.0                         |
| Min 1* laatste week       | 68.2            | 65.4           | 68.6           | 64.6           | 65.7           | 76.0                         |



|                                                    |      |             |             |             |      |             |
|----------------------------------------------------|------|-------------|-------------|-------------|------|-------------|
| <b>Budget (n: 996)</b>                             |      |             |             |             |      |             |
| <500                                               | 3.6  | 2.9         | 2.5         | 1.5         | 5.9  | 3.7         |
| 500-999.99                                         | 20.9 | <u>14.1</u> | 19.9        | <b>34.8</b> | 22.3 | 23.3        |
| 1000-1499                                          | 39.9 | 38.8        | 39.5        | 33.3        | 32.6 | <b>55.2</b> |
| 1500-1499                                          | 11.2 | 14.6        | 13.9        | 7.6         | 11.0 | <u>4.3</u>  |
| 2000-2499                                          | 5.1  | 4.9         | 7.1         | 3.0         | 6.2  | <u>1.2</u>  |
| 2500-2999                                          | 4.1  | 5.8         | 6.0         | 0.0         | 4.4  | <u>0.0</u>  |
| >3000                                              | 4.5  | 6.3         | 4.3         | 1.5         | 7.0  | <u>0.0</u>  |
| Weet niet                                          | 10.6 | 12.6        | <u>6.8</u>  | 18.2        | 10.6 | 12.3        |
| <b>Bijdrage inkomen (aantal personen) (n: 879)</b> |      |             |             |             |      |             |
| 0                                                  | 16.2 | 13.8        | 11.1        | 15.5        | 16.7 | 28.8        |
| 1                                                  | 56.8 | 49.5        | 59.0        | 62.1        | 54.9 | 62.9        |
| 2                                                  | 21.8 | 31.4        | 26.4        | 15.5        | 23.6 | 0.0         |
| 3                                                  | 3.0  | 3.2         | 1.9         | 5.2         | 4.3  | 1.5         |
| +3                                                 | 2.2  | 2.1         | 1.5         | 1.7         | 0.4  | 6.8         |
| <b>Rondkomen met budget (n: 1001)</b>              |      |             |             |             |      |             |
| Zeer moeilijk                                      | 14.0 | 16.1        | 14.3        | 20.0        | 14.9 | <u>5.1</u>  |
| Moeilijk                                           | 19.3 | 19.0        | 23.4        | 29.2        | 18.9 | <u>8.9</u>  |
| Eerder moeilijk                                    | 25.6 | 28.9        | 27.6        | 24.6        | 22.9 | 22.9        |
| Eerder makkelijk                                   | 20.5 | 17.5        | 19.9        | 16.9        | 20.4 | 26.8        |
| Gemakkelijk                                        | 17.2 | 15.6        | <u>11.5</u> | 7.7         | 18.9 | <b>31.2</b> |
| Zeer gemakkelijk                                   | 3.5  | 2.8         | 3.1         | 1.5         | 4.0  | 5.1         |
| <b>Sparen</b>                                      |      |             |             |             |      |             |
| Nooit                                              | 29.1 | 26.7        | 34.0        | 40.3        | 29.4 | <u>16.2</u> |
| Bijna nooit                                        | 19.8 | 25.7        | 19.5        | 27.4        | 17.3 | 13.6        |
| Soms                                               | 30.8 | 30.5        | 30.1        | 24.2        | 32.4 | 33.1        |
| Vaak                                               | 12.3 | 11.0        | 8.9         | 6.5         | 12.9 | <b>22.1</b> |
| Altijd                                             | 8.1  | 6.2         | 7.4         | 1.6         | 8.1  | <b>14.9</b> |

*chi<sup>2</sup>-analyses met vergelijking van standardized residuals*

Tussen de vijf functies merken we enkele statistische verschillen op wat betreft leeftijd, geslacht, diagnose, tewerkstelling, woonsituatie en financiële status:

1) Leeftijd:

- a. Bekeken als continue variabele: de mensen in F5 zijn ouder dan mensen in F2, F3 en F4
- b. Bekeken als categorische variabele:
  - i. Meer <29-jarigen en minder 40-49-jarigen dan verwacht in F3
  - ii. Meer 60-69-jaren dan verwacht in F5

2) Er zijn meer vrouwen dan verwacht in F1, en minder vrouwen in F5.

3) Opleiding: geen verschillen

4) Diagnose

- a. F1: angst komt meer dan verwacht op toeval voor. Schizo en middelenafhankelijkheid komen minder dan verwacht voor
- b. F2: stemmingsstoornissen komen meer dan verwacht voor. Schizo komt minder dan verwacht voor
- c. F3: middelenafhankelijkheid komt meer dan verwacht voor
- d. F4: middelenafhankelijkheid komt meer dan verwacht voor. Angst en andere problematieken komen minder dan verwacht voor

- e. Schizofrenie komt meer dan verwacht voor (<.001). Stemmingsstoornissen komen minder dan verwacht voor
- 5) Werk
  - a. F1: regulier werk komt meer dan verwacht voor
  - b. F2: dagcentrum komt minder dan verwacht voor
  - c. F3: regulier komt minder dan verwacht voor
  - d. F5: VW, werkbegeleiding en DAC komt meer dan verwacht voor. Regulier werk komt minder dan verwacht voor
- 6) Wonen
  - a. F1, F2: voorziening met begeleiding en IBW/BZW komen minder dan verwacht voor. Zelfstandig wonen komt meer dan verwacht voor
  - b. F3: voorziening met begeleiding komt meer dan verwacht voor, IBW/BZW komt minder dan verwacht voor
  - c. F4: dakloos en voorziening met begeleiding komen meer dan verwacht voor. IBW/BZW komt minder dan verwacht voor
  - d. F5: IBW/BZW komt veel meer (<.001) dan verwacht voor, collectieve woonvormen komt minder dan verwacht voor, zelfstandig wonen komt veel minder dan verwacht voor (<.001)
- 7) Samen wonen:
  - a. F1: samenwonen komt meer dan verwacht voor
  - b. F5: alleen wonen meer, samenwonen minder
- 8) Sociaal contact: geen verschillen
- 9) Budget:
  - a. F1: een budget van 500-999.99 komt minder vaak dan verwacht voor
  - b. F3: een budget van 500-999.99 komt vaker dan verwacht voor
  - c. F5: een budget van 1000-1499 komt vaker dan verwacht voor, hogere budgetten komen minder vaak voor
- 10) Bijdrage tot budget: F5 verschilt met F1 en F2. Bij F5 zijn er minder mensen die bijdragen tot het inkomen.
- 11) Rondkomen budget
  - a. F2: 'gemakkelijk rondkomen' komt minder vaak voor dan verwacht
  - b. F5: (zeer) moeilijk komt minder vaak voor, maar gemakkelijk rondkomen komt vaker voor
- 12) Sparen
  - F5: nooit sparen komt minder dan verwacht voor. Vaak of altijd sparen komen beiden vaker dan verwacht voor

*Tabel 5. Socio-demografische gegevens van de patiënten (functies 2a en 2b)*

Wat in het **vet** staat komt in verhouding vaker voor, wat onderlijnd is komt in verhouding minder vaker voor. Bij categorieën met een \* werden geen statistische analyses uitgevoerd omwille van kleine aantallen.

| <b>Variabele (in %)</b>     | <b>Totale steekproef (%)</b> | <b>Respondenten in F2 (n= 308)</b> | <b>F2 a (n=64)<sup>3</sup></b> | <b>F2 b (n=118)<sup>1</sup></b> |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Leeftijd (Gem., SD)         | 45.94<br>12.73               | 43.80<br>(11.85)                   | 40.58<br>(11.12)               | 45.47<br>(11.92)                |
| Geslacht (vrouw) (n: 176)   | 51.3                         | 102 op 176                         | 34 op 60                       | 58 op 116                       |
| Opleiding*                  |                              |                                    |                                |                                 |
| gn dipl                     | 4.4                          | 5                                  | 2                              | 3                               |
| lager                       | 6.7                          | 11                                 | 4                              | 7                               |
| lager secund                | 24.9                         | 46                                 | 11                             | 35                              |
| hoger secund                | 33.0                         | 58                                 | 20                             | 38                              |
| professionele opl           | 8.7                          | 10                                 | 4                              | 6                               |
| hoger niet-unief            | 14.5                         | 25                                 | 13                             | 12                              |
| hoger unief                 | 6.4                          | 15                                 | 6                              | 9                               |
| weet ik niet                | 1.2                          | 5                                  | 0                              | 5                               |
| ander                       | 0.2                          | 1                                  | 0                              | 1                               |
| Hoofddiagnose               |                              |                                    |                                |                                 |
| Schizofrenie                | 28.6                         | 31                                 | 3                              | 28                              |
| Stemmingsstoornis           | 25.4                         | 49                                 | 21                             | 28                              |
| Middelen gebonden stoornis  | 17.4                         | 23                                 | 9                              | 14                              |
| Persoonlijkheidsstoornis    | 15.1                         | 28                                 | 8                              | 20                              |
| Angst                       | 6.5                          | 13                                 | 3                              | 10                              |
| Andere                      | 7.0                          | 38                                 | 10                             | 20                              |
| Werkstatus*                 |                              |                                    |                                |                                 |
| geen werk                   | 62.0                         | 100                                | 29                             | 71                              |
| VW                          | 11.7                         | 27                                 | 2                              | 25                              |
| werk begeleiding            | 4.3                          | 11                                 | 1                              | 10                              |
| dagcentrum                  | 7.0                          | 4                                  | 0                              | 4                               |
| regulier                    | 15.1                         | 34                                 | 28                             | 6                               |
| Woonsituatie*               |                              |                                    |                                |                                 |
| dakloos                     | 2.9                          | 1                                  | 1                              | 0                               |
| voorziening met begeleiding | 6.6                          | 1                                  | 1                              | 0                               |
| IBW/BZW                     | 18.4                         | 3                                  | 0                              | 3                               |
| collectieve woonvorm        | 5.6                          | 14                                 | 5                              | 9                               |
| zelfstandig                 | 66.4                         | 156                                | 52                             | 104                             |
| Samen wonen                 |                              |                                    |                                |                                 |
| Alleen                      | 64.1                         | 89                                 | 22                             | 67                              |
| Samenwonen                  | 35.9                         | 79                                 | 37                             | 42                              |
| Sociaal contact             |                              |                                    |                                |                                 |
| Geen laatste week           | 31.8                         | 46                                 | 17                             | 29                              |
| Min 1* laatste week         | 68.2                         | 127                                | 42                             | 85                              |

| <b>Variabele (in %)</b> | <b>Totale steekproef</b> | <b>Respondenten in F2</b> | <b>F2 a (n=64)</b> | <b>F2 b (n=118)</b> |
|-------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
|-------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------|---------------------|

<sup>3</sup> Enkel van respondenten van Nederlandstalige projecten binnen functie 2 (n= 182) hebben we een zicht op het type dienst waarvan ze gebruik maken binnen functie 2 (2a of 2b). Om uitspraken te kunnen doen over functies 2a en 2b kunnen we dan ook enkel beroep doen op deze subpopulatie

|                                     | (%)  | (n= 308) |    |    |
|-------------------------------------|------|----------|----|----|
| Budget*                             |      |          |    |    |
| <500                                | 3.6  | 4        | 0  | 4  |
| 500-999.99                          | 20.9 | 30       | 10 | 20 |
| 1000-1499                           | 39.9 | 60       | 11 | 49 |
| 1500-1499                           | 11.2 | 23       | 8  | 15 |
| 2000-2499                           | 5.1  | 13       | 8  | 5  |
| 2500-2999                           | 4.1  | 14       | 8  | 6  |
| >3000                               | 4.5  | 8        | 5  | 3  |
| Weet niet                           | 10.6 | 14       | 3  | 11 |
| Bijdrage inkomen (aantal personen)* | 16.2 | 20       | 9  | 11 |
| 0                                   | 56.8 | 82       | 18 | 64 |
| 1                                   | 21.8 | 46       | 20 | 26 |
| 2                                   | 3.0  | 3        | 0  | 3  |
| 3                                   | 2.2  | 3        | 3  | 0  |
| +3                                  |      |          |    |    |
| Rondkomen met budget*               |      |          |    |    |
| Zeer moeilijk                       | 14.0 | 10       | 4  | 6  |
| Moeilijk                            | 19.3 | 41       | 13 | 28 |
| Eerder moeilijk                     | 25.6 | 54       | 11 | 43 |
| Eerder makkelijk                    | 20.5 | 36       | 16 | 20 |
| Gemakkelijk                         | 17.2 | 25       | 8  | 17 |
| Zeer gemakkelijk                    | 3.5  | 6        | 4  | 2  |
| Sparen*                             |      |          |    |    |
| Nooit                               | 29.1 | 47       | 17 | 30 |
| Bijna nooit                         | 19.8 | 37       | 10 | 27 |
| Soms                                | 30.8 | 51       | 16 | 35 |
| Vaak                                | 12.3 | 18       | 8  | 10 |
| Altijd                              | 8.1  | 16       | 3  | 13 |

*Tabel 6: Totaalscore en dimensiescores voor het instrument 'HOOP', per project*

| <b>Project</b> |                            | <b>N</b> | <b>Gem</b> | <b>Std Dev</b> |
|----------------|----------------------------|----------|------------|----------------|
| 1              | Totale score               | 12       | 32,75      | 5,24           |
|                | Tijdelijkheid en toekomst  | 13       | 10,85      | 2,85           |
|                | Positieve tegenwoordigheid | 13       | 10,62      | 2,47           |
|                | Onderlinge verbondenheid   | 12       | 10,42      | 2,07           |
| 2              | Totale score               | 72       | 30,79      | 8,01           |
|                | Tijdelijkheid en toekomst  | 74       | 9,89       | 2,98           |
|                | Positieve tegenwoordigheid | 74       | 10,47      | 2,90           |
|                | Onderlinge verbondenheid   | 74       | 10,37      | 2,69           |
| 3              | Totale score               | 58       | 31,22      | 6,31           |
|                | Tijdelijkheid en toekomst  | 60       | 10,30      | 2,30           |
|                | Positieve tegenwoordigheid | 59       | 10,53      | 2,47           |
|                | Onderlinge verbondenheid   | 59       | 10,46      | 2,33           |
| 4              | Totale score               | 47       | 32,60      | 6,49           |
|                | Tijdelijkheid en toekomst  | 50       | 10,74      | 2,52           |
|                | Positieve tegenwoordigheid | 51       | 10,92      | 2,38           |
|                | Onderlinge verbondenheid   | 50       | 10,92      | 2,14           |
| 5              | Totale score               | 23       | 35,22      | 6,96           |
|                | Tijdelijkheid en toekomst  | 23       | 11,57      | 2,68           |
|                | Positieve tegenwoordigheid | 25       | 11,88      | 2,56           |
|                | Onderlinge verbondenheid   | 25       | 11,72      | 2,34           |
| 6              | Totale score               | 57       | 31,51      | 6,28           |
|                | Tijdelijkheid en toekomst  | 58       | 10,48      | 2,54           |
|                | Positieve tegenwoordigheid | 58       | 10,45      | 2,26           |
|                | Onderlinge verbondenheid   | 57       | 10,58      | 2,27           |
| 7              | Totale score               | 55       | 31,31      | 6,95           |
|                | Tijdelijkheid en toekomst  | 58       | 10,66      | 2,56           |
|                | Positieve tegenwoordigheid | 56       | 10,30      | 2,68           |
|                | Onderlinge verbondenheid   | 56       | 10,43      | 2,34           |
| 8              | Totale score               | 60       | 32,48      | 6,23           |
|                | Tijdelijkheid en toekomst  | 61       | 10,79      | 2,72           |
|                | Positieve tegenwoordigheid | 61       | 10,64      | 2,37           |
|                | Onderlinge verbondenheid   | 60       | 11,10      | 1,89           |
| 9              | Totale score               | 68       | 31,13      | 6,98           |
|                | Tijdelijkheid en toekomst  | 72       | 10,13      | 2,76           |
|                | Positieve tegenwoordigheid | 70       | 10,27      | 2,75           |
|                | Onderlinge verbondenheid   | 71       | 10,52      | 2,43           |
| 10             | Totale score               | 37       | 31,97      | 6,80           |
|                | Tijdelijkheid en toekomst  | 39       | 10,33      | 2,88           |
|                | Positieve tegenwoordigheid | 38       | 10,24      | 2,70           |
|                | Onderlinge verbondenheid   | 38       | 11,16      | 2,30           |

|    |                            |    |       |      |
|----|----------------------------|----|-------|------|
| 11 | Totale score               | 51 | 30,90 | 6,34 |
|    | Tijdelijkheid en toekomst  | 57 | 9,81  | 2,59 |
|    | Positieve tegenwoordigheid | 55 | 10,47 | 2,67 |
|    | Onderlinge verbondenheid   | 52 | 10,54 | 2,33 |
| 12 | Totale score               | 72 | 30,58 | 7,76 |
|    | Tijdelijkheid en toekomst  | 74 | 9,92  | 2,88 |
|    | Positieve tegenwoordigheid | 73 | 10,49 | 2,93 |
|    | Onderlinge verbondenheid   | 73 | 10,32 | 3,02 |
| 13 | Totale score               | 32 | 32,16 | 8,10 |
|    | Tijdelijkheid en toekomst  | 32 | 10,28 | 3,07 |
|    | Positieve tegenwoordigheid | 32 | 11,28 | 3,34 |
|    | Onderlinge verbondenheid   | 32 | 10,59 | 2,61 |
| 14 | Totale score               | 67 | 33,63 | 7,17 |
|    | Tijdelijkheid en toekomst  | 67 | 11,12 | 3,04 |
|    | Positieve tegenwoordigheid | 68 | 11,32 | 2,62 |
|    | Onderlinge verbondenheid   | 68 | 11,15 | 2,28 |
| 15 | Totale score               | 58 | 31,09 | 7,08 |
|    | Tijdelijkheid en toekomst  | 61 | 9,82  | 2,87 |
|    | Positieve tegenwoordigheid | 59 | 10,61 | 2,64 |
|    | Onderlinge verbondenheid   | 59 | 10,63 | 2,55 |
| 16 | Totale score               | 57 | 31,11 | 6,79 |
|    | Tijdelijkheid en toekomst  | 60 | 10,20 | 2,45 |
|    | Positieve tegenwoordigheid | 59 | 10,51 | 2,94 |
|    | Onderlinge verbondenheid   | 59 | 10,46 | 2,53 |
| 17 | Totale score               | 42 | 31,12 | 8,40 |
|    | Tijdelijkheid en toekomst  | 43 | 10,02 | 3,41 |
|    | Positieve tegenwoordigheid | 45 | 11,02 | 2,61 |
|    | Onderlinge verbondenheid   | 45 | 10,31 | 3,11 |
| 18 | Totale score               | 54 | 31,35 | 7,36 |
|    | Tijdelijkheid en toekomst  | 55 | 10,07 | 2,92 |
|    | Positieve tegenwoordigheid | 56 | 10,59 | 2,78 |
|    | Onderlinge verbondenheid   | 55 | 10,66 | 2,38 |
| 19 | Totale score               | 61 | 30,75 | 6,12 |
|    | Tijdelijkheid en toekomst  | 63 | 10,16 | 2,51 |
|    | Positieve tegenwoordigheid | 62 | 10,32 | 2,38 |
|    | Onderlinge verbondenheid   | 63 | 10,24 | 2,11 |

Tabel 7: Totaalscore en dimensiescores voor het instrument 'HOOP', per functie

| Functie |                            | N   | Gem   | Std Dev |
|---------|----------------------------|-----|-------|---------|
| F1      | Totale score               | 203 | 30,54 | 7,19    |
|         | Tijdelijkheid en toekomst  | 214 | 9,94  | 2,74    |
|         | Positieve tegenwoordigheid | 206 | 10,25 | 2,75    |
|         | Onderlinge verbondenheid   | 207 | 10,32 | 2,48    |
| F2      | Totale score               | 281 | 30,06 | 6,91    |
|         | Tijdelijkheid en toekomst  | 291 | 9,77  | 2,80    |
|         | Positieve tegenwoordigheid | 292 | 10,13 | 2,69    |
|         | Onderlinge verbondenheid   | 285 | 10,14 | 2,34    |
| F3      | Totale score               | 62  | 31,81 | 7,69    |
|         | Tijdelijkheid en toekomst  | 63  | 10,52 | 2,67    |
|         | Positieve tegenwoordigheid | 65  | 10,60 | 3,01    |
|         | Onderlinge verbondenheid   | 65  | 10,72 | 2,84    |
| F4      | Totale score               | 261 | 32,06 | 6,89    |
|         | Tijdelijkheid en toekomst  | 275 | 10,46 | 2,78    |
|         | Positieve tegenwoordigheid | 273 | 10,75 | 2,65    |
|         | Onderlinge verbondenheid   | 272 | 10,85 | 2,37    |
| F5      | Totale score               | 171 | 34,67 | 5,71    |
|         | Tijdelijkheid en toekomst  | 172 | 11,40 | 2,42    |
|         | Positieve tegenwoordigheid | 173 | 11,77 | 2,05    |
|         | Onderlinge verbondenheid   | 174 | 11,45 | 2,21    |

Tabel 8: Totaalscore en dimensiescores voor het instrument 'HOOP' (functies 2a en 2b)<sup>4</sup>

| Functie |                            | N   | Gem   | Std Dev |
|---------|----------------------------|-----|-------|---------|
| F2 - a  | Totale score               | 55  | 29.73 | 6.27    |
|         | Tijdelijkheid en toekomst  | 59  | 9.71  | 2.43    |
|         | Positieve tegenwoordigheid | 58  | 9.81  | 2.50    |
|         | Onderlinge verbondenheid   | 56  | 9.89  | 2.20    |
| F2 - b  | Totale score               | 112 | 30.52 | 6.41    |
|         | Tijdelijkheid en toekomst  | 116 | 9.96  | 2.74    |
|         | Positieve tegenwoordigheid | 117 | 10.14 | 2.47    |
|         | Onderlinge verbondenheid   | 113 | 10.47 | 2.13    |

<sup>4</sup> Enkel van respondenten van Nederlandstalige projecten binnen functie 2 hebben we een zicht op het type dienst waarvan ze gebruik maken binnen functie 2 (2a of 2b). Om uitspraken te kunnen doen over functies 2a en 2b kunnen we dan ook enkel beroep doen op deze subpopulatie.

Tabel 9: Dimensiescores voor het instrument 'NEL', per project

| Project |       | N  | Gem  | Std Dev |
|---------|-------|----|------|---------|
| 1       | NEL_1 | 12 | 3,75 | 0,69    |
|         | NEL_2 | 13 | 3,75 | 0,73    |
|         | NEL_3 | 13 | 3,55 | 0,56    |
|         | NEL_4 | 13 | 3,23 | 0,62    |
|         | NEL_5 | 13 | 3,60 | 0,58    |
|         | NEL_6 | 12 | 3,18 | 0,79    |
| 2       | NEL_1 | 75 | 3,94 | 0,57    |
|         | NEL_2 | 75 | 3,62 | 0,70    |
|         | NEL_3 | 75 | 3,50 | 0,56    |
|         | NEL_4 | 75 | 3,53 | 0,59    |
|         | NEL_5 | 75 | 3,66 | 0,63    |
|         | NEL_6 | 74 | 3,07 | 0,73    |
| 3       | NEL_1 | 61 | 4,03 | 0,70    |
|         | NEL_2 | 61 | 3,72 | 0,79    |
|         | NEL_3 | 60 | 3,50 | 0,72    |
|         | NEL_4 | 61 | 3,43 | 0,66    |
|         | NEL_5 | 61 | 3,61 | 0,71    |
|         | NEL_6 | 60 | 3,21 | 0,82    |
| 4       | NEL_1 | 52 | 3,95 | 0,71    |
|         | NEL_2 | 52 | 3,65 | 0,71    |
|         | NEL_3 | 52 | 3,53 | 0,65    |
|         | NEL_4 | 52 | 3,42 | 0,72    |
|         | NEL_5 | 52 | 3,62 | 0,58    |
|         | NEL_6 | 50 | 2,94 | 0,77    |
| 5       | NEL_1 | 26 | 4,07 | 0,59    |
|         | NEL_2 | 26 | 3,82 | 0,69    |
|         | NEL_3 | 26 | 3,77 | 0,53    |
|         | NEL_4 | 26 | 3,67 | 0,68    |
|         | NEL_5 | 26 | 3,85 | 0,56    |
|         | NEL_6 | 25 | 3,33 | 0,78    |
| 6       | NEL_1 | 58 | 4,00 | 0,55    |
|         | NEL_2 | 58 | 3,68 | 0,57    |
|         | NEL_3 | 58 | 3,46 | 0,63    |
|         | NEL_4 | 58 | 3,37 | 0,58    |
|         | NEL_5 | 58 | 3,67 | 0,65    |
|         | NEL_6 | 57 | 3,16 | 0,56    |
| 7       | NEL_1 | 58 | 4,09 | 0,56    |
|         | NEL_2 | 58 | 3,62 | 0,77    |
|         | NEL_3 | 58 | 3,50 | 0,65    |
|         | NEL_4 | 58 | 3,47 | 0,67    |
|         | NEL_5 | 58 | 3,63 | 0,58    |
|         | NEL_6 | 58 | 2,95 | 0,72    |
| 8       | NEL_1 | 62 | 4,01 | 0,51    |



|    |       |    |      |      |
|----|-------|----|------|------|
| 9  | NEL_2 | 62 | 3,63 | 0,55 |
|    | NEL_3 | 62 | 3,47 | 0,61 |
|    | NEL_4 | 62 | 3,46 | 0,55 |
|    | NEL_5 | 62 | 3,65 | 0,64 |
|    | NEL_6 | 61 | 3,09 | 0,62 |
|    |       |    |      |      |
|    | NEL_1 | 74 | 4,19 | 0,51 |
|    | NEL_2 | 74 | 3,67 | 0,68 |
|    | NEL_3 | 74 | 3,42 | 0,77 |
|    | NEL_4 | 73 | 3,42 | 0,71 |
|    | NEL_5 | 74 | 3,53 | 0,72 |
|    | NEL_6 | 72 | 2,86 | 0,81 |
| 10 | NEL_1 | 39 | 4,10 | 0,52 |
|    | NEL_2 | 39 | 3,68 | 0,67 |
|    | NEL_3 | 39 | 3,43 | 0,75 |
|    | NEL_4 | 39 | 3,51 | 0,72 |
|    | NEL_5 | 39 | 3,70 | 0,62 |
|    | NEL_6 | 39 | 2,92 | 0,76 |
|    |       |    |      |      |
| 11 | NEL_1 | 57 | 3,85 | 0,48 |
|    | NEL_2 | 57 | 3,61 | 0,59 |
|    | NEL_3 | 57 | 3,46 | 0,62 |
|    | NEL_4 | 57 | 3,45 | 0,65 |
|    | NEL_5 | 57 | 3,57 | 0,64 |
|    | NEL_6 | 56 | 3,00 | 0,74 |
| 12 | NEL_1 | 75 | 3,96 | 0,57 |
|    | NEL_2 | 75 | 3,53 | 0,90 |
|    | NEL_3 | 74 | 3,51 | 0,67 |
|    | NEL_4 | 74 | 3,51 | 0,76 |
|    | NEL_5 | 75 | 3,66 | 0,72 |
|    | NEL_6 | 73 | 3,23 | 0,82 |
|    |       |    |      |      |
| 13 | NEL_1 | 32 | 4,24 | 0,51 |
|    | NEL_2 | 32 | 3,98 | 0,76 |
|    | NEL_3 | 32 | 3,64 | 0,73 |
|    | NEL_4 | 32 | 3,69 | 0,79 |
|    | NEL_5 | 32 | 3,79 | 0,71 |
|    | NEL_6 | 31 | 3,34 | 0,69 |
| 14 | NEL_1 | 68 | 4,13 | 0,52 |
|    | NEL_2 | 68 | 3,95 | 0,60 |
|    | NEL_3 | 67 | 3,76 | 0,52 |
|    | NEL_4 | 68 | 3,64 | 0,73 |
|    | NEL_5 | 68 | 3,86 | 0,56 |
|    | NEL_6 | 68 | 3,37 | 0,62 |
|    |       |    |      |      |
| 15 | NEL_1 | 61 | 3,85 | 0,60 |
|    | NEL_2 | 60 | 3,58 | 0,80 |
|    | NEL_3 | 59 | 3,42 | 0,61 |
|    | NEL_4 | 61 | 3,47 | 0,67 |
|    | NEL_5 | 61 | 3,60 | 0,70 |
|    | NEL_6 | 61 | 2,83 | 0,81 |

|    |       |    |      |      |
|----|-------|----|------|------|
| 16 | NEL_1 | 61 | 4,02 | 0,49 |
|    | NEL_2 | 59 | 3,68 | 0,66 |
|    | NEL_3 | 60 | 3,49 | 0,71 |
|    | NEL_4 | 61 | 3,52 | 0,63 |
|    | NEL_5 | 60 | 3,72 | 0,64 |
|    | NEL_6 | 59 | 3,26 | 0,77 |
| 17 | NEL_1 | 46 | 3,99 | 0,44 |
|    | NEL_2 | 46 | 3,79 | 0,77 |
|    | NEL_3 | 46 | 3,59 | 0,61 |
|    | NEL_4 | 46 | 3,57 | 0,62 |
|    | NEL_5 | 46 | 3,68 | 0,68 |
|    | NEL_6 | 44 | 3,16 | 0,87 |
| 18 | NEL_1 | 54 | 3,90 | 0,67 |
|    | NEL_2 | 54 | 3,73 | 0,60 |
|    | NEL_3 | 55 | 3,50 | 0,68 |
|    | NEL_4 | 55 | 3,56 | 0,67 |
|    | NEL_5 | 55 | 3,56 | 0,72 |
|    | NEL_6 | 54 | 3,01 | 0,79 |
| 19 | NEL_1 | 64 | 3,89 | 0,58 |
|    | NEL_2 | 64 | 3,72 | 0,62 |
|    | NEL_3 | 64 | 3,34 | 0,65 |
|    | NEL_4 | 64 | 3,46 | 0,66 |
|    | NEL_5 | 64 | 3,53 | 0,65 |
|    | NEL_6 | 62 | 2,99 | 0,80 |

NEL\_1: dimensie 'professionele hulp', NEL\_2: dimensie 'sociale steun', NEL\_3: dimensie 'eigen wijsheid', NEL\_4: dimensie 'erbij horen', NEL\_5: dimensie 'zelfmanagement', NEL\_6: dimensie 'betrokken leefgemeenschap'

Tabel 10: Dimensiescores voor het instrument 'NEL', per functie

| Functie |       | N   | Gem  | Std Dev |
|---------|-------|-----|------|---------|
| F 1     | NEL_1 | 214 | 4,01 | 0,56    |
|         | NEL_2 | 213 | 3,56 | 0,70    |
|         | NEL_3 | 214 | 3,39 | 0,68    |
|         | NEL_4 | 213 | 3,42 | 0,64    |
|         | NEL_5 | 214 | 3,55 | 0,66    |
|         | NEL_6 | 208 | 2,89 | 0,80    |
| F 2     | NEL_1 | 293 | 4,11 | 0,52    |
|         | NEL_2 | 293 | 3,62 | 0,72    |
|         | NEL_3 | 292 | 3,43 | 0,67    |
|         | NEL_4 | 295 | 3,39 | 0,69    |
|         | NEL_5 | 294 | 3,60 | 0,65    |
|         | NEL_6 | 288 | 3,06 | 0,75    |
| F 3     | NEL_1 | 66  | 3,95 | 0,52    |
|         | NEL_2 | 66  | 3,66 | 0,80    |
|         | NEL_3 | 66  | 3,47 | 0,62    |
|         | NEL_4 | 66  | 3,66 | 0,54    |
|         | NEL_5 | 66  | 3,54 | 0,66    |
|         | NEL_6 | 65  | 3,09 | 0,76    |
| F       | NEL_1 | 283 | 3,84 | 0,65    |

|   |       |     |      |      |
|---|-------|-----|------|------|
| 4 | NEL_2 | 283 | 3,69 | 0,70 |
|   | NEL_3 | 280 | 3,52 | 0,66 |
|   | NEL_4 | 282 | 3,44 | 0,68 |
|   | NEL_5 | 283 | 3,62 | 0,68 |
|   | NEL_6 | 279 | 3,08 | 0,78 |
|   | NEL_1 | 174 | 4,08 | 0,49 |
| 5 | NEL_2 | 173 | 3,98 | 0,55 |
|   | NEL_3 | 174 | 3,76 | 0,51 |
|   | NEL_4 | 174 | 3,81 | 0,58 |
|   | NEL_5 | 174 | 3,96 | 0,53 |
|   | NEL_6 | 171 | 3,37 | 0,63 |

NEL\_1: dimensie 'professionele hulp', NEL\_2: dimensie 'sociale steun', NEL\_3: dimensie 'eigen wijsheid', NEL\_4: dimensie 'erbij horen', NEL\_5: dimensie 'zelfmanagement', NEL\_6: dimensie 'betrokken leefgemeenschap'

Tabel 11: Dimensiescores voor het instrument 'NEL' (functies 2a en 2b)<sup>5</sup>

| Functie | N     | Gem | St Dev |
|---------|-------|-----|--------|
| F2 - a  | NEL_1 | 60  | 4.20   |
|         | NEL_2 | 60  | 3.54   |
|         | NEL_3 | 59  | 3.30   |
|         | NEL_4 | 60  | 3.22   |
|         | NEL_5 | 60  | 3.52   |
|         | NEL_6 | 57  | 3.02   |
| F2 - b  | NEL_1 | 116 | 4.14   |
|         | NEL_2 | 116 | 3.70   |
|         | NEL_3 | 116 | 3.44   |
|         | NEL_4 | 117 | 3.41   |
|         | NEL_5 | 116 | 3.60   |
|         | NEL_6 | 115 | 3.02   |

NEL\_1: dimensie 'professionele hulp', NEL\_2: dimensie 'sociale steun', NEL\_3: dimensie 'eigen wijsheid', NEL\_4: dimensie 'erbij horen', NEL\_5: dimensie 'zelfmanagement', NEL\_6: dimensie 'betrokken leefgemeenschap'

Tabel 12: Discrepantiescores (frequenties) voor het instrument 'Visie op Zorg' (functie 2a en 2b)<sup>6</sup>

| FREQ                                                    | F2 a  | F2 b   |
|---------------------------------------------------------|-------|--------|
| Kan ook 's nachts bij HV terecht                        | *9/44 | 38/78  |
| Familieleden krijgen duidelijke info                    | 8/50  | 20/101 |
| Contacten met lotgenoten                                | 10/51 | 19/110 |
| Hulp om herval te herkennen                             | 4/46  | 11/109 |
| HV's geven info en advies over SOA's                    | 7/48  | 13/101 |
| HV's geven info en advies over voorkomen van ongewenste | 6/43  | 9/98   |

<sup>5</sup> Enkel van respondenten van Nederlandstalige projecten binnen functie 2 hebben we een zicht op het type dienst waarvan ze gebruik maken binnen functie 2 (2a of 2b). Om uitspraken te kunnen doen over functies 2a en 2b kunnen we dan ook enkel beroep doen op deze subpopulatie.

<sup>6</sup> Enkel van respondenten van Nederlandstalige projecten binnen functie 2 hebben we een zicht op het type dienst waarvan ze gebruik maken binnen functie 2 (2a of 2b). Om uitspraken te kunnen doen over functies 2a en 2b kunnen we dan ook enkel beroep doen op deze subpopulatie.

## zwangerschap

*\*Interpretatie van de resultaten: \*9/44 van de respondenten in F2a geeft aan een type I discrepantie te ervaren wat betreft ook 's nachts bij de hulpverlener terecht te kunnen. Men spreekt van een type I discrepantie wanneer iets als (heel) belangrijk wordt ervaren (= score 4 of 5/5) maar weinig of niet gerealiseerd is (= score 1 of 2/5).*

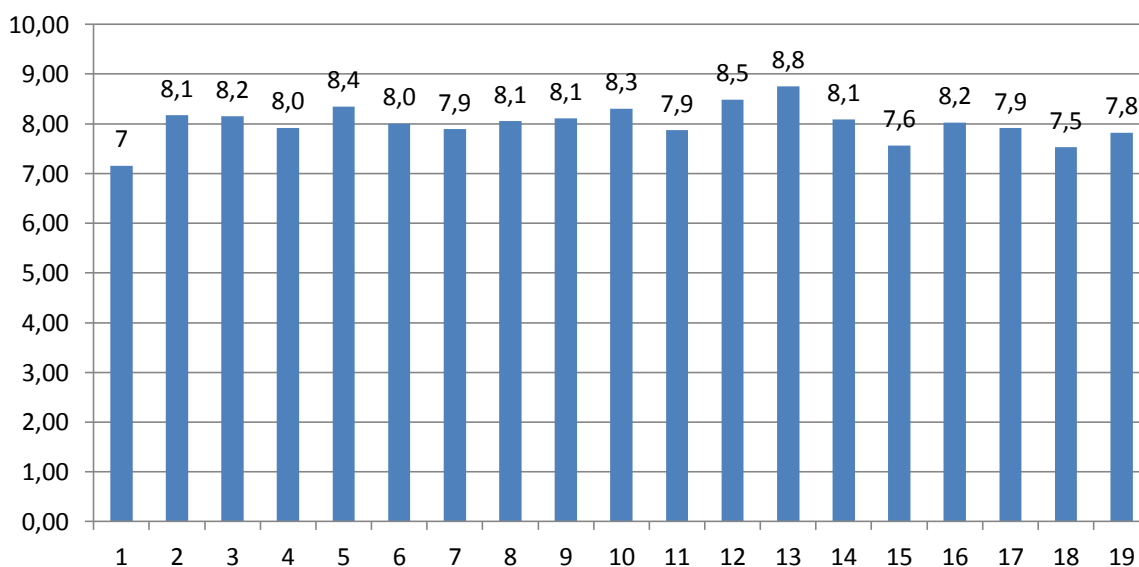
*Tabel 13: Discrepantiescores (%) voor het instrument 'Visie op Zorg', per project*

|                                                                      | <b>P1</b> | <b>P2</b> | <b>P3</b> | <b>P4</b> | <b>P5</b> | <b>P6</b> | <b>P7</b> | <b>P8</b> | <b>P9</b> | <b>P10</b> |
|----------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Kan ook 's nachts bij HV terecht                                     | 17        | 20        | 17        | 21        | 11        | 16        | 27        | 23        | 27        | 16         |
| Familieleden krijgen duidelijke info                                 | 20        | 25        | 27        | 13        | 13        | 21        | 13        | 23        | 23        | 17         |
| Contacten met lotgenoten                                             | 8         | 6         | 10        | 17        | 13        | 19        | 9         | 28        | 12        | 15         |
| Hulp om herval te herkennen                                          | 30        | 14        | 16        | 20        | 9         | 12        | 16        | 4         | 10        | 3          |
| HV's geven info en advies over SOA's                                 | 36        | 20        | 24        | 34        | 20        | 22        | 17        | 19        | 19        | 26         |
| HV's geven info en advies over voorkomen van ongewenste zwangerschap | 22        | 13        | 16        | 24        | 32        | 9         | 13        | 18        | 8         | 13         |

|                                                                      | <b>P11</b> | <b>P12</b> | <b>P13</b> | <b>P14</b> | <b>P15</b> | <b>P16</b> | <b>P17</b> | <b>P18</b> | <b>P19</b> |
|----------------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Kan ook 's nachts bij HV terecht                                     | 24         | 17         | 25         | 9          | 25         | 20         | 15         | 30         | 20         |
| Familieleden krijgen duidelijke info                                 | 30         | 17         | 7          | 13         | 28         | 24         | 23         | 30         | 19         |
| Contacten met lotgenoten                                             | 17         | 13         | 21         | 13         | 16         | 13         | 9          | 25         | 20         |
| Hulp om herval te herkennen                                          | 8          | 14         | 14         | 7          | 21         | 10         | 24         | 11         | 21         |
| HV's geven info en advies over SOA's                                 | 13         | 24         | 19         | 12         | 16         | 18         | 22         | 23         | 25         |
| HV's geven info en advies over voorkomen van ongewenste zwangerschap | 10         | 20         | 4          | 10         | 4          | 18         | 15         | 15         | 23         |

*Tabel 14: Tevredenheidsscores aangeboden zorg, per project*

| Project | N  | Gem  | Std Dev |
|---------|----|------|---------|
| 1       | 13 | 7,15 | 1,91    |
| 2       | 72 | 8,17 | 1,60    |
| 3       | 60 | 8,15 | 1,74    |
| 4       | 48 | 7,92 | 1,57    |
| 5       | 26 | 8,35 | 1,09    |
| 6       | 53 | 8,00 | 1,79    |
| 7       | 56 | 7,89 | 1,63    |
| 8       | 59 | 8,05 | 1,88    |
| 9       | 72 | 8,11 | 1,44    |
| 10      | 37 | 8,30 | 1,47    |
| 11      | 55 | 7,87 | 1,58    |
| 12      | 75 | 8,48 | 1,59    |
| 13      | 32 | 8,75 | 1,08    |
| 14      | 67 | 8,09 | 1,97    |
| 15      | 61 | 7,56 | 1,82    |
| 16      | 57 | 8,02 | 1,49    |
| 17      | 44 | 7,91 | 1,36    |
| 18      | 53 | 7,53 | 2,01    |
| 19      | 62 | 7,82 | 1,49    |

*Figuur 1: Tevredenheidsscores aangeboden zorg, per project*

Op de X-as zijn de projecten weergegeven (1-19). Op de Y-as de tevredenheidsscore (1-10). Voor elk project is de tevredenheidsscore ook weergegeven in de figuur.

*Tabel 15: Tevredenheidsscores aangeboden zorg (functie 2a en 2b) <sup>7</sup>*

|        | <b>Gem</b> | <b>St Deviatie</b> | <b>N</b> |
|--------|------------|--------------------|----------|
| F2 - a | 8.42       | 1.29               | 59       |
| F2 - b | 8.22       | 1.61               | 114      |

<sup>7</sup> Enkel van respondenten van Nederlandstalige projecten binnen functie 2 hebben we een zicht op het type dienst waarvan ze gebruik maken binnen functie 2 (2a of 2b). Om uitspraken te kunnen doen over functies 2a en 2b kunnen we dan ook enkel beroep doen op deze subpopulatie.

# Evaluation fédérale du programme « Vers des Meilleurs Soins de Santé Mentale » : Rapport intermédiaire de 2014

Institut de Recherche en Santé et Société Université Catholique de Louvain

Décembre 2014

Par Adeline Grard, Pablo Nicaise et Vincent Lorant

## Table des matières

|                                                                                                                                                      |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>INTRODUCTION.....</b>                                                                                                                             | <b>4</b>  |
| INTRODUCTION: CONTEXTE ET QUESTIONS DE RECHERCHE.....                                                                                                | 5         |
| MÉTHODE.....                                                                                                                                         | 6         |
| Questionnaires.....                                                                                                                                  | 6         |
| Echantillonnage & Récolte des données.....                                                                                                           | 6         |
| Rappel des indicateurs.....                                                                                                                          | 8         |
| <b>LITTÉRATURE.....</b>                                                                                                                              | <b>9</b>  |
| <i>Éléments de littérature sur les usagers chroniques et complexes et leur intégration sociale par l'emploi.....</i>                                 | <i>10</i> |
| <i>Éléments de littérature sur la continuité des soins psychiatriques.....</i>                                                                       | <i>13</i> |
| INTRODUCTION .....                                                                                                                                   | 13        |
| HISTORIQUE .....                                                                                                                                     | 13        |
| DEFINITION.....                                                                                                                                      | 15        |
| Outils de mesure et présentation de l'ALBERTA Continuity of Service Scale – Mental Health .....                                                      | 16        |
| Efficacité des dispositifs soutenant la continuité de soins .....                                                                                    | 18        |
| <i>Éléments de littérature concernant la qualité de la collaboration et la gouvernance.....</i>                                                      | <i>20</i> |
| <b>PROCESSUS EVALUATIF 2014 : REMARQUES DU TERRAIN.....</b>                                                                                          | <b>23</b> |
| QUESTIONNAIRE SERVICES.....                                                                                                                          | 23        |
| Constitution des listes de services et participation au questionnaire.....                                                                           | 23        |
| Partie SNA .....                                                                                                                                     | 23        |
| Questions sur la suite du questionnaire Services .....                                                                                               | 23        |
| QUESTIONNAIRE USAGERS.....                                                                                                                           | 24        |
| <b>RESULTATS RELATIFS AUX SERVICES MEMBRES DES RESEAUX.....</b>                                                                                      | <b>26</b> |
| Quelle est la qualité de l'information recueillie dans le questionnaire service ?.....                                                               | 27        |
| Quel est le taux de participation, comment varie-t-il entre les réseaux, selon le type de service ? .....                                            | 27        |
| L'information collectée est-elle valide ? .....                                                                                                      | 28        |
| La participation au questionnaire est-elle liée à la place dans le réseau ? .....                                                                    | 29        |
| Fonction(s): Comment s'implémente le modèle à 5 fonctions de la réforme ? .....                                                                      | 30        |
| Composition des réseaux.....                                                                                                                         | 32        |
| Quelle est la qualité de la collaboration au sein des projets ? Les points-de-vue divergent-ils selon les fonctions ou els types de services ? ..... | 34        |
| Mise en œuvre des outils de la réforme.....                                                                                                          | 38        |



|                                                                                                                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>RESULTATS RELATIFS A LA STRUCTURE DES RESEAUX</b>                                                                              | 43  |
| Introduction                                                                                                                      | 44  |
| Méthode                                                                                                                           | 45  |
| Collecte de données                                                                                                               | 45  |
| Analyse des données                                                                                                               | 46  |
| Résultats principaux                                                                                                              | 47  |
| Structure des réseaux                                                                                                             | 47  |
| Circuits de soins par fonction                                                                                                    | 55  |
| Eléments de discussion                                                                                                            | 62  |
| Quel est le profil de chaque réseau en termes de taille, densité, centralité ?                                                    | 63  |
| La taille du réseau est-elle liée à la densité du réseau ? A sa taille ?                                                          | 66  |
| <b>RESULTATS RELATIFS AUX USAGERS</b>                                                                                             | 68  |
| Quelles sont les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des usagers ?                                                  | 69  |
| Indicateurs sociodémographiques                                                                                                   | 70  |
| Diagnostic                                                                                                                        | 70  |
| Indicateurs d'utilisation des services                                                                                            | 74  |
| Les caractéristiques des usagers diffèrent-elles selon le cycle de vie du projet ?                                                | 76  |
| Sociodémographiques                                                                                                               | 76  |
| Caractéristiques Cliniques                                                                                                        | 76  |
| Utilisation des services                                                                                                          | 77  |
| <b>CONCLUSION GÉNÉRALE ET RECOMMANDATIONS</b>                                                                                     | 80  |
| RAPPEL DES QUESTIONS                                                                                                              | 80  |
| RÉSULTATS PRINCIPAUX                                                                                                              | 80  |
| LIMITES                                                                                                                           | 82  |
| RECOMMANDATIONS PRÉLIMINAIRES                                                                                                     | 82  |
| <b>ANNEXES</b>                                                                                                                    | 84  |
| ANNEXE 1: DISPOSITIF DE RECHERCHE                                                                                                 | 85  |
| ANNEXE 2 : L'ÉCHELLE HEALTH OF THE NATION (HONOS) ET MANSA : EXTRAIT DU RAPPORT DE L'ÉTUDE DE FAISABILITÉ                         | 91  |
| ANNEXE 3. Coefficients de corrélations et p value des principaux indicateurs du SNA et du questionnaire service                   | 92  |
| ANNEXE 4 : Caractéristiques sociodémographiques des usagers                                                                       | 93  |
| ANNEXE 5 : Coefficients de corrélations et p value des principaux indicateurs du questionnaire service et du questionnaire usager | 96  |
| ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX USAGERS DE LA SANTÉ MENTALE                                                                  | 97  |
| ANNEXE 7 : REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES                                                                                            | 177 |
| Continuité des soins, trajectoires de soins                                                                                       | 177 |

|                                                                           |     |
|---------------------------------------------------------------------------|-----|
| Santé mentale et précarité sociale.....                                   | 183 |
| Plans de traitement.....                                                  | 183 |
| Réhabilitation, rétablissement, recovery, intégration sociale .....       | 184 |
| Désinstitutionnalisation, soins communautaires, réseaux de services ..... | 186 |
| Méthodologies : collectes de données et instruments .....                 | 189 |
| Pairs-aidants, implication des usagers.....                               | 190 |
| Equipes mobiles, ACT .....                                                | 191 |

# INTRODUCTION.

Université Catholique de Louvain- Institut de Recherche en Santé et Société

## INTRODUCTION: CONTEXTE ET QUESTIONS DE RECHERCHE

Ce rapport décrit l'état d'avancement de la recherche fédérale « Vers des Meilleurs Soins de Santé Mentale » en 2014. La présente introduction rappelle l'état d'avancement de la recherche et les questions adressées dans ce rapport. Pour rappel les années 2011 à 2013 ont été consacrées à l'identification des questions d'évaluation, des indicateurs, des outils de l'évaluation, à la validation de ce dispositif auprès les projets et par les comités d'éthique, à l'élaboration des plateformes de récolte des données, et (en particulier entre fin 2012 et 2013) à l'étude de la faisabilité du dispositif de recherche. L'année 2014 a déroulé le dispositif de recherche dans tous les projets 107 ainsi que dans un groupe de contrôle.

Le présent rapport présente la partie réalisée par l'Institut de Recherche Santé et Société de l'UCL. L'objectif général est de décrire l'implémentation du programme « Vers des Meilleurs Soins de Santé Mentale » sous trois perspectives conformément au Guide du même nom : la perspective du réseau, la perspective des services et la perspective des patients. Il vise à répondre aux questions suivantes :

Quelle est la qualité de l'information recueillie ?

Quelles sont les caractéristiques des réseaux 107 ?

Comment s'implémente le modèle à 5 fonctions de la réforme ?

Quelle est la qualité de la collaboration au sein des projets ??

Comment sont mis en œuvre les outils de la réforme?

Comment s'organisent les équipes mobiles?

Quelles sont les caractéristiques sociodémographiques, cliniques des usagers ? Quelle est leur niveau de continuité de soins, de qualité de vie, d'intégration sociale et de sévérité des symptômes psycho-sociaux ?

Quels sont les services/professionnels que fréquentent les usagers?

## MÉTHODE

Cette introduction méthodologique décrit brièvement le dispositif de recherche 2014 de l'UCL-IRSS. Elle se compose de trois sections : le processus d'échantillonnage et de récolte des données ; la description des questionnaires utilisés ; la définition des indicateurs utilisés. Les outils utilisés sont décrits en annexe (Annexe1 : Dispositif de recherche ; Annexe **X** : Questionnaires) dispositif et les questionnaires. Le dispositif fut l'objet d'un rapport méthodologique disponible sur [www.psy107.be](http://www.psy107.be).

### Questionnaires

Pour l'évaluation 2014 de la réforme Vers de meilleurs soins de santé mentale, l'équipe de recherche de l'UCL-IRSS a mis au point et mobilisé deux questionnaires. Le premier a été réalisé conjointement avec l'équipe de recherche de la KUL-LUCAS. Ce questionnaire a recueilli des données sur les usagers de la santé mentale, sur l'ensemble du territoire belge : Région Flamande (KUL-LUCAS), Région Bruxelles-Capitale et Région Wallonne en ce y compris le groupe de contrôle (UCL-IRSS). Ce questionnaire « Usagers » est composé de deux volets : le premier volet devait être complété par l'utilisateur lui-même. Il recueille notamment des informations sur la continuité des soins (ALBERTA), la qualité de vie (MANSA), le Rétablissement (NEL), l'Empowerment (HOOP) et l'intégration sociale (SIX) des usagers de la santé mentale (Cf. description des indicateurs, ci-dessous).

Le second volet a été complété par un ou plusieurs cliniciens/professionnels qui entourent cet usager. Il a recueilli des informations sur la situation clinique de l'utilisateur (diagnostique, etc.), le fonctionnement psycho-social de l'utilisateur (HoNOS), l'intégration sociale de l'utilisateur (SIX), l'utilisation des services (CSSRI), qu'ils soient cliniques (équipes mobiles, psychiatres, médecins généralistes, service de santé mentale, hôpital psychiatrique, etc.) ou sociaux (services d'aide au logement, à la formation, à l'activation à l'emploi, services culturels, etc.)

L'équipe de recherche de l'UCL-IRSS a également recueilli des données sur les services inclus dans la réforme Vers de meilleurs soins de santé mentale. Ce questionnaire a permis de recueillir des informations sur les liens entre services au sein d'un réseau (Social Network Analysis : envoi/réception d'utilisateurs, échange d'informations sur les utilisateurs, fréquence des relations de type organisationnel), ainsi que la qualité de la collaboration entre ces services (10 dimensions de D'Amour). Ce questionnaire a également interrogé les services sur le classement des objectifs de la réforme, sur la mise en œuvre des outils de la réforme (réfèrent de soins, plans de soins individualisés) et comportait un volet spécifique aux équipes mobiles. Enfin, les services se sont également prononcés sur leur organisation interne (accessibilité pour les utilisateurs, professionnels présents dans le service, etc.).

### Echantillonnage & Récolte des données

Les 19 projets art107 ont été inclus dans l'enquête et y ont participé. Trois groupes de contrôles, se situant dans des zones non couvertes par la réforme ont également participé en tant que membre du groupe de contrôle : Charleroi, Ottignies et la province du Luxembourg. Dans ce dernier cas, la récolte a commencé en octobre 2014 et est toujours en cours. Les résultats présentés ci-après ne contiennent donc pas les données de la province du Luxembourg, mais bien des deux autres groupes de contrôle.

**Le questionnaire « Usagers »** est sous format papier. Nous avons demandé à chaque projet « art107 » de remplir 80 questionnaires, qui devaient être répartis comme suit : 20 questionnaires pour la fonction 1, 20 questionnaires pour la fonction 2, 10 questionnaires pour une convention INAMI de la fonction 3, 20 questionnaires pour la fonction 4, 10 questionnaires pour la fonction 5. La période de récolte de données a couru d'avril à juillet pour les projets néerlandophones et de mai à septembre pour les projets wallons et bruxellois. Au total, 1199 usagers ont.

**Pour le questionnaire service**, chaque coordinateur a établi une liste de ses partenaires de réseau, ce qui a défini la « population » de services. Au total, 1015 services ont reçu un email les invitant à participer à l'enquête web. La période de récolte des données s'est étendue de mai à septembre 2014. Au total, 542 services ont répondu à l'enquête, dans l'ensemble des trois Régions belges.

## Rappel des indicateurs

### USAGERS :

ALBERTA (Alberta Continuity of Service Scale – Mental Health, Adair et al. 2003)= Score qui évalue le degré de continuité des soins reçus par un usager, il est composé de 31 items et prend une valeur entre 31 et 155. Une explication de cette échelle est présentée dans la partie littérature sur la continuité des soins (page 12)

MANSA (Manchester Short Assesment of Quality of life, Priebe et al. 1999) = Score qui évalue la qualité de vie l'usager. Une explication de cette échelle est apportée en Annexe 2.

SIX (Objective Social Outcomes Index, Priebe et al, 2008) = Score qui évalue le degré d'intégration sociale d'un usager dans la communauté. . Plus ce score est élevé, plus l'usager est intégré dans la société. Un point sur la littérature en matière d'intégration sociale des usagers de la psychiatrie, sur la dimension de l'emploi, est présenté page 9.

HONOS (Health of the Nation Outcome Scale, Wing et al., 1996, 1998) = Score qui évalue la sévérité du fonctionnement psycho-social de l'usager. Plus ce score est élevé, plus la situation est sévère. Une explication de cette échelle est apportée en Annexe 2.

### SERVICES

**Mise en œuvre des outils de la réforme** = Score qui évalue le degré de mise en œuvre de 5 outils du guide de la réforme : l'existence d'un plan de soins individualisé, l'existence d'un référent de soins dans le réseau, l'existence de personnes-relais d'un usager au sein du service, l'existence de réunion d'équipes régulières autour de la situation d'un usager et l'activité clinique d'un responsable de service.

**Score de D'Amour** (ref) = Score qui évalue la qualité de la collaboration entre les services d'un projet. Il est composé de sous-indicateurs de Gouvernance, de Partage des Objectifs, d'Internalisation (connaissance et confiance entre les services) Formalisation (existence d'outil et d'espace facilitant la collaboration).

### RESEAUX

Afin de faciliter la lecture des résultats, les indicateurs et les méthodes d'analyse des réseaux et de leur structure (Social Network Analysis), font l'objet d'une note approfondie dans la partie « Résultats relatifs à la structure des réseaux ».

# LITTERATURE.

Université Catholique de Louvain- Institut de Recherche en Santé et Société



## LITTÉRATURE

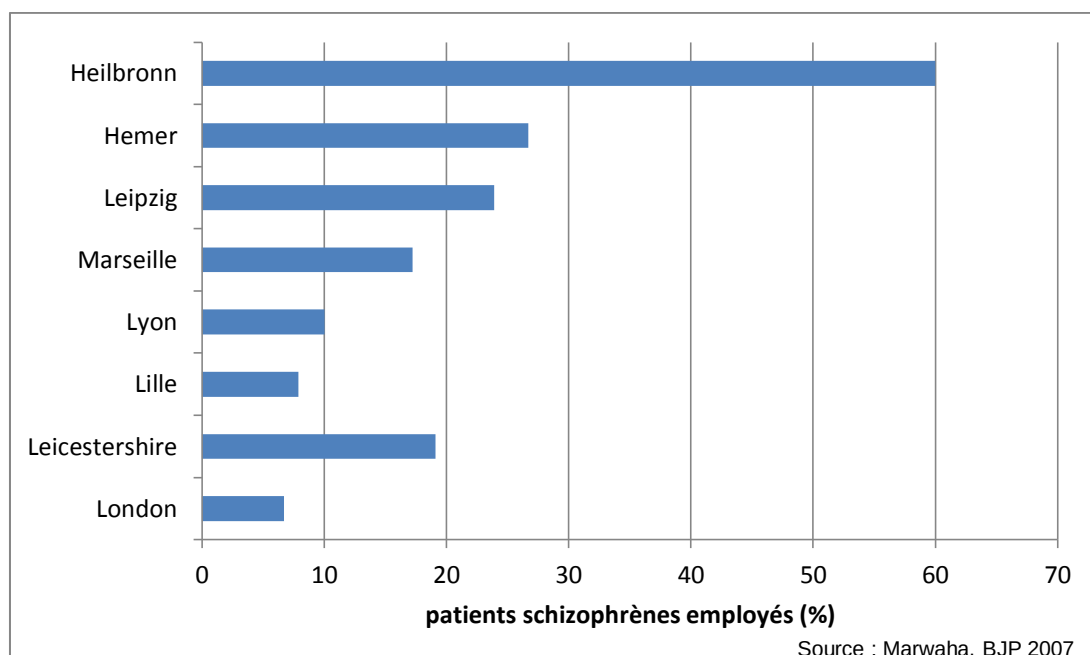
Dans cette partie du rapport, nous proposons un bref aperçu de la littérature existante en matière d'intégration sociale des usagers, de continuité des soins, et de gouvernance dans les réseaux de soins. La liste des références bibliographiques associées à ces textes et au reste du rapport se trouve en Annexe 6.

### *Éléments de littérature sur les usagers chroniques et complexes et leur intégration sociale par l'emploi.*

La fermeture des lits psychiatriques et le développement du soin dans la communauté ont entraîné un certain nombre de problèmes pour l'intégration sociale des usagers de la santé mentale dans la communauté. Divers travaux et un rapport récent de l'OCDE (Santé mentale et emploi, Belgique, OCDE 2013) mettent en évidence un taux d'emploi plus faible (50%) chez les malades psychiatriques par rapport à la population générale (65%) et une prévalence plus élevée de troubles psychiatriques chez les personnes sans emploi par rapport aux personnes travaillant. De plus l'OCDE note que la différence de taux d'emploi entre les malades psychiatriques et la population générale s'est accrue entre 1998 et 2008. En Belgique, le même rapport OCDE indique que le taux de chômage est de 18% dans la population souffrant d'affection psychiatrique contre 8% dans la population générale et de conclure «Nombre de personnes atteintes de troubles mentaux souhaiteraient donc travailler mais ont du mal à trouver un emploi ou à le conserver ».

Le rapport OCDE et des travaux antérieurs de Marwaha suggèrent que la faible employabilité des patients psychiatriques n'est pas une fatalité : elle varie fortement d'un pays à l'autre et même d'une ville à l'autre (voir figure 1).

**Figure 1. % d'emploi chez les patients schizophrènes, Marwaha, 2007, British Journal of Psychiatry.**



En conséquence, l'emploi des usagers chroniques et complexes est une préoccupation croissante des politiques publiques en la matière, et la manière dont on va mesurer cette intégration est importante. Plusieurs études ont été menées auprès d'usagers afin de cerner ce qui était important dans leur intégration

sociale (Wright Stickney 2012, Morgan et al 2007,) l'absence d'emploi et de salaire, de contacts sociaux, mais aussi le sentiment de discrimination et de ne pas avoir de rôle politique et social, sont autant de dimensions soulignées par ces enquêtes. En effet, une enquête qualitative de Granerud et Severinsson (2006) auprès des patients souligne l'importance du travail comme principal moyen de lutte contre le sentiment de solitude et de marginalisation, qui sont à la base des sentiments d'aliénation et d'anxiété. Avoir un rôle actif dans la société permet en effet, selon les patients interrogés, de lutter contre le sentiment de honte et de perte d'estime de soi. Cette étude souligne également le rôle de l'activité et du salaire comme moyen d'augmenter les contacts sociaux, ce qui vient encore renforcer l'intégration sociale.

En 2003, Marwaha a consacré une revue de la littérature à l'emploi des patients schizophrènes sévères et complexes. Il y souligne notamment l'intérêt de ces études : le coût des services d'aide au patient, ainsi que les coûts indirects liés à l'inactivité de ces patients est considérable : l'OCDE vient d'ailleurs de consacrer un livre à la problématique de l'emploi et de la santé mentale en Belgique (2014). Surtout, il met en avant le rôle crucial de l'emploi dans le processus de recovery. Il souligne également que le « benefit trap » est plus important pour les patients SMI que pour le reste des travailleurs vulnérables. Son étude réalisée en France, en Grande Bretagne et en Allemagne montre que les patients schizophrènes travaillent dans tous les secteurs de l'économie, mais que leur taux d'emploi dépend caractéristiques structurelle (marché local de l'emploi) et individuelle (compliance à la médication, sévérité des symptômes, être un patient chronique (par opposition aux épisodes plus récents).

Rosenheck (2006) s'est également intéressé à ce type de patientèle et a montré que la qualité de vie des usagers était supérieure lorsqu'ils occupaient un emploi. Comme Marwaha, il confirme le lien entre emploi et moindre sévérité des symptômes et plaide pour un suivi longitudinal des patients afin de déterminer les causes et conséquences de ce lien. Ce souci est partagé par Burns et Partick (2007).

Plusieurs articles ont été consacrés à l'étude des services de soutien à l'emploi des patients chroniques et complexes tels que les TVR (traditional vocational rehabilitation), ou les IPS (Individual Placement Support). Bien que ces initiatives puissent varier quelques peu d'un pays à l'autre, elles partagent quelques grandes caractéristiques. Dans les IPS, les équipes de soutien à l'emploi sont intégrées dans les services de traitement et proposent un soutien continu et personnalisé. De plus, les IPS proposent en général des rendez-vous plus fréquents (au moins une fois par semaine, dans les articles consultés). Récemment, le modèle IPS a fait l'objet d'une synthèse sur les bonnes pratiques avec la publication d'une échelle de fidélité au modèle IPS (voir notamment G. Bond et al, 2012)

Ces deux types d'initiatives ont été évalués dans une enquête basée sur un échantillonnage aléatoire qui attribuait les 100 patients soit dans le groupe des IPS soit dans le groupe des TVR, en contrôlant leurs caractéristiques individuelles. Après 2 ans, toutes les statistiques étaient en faveur des IPS : taux d'emploi de 45% (contre 16% pour le TVR), le nombre d'heures et de semaines de travail étaient également supérieures, ainsi que le salaire perçu.

Dans l'article de Burns et al (2007), une étude similaire fut mise en œuvre auprès de patients SMI, en tenant compte du contexte local du marché de l'emploi. Douze pays européens ont été inclus dans cette étude tant qualitative que quantitative, et les 312 usagers ont été référés au groupe des IPS ou au groupe TVR, de manière aléatoire, en tenant compte du sexe, du pays et du parcours professionnel antérieur des usagers pour la stratification. Les usagers suivis par les IPS étaient 55% à avoir trouvé un emploi contre 28% dans le groupe TVR. Ils avaient également travaillé davantage de jours et conservé leur emploi pour une période plus longue. Le contexte de l'emploi local jouait un rôle dans l'équation puisque le taux de chômage à long

terme, le taux de croissance et le niveau de « benefit trap » venaient médié les meilleurs résultats des IPS par rapport au TVR.

Koletsis et al (2009) ont réalisé des entretiens avec des usagers suivis en TVR ou en IPS. Les obstacles à l'emploi mentionnés par tous les usagers étaient leurs symptômes, leur histoire clinique, leur manque de motivation ou d'intérêt pour l'emploi, la peur du manque d'expérience ou de compétences, la difficulté de rédaction d'un CV et la situation locale du marché de l'emploi. Pour les usagers ayant trouvé un emploi, la principale difficulté mentionnée était l'impression que leurs collègues parlaient dans leur dos à cause de leur lenteur au travail. Un usager sur deux avait révélé sa maladie à ses collègues, et la plupart en étaient satisfait. Pour l'autre moitié, c'est surtout la peur de la stigmatisation et de la désapprobation sociale qui les avaient poussés à ne rien dire. Les conséquences positives de l'emploi étaient nombreuses : stabilité financière, amélioration de la vie sociale, sentiment d'intégration, amélioration de l'estime de soi et de certains symptômes cliniques, diminution de l'ennui et de la solitude.

Les auteurs ont montré que les usagers suivis par une IPS avaient reçu davantage de soutien et de conseils pour la recherche et le maintien à l'emploi. Ce type de structure apportait également de l'aide dans la gestion du stress et l'amélioration des relations avec les collègues. Ils déclaraient aussi davantage d'initiatives innovantes en dehors des formations classiques. Leurs résultats en termes de taux d'emploi et de nombre de jours prestés étaient également supérieurs.

De telles études comparatives ont également été menées chez des usagers schizophrènes plus âgés (45 ans et plus), et des résultats similaires ont été répertoriés (Twamley and Vella, 2011) : 30% d'entre eux avaient un emploi contre 12% des usagers suivis en TVR.

La réforme article 107 vise à soutenir la décatégorisation des patients psychiatriques grâce à une meilleure articulation entre les services sociaux et les services de soins de santé. A terme, l'espoir est de favoriser leur intégration sociale. Dans cette perspective la présente évaluation fédérale s'est intéressée à l'intégration sociale de plusieurs manières :

En ce qui concerne les questions de recherche, notre évaluation vise à évaluer la place des services sociaux dans les projets 107 : sont-ils présents dans les réseaux ? Sont-ils effectivement présents dans les différents liens reliant les partenaires des réseaux ? Participent-ils aux différentes activités organisationnelles des réseaux ? Comment est composé le circuit de soins visant la fonction de réhabilitation et réintégration sociale ?

En ce qui concerne les outils de mesure, nous utilisons le SIX, proposé par Stefan Priebe. Cet indicateur repose sur l'évaluation de quatre dimensions : la situation sociale (fréquenté au moins un ami la semaine précédente), familiale (vivre seul ou en famille), de logement (SDF, en milieu de vie thérapeutique, en habitation protégée, en logement collectif non thérapeutique ou chez les parents, en logement autonome), professionnelle (sans emploi, bénévole, travail encadré/protégé, en centre de jour, rémunéré et autonome). Il a pour avantage d'être facile à utiliser, et de se baser sur des données objectives tout en reprenant les dimensions-clés de l'intégration sociale, dont l'emploi occupe une place importante (Priebe, 2007). L'emploi et les relations sociales sont aussi incluses dans l'échelle de qualité de vie du MANSA. Ces deux outils ont été utilisés avec succès dans l'étude de faisabilité. Une liste d'articles scientifiques en fin de chapitre permettra au lecteur de compléter ces informations.

## Éléments de littérature sur la continuité des soins psychiatriques

### INTRODUCTION

La continuité des soins est habituellement définie comme le mouvement ordonné et ininterrompu des patients parmi les différents éléments d'un système de santé (Bachrach 1981). Dans le domaine de la santé mentale, elle fait surtout référence à la coordination entre services et à la stabilité des relations entre soignant et soigné (Haggerty et al. 2003). Les moments les plus sensibles, en termes de discontinuité, sont souvent les passages d'un service hospitalier à un service ambulatoire ou la collaboration entre services sociaux et de santé. Les conséquences négatives pour les usagers sont parfois importantes. Ainsi, les premiers jours qui suivent la fin d'une hospitalisation sont les plus dangereux en termes de suicide (Qin and Nordentoft 2005) et les réadmissions sont les plus importantes dans la période de 30 jours suivant une hospitalisation (J. Durbin et al. 2006). La discontinuité des soins ne concerne pas seulement les sorties hospitalières. Ainsi, après 15 mois sans suivi, les améliorations, cliniques et sociales, liées à un accompagnement ambulatoire sont largement perdues (Audini et al. 1994). Et nous savons également que, lorsqu'il existe un lien de coordination entre les services de réhabilitation et d'aide à l'emploi, d'une part, et les services psychiatriques, d'autre part, les patients sont moins susceptibles d'abandonner leur accompagnement (Drake et al. 1996; Mueser et al. 2003). C'est dans ce contexte, et celui de la multiplication et de la fragmentation des services dans les communautés à destination des personnes souffrant de troubles mentaux (Peele 2000), que la continuité des soins s'est progressivement imposée comme objectif central de l'organisation des services et indicateur important de l'évaluation des systèmes de soins intégrés.

Dans les lignes qui suivent, nous passerons en revue l'historique du concept de continuité des soins pour aboutir à la définition qui fait consensus aujourd'hui. Nous détaillerons les différents outils qui ont été développés pour mesurer la continuité des soins et nous terminerons par quelques résultats issus d'études sur la continuité des soins des personnes souffrant de troubles mentaux sévères.

### HISTORIQUE

Le concept de continuité des soins est loin d'être univoque et a largement évolué depuis son apparition, dans les années 60. A l'origine, la continuité des soins renvoie essentiellement aux réadmissions hospitalières et aux transferts entre institutions de soins. Une des premières mesures de continuité est ainsi la proportion de patients transférés vers un autre hôpital pendant leur séjour (Pugh and MacMahon 1967). Avec le développement des soins dans la communauté, l'organisation des suivis, après la sortie de l'hôpital, est devenue une préoccupation importante. La continuité des soins intègre alors des dimensions telle que la stabilité de la relation soignant-soigné, l'effectivité des orientations, les échanges d'informations entre services accompagnant le même patient ou la réinscription, dans les soins, des patients avec lesquels le lien s'est rompu.

Les années 80 voient l'apparition en Europe et en Amérique du Nord de nouveaux dispositifs spécifiquement destinés à améliorer la continuité des soins. La gestion de cas (*case management*), les équipes de suivi intensif dans la communauté (ACT) ou les équipes mobiles (*outreach*) ont amélioré la continuité relationnelle avec les patients et la collaboration entre les soins de première ligne et les services. Ces dispositifs ont souvent la particularité d'être responsables à long terme des patients qu'ils suivent, quels que soient leurs besoins. Ils offrent un accompagnement intégré. A cette époque, la continuité des soins est indissociable de ces nouvelles pratiques, à tel point que certaines mesures de la continuité se basent sur la présence ou non d'un gestionnaire de cas dans le réseau du patient (J. Durbin et al. 2006). La vision de la continuité est alors essentiellement organisationnelle et centrée sur les services.

Dans le même temps, apparaissent les premières tentatives de développement conceptuel de la continuité des soins. Avec, pour conséquence, un changement de perspective. L'attention se porte non plus sur l'organisation des services mais sur l'expérience qu'en ont les patients et les personnes qui les accompagnent. Leona Bachrach, particulièrement, contribuera à diffuser une vision individuelle de la continuité des soins (Bachrach 1981). De son point de vue, la continuité des soins est organisée pour et avec le patient et sa famille. Elle doit donc s'évaluer à ce niveau. Ce changement de perspective détachera la continuité des soins des dispositifs et amènera une distinction centrale, entre deux types de continuité.

La continuité longitudinale est la dimension temporelle de la continuité. Il s'agit des liens d'un patient avec un ensemble cohérent de services, dans le temps. Cette dimension se focalise sur l'établissement de plan de soins à long terme, sur des entretiens de suivi régulier ou sur l'anticipation de situations de crise.

La continuité transversale renvoie, quant à elle, à la disponibilité et à l'exhaustivité, à un moment donné, d'un ensemble de services cohérents. Il s'agit, en amont de l'accompagnement d'un patient, pour différents services et intervenants, de travailler ensemble pour intégrer et coordonner différents aspects des soins au-delà des frontières habituelles entre social et santé, médecine générale et psychiatrie, etc. Certains auteurs, poursuivant dans une logique individuelle, réduiront la continuité des soins uniquement à la dimension longitudinale, la continuité transversale renvoyant alors à l'intégration des services, c'est-à-dire à la structure organisationnelle susceptible d'améliorer la continuité des soins.

Outre ces dimensions principales, de nombreuses autres ont été associées à la continuité des soins. Des études qualitatives et ethnographiques sont allées au-devant des patients et des intervenants de terrain pour affiner la conceptualisation de la continuité des soins (N.C. Ware et al. 1999; Hautala-Jylhä, Nikkonen, and Jylhä 2005; Jones et al. 2009; Belling et al. 2011; Diana Rose et al. 2011). L'aspect multidimensionnel de la continuité s'est progressivement imposé. La continuité renvoie maintenant autant à l'implication des patients dans leurs soins ou la confiance entre soignant et soigné qu'à la gestion des transitions ou la régularité des contacts avec un intervenant.

A partir des années 90, de nombreux pays développent des réformes de l'organisation des soins de santé mentale visant l'intégration des services. Les nouveaux services, offrant un ensemble intégré de soins (ACT, outreach), ne suffisent plus. La continuité des soins nécessite de coordonner les différentes ressources du patient, qu'elles soient issues du système de santé, des services sociaux et d'insertion ou du réseau naturel du patient. De nouveaux outils, favorisant la collaboration entre services et avec le patient, émergent : les plans de services individualisés, les directives anticipées, les outils de codécision entre soignant et soigné ou les systèmes de « tuilage », organisant des rencontres avec un nouveau service, directement au sein du précédent. Ces initiatives soutiennent souvent l'implication active des patients dans l'organisation de leur propre parcours de soins. Les réformes, qui apparaissent dans ces années, ne soutiennent pas seulement ce type d'outils ou de services, sans opérer de changement sur le système au sein duquel ces services sont offerts. Elles favorisent la création de réseaux offrant un ensemble continu et coordonné de services à une population définie. Ces processus d'intégration de services doivent permettre une centralisation de la responsabilité vis-à-vis des patients et une limitation des ruptures de suivi. L'objectif est d'organiser les soins en fonction des besoins des patients et de réduire l'impact des frontières administratives entre les services. La continuité des soins est, depuis, de plus en plus considérée comme un élément de mesure de l'effet de ces réformes. Elle est devenue à la fois un résultat attendu de l'intégration des services et un facteur susceptible d'améliorer la situation clinique des patients.

## DEFINITION

Aujourd'hui, la continuité des soins est largement considérée comme la perception des soins, par le patient, sa famille ou ses intervenants-clés, comme un ensemble cohérent et interconnecté, correspondant aux besoins du patient (Haggerty et al. 2003). Les conceptualisations plus anciennes ont été critiquées pour s'être focalisées uniquement sur l'organisation des services et avoir occulté le point de vue des patients sur les soins qu'ils reçoivent (Crawford et al. 2004).

Trois types de continuité sont habituellement décrits dans la littérature. Le premier, le plus léger à mettre en œuvre, est la continuité informationnelle. Elle implique de tenir compte d'informations sur les événements passés ou sur la situation des patients pour offrir un accompagnement adéquat. Elle n'implique pas nécessairement une collaboration avec d'autres acteurs, simplement de disposer d'informations. Le deuxième type est la continuité organisationnelle. Elle est surtout nécessaire à mettre en place pour les personnes qui vivent des problèmes chroniques et complexes. Il s'agit d'une coordination de plusieurs intervenants qui offrent des services complémentaires, notamment via des plans de soins partagés qui permettent de disposer d'une vue sur l'avenir. Le troisième type de continuité, enfin, est la continuité relationnelle. Dans ce cas, ce sont les contacts personnels d'un patient avec une personne ou une équipe qui vont soutenir la continuité. C'est sur ce type de continuité que misent les équipes de suivi intensif dans la communauté (ACT), par exemple.

Par ailleurs, la continuité est également considérée comme un concept multidimensionnel. Les deux dimensions principales sont, d'une part, la dimension longitudinale, c'est-à-dire le lien, dans le temps, des patients avec les services et, d'autre part, la dimension transversale, c'est-à-dire la disponibilité, à un moment donné, d'un ensemble de services cohérents et coordonnés. Si, pendant longtemps, cette multidimensionnalité a contribué à un certain flou entourant le concept, il semble qu'aujourd'hui un consensus se forme. C'est en tout cas ce qu'affirme une revue récente de littérature (Digel Vandyk et al. 2013a), qui fait le point sur les dimensions récurrentes de la continuité des soins :

- > Individualisation des soins et implication des patients : des soins continus sont des soins spécifiquement adaptés à chaque patient et dans lesquels il est activement impliqué.
- > Flexibilité : des soins continus sont des soins flexibles, c'est-à-dire qui vont s'adapter aux besoins changeants des patients. Cela peut impliquer d'adapter les rendez-vous aux habitudes des patients, de prévoir des plages horaires sans rendez-vous ou d'inclure des visites à domicile, par exemple. Cette flexibilité peut parfois nécessiter qu'un intervenant sorte de son cadre de travail habituel pour faire face à une situation, ou bien interpelle des collègues pour faire avancer un dossier. Elle doit également offrir la possibilité au patient d'opérer une rupture avec certaines institutions, ou avec certains intervenants, sans pour autant se retrouver sans soins ou sans accompagnement adapté.
- > Régularité des contacts et proximité relationnelle : des soins continus impliquent des contacts réguliers avec certains intervenants-clés, qui constituent alors un point de repère dans le temps, au-delà des changements d'institutions de soins. La continuité implique également un certain investissement relationnel, une interconnaissance qui est la base de la confiance.
- > Accessibilité : des soins continus impliquent, bien entendu, une accessibilité financière, géographique et culturelle, mais aussi un contact rapide avec les intervenants en cas de nécessité.



> Partage d'informations et coordination : la continuité des soins nécessite de disposer d'informations de qualité à propos du patient, de son contexte et de son parcours de soins. Les événements passés doivent être disponibles et communiqués entre intervenants s'occupant d'une même personne, au même moment ou lors d'épisodes successifs. Il s'agit, par exemple, d'organiser en douceur les transitions d'une institution à l'autre, en faisant en sorte que tout ne change pas d'un coup, en évitant que les personnes doivent répéter toute leur histoire et que la prise en charge soit cohérente entre les institutions. La continuité implique également la coordination de différents acteurs pour faire face ensemble à des situations complexes. Ainsi, lorsque des signes avant-coureurs d'une situation de crise sont identifiés par des intervenants, par la famille ou le patient lui-même, différents intervenants sont susceptibles d'avoir des actions complémentaires et coordonnées : l'adaptation de la médication par le psychiatre, l'organisation de rendez-vous supplémentaires chez le psychothérapeute, la prise en compte avec l'intervenant de l'habitation protégée, des stress liés à la vie quotidienne ou à la cohabitation, , etc.

> Prise en compte de la réalité du patient : dans la foulée de l'individualisation des soins, la continuité nécessite la prise en compte du contexte social des patients : la culture, les valeurs, les comportements, les croyances, etc. Tous ces éléments influencent les patients dans leurs démarches de soin, dans leur utilisation des services, dans leur interprétation des soins. Ils doivent être pris en compte, compris et respectés.

> Responsabilisation des intervenants entre eux et vis-à-vis du patient : la continuité des soins implique une prise de responsabilité collective des intervenants qui suivent une personne. Ensemble, ils organisent un processus de suivi du patient et de son évolution ainsi que l'évaluation régulière de la prise en charge.

### Outils de mesure et présentation de l'ALBERTA Continuity of Service Scale – Mental Health

Depuis les années 60, de nombreuses mesures objectives de la continuité ont été utilisées dans le cadre de la recherche sur l'organisation des services de santé mentale. Il s'agissait pour la plupart de mesures unidimensionnelles. Elles avaient l'avantage de la simplicité et permettaient une quantification. Beaucoup d'auteurs ont ainsi développé leurs propres indicateurs. A titre d'exemple, nous pouvons citer : la proportion de patients, sortis de l'hôpital, qui ont été orientés vers un service ambulatoire et qui y sont toujours six mois plus tard (Barbato et al. 1992), le nombre de fins de suivi dans une période déterminée (Shern et al. 1994), la proportion de patients qui utilisent plusieurs services sociaux et de santé (Sytema, Micciolo, and Tansella 1997), le fait qu'il n'y ait pas d'interruption dans le suivi et que le patient soit suivi par le même membre de l'équipe (Crawford et al. 2004), le fait de recevoir des soins de santé mentale ambulatoire dans les 30 jours après la sortie de l'hôpital (G.A. Greenberg and Rosenheck 2005), la présence d'un plan de soins à la sortie de l'hôpital et un contact avec un service ambulatoire préalablement à la sortie (Farrell, Koch, and Blank 1996) ou encore le nombre de besoins non rencontrés par les services (J. Durbin et al. 2006). Par ailleurs, certaines mesures plus standardisées, conçues à la fin des années 70, sont toujours utilisées aujourd'hui. Le Continuity of care index (COCI) (Bice and Boxerman 1977) mesure la « dispersion » des consultations des patients, en quantifiant le nombre d'intervenants et le pourcentage des visites à ces différents intervenants. L'Usual Provider Continuity Index (UPC) (Breslau and Reeb 1975) mesure la « densité » c'est-à-dire la proportion des consultations du patient chez son intervenant habituel. Enfin, le Sequential Continuity of Care (SECOC) (Steinwachs 1979), mesure l'importance des paires consécutives de consultations auprès du même intervenant. Plus récemment, un index rassemblant les trois précédents a été mis sur pied : le Integrated Continuity of Care index (ICOC) (Chan et al. 2012).

Ces mesures ont été critiquées à partir des années 2000, pour plusieurs raisons. La première est qu'en tant que mesures unidimensionnelles, elles ne correspondent plus à un concept de continuité multidimensionnel. Ensuite, ces mesures se focalisent le plus souvent sur la continuité de la relation avec l'un ou l'autre

intervenant ou sur les modalités de transition entre institutions alors que de plus en plus d'intervenants sont impliqués en même temps, dans le suivi des patients. La communication et la coopération entre les acteurs doivent pouvoir être prises en compte dans une mesure de la continuité. D'autres auteurs ont pointé la nécessité, pour comprendre la prestation de soins, de disposer d'informations à propos des besoins des patients et de l'évolution de ces besoins. Les seules informations sur la régularité ou la persistance des contacts ne suffisent pas. Mais le problème principal est que ces mesures ne sont pas faites pour récolter l'expérience, par les patients, de la continuité des soins alors que les patients, et leurs familles, sont probablement les seuls à même de juger de la continuité entre plusieurs services ou intervenants. Sans leur expérience, il est impossible de savoir si les interventions et les politiques de soins facilitent effectivement la circulation des patients parmi les différents dispositifs de soins. De plus, les mesures objectives ne nous permettent pas de savoir si les dispositifs d'intégration et de coordination améliorent la situation clinique des patients par l'intermédiaire (ou indépendamment) de leur perception de la continuité.

Depuis une quinzaine d'années, plusieurs échelles de mesure de la perception de la continuité par le patient ont ainsi été développées, spécialement pour les soins de santé mentale. Elles sont au nombre de trois : CONNECT développée par l'équipe de Norma Ware de la Harvard Medical School de Boston (N.C. Ware et al. 2003), CONTINU-UM développée par l'équipe de Diana Rose de l'Institute of Psychiatry du King's College de Londres (D. Rose et al. 2009) et enfin l'ACSS-MH développé par l'équipe de Carol Adair de l'Université de Calgary au Canada (Adair et al. 2003). Toutes ces échelles se basent sur des études qualitatives ou anthropologiques qui ont dégagé les dimensions-clefs de la continuité, du point de vue des patients. L'ACSS-MH (Alberta Continuity of Service Scale – Mental Health) est, à l'heure actuelle, considérée comme la meilleure de ces trois échelles (Uijen et al. 2012a). Les deux autres échelles ont été uniquement validées dans le cadre des soins de santé primaire et ne couvrent pas autant de dimensions de la continuité des soins. Cependant, les trois échelles sont relativement récentes, ont encore été peu utilisées et leurs propriétés psychométriques doivent encore être affinées (Joyce et al. 2010; Digel Vandyk et al. 2013b).

L'ACSS-MH a été développée à partir d'un ensemble de dimensions de la continuité extraites de 305 articles théoriques et empiriques et de 36 entretiens avec des patients souffrant de troubles mentaux sévères et persistants. Elle est constituée de 32 items que les patients jugent sur une échelle de Likert à 5 points. Pour l'évaluation de la réforme article 107, 31 items ont été retenus. Trois sous-échelles la composent:

> La cohérence du système de santé ou, a contrario, la perception de la discontinuité entre services, est évaluée par des items comme : « je peux rencontrer rapidement mon intervenant principal lorsque j'en ai besoin » ou « je ne me sens pas impliqué dans les décisions à propos de ma prise en charge », « j'ai eu à répéter mon histoire chaque fois que j'ai eu besoin d'aide ».

> La relation avec les intervenants, soit la fiabilité et la consistance des relations avec ses intervenants de référence et son équipe de soin, est évaluée par des items comme : « mon intervenant principal ne s'intéresse pas seulement à mes symptômes », « on fait régulièrement le point sur ma prise en charge » ou « mon psychiatre peut me faire admettre à l'hôpital s'il m'arrivait d'en avoir besoin ».

> L'adaptativité des soins, soit l'expérience de l'adaptation des services à ses besoins correspond à un item du type « mes rendez-vous peuvent être plus fréquents lorsque je vais moins bien », « on me téléphone pour confirmer un rendez-vous ou pour savoir pourquoi j'ai manqué un rendez-vous » ou « en cas de problème, je peux obtenir de l'aide même en pleine nuit ».



## Efficacité des dispositifs soutenant la continuité de soins

### > L'impact de la continuité sur les patients

Un corpus relativement important d'études a établi un lien positif entre la continuité des soins et le fonctionnement social, la qualité de vie et la diminution des hospitalisations psychiatriques (Puntis et al. 2014). Ainsi, l'étude mesurant la continuité, via le nombre de services recommandés mais non reçus, a mis en évidence un lien positif avec le fonctionnement social dans la communauté (R. C. Tessler 1987). La présence de *case manager*, à trois moments différents, considérée comme un indicateur de continuité, a été associée à moins de charges pour la famille, si le patient vit avec des proches (R. Tessler and Gamache 1994). Une autre étude, mesurant la continuité via le contact préalable à la sortie de l'hôpital entre un patient et un intervenant ambulatoire, a montré que ceux qui avaient eu ce contact préalable étaient plus susceptibles de poursuivre un suivi en ambulatoire et avaient moins de difficultés à faire face à leur symptômes (Olfson et al. 1998). Les personnes, qui ont eu plus de contacts avec l'équipe soignante et moins de "trous" dans leur suivi connaissent une évolution plus positive en termes de fonctionnement social et ont un taux d'hospitalisation plus faible (Brekke et al. 1999). Une étude, qui a mesuré la continuité séquentielle et la distribution des consultations parmi les différents intervenants, a mis en évidence une association positive entre la continuité des soins et la probabilité d'une hospitalisation psychiatrique (Chien et al. 2000). Enfin, La continuité relationnelle, c'est-à-dire, dans le cadre de cette étude, le fait d'être suivi par la même équipe pluridisciplinaire, pendant et après l'hospitalisation, diminue fortement le nombre moyen d'hospitalisations et le nombre moyen de jours d'hospitalisation sur une période de 12 mois (Juven-Wetzler et al. 2012).

D'autres études ont cependant obtenu des résultats moins encourageants, particulièrement en ce qui concerne l'impact de la continuité des soins sur la symptomatologie des patients. Une étude, mesurant le nombre d'intervenants ambulatoires et le temps qui s'écoule sans contact avec les services, a mis en évidence une amélioration de la continuité dans le temps mais sans amélioration de la situation clinique des patients (Bindman et al. 2000). Une autre étude n'a pas pu trouver d'association entre la continuité des soins post-hospitalisation (mesurée par six indicateurs différents) et l'amélioration de la situation clinique des patients (G.A. Greenberg, Rosenheck, and Seibyl 2002). Enfin, une étude définissant la continuité via la présence ou l'absence d'accompagnement ambulatoire et via le temps avant le premier contact avec un intervenant en ambulatoire n'a pas pu montrer de différence en termes de risque de réadmission hospitalière (Sytema, Micciolo, and Tansella 1997).

Ces résultats sont cependant basés sur des indicateurs unidimensionnels variés et difficilement comparables entre eux. Les échelles multidimensionnelles, telles que l'ACSS-MH, sont au début de leur développement et sont encore peu utilisées. Les premiers résultats sont toutefois encourageants. Carol Adair, sur base de l'ACSS-MH, a trouvé une association positive entre la continuité des soins et une meilleure qualité de vie, un meilleur fonctionnement social, une plus faible sévérité des symptômes et une plus grande satisfaction (Adair et al. 2005). Une autre étude, utilisant la même échelle, a identifié la continuité comme un prédicteur de la qualité de vie et de la satisfaction vis-à-vis des services (Joyce et al. 2010).

### > L'impact de l'organisation des services sur la continuité

Un autre type de recherche utilise de plus en plus fréquemment la continuité des soins. Il s'agit des recherches évaluatives des processus de réforme et d'intégration de services. Ces processus visent la création de réseaux de services mettant à disposition une offre de soins cohérente et coordonnée à une population définie. Ces réseaux sont responsables de la prise en charge de la population qui leur est attribuée, pas seulement des patients qui arrivent jusqu'à eux. Les effets attendus sont une responsabilité

centralisée vis-à-vis des patients, la possibilité d'offrir les soins adéquats aux patients au moment où ils en ont besoin, des mouvements plus faciles entre les différents services et des soins plus individualisés. Tout cela est susceptible d'améliorer la continuité des soins qui, elle-même, est susceptible d'améliorer la situation clinique et sociale des patients.

Bien entendu, nous disposons maintenant d'un large corpus de méta-analyses et d'essai randomisés qui mettent en évidence l'impact des équipes de suivi intensif dans la communauté, des équipes d'intervention de crise et des services de santé mentale, sur la diminution des pertes de contact des patients vis-à-vis des services (Crawford et al. 2004) .

Au-delà des éléments composant un réseau de services, la continuité devient également un élément d'évaluation globale d'un système de santé et de comparaison entre systèmes. Ainsi, la Nordic comparative study on sectorized psychiatry a comparé la continuité des soins dans 7 zones de 4 pays européens. Elle a mis en évidence que les prédictors de la continuité sont les contacts préalables à la sortie hospitalière, une plus faible durée d'hospitalisation et une localisation des services ambulatoires proches du domicile des patients (Saarento et al. 1998). Une autre étude a comparé les systèmes de santé mentale dans deux zones d'Italie et des Pays-Bas. Elle a également mis en évidence un lien entre le contact préalable à la sortie, une plus faible durée d'hospitalisation et la continuité du suivi en ambulatoire. Un dernier exemple : une étude, centrée sur les modalités de financement des systèmes de santé, considère le pourcentage des soins de santé mentale, dévolus à l'ambulatoires, comme le prédictor le plus important de la continuité des soins (G.A. Greenberg, Rosenheck, and Seibyl 2002).

## *Éléments de littérature concernant la qualité de la collaboration et la gouvernance.*

**NOTES TIRÉES DE L'ARTICLE:** **Nicholson et al.**, "A governance model for integrated primary/secondary care for the health-reforming first world – results of systematic review", *BMC Health Services Research*, 2013, 13: 528.

Le questionnaire service reprend un outil qui mesure la qualité de la collaboration au sein des réseaux de services. L'une des dimensions investiguées par cet outil est la gouvernance. Cet été, nous avons reçu plusieurs questions quant à la gouvernance. « Qu'est-ce qu'une bonne gouvernance ? », « Qu'est-ce qui est à prendre en compte quand on parle de gouvernance ? », en sont quelques exemples. Nous avons donc souhaité vous proposer dans ce rapport, un résumé d'un article de Nicholson et al., qui justement, synthétise de manière systématique la littérature récente sur les questions de gouvernance dans l'intégration des services de première et seconde ligne en réseaux de soins.

Les réformes des soins de santé qui ont lieu dans les pays développés ont une caractéristique commune : la volonté de mieux intégrer les services de première ligne dans les systèmes de soins existants. Dans ce contexte, les questions de gouvernance sont cruciales : en effet, si la fragmentation des services de santé a créé un système de soins complexe, celui-ci doit néanmoins pouvoir s'adapter à l'évolution des besoins de ses usagers. Or, cette adaptation est facilitée par une bonne gouvernance du réseau de services. D'ailleurs, un consensus sur les objectifs du réseau et sur les mécanismes de gouvernance permettant de les atteindre, est recommandé par l'article.

Les auteurs détaillent dix dimensions de la gouvernance qui facilitent l'intégration de ces services. Quelques exemples d'initiatives concrètes y sont adjoints. Ils insistent cependant sur la nécessité de choisir parmi ces mesures, celles qui correspondent au contexte dans lequel se développe le réseau.

**(1) Une planification commune.** Il s'agit par exemple de mettre en place un accord sur les stratégies communes ; de formaliser les relations entre les stakeholders ; de promouvoir un objectif central au réseau ou encore son autonomie organisationnelle. Un guide de prise de décision collective ou encore un partenariat multiniveau pourront aussi être envisagés. **(2) Technologie d'échange d'informations intégrée.** Comme des outils informatiques qui permettent l'échange systématisé d'informations sur les patients, des outils de comptabilité partagées, ou encore un système de recueil d'informations en vue d'une évaluation sont par exemple mentionnés. **(3) Gestion du changement.** Les auteurs préconisent notamment un management local tant clinique qu'exécutif ; un engagement de ressources suffisantes ; des stratégies concrètes et connues de gestion et d'adaptations aux changements. **(4) Priorité cliniques partagées.** Nicholson et al., parlent d'un réseau de services pluridisciplinaires qui se retrouvent autour de priorités communes, et qui permet de définir des circuits de soins. **(5) Incitants.** Il s'agit par exemple de mettre en commun des ressources financières, permettant de financer de nouvelles initiatives. **(6) Focus sur la population.** C'est-à-dire définir géographiquement la population locale à soigner. **(7) Mesures et usages des données comme outil d'amélioration.** Un recueil d'informations sur le réseau et ses usagers afin d'améliorer la transparence interne et permettre de redéfinir les objectifs du réseau en fonction de ses résultats. **(8) Soutien continu au développement des valeurs de travail en équipe.** D'une part, il existe des formations permettant de créer des liens inter organisationnels et inter professionnels, d'aligner les différentes cultures, qui peuvent être mobilisées par les réseaux. D'autre part identifier les rôles et responsabilités de chacun au sein du réseau est un bon soutien au travail collectif. **(9) Engagement envers les patients et la communauté.** C'est-à-dire inclure les usagers et encourager la participation de la

communauté. **(10) Innovation.** Les innovations en matière de modèles de soins sont soutenues et des ressources sont disponibles.

La revue de la littérature proposée par Nicholson et al., reprend les initiatives mobilisées dans les réseaux pour lesquels l'intégration des services fut un succès. Si ces dix dimensions n'étaient pas toujours présentes ensemble dans chaque article, elles constituent, pour les auteurs, un bon point de départ pour la réflexion sur la gouvernance interne au réseau. Notons que ces neuf dimensions recouvrent les 4 dimensions proposées par Danièle D'Amour dans son étude sur la Centre Locaux de Santé au Québec : objectifs communs, interconnaissance, outils de formalisation et gouvernance.

# **PROCESSUS EVALUATIF 2014**

## **REMARQUES DU TERRAIN.**

**Université Catholique de Louvain- Institut de Recherche en Santé et Société**

## PROCESSUS EVALUATIF 2014 : REMARQUES DU TERRAIN.

Nous avons porté une grande attention aux retours du terrain quant à l'évaluation 2014. Nous avons compilé l'ensemble des emails et courriers reçus des coordinateurs ou des membres de services. Les quelques pages qui suivent reprennent ces principales préoccupations et remarques, et permettent de répondre aux questions suivantes : « Quelles sont les difficultés rencontrées lors de l'évaluation sur le terrain ? »

### QUESTIONNAIRE SERVICES

#### Constitution des listes de services et participation au questionnaire.

- (1) Les listes de services participants étaient fermées et ont été constituées par le coordinateur du projet. Néanmoins, tous les services en contact avec le projet 107 ou avec un des services membres n'ont pas pu être inclus dans cette liste. Certains projets déplorèrent cette fermeture des listes.
- (2) La place des médecins généralistes dans cette liste a également posé questions. Nous avons demandé à chaque médecin généraliste de se considérer comme un service à part entière, et de répondre en conséquence à un questionnaire services distinct. Dans plusieurs projets, cela a posé problème et les médecins généralistes ont donné une réponse groupée.
- (3) Pour chaque partenaire de la liste, nous demandions au coordinateur d'attribuer un type de services. Pour deux types de services, cette classification ne s'est pas avérée assez précise : les soins de médecine générale (volonté de distinguer les maisons médicales comme autre possibilité) et les services sociaux (volonté de distinguer les EFT, les services d'aides au logement, les CPAS etc.)
- (4) Certains services nous ont dès lors relaté leur difficulté à remplir ce questionnaire : il s'agissait surtout des services qui n'ont pas de contact direct avec les usagers et de certains services culturels.

#### Partie SNA

- (5) Certains participants souhaitaient garder des listes de partenaires du SNA « ouvertes ».
- (6) La période de référence pour les questions du SNA était « ces six derniers mois », certains services récents ou récemment impliqués dans le 107 ont eu des difficultés à répondre à cette question.
- (7) La question des partenaires privilégiés a également posé questions : pour certains, leurs partenaires privilégiés se trouvent en dehors du projet 107 auquel ils appartiennent, et ils auraient souhaité en faire état.

#### Questions sur la suite du questionnaire Services

- (8) Certains items permettant de mesurer la qualité de la collaboration (la confiance entre partenaires, le leadership reconnu) ont soulevé des critiques.

(9) Pour la question sur l'existence de référents de soins et de plans de soins individualisés, nous avons reçu deux types de remarques : soit ces questions étaient trop vagues et auraient dû être clairement définies, soit au contraire on appréciait cette marge d'interprétation.

(10) La plateforme web en elle-même avait quelques limites : notamment lorsqu'elle renvoyait un email de rappel de participation à des services qui avaient déjà signifié leur refus de participer à l'équipe de recherche.

## QUESTIONNAIRE USAGERS

(1) Dans certains services, il était difficile de sélectionner 10 usagers (chroniques et complexes) correspondant aux critères ou acceptant de participer à l'étude. Certains services n'ont également pas participé par manque de temps et/ou de moyens. Plusieurs services relevant de la même fonction au sein du projet 107 se sont alors répartis les questionnaires.

(2) L'un des critères d'exclusion d'un usager de l'étude était la possibilité qu'il pâtisse de cette participation. Ou qu'il n'ait pas les capacités à répondre. L'un ou l'autre service nous ont signalé que tous leurs usagers correspondaient à ces situations.

(3) L'identifiant Usager a soulevé de nombreuses craintes chez les acteurs de terrains, de même que la possibilité de déchiffrer certaines signatures en bas des formulaires de consentement éclairés.

(4) Certains services ont eu quelques difficultés à sélectionner aléatoirement leurs usagers.

(5) La période des vacances scolaires n'était pas adéquate pour la sélection des usagers (personnel absent, rendez-vous reportés, fréquentation moindre).

(6) La première partie du questionnaire usager (auto-passation par l'utilisateur) nécessitait parfois que l'on accompagne l'utilisateur. Cette situation pouvait endommager la relation thérapeutique. D'autres travailleurs ont donc dû être mobilisés.

(7) La longueur du questionnaire a recueilli quelques critiques. Certains acteurs nous ont aussi relayé des difficultés à attribuer un score dans une échelle /5. De même, une question sur la sexualité des usagers a été vécue comme très intrusive.

(8) Certaines échelles comprenaient des doubles négations. De même, certains mots comme « modalités de prise en charge » ou « intervenant habituel » n'étaient pas compris par.

Autant que faire se peut, nous prendrons en compte ces remarques pour la collecte des données 2015. Certaines modifications sont en effet facilement réalisables. Par exemple, l'adaptation du vocabulaire du questionnaire usagers, ou encore, le détail des catégories de service de première et troisième fonction dans le questionnaire service.

Néanmoins, pour comprendre les enjeux liés à d'autres remarques, il convient de garder à l'esprit quelques points importants qui ont guidé la mise en œuvre de cette évaluation 2015.

Premièrement, la collecte 2014 est déjà le fruit d'une adaptation suite à l'étude de faisabilité. Ainsi, par exemple, le choix des outils mesurant la qualité de la collaboration ne pourront être révisés. De même, le fait d'avoir interrogé les usagers chroniques et complexes découle de l'étude de faisabilité. Nous sommes néanmoins conscients que les résultats des usagers ne représentent pas l'ensemble de la patientèle d'un réseau, seulement ce type d'usagers.

Deuxièmement, il est important de souligner à nouveau que notre rôle d'évaluateur est d'évaluer l'implémentation de la réforme 107, et non d'évaluer les pratiques des services ou le réseau effectif de chaque service appartenant à un projet 107. C'est pourquoi, par exemple, il nous faut définir la liste des services du SNA aux membres du réseau, même si en pratique, nous en convenons fort bien, les services ont des relations en dehors des réseaux 107.

L'une des sources de difficultés du questionnaire Service est le fait qu'un seul et même questionnaire devait pouvoir être complété et cerner la réalité de terrain de l'ensemble des services de tous les projets 107. Des services aux caractéristiques très différentes étaient ainsi inclus, ce qui limitait notre capacité à prendre en compte la spécificité, le vocabulaire propre à chaque acteur. C'est une difficulté qui se présente dans chaque enquête quantitative, et qui ne découle nullement d'une volonté de nier la spécificité de la réalité de terrain de chaque participant. La question sur l'utilisation des « référents de soins » en est un bon exemple : certains services ont critiqué la formulation vague de ce terme et aurait préféré l'utilisation du terme « case-manager ». Mais, l'utilisation d'un vocabulaire très précis aurait vraisemblablement posé un autre problème : exclure la diversité des pratiques.

Ensuite, tout l'intérêt de l'évaluation 2015 repose dans le fait que nous allons poser les mêmes questions afin d'avoir un suivi longitudinal des données pour pouvoir observer leur évolution. Les éventuelles modifications ne pourront se faire au détriment de ce point. Malgré tout, en 2015, les participants à la recherche pourront toujours compter sur un accompagnement téléphonique ou par mail, pour toute question relative à la recherche, comme ce fut le cas cette année.

Enfin, certains aménagements souhaités sont techniquement impossibles en l'état. L'envoi de message de rappels individualisés tenant compte de la situation de plus de mille services est, compte tenu de nos moyens, par exemple, irréalisable. De même, modifier les critères d'inclusion/exclusion dans l'étude usagers ou encore le mode de construction de l'identifiant sera impossible, puisque c'est la voie qui a été validée par le comité d'éthique.



# **RESULTATS RELATIFS AUX SERVICES MEMBRES DES RESEAUX.**

## Quelle est la qualité de l'information recueillie dans le questionnaire service ?

Quel est le taux de participation, comment varie-t-il entre les réseaux, selon le type de service ?

**Table 1. Taux de participation au questionnaire service selon le projet art.107, le type de service et la fonction, Belgique, 2014, (N= 1015 services).**

| VARIABLE                              | N           | Participation (%) | Chisq   | P value |
|---------------------------------------|-------------|-------------------|---------|---------|
| <b>PROJET<sup>1</sup></b>             |             |                   | 129.828 | <.001   |
| Groupe de contrôle                    | 24          | 96                | .       | .       |
| Q                                     | 21          | 86                | .       | .       |
| O                                     | 30          | 80                | .       | .       |
| S                                     | 17          | 76                | .       | .       |
| T                                     | 11          | 73                | .       | .       |
| I                                     | 41          | 71                | .       | .       |
| A                                     | 118         | 69                | .       | .       |
| N                                     | 30          | 67                | .       | .       |
| H                                     | 55          | 65                | .       | .       |
| G                                     | 62          | 65                | .       | .       |
| M                                     | 34          | 59                | .       | .       |
| K                                     | 36          | 56                | .       | .       |
| E                                     | 78          | 51                | .       | .       |
| J                                     | 41          | 51                | .       | .       |
| F                                     | 68          | 50                | .       | .       |
| D                                     | 78          | 42                | .       | .       |
| L                                     | 36          | 42                | .       | .       |
| B                                     | 103         | 32                | .       | .       |
| P                                     | 29          | 28                | .       | .       |
| C                                     | 102         | 25                | .       | .       |
| <b>FONCTION</b>                       |             |                   | 53.822  | <.001   |
| F1                                    | 234         | 53                | .       | .       |
| F2                                    | 89          | 79                | .       | .       |
| F3                                    | 378         | 43                | .       | .       |
| F4                                    | 164         | 58                | .       | .       |
| F5                                    | 115         | 68                | .       | .       |
| Autre                                 | 34          |                   | .       | .       |
| <b>TYPE DE SERVICES</b>               |             |                   | 81.420  | <.001   |
| médecine générale                     | 116         | 42                | .       | .       |
| centre santé mentale                  | 118         | 64                | .       | .       |
| équipe mobile                         | 89          | 79                | .       | .       |
| service psycho-socio-thérapeutique/HJ | 132         | 51                | .       | .       |
| service social                        | 246         | 39                | .       | .       |
| hôpital psychiatrique                 | 94          | 66                | .       | .       |
| service psychiatrique HG              | 70          | 47                | .       | .       |
| Initiative habitation protégée        | 85          | 72                | .       | .       |
| maison soins psychiatriques           | 30          | 57                | .       | .       |
| self-help                             | 21          | 29                | .       | .       |
| administration-gestion                | 11          | 45                | .       | .       |
| Autre                                 | 2           |                   | .       | .       |
| <b>TOTAL</b>                          | <b>1015</b> | <b>53</b>         | .       | .       |

<sup>1</sup>Les projets sont classés selon leur taille : de A (grands projets) à T plus petits projets.

La table 1 présente les taux de participations au questionnaire service selon le projet, la fonction et le type de services. Ces trois variables sont associées significativement avec la participation à l'enquête ( $\chi^2 > 50$  ;  $p < 0.01$ ). On remarque que la participation au questionnaire varie de 25 à 96%. Néanmoins, en général, la participation est très satisfaisante, avec 15 des 20 projets ayant un taux de participation supérieur à 50%. Le taux de participation varie de 43% dans la fonction 3 à 79% dans la fonction 2. Le taux de participation par type de services varie de 29% (self-help) à 79% dans les équipes mobiles. Notons que le taux relativement faible de la médecine générale peut en partie être expliqué par l'inclusion de chaque médecin généraliste comme un service indépendant, alors que certains d'entre eux ont décidé de répondre de manière groupée dans certains réseaux (voir chapitre précédent sur les difficultés du terrain).

### L'information collectée est-elle valide ?

| <b>Table 2. Analyse de la vraisemblance des informations recueillies dans le SNA, Belgique, 2014, (N= 542 services).</b> |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Indicateurs de vraisemblance</b>                                                                                      | <b>Moyenne</b> |
| Réciprocité à propos des échanges d'informations sur l'utilisateur (%)                                                   | 42.6%          |
| Réciprocité à propos des liens organisationnels (%)                                                                      | 85.5%          |
| Part des liens incontestés à propos des échanges d'informations sur l'utilisateur (%)                                    | 96%            |
| Part des liens incontestés à propos des liens organisationnels (%)                                                       | 97%            |

Pour la partie SNA du questionnaire, nous avons analysé la part de liens réciproques pour les questions d'échange d'informations sur les usagers et de liens organisationnels. Dans les deux cas, la part des liens incontestés est élevée, ce qui gage de la bonne qualité des données recueillies.

Un autre indicateur de qualité de l'information recueillie est l'analyse des réponses répétitives, une tendance à cocher systématiquement la même réponse pour une série d'items proches mais différents d'une même échelle. Cette situation était présente dans notre questionnaire pour l'évaluation des dix dimensions de la qualité de la collaboration selon d'Amour. Nous avons donc analysé la tendance des répondants à répondre de manière répétitive à ces dix dimensions. Seuls 3% des réponses recueillies avaient ce type de profil, ce qui caractérise des données de très bonne qualité.

| <b>Table 3. Proportion (%) de services pratiquant des réponses répétitives au questionnaire de la qualité de la collaboration, Belgique, 2014, (N= 542 services).</b> |          |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------|
| <b>Services pratiquant des réponses répétitives</b>                                                                                                                   | <b>N</b> | <b>Pourcentage</b> |
| Non                                                                                                                                                                   | 525      | 96.86              |
| Oui                                                                                                                                                                   | 17       | 3.14               |

## La participation au questionnaire est-elle liée à la place dans le réseau ?

| <b>Table 4. Degré de centralité selon le statut de participation, pour chaque question du Social Network Analysis (SNA), Belgique, 2014, (N=528 services).</b> |                                      |                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|
|                                                                                                                                                                | <b>Centralité Moyenne (INDEGREE)</b> |                         |
|                                                                                                                                                                | <b>Participants</b>                  | <b>Non participants</b> |
| <b>Relation</b>                                                                                                                                                |                                      |                         |
| Partenaires privilégiés Fonction 1                                                                                                                             | 1.82                                 | 0.88                    |
| Partenaires privilégiés Fonction 2                                                                                                                             | 1.98                                 | 0.58                    |
| Partenaires privilégiés Fonction 3                                                                                                                             | 1.66                                 | 0.90                    |
| Partenaires privilégiés Fonction 4                                                                                                                             | 1.76                                 | 0.79                    |
| Partenaires privilégiés Fonction 5                                                                                                                             | 1.66                                 | 0.64                    |
| Envoi d'usagers                                                                                                                                                | 13.10                                | 10.10                   |
| Réception d'usagers                                                                                                                                            | 10.80                                | 7.73                    |
| Echange d'information à propos d'usagers                                                                                                                       | 12.23                                | 9.02                    |
| Activités organisationnelles du réseau                                                                                                                         | 29.89                                | 28.58                   |

Quand bien même le taux de participation est satisfaisant, il est important de comparer les participants aux non-participants, ce que l'analyse SNA permet : en effet un service non-participant peut malgré tout être cité par les autres services. La table 4 reprend, pour chaque question du SNA, la centralité moyenne des participants à l'étude et des non participants. La centralité d'un service est calculée par le nombre de fois que ce service a été cité par d'autres, et ce pour chaque question du SNA. On peut observer que les participants à l'étude ont été cités plus souvent que les non participants, ce qui montre illustre un point soulevé dans l'étude de faisabilité : les services participants à l'évaluation fédérale ont plus de liens avec le réseau 107 que les services non-participants, de sorte que la participation à l'évaluation et la participation à la réforme au sein d'un projet vont sans doute de pair.

## Fonction(s): Comment s'implémente le modèle à 5 fonctions de la réforme ?

**Table 5. Appartenance déclarée (auto-identification des services) à une ou plusieurs fonctions selon le type de service (coordinateurs, fichier Excel), Belgique, 2014, (N= 542 services).**

|                                       | Appartenir à la fonction 1 | Appartenir à la fonction 2 | Appartenir à la fonction 3 | Appartenir à la fonction 4 | Appartenir à la fonction 5 |
|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
|                                       | moyenne(%)                 | moyenne(%)                 | moyenne(%)                 | moyenne(%)                 | moyenne(%)                 |
| <b>TYPE DE SERVICES</b>               |                            |                            |                            |                            |                            |
| Médecine générale                     | 69%                        | 19%                        | 19%                        | 10%                        | 10%                        |
| Centre santé mentale                  | 84%                        | 48%                        | 17%                        | 0%                         | 3%                         |
| Equipe mobile                         | 20%                        | 79%                        | 20%                        | 0%                         | 11%                        |
| Service psycho-socio-thérapeutique/HJ | 25%                        | 25%                        | 73%                        | 10%                        | 7%                         |
| Service social                        | 15%                        | 8%                         | 56%                        | 7%                         | 8%                         |
| Hôpital psychiatrique                 | 35%                        | 24%                        | 37%                        | 73%                        | 26%                        |
| Service psychiatrique HG              | 48%                        | 18%                        | 15%                        | 88%                        | 12%                        |
| Initiative habitation protégée        | 8%                         | 21%                        | 51%                        | 2%                         | 93%                        |
| Maison soins psychiatriques           | 0%                         | 0%                         | 6%                         | 0%                         | 100%                       |
| Self-help                             | 50%                        | 0%                         | 33%                        | 0%                         | 0%                         |
| Administration-gestion                | 40%                        | 20%                        | 20%                        | 0%                         | 0%                         |
| Autre                                 | 100%                       | 50%                        | 50%                        | 0%                         | 50%                        |
| Tous services                         | 36%                        | 30%                        | 37%                        | 17%                        | 23%                        |
| <b>FONCTION</b>                       |                            |                            |                            |                            |                            |
| Fonction 1                            | 77%                        | 37%                        | 19%                        | 5%                         | 5%                         |
| Fonction 2                            | 20%                        | 79%                        | 20%                        | 0%                         | 11%                        |
| Fonction 3                            | 23%                        | 15%                        | 60%                        | 8%                         | 9%                         |
| Fonction 4                            | 40%                        | 22%                        | 29%                        | 78%                        | 21%                        |
| Fonction 5                            | 6%                         | 17%                        | 41%                        | 1%                         | 95%                        |
| Autre                                 | 54%                        | 15%                        | 31%                        | 0%                         | 8%                         |
| Toutes fonctions                      | 36%                        | 30%                        | 37%                        | 17%                        | 23%                        |

**Table 6. Appartenance déclarée (auto-identification des services) à une ou plusieurs fonctions selon le nombre de fonctions déclarées, Belgique, 2014, (N= 542 services).**

|                                            | Nombre de fonctions déclarées par les services |       |       |      |       |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------|-------|-------|------|-------|
| Se déclarer comme appartenir à la fonction | 1                                              | 2     | 3     | 4    | 5     |
| Appartenir à la fonction 1                 | 49,59                                          | 22,64 | 15,54 | 3,31 | 7,27  |
| Appartenir à la fonction 2                 | 66,37                                          | 0     | 8,85  | 0    | 15,93 |
| Appartenir à la fonction 3                 | 45,81                                          | 15,16 | 23,23 | 6,77 | 5,81  |
| Appartenir à la fonction 4                 | 55,19                                          | 20,77 | 14,35 | 2,45 | 5,13  |
| Appartenir à la fonction 5                 | 55,24                                          | 17,85 | 16,17 | 2,72 | 5,69  |

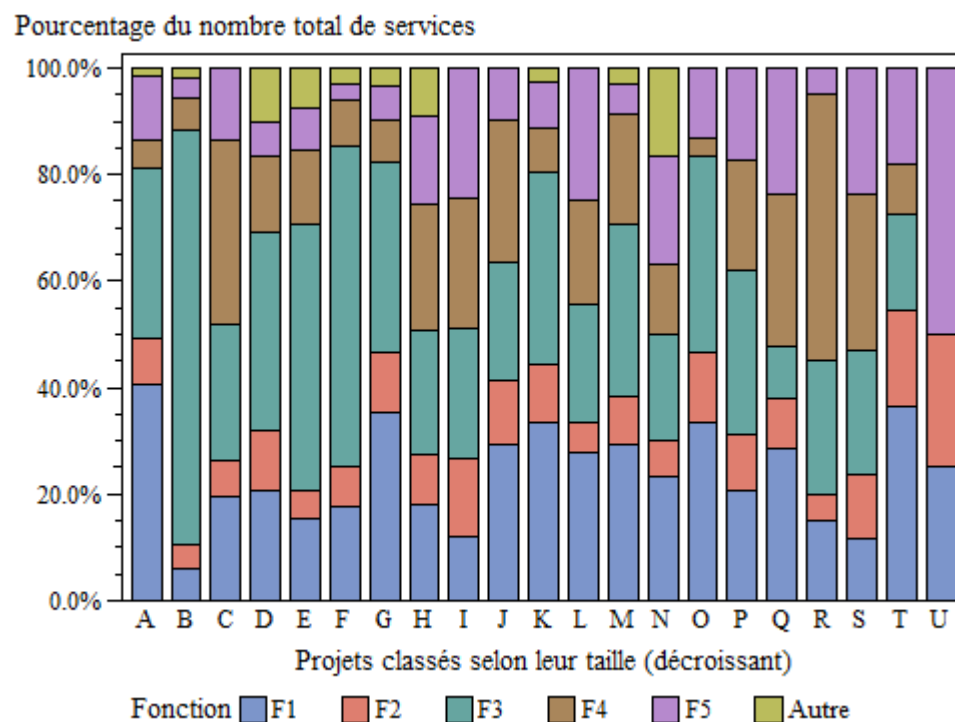
Nous avons effectué une analyse de nos résultats par fonction déclarée par le service. Pour faire ces analyses statistiques, il nous a fallu n'attribuer qu'une seule fonction à chaque service. Bien sûr, cette situation est une simplification analytique nécessaire qui restreint la quantité de l'information. Nous avons catégorisé les services par fonction selon le type de service auquel ils correspondent, c'est-à-dire la typologie utilisée par les coordinateurs des projets pour la constitution des listes de services. Néanmoins, afin d'asseoir ce choix, nous montrons, dans la table 5 la manière dont chaque type de service s'est identifié à chacune des 5 fonctions (attention, les colonnes ne somment pas sur 100% car un service pouvait s'identifier dans plusieurs fonctions). Le tableau indique une très bonne correspondance entre le type de service et l'auto-identification aux fonctions : par exemple 84% des centres de santé mentale se sont identifiés dans la fonction 1, 73% des hôpitaux psychiatriques dans la fonction 4 et 93% des IHP dans la fonction 5. La grande majorité des types de service correspond à la fonction attendue (scores en gras). La table 6 nous apprend que la majorité des services se sont identifiés à une seule fonction, sauf dans les fonctions 1 et 3 où ils sont plus nombreux à s'être identifiés à 2 fonctions où davantage.

Dans la table 7 qui suit, nous nous sommes intéressés à la composition des réseaux selon les fonctions des services qui les composent. Nous avons ainsi classifié chaque réseau selon la fonction modale (la plus fréquente) dans ce réseau, que ceux-ci aient ou non participé à notre enquête. Les réseaux dit « équilibrés », c'est-à-dire où aucune fonction ne prédomine, sont majoritaire (6/19), viennent ensuite les réseaux où la fonction 1 prédomine (5/19), puis ceux où c'est la fonction 3 qui occupe une place prépondérante (4/19). La fonction 4 est prédominante dans 3 des 19 réseaux, et la fonction 5 dans 1 réseau. La composition des deux groupes de contrôle d'Ottignies et de Charleroi est donnée comme point de comparaison. La figure présentée à la page suivante reprend la même information sur la composition des réseaux en termes de fonctions, mais cette fois-ci, les réseaux sont classés selon le nombre de services total (participants et non-participants): du plus grand (à gauche) au plus petit. L'absence de tendance claire dans cette dernière figure montre que la composition des réseaux en termes de fonction est indépendante du nombre de services qui les composent.

## Composition des réseaux.

| Table 7. Composition des réseaux selon la fonction (ensemble des services participants ou non), et fonction la plus représentée dans le réseau, Belgique, 2014, (N=20 projets).                                                                                    |               |               |               |               |               |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-----------|
| PROJET <sup>1</sup>                                                                                                                                                                                                                                                | Fonction1 (%) | Fonction2 (%) | Fonction3 (%) | Fonction4 (%) | Fonction5 (%) | Autre (%) |
| C                                                                                                                                                                                                                                                                  | 8.33          | 20.83         | 20.83         | 37.50         | 12.50         | 0.00      |
| A                                                                                                                                                                                                                                                                  | 34.78         | 13.04         | 31.88         | 4.35          | 14.49         | 1.45      |
| Q                                                                                                                                                                                                                                                                  | 23.53         | 11.76         | 11.76         | 35.29         | 17.65         | 0.00      |
| P                                                                                                                                                                                                                                                                  | 37.50         | 12.50         | 25.00         | 12.50         | 12.50         | 0.00      |
| K                                                                                                                                                                                                                                                                  | 25.00         | 10.00         | 40.00         | 10.00         | 10.00         | 5.00      |
| T                                                                                                                                                                                                                                                                  | 25.00         | 25.00         | 25.00         | 12.50         | 12.50         | 0.00      |
| L                                                                                                                                                                                                                                                                  | 20.00         | 0.00          | 33.33         | 13.33         | 33.33         | 0.00      |
| O                                                                                                                                                                                                                                                                  | 50.00         | 0.00          | 33.33         | 5.56          | 11.11         | 0.00      |
| J                                                                                                                                                                                                                                                                  | 9.52          | 14.29         | 19.05         | 42.86         | 14.29         | 0.00      |
| H                                                                                                                                                                                                                                                                  | 22.86         | 14.29         | 14.29         | 22.86         | 20.00         | 5.71      |
| M                                                                                                                                                                                                                                                                  | 31.58         | 10.53         | 26.32         | 21.05         | 5.26          | 5.26      |
| G                                                                                                                                                                                                                                                                  | 34.21         | 15.79         | 26.32         | 13.16         | 7.89          | 2.63      |
| D                                                                                                                                                                                                                                                                  | 21.88         | 21.88         | 21.88         | 21.88         | 9.38          | 3.13      |
| F                                                                                                                                                                                                                                                                  | 21.21         | 12.12         | 54.55         | 9.09          | 3.03          | 0.00      |
| E                                                                                                                                                                                                                                                                  | 15.00         | 7.50          | 32.50         | 20.00         | 15.00         | 10.00     |
| N                                                                                                                                                                                                                                                                  | 25.00         | 10.00         | 25.00         | 10.00         | 25.00         | 5.00      |
| B                                                                                                                                                                                                                                                                  | 3.03          | 9.09          | 66.67         | 9.09          | 12.12         | 0.00      |
| I                                                                                                                                                                                                                                                                  | 10.71         | 17.86         | 25.00         | 17.86         | 28.57         | 0.00      |
| S                                                                                                                                                                                                                                                                  | 9.09          | 9.09          | 27.27         | 27.27         | 27.27         | 0.00      |
| GC1                                                                                                                                                                                                                                                                | 22.22         | 0.00          | 44.44         | 22.22         | 11.11         | 0.00      |
| GC2                                                                                                                                                                                                                                                                | 0.00          | 50.00         | 0.00          | 0.00          | 50.00         | 0.00      |
| <b>Légende :</b> Composition des réseaux selon cette typologie selon la fonction qui occupe une place prépondérante dans le réseau : avoir une fonction >30% ; On note partage quand aucune fonction ne domine (ou que plusieurs fonctions ont la valeur maximale) |               |               |               |               |               |           |
| <sup>1</sup> Les projets 107 sont classés selon leur taille (nombre de services membres) : de A (plus grand projet) à T (plus petit projet en                                                                                                                      |               |               |               |               |               |           |
| Fonction 1 prédomine                                                                                                                                                                                                                                               |               |               |               |               |               |           |
| Fonction 3 prédomine                                                                                                                                                                                                                                               |               |               |               |               |               |           |
| Fonction 4 prédomine                                                                                                                                                                                                                                               |               |               |               |               |               |           |
| Fonction 5 prédomine                                                                                                                                                                                                                                               |               |               |               |               |               |           |
| Partage                                                                                                                                                                                                                                                            |               |               |               |               |               |           |

Figure 2. Proportion (%) occupée par chacune des fonctions (établies selon la typologie) dans chaque projet (classé par taille). Belgique, 2014, (N= 542 services).





## Quelle est la qualité de la collaboration au sein des projets ? Les points-de-vue divergent-ils selon les fonctions ou els types de services ?

**Table 8. Echelles de la collaboration selon d'Amour : Score Total, Partage des objectifs, Internalisation, Formalisation et Gouvernance. Scores moyens selon le type de service, la fonction et le cycle de vie du projet Belgique, 2014, (N= 542 services).**

|                                       | Score Total de la qualité de la collaboration (d'Amour (/3)) | Score Partage des objectifs et visions d'Amour (/10) | Score Internalisation d'Amour (/10) | Score formalisation d'Amour (/10) | Score gouvernance d'Amour (/10) |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
|                                       | Moyenne                                                      | Moyenne                                              | Moyenne                             | Moyenne                           | Moyenne                         |
| <b>TYPE DE SREVICES</b>               |                                                              |                                                      |                                     |                                   |                                 |
| Médecine générale                     | 2.1                                                          | 6.9                                                  | 6.5                                 | 5.4                               | 5.5                             |
| Centre santé mentale                  | 2.1                                                          | 7.2                                                  | 6.6                                 | 5.6                               | 5.6                             |
| Équipe mobile                         | 2.2                                                          | 7.5                                                  | 6.2                                 | 5.4                               | 6.4                             |
| Service psycho-socio-thérapeutique/HJ | 2.1                                                          | 6.7                                                  | 6.4                                 | 5.1                               | 5.7                             |
| Service social                        | 2.1                                                          | 7.0                                                  | 6.0                                 | 4.9                               | 5.4                             |
| Hôpital psychiatrique                 | 1.9                                                          | 6.6                                                  | 6.3                                 | 4.8                               | 5.2                             |
| Service psychiatrique HG              | 2.1                                                          | 6.8                                                  | 6.2                                 | 5.1                               | 5.3                             |
| Initiative habitation protégée        | 2.2                                                          | 7.3                                                  | 6.8                                 | 5.5                               | 6.1                             |
| Maison soins psychiatriques           | 2.1                                                          | 6.7                                                  | 6.3                                 | 4.6                               | 6.0                             |
| Self-help                             | 1.8                                                          | 5.8                                                  | 5.8                                 | 5.0                               | 5.3                             |
| Administration-gestion                | 2.2                                                          | 6.0                                                  | 6.3                                 | 6.0                               | 6.5                             |
| Autre                                 | 2.0                                                          | 5.8                                                  | 5.8                                 | 5.8                               | 7.1                             |
| <b>FONCTION</b>                       |                                                              |                                                      |                                     |                                   |                                 |
| F1                                    | 2.1                                                          | 7.1                                                  | 6.5                                 | 5.5                               | 5.5                             |
| F2                                    | 2.2                                                          | 7.5                                                  | 6.2                                 | 5.4                               | 6.4                             |
| F3                                    | 2.1                                                          | 6.8                                                  | 6.3                                 | 5.1                               | 5.6                             |
| F4                                    | 2.0                                                          | 6.6                                                  | 6.3                                 | 4.9                               | 5.2                             |
| F5                                    | 2.2                                                          | 7.1                                                  | 6.7                                 | 5.3                               | 6.0                             |
| Autre                                 | 2.0                                                          | 5.9                                                  | 6.0                                 | 5.5                               | 6.0                             |
| <b>CYCLE DE VIE DU PROJET</b>         |                                                              |                                                      |                                     |                                   |                                 |
| Groupe de contrôle                    | 1.8*                                                         | 6.1                                                  | 6.2                                 | 4.9                               | 4.8*                            |
| Projets 2014                          | 2.2*                                                         | 6.9                                                  | 6.5                                 | 5.3                               | 6.1*                            |
| Projets 2012                          | 2.1*                                                         | 7.0                                                  | 6.3                                 | 5.2                               | 5.5*                            |
| <b>TOUS</b>                           | 2.1                                                          | 7.0                                                  | 6.4                                 | 5.2                               | 5.7                             |

\*La différence entre les groupes de projets (2012, 2014, groupe de contrôle) est significative sur cette dimension.

Le tableau 8 ci-dessus présente le score des indicateurs de la qualité de la collaboration (D'Amour, 2009) selon le type de service, la fonction et le cycle de vie du projet dans la réforme. Pour ce qui est de l'analyse

des score totaux (/3), on observe tout d'abord que tous les scores sont supérieurs à la moitié, ce qui témoigne d'une bonne qualité de collaboration. Le groupe de contrôle, les hôpitaux psychiatriques et les services de self-help rapportent une qualité de la collaboration inférieures aux autres projets 107 et type de services. La sous-dimension du score qui recueille un niveau de satisfaction supérieur est le partage des objectifs et des visions au sein du réseau, avec une moyenne de 7/10. Ici, ce sont les services de self help et d'administration et de gestion qui attribuent un score moindre, ce qui pourrait suggérer que les objectifs portés au sein du réseau sont moins connus ou partagés par ces services. Le score du groupe de contrôle est inférieur à celui des projets 107, mais les différences entre groupes sont non significatives. Les scores d'internalisation sont très similaires entre les différentes catégories (entre 6 et 7/10), ce qui suggère un consensus sur la bonne qualité de cette dimension. Le score de formalisation, qui reprend les variables de mises en œuvre d'outils et d'espaces propres au réseau est celui qui recueille la moyenne la plus faible (5.2/10). Plus particulièrement, les services sociaux, les hôpitaux psychiatriques et les maisons de soins psychiatriques attribuent un score inférieur à la moyenne à cette dimension. Ces services sont-ils moins impliqués dans la création d'outils formels ? Sont-ils insatisfaits du nombre ou de la qualité de ceux-ci ? Telles pourraient être quelques pistes d'explications qui devront, bien sûr, être analysée au sein de chaque réseau. Les scores de la gouvernance du réseau sont tous supérieur à 5/10, sauf dans le groupe de contrôle. Parmi les services membres de projets 107, ce sont les équipes mobiles qui attribuent un score élevé à cette dimension. C'est une situation intéressante et révélatrice : ce type de service est un des résultats directs du programme VMSSM, ce qui pourrait être à la fois une cause, mais aussi une conséquence positive d'une bonne gouvernance du projet 107 en ce qui touche aux équipes mobiles. Les services d'administration et de gestion, les IHP et les MSP donnent également des scores élevés à cette dimension. Les services psychiatriques des hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques attribuent des scores moindre à cette dimension ce qui pourrait être le reflet d'une insatisfaction quant à la manière dont est organisée la gouvernance du réseau, ou encore la conséquence de la perte de leadership consécutive à l'implémentation de la réforme.

L'annexe 3 nous permet d'observer des corrélations entre les variables de d'Amour et d'autres variables analysées dans le questionnaire service. Même s'il faudra attendre un suivi longitudinal pour conclure à un lien de causalité entre deux variables, on peut cependant déjà observer un lien significatif entre variables. Ainsi, tout d'abord, il existe une corrélation positive et significative entre les sous-échelles de d'Amour, ce qui signifie que les différentes sous-échelles sont liées entre elles : quand un service évalue positivement un aspect de la collaboration, il a également tendance à évaluer positivement les autres aspects. Il existe également une corrélation entre le score total de d'Amour (qualité globale de la collaboration) et le score de mise en œuvre des outils de la réforme : cela signifie soit que la mise en place des outils de la réforme améliore la collaboration entre les services d'un projet, soit que la collaboration préexistante facilite la mise en place de ces outils. A ce stade, avec les données transversales, il n'est pas possible de départager ces deux explications. La littérature sur la gouvernance des réseaux (section antérieure) plaide certainement pour la deuxième.

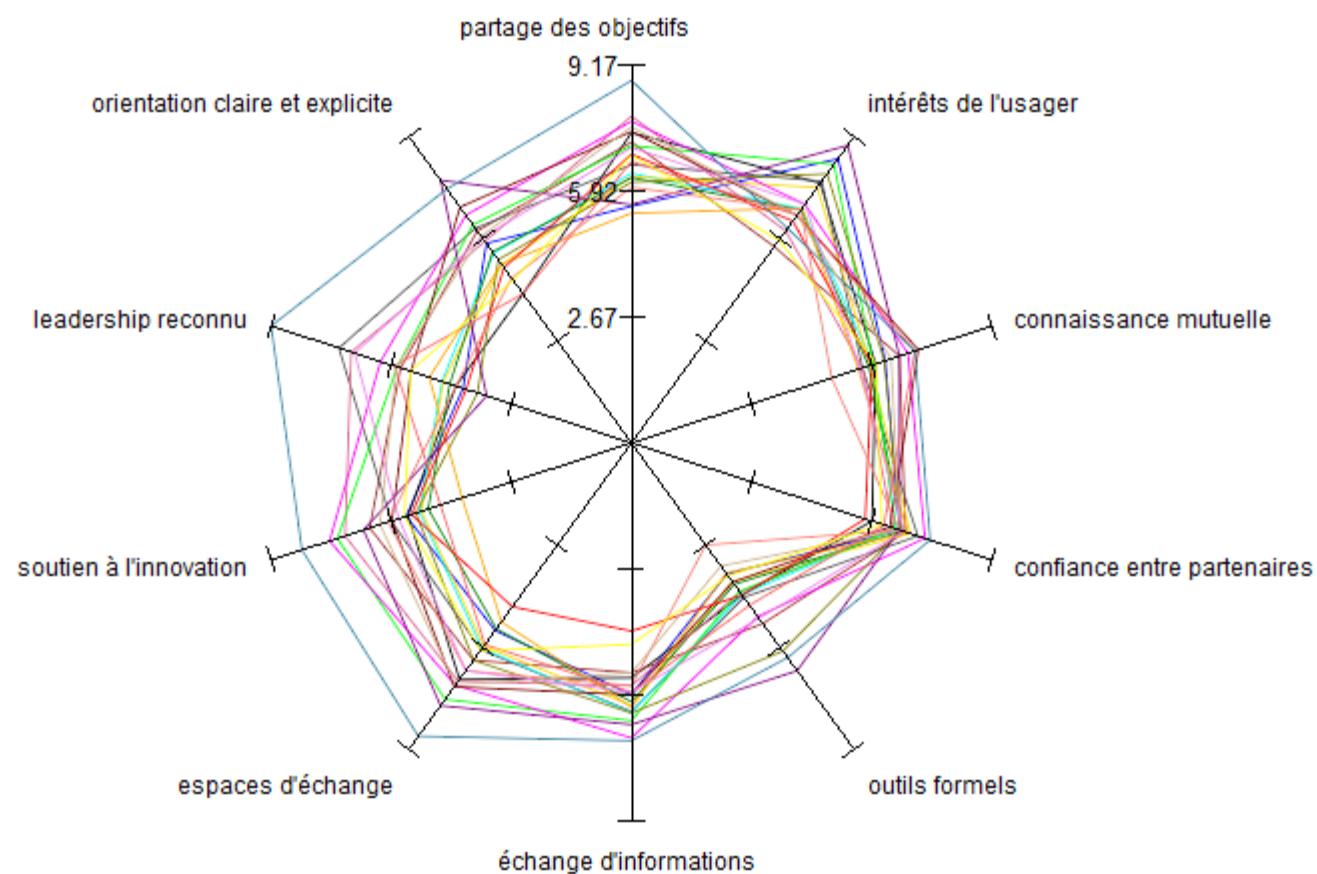
La figure 3 à la page 36 représente le score des 20 projets sur chacune des 10 questions évaluant la qualité de la collaborat. Les projets ont des scores moyens très proches sur les questions de connaissance mutuelle, de confiance entre partenaires (sous-dimension de l'internalisation), ainsi que pour le partage des objectifs et la primauté des intérêts de l'utilisateur (sous-dimension du partage des objectifs et visions). Pour l'existence d'outils formels, d'espaces d'échange, d'échange d'information et de soutien à l'innovation, on observe au contraire beaucoup de variance entre les projets, ce qui témoigne de situations différentes. Les dimensions de gouvernance (leadership et orientation claire) occupent une situation intermédiaire.

Les scores moyens, et les écarts-types de ces 10 questions sont donnés ci-dessous (table 9). Ce tableau propose également une analyse comparée de la variance inter projets et de la variance inter fonctions. La variance inter projets mesure la part des différences entre service qui est attribuable aux projets : au plus cette variance est faible au plus le problème est généralisé et donc – vraisemblablement - structurel; au plus cette variance est élevée au plus le problème se présente différemment d'un projet à l'autre : soit qu'il soit le fait du contexte socio-historico-géographique du projet, soit le fait du fonctionnement effectif du projet. La variance inter fonctions capture la variance entre les fonctions des services : au plus elle est élevée, au plus différents services (dans tous les projets) présentent différents résultats. La variance inter fonctions permet de capturer la difficulté d'intégrer différents services autour de thématiques communes : soit parce que les patientèles sont différentes, soit parce que les métiers ou les objectifs sont différents. Moyennant certaines simplifications, il est possible d'interpréter la variance inter projets comme une source de diversité locale tandis que la variance inter fonctions est une source de diversité structurelle. En ce qui concerne l'échelle de qualité de collaboration, la variance inter fonctions est quasiment nulle pour chacune de ces 10 questions, au contraire de la variance inter projets, qui est importante pour le score des outils formels facilitant la collaboration (15%) et de l'existence d'un leadership reconnu (13%). Cela suggère qu'il s'agit moins d'un problème structurel mais plutôt un problème local.

**Table 9. Dimensions de la qualité de la collaboration selon d'Amour : Scores (/10), variance inter-projets et inter-fonctions, Belgique, 2014 (N= 542 services).**

| Indicateurs de la qualité de la collaboration | Moyenne (/10) | Ecart-type | Variance inter-projets (%) | Variance inter-fonctions (%) |
|-----------------------------------------------|---------------|------------|----------------------------|------------------------------|
| Outils formels                                | 4,3           | 2,7        | 15%                        | 1.6%                         |
| Leadership reconnu                            | 5,0           | 3,7        | 13%                        | 0.0%                         |
| Orientation claire et explicite               | 5,7           | 2,7        | 3.5%                       | 1.0%                         |
| Soutien à l'innovation                        | 5,7           | 2,7        | 7.0%                       | 3.0%                         |
| Échange d'informations                        | 6,0           | 2,0        | 3.8%                       | 0.0%                         |
| Degré de connaissance interne au réseau selon | 6,0           | 1,7        | 1.8%                       | 0.7%                         |
| Espaces d'échange                             | 6,3           | 2,7        | 4.0%                       | 1.2%                         |
| Confiance entre partenaires                   | 6,7           | 1,7        | 1.1%                       | 0.1%                         |
| Partage des objectifs                         | 6,7           | 2,3        | 5.2%                       | 1.1%                         |
| Intérêts de l'usager                          | 7,3           | 2,3        | 7.7%                       | 1.0%                         |
| Score Total                                   | 7,0           | 2,3        | 3.5%                       | 0.3%                         |

**Figure 3. Dimensions de la qualité de la collaboration selon d'Amour (scores /10) pour chacun des projets, Belgique, 2014, (N=20 projets)**



Les scores sont exprimés sur un total de 10. Les graduations représentent la moyenne (/10) et la moyenne+/--erreur standard

## Mise en œuvre des outils de la réforme

Pour atteindre les grands objectifs du programme Vers de Meilleurs Soins de Santé Mentale (VMSSM), un certain nombre d'outils ont été prévus tels que l'utilisation d'un référent de soins, un plan de services individualisés, etc. L'efficacité de la réforme sur l'intégration sociale des usagers et sur la continuité de leurs soins dépendra du degré de mise en œuvre de ces outils. En outre, la littérature sur la gouvernance des réseaux et sur la continuité de soins souligne l'importance des systèmes d'information et des outils de formalisation pour atteindre les objectifs du réseau (voir la section revue de littérature). Lors de rencontre avec les projets, il nous a parfois renvoyé été que le travail en réseau existe depuis longtemps et n'a pas attendu le programme VMSSM : cela est vrai mais témoigne que le partage d'outils communs en est encore à ses débuts.

Le tableau 10 suivant décrit la mise en œuvre des outils de la réforme. Il vise à répondre aux questions suivantes : quelle est l'ampleur de la mise en œuvre certains outils de la réforme (plan de soins individualisés, référent de soins, etc.) ; Quelles sont les différences entre projets, entre fonctions ou type de services ?

| <b>Table 10. Score de mise en œuvre des outils (/3) de la Réforme et sous dimensions (/1): scores moyens, variance inter-projets et inter-fonctions. Belgique, 2014, (N= 542 services).</b> |                               |                   |                                   |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                             | <b>Moyenne ou pourcentage</b> | <b>Ecart-type</b> | <b>Variance inter-projets (%)</b> | <b>Variance inter-fonctions (%)</b> |
| Score de la mise en œuvre des outils de la réforme (/3)                                                                                                                                     | 1.9                           | 0.7               | 7.9%                              | 11%                                 |
| Le responsable a une activité clinique avec les usagers (%)                                                                                                                                 | 50%                           | 0.5               | 2.1%                              | 7.1%                                |
| Désigner un référent de soins (%)                                                                                                                                                           | 50%                           | 0.5               | 12%                               | 5.7%                                |
| Utiliser un plan de soins individualisé (%)                                                                                                                                                 | 60%                           | 0.5               | 11%                               | 9.9%                                |
| Attribuer nommément à chaque usager un ou plusieurs membres du personnel (%)                                                                                                                | 60%                           | 0.5               | 3.4%                              | 2.0%                                |
| Discuter régulièrement en équipe de la situation des usagers (%)                                                                                                                            | 80%                           | 0.4               | 1.7%                              | 3.0%                                |

Le tableau 10 donne un aperçu de l'implémentation des outils de la réforme article 107. Il détaille les résultats en donnant le pourcentage de chaque indicateur (attention, les échelles varient d'un score à l'autre), et détaillent également la manière dont ces indicateurs varient entre les projets et entre les fonctions. Le score moyen de mise en œuvre est de 1.9 un total de 3, ce qui est élevé. Le fait de discuter de la situation d'un usager en équipe est très répandu : 80% des services ont recours à cet outil, et la variance est très faible. Il semble également y avoir peu de variance quant à l'attribution d'un membre du personnel à un usager, ce qui signifie que les situations sont globalement identiques à travers les fonctions et les projets : 6 services sur 10 ont recours à cette pratique. L'utilisation du plan de soins individualisé est mentionnée par 60% des services, tandis que le référent de soins est utilisé dans 50% des cas. La variance inter projets et inter fonctions est intéressante à souligner : il existe à la fois une variance élevée entre fonctions et entre projets. L'application de ces outils présente donc deux grands défis : d'une part le défi structurel d'utilisation

d'outils communs par des fonctions différentes (par exemple, le PSI a une variance inter fonctions de 9.9%) et d'autre part le défi d'utilisation de ces outils dans tous les projets (l'utilisation d'un référent de soins présente une variance inter projets de 12%). Les différences inter fonctions suggèrent que les autorités devraient expliciter comment ces outils devraient être appliqués par les différentes fonctions : les 5 fonctions n'ont pas forcément besoin de développer ces outils dans leur pratique. Les différences inter projets devraient quant-à-elles amener les coordinateurs à se pencher sur ces questions avec leurs partenaires. Le tableau 11 de la page suivante détaille ces résultats selon la fonction, le type de service et le cycle de vie du projet.

Une première information qui ressort de ce tableau est la moyenne des centres de santé mentale, élevée pour toutes les dimensions du score et obtenant une moyenne globale de 2.2/3. Les hôpitaux psychiatriques, les IHP et MSP recueillent également un score global supérieur ou égal à 2/3, et ont des moyennes importantes pour les différents items. La dimension de l'activité clinique du responsable est cependant moins répandue dans les hôpitaux psychiatriques et les IHP. Les services administratifs et de gestion et les services sociaux recueillent sans surprise des scores moins élevés, ce qui peut s'expliquer par l'inclinaison clinique de ces sous-indicateurs. On observe la même tendance en regardant les moyennes de la fonction 3 qui, mise à part la désignation d'un membre de l'équipe et la discussion régulière de la situation d'un usager, score en dessous 50%. Pour ce qui est de ces scores selon l'ancienneté du réseau dans la réforme 107 ou l'appartenance au groupe de contrôle, seuls la dimension de l'activité clinique diffère significativement entre les groupes de projets.

**Table 11. Mise en œuvre des outils de la réforme : Score Total, Plan de soins individualisé, référent de soin, membre(s) du personnel désigné, discussion en équipe, activité clinique du responsable de service Belgique, 2014, (N= 542 services).**

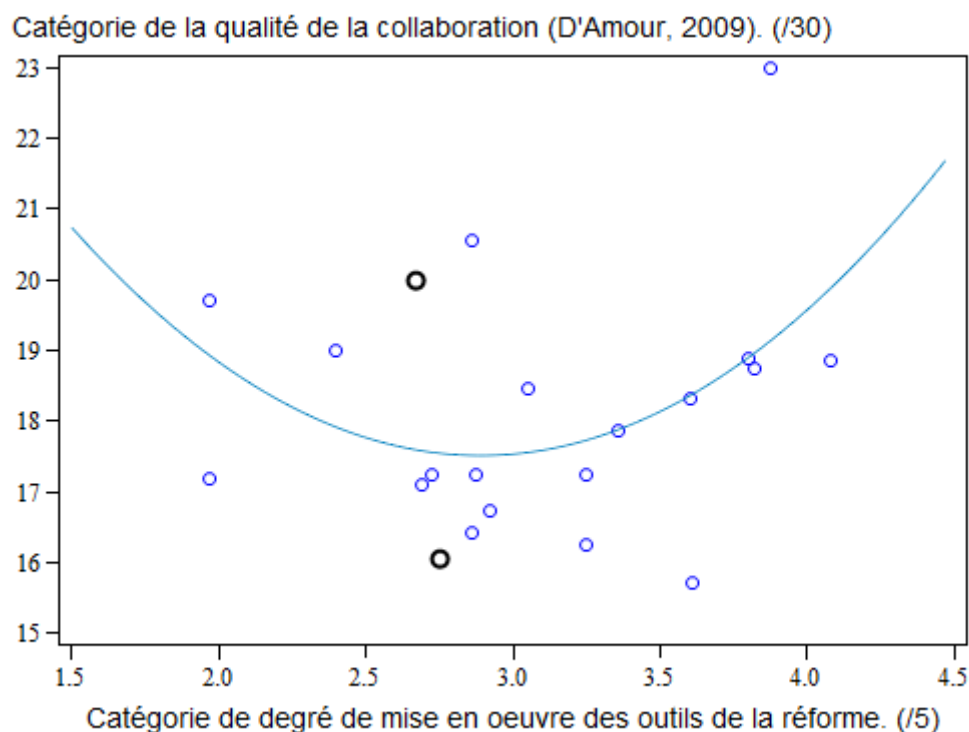
|                                                                                                                      | Score Total de mise en œuvre des outils de la réforme | Utiliser un plan de soins individualisé | Désigner un référent de soins | Attribuer nommément à chaque usager un ou plusieurs membres du personnel pour son suivi | Discuter régulièrement de la situation des usagers | Le responsable a une activité clinique avec les usagers |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                                                                                                                      | Moyenne (/3)                                          | Moyenne (%)                             | Moyenne (%)                   | Moyenne (%)                                                                             | Moyenne (%)                                        | Moyenne (%)                                             |
| <b>TYPLOGIE</b>                                                                                                      |                                                       |                                         |                               |                                                                                         |                                                    |                                                         |
| Médecine générale                                                                                                    | 1,6                                                   | 44.8%                                   | 44.8%                         | 53.4%                                                                                   | 67.2%                                              | 39.7%                                                   |
| Centre santé mentale                                                                                                 | <b>2,2</b>                                            | <b>74.3%</b>                            | <b>66.2%</b>                  | <b>86.5%</b>                                                                            | <b>93.2%</b>                                       | 55.4%                                                   |
| Équipe mobile                                                                                                        | 1,9                                                   | 54.3%                                   | 51.4%                         | 62.9%                                                                                   | 78.6%                                              | <b>62.9%</b>                                            |
| Service psycho-socio-thérapeutique/HJ                                                                                | 1,8                                                   | 49.3%                                   | 46.3%                         | 64.2%                                                                                   | 74.6%                                              | <b>56.7%</b>                                            |
| Service social                                                                                                       | 1,4                                                   | 30.2%                                   | 36.0%                         | 55.8%                                                                                   | 61.6%                                              | 15.1%                                                   |
| Hôpital psychiatrique                                                                                                | <b>2,0</b>                                            | <b>71.0%</b>                            | <b>66.1%</b>                  | 61.3%                                                                                   | <b>82.3%</b>                                       | 54.8%                                                   |
| Service psychiatrique HG                                                                                             | 1,8                                                   | 51.5%                                   | 27.3%                         | 48.5%                                                                                   | <b>84.8%</b>                                       | <b>69.7%</b>                                            |
| Initiative habitation protégée                                                                                       | <b>2,1</b>                                            | <b>76.3%</b>                            | <b>76.3%</b>                  | <b>83.1%</b>                                                                            | <b>93.2%</b>                                       | 49.2%                                                   |
| Maison soins psychiatriques                                                                                          | <b>2,1</b>                                            | <b>76.5%</b>                            | 64.7%                         | <b>70.6%</b>                                                                            | 76.5%                                              | <b>58.8%</b>                                            |
| Self-help                                                                                                            | 1,2                                                   | 33.3%                                   | 16.7%                         | 33.3%                                                                                   | 66.7%                                              | 33.3%                                                   |
| Administration-gestion                                                                                               | 1,4                                                   | 60.0%                                   | 60.0%                         | 20.0%                                                                                   | 40.0%                                              | 20.0%                                                   |
| Autre                                                                                                                | 2,0                                                   | 50.0%                                   | 100.0%                        | 50.0%                                                                                   | 100.0%                                             | 0.0%                                                    |
| <b>FONCTION</b>                                                                                                      |                                                       |                                         |                               |                                                                                         |                                                    |                                                         |
| F1                                                                                                                   | 2,0                                                   | 64.2%                                   | 59.3%                         | 71.5%                                                                                   | 80.5%                                              | 51.2%                                                   |
| F2                                                                                                                   | 1,9                                                   | 54.3%                                   | 51.4%                         | 62.9%                                                                                   | 78.6%                                              | 62.9%                                                   |
| F3                                                                                                                   | 1,6                                                   | <b>37.7%</b>                            | <b>39.5%</b>                  | 60.5%                                                                                   | <b>69.1%</b>                                       | <b>32.1%</b>                                            |
| F4                                                                                                                   | 1,9                                                   | 64.2%                                   | 52.6%                         | <b>56.8%</b>                                                                            | 83.2%                                              | 60.0%                                                   |
| F5                                                                                                                   | 2,1                                                   | 76.3%                                   | 73.7%                         | 80.3%                                                                                   | 89.5%                                              | 51.3%                                                   |
| Autre                                                                                                                | 1,4                                                   | 46.2%                                   | 46.2%                         | 30.8%                                                                                   | 61.5%                                              | 23.1%                                                   |
| <b>CYCLE DE VIE DU PROJET</b>                                                                                        |                                                       |                                         |                               |                                                                                         |                                                    |                                                         |
| Groupe de contrôle                                                                                                   | <b>1,9</b>                                            | 43.8%                                   | 43.8%                         | 43.8%                                                                                   | 68.8%                                              | <b>75.0%*</b>                                           |
| Projets 2014                                                                                                         | <b>1,9</b>                                            | 56.8%                                   | 50.0%                         | <b>67.5%</b>                                                                            | <b>82.0%</b>                                       | 52.4%*                                                  |
| Projets 2012                                                                                                         | 1,8                                                   | 56.5%                                   | 55.2%                         | <b>64.0%</b>                                                                            | <b>76.0%</b>                                       | 43.5%*                                                  |
| <b>Tous</b>                                                                                                          | 1,9                                                   | 56.2%                                   | 52.9%                         | 64.7%                                                                                   | 78.1%                                              | 47.9%                                                   |
| * La différence entre les groupes de projets (2012, 2014, groupe de contrôle) est significative sur cette dimension. |                                                       |                                         |                               |                                                                                         |                                                    |                                                         |

**Table 12. Classements des objectifs de la réforme : scores moyens, variance inter-projets et inter-fonctions. Belgique, 2014, (N= 542 services).**

|                                                         |     |     |      |     |
|---------------------------------------------------------|-----|-----|------|-----|
| Rang de la Continuité de soins (/4)                     | 1.9 | 0.8 | 0.9% | 14% |
| Rang du Rétablissement (/4)                             | 2.0 | 1.0 | 0.0% | 15% |
| Rang du soin dans la communauté (/4)                    | 2.3 | 0.9 | 0.2% | 12% |
| Rang de l'Intensification des soins psychiatriques (/4) | 3.7 | 0.8 | 0.6% | 30% |

Pour analyser le classement des objectifs présentés à la table 12, il faut garder à l'esprit qu'au plus un score est bas, au plus il est important pour le service (1 signifie premier rang de priorité). On observe ici que la continuité des soins et le rétablissement ont été les mieux classés, à l'opposé de l'intensification des soins. On notera ici que c'est la variance inter fonctions qui est la plus importante, ce qui signifie que des fonctions différentes ont des préoccupations différentes. Cette variance ne se retrouve pas entre les réseaux, ce qui souligne que ceux-ci vivent une situation similaire en termes de priorisation des objectifs.

**Figure 4. Scores totaux de mise en œuvre des outils de la réforme et de la qualité de la collaboration, Belgique, 2014 (N=21 projets).**



La figure 4 ci-dessus situe les 19 projets 107 et les deux groupes de contrôle (en noir), selon leur niveau de mise en œuvre des outils de la réforme susmentionnés, et la moyenne du score de la qualité de collaboration. Il existe une relation non-linéaire entre ces deux indicateurs. En-dessous d'un certain seuil de la mise en œuvre des outils de la réforme (2.5/5), nous observons une diminution de la qualité de la collaboration, au-delà de ce seuil, la qualité de la collaboration croît avec le degré de mise en œuvre des outils de la réforme. Notons que cette figure présente également des projets « outliers » qui s'écarte de la courbe : il s'agit de 3 projets 107 et d'un groupe contrôle qui ont une qualité de collaboration élevée (19+) et un degré de mise en œuvre plutôt faible (2.5 ou moins). Cela peut être dû à des éléments contextuels du projet ou à des éléments



méthodologiques (tel que le taux de participation du projet par exemple). Des analyses plus approfondies devraient permettre de mieux comprendre ces résultats.

## 7. Les équipes mobiles.

Les équipes mobiles sont une création directe du programme VSSM. Leur objectif est d'offrir des alternatives à l'hospitalisation, de favoriser l'accessibilité aux soins et d'offrir des soins individualisés dans la communauté. Ainsi que le mentionne le Guide VMSSM, cette fonction doit travailler en complémentarité avec les autres fonctions. La fonction 2 participe donc aussi des objectifs globaux de la réforme. Parce que cette fonction est nouvelle dans le paysage des soins de santé mentale, nous avons évalué un certain nombre de points en nous inspirant des échelles de fidélité des équipes ACT. Ces questions s'adressaient aux équipes mobiles (2a et 2b), y compris aux SPAD.

| <b>Table 13. Caractéristiques des équipes mobiles, moyenne, variance inter-projets, Belgique, 2014, (N= 49 services).</b> |          |          |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|-----------------------------------|
| <b>Dans les équipes mobiles ...</b>                                                                                       | <b>%</b> | <b>N</b> | <b>Variance inter-projets (%)</b> |
| Il y a un Expert d'Expérience dans l'équipe                                                                               | 19%      | 48       | 1.9%                              |
| Il y a un Psychiatre dans l'équipe                                                                                        | 61%      | 49       | 5.0%                              |
| Cas de non intervention définis explicitement                                                                             | 62%      | 47       | 22%                               |
| L'équipe accompagne l'utilisateur lors de la sortie de l'hôpital                                                          | 85%      | 47       | 5.9%                              |
| Cas d'intervention définis explicitement                                                                                  | 85%      | 47       | 9.8%                              |
| Il y a un Infirmier Psychiatrique dans l'équipe                                                                           | 86%      | 49       | 0.1%                              |
| Plan d'inclusion définis explicitement                                                                                    | 87%      | 47       | 52%                               |
| Il y a un Psychologue dans l'équipe                                                                                       | 90%      | 49       | 0.3%                              |
| L'équipe accompagne l'utilisateur lors de l'hospitalisation                                                               | 94%      | 47       | 18%                               |
| Il y a un Travailleur social dans l'équipe                                                                                | 94%      | 49       | 14%                               |

Pour étudier les caractéristiques des équipes mobiles, nous nous sommes intéressés aux critères de qualité présents dans la littérature sur les ACT **teams (Cf. annexe )**, et nous avons demandé aux équipes mobiles de répondre à l'existence de telles initiatives dans leur équipe. Globalement, les résultats, présentés dans la table 13 sont très positifs : outre l'existence d'un expert d'expérience, ces initiatives sont partagées par 60% des équipes mobiles. De plus, le relais avec l'hospitalisation semble bien installé, la présence de travailleurs sociaux, d'infirmiers psychiatriques et de psychologue au sein de l'équipe est également largement répandue. Définir des cas de non intervention et inclure un psychiatre dans l'équipe pourraient être envisagés par un peu moins de 40% des équipes mobiles. Notons qu'on n'a pas trouvé de différences significatives entre les résultats des projets 107 et du groupe de contrôle, ce qui pourrait signifier que les équipes du groupe de contrôle suivent déjà ces recommandations internationales.

La mise en œuvre des équipes mobiles présente des différences inter projets assez faibles sauf pour deux points importants : les critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que l'accompagnement à l'admission hospitalière. Cela signifie que le groupe cible des équipes mobiles reste un sujet abordé de manière différente d'un projet à l'autre ; en outre, le rôle des équipes dans les admissions hospitalières reste encore flou dans certains projets.

# **RESULTATS RELATIFS A LA STRUCTURE DES RESEAUX.**

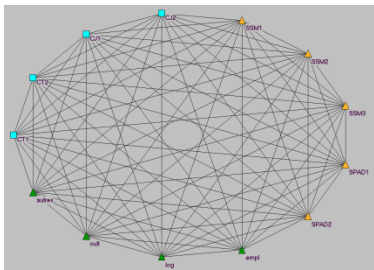
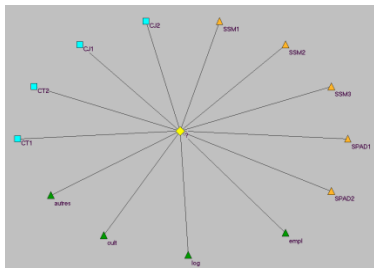
## RESULTATS RELATIFS A LA STRUCTURE DES RESEAUX

### Introduction

Dans le cadre de l'étude générale de mise en œuvre et d'évaluation de la réforme « vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins », plusieurs niveaux d'analyse sont pris en compte. L'un de ces niveaux concerne l'analyse de la structure des réseaux de relations qui se mettent en place entre les différents services intégrant les 19 projets de réseau impliqués dans la réforme. Sur un plan structurel, on distingue globalement deux grands types de réseaux : les réseaux qui favorisent la densité des liens existant entre les services (les services tendent à être tous en contact avec tous les autres), et les réseaux qui favorisent la centralisation des liens (un service central est en contact avec ses partenaires). La littérature scientifique suggère que ces différentes structures de réseau répondent mieux, soit à différents types d'utilisateurs, soit à différentes activités opérationnelles cliniques ou encore à différentes modalités de gouvernance des réseaux (Leutz, 1999). On peut résumer ces capacités selon deux idéaux-type, comme dans le tableau 14.

Comme on peut le voir, du côté des utilisateurs, un réseau favorisant la densité serait mieux adapté à des utilisateurs relativement stables, ayant un besoin d'autonomie, capables de piloter par eux-mêmes leur trajectoire de soins en allant chercher les ressources dont ils ont besoin auprès du service correspondant.

**Table 14 : Types de structure de réseau et correspondance avec des types d'utilisateurs et des activités du réseau.**

|                     | Réseau « Dense »                                                                        | Réseau « Centralisé »                                                                |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
|                     |      |  |
| <b>Utilisateurs</b> | Besoin d'autonomie<br>Stables                                                           | Besoin de coordination<br>Instables                                                  |
| <b>Services</b>     | Petit nombre de prestataires,<br>successifs                                             | Grand nombre de prestataires,<br>simultané                                           |
| <b>Opérations</b>   | Dépistage, monitoring, mise au point<br>Multiples trajectoires de soins<br>(adaptation) | Case-management, activation<br>Diffusion d'information<br>(communication)            |
| <b>Gouvernance</b>  | Partagée                                                                                | Dirigée                                                                              |

Un réseau dense serait également plus efficace lorsque l'utilisateur a besoin d'un petit nombre de prestataires, surtout dans une séquence successive. Une structure de réseau dense multiplie les trajectoires possibles, répondant ainsi à des besoins d'adaptabilité (chaque trajectoire de soins peut-être différente). Enfin, un tel réseau est adapté à une gouvernance partagée. D'un autre côté, un réseau centralisé correspondrait mieux à des utilisateurs moins stables, plus sévères, ayant plus besoin d'être orientés dans le réseau. Ils répondraient

donc à des usagers en besoin de coordination. Un réseau structuré de cette manière faciliterait la collaboration d'un plus grand nombre de prestataires, notamment lorsqu'ils doivent collaborer simultanément avec l'utilisateur. Une structure de réseau centralisé limite les trajectoires possibles, répondant ainsi à des besoins de coordination. Un tel réseau est adapté à une gouvernance également centralisée.

En outre, les relations qui se mettent en place entre services au sein d'un réseau de santé peuvent être de nature clinique (usagers qui circulent entre les services, ou échanges d'information à propos de usagers) ou de nature organisationnelle (participation commune à des réunions de gestion, flux de personnel, voire flux financiers) (Milward, 1998)

Dans le cadre de la réforme « Art. 107 », la structure des réseaux n'a pas été définie, pas plus que le type de usagers pour lesquels une prise en charge en réseau est adaptée, ni le nombre et le type de services à inclure. La réforme ne privilégie pas davantage un type d'opération à réaliser. Tout au plus met-elle en avant un mode de gouvernance de préférence partagée, avec un coordinateur de réseau en tant que facilitateur (Nicaise, 2014). Un examen attentif du Guide de la réforme nous permet de voir qu'au niveau des usagers, la modalité de l'organisation en réseau concerne « *l'ensemble des intervenants présents sur un territoire délimité qui auront à créer des stratégies pour répondre à l'ensemble des besoins en santé mentale de la population de ce territoire* » (p. 10). Par ailleurs, le Guide de la réforme préconise la mise en œuvre de 5 fonctions de soins qui pourraient correspondre à des structurations de réseau différentes.

Ainsi, en termes d'évaluation, nous ne disposons pas d'un modèle-type de réseau qu'il serait souhaitable de mettre en œuvre : tant la littérature scientifique que le canevas de la réforme suggèrent une diversité de groupes-cible de usagers, d'opération à réaliser et de mécanismes de gouvernance qui pourraient trouver leur place dans une diversité de structurations. Dans le même temps cependant, on sait que toutes ces attentes et ces objectifs ne peuvent être réalisés simultanément avec un seul type de réseau.

L'objectif de cette partie du dispositif d'évaluation est donc de décrire le réseau-type de la réforme qui émerge de l'activité des projets de réseau près un à deux ans de fonctionnement effectif (selon l'approbation de ces projets par la Conférence Interministérielle). A ce niveau de l'étude, cette description sert de point de repère en vue de mesurer en quoi les 19 réseaux effectivement mis en œuvre sont proches de ce réseau-type ou en quoi ils s'en différencient. Ce modèle-type doit donc être considéré comme un modèle descriptif, et non comme un modèle normatif : il s'agit d'une sorte de réseau moyen résultant des projets locaux, et non d'un modèle à suivre.

## Méthode

### Collecte de données

L'évaluation porte sur les relations déclarées entre services membres des 19 réseaux de services reconnus dans le cadre de la réforme. Les listes de services ont été validées par les coordinateurs des 19 réseaux. Chaque service ainsi identifié a été invité à compléter en ligne un questionnaire à propos de son service. Dans ce questionnaire, **l'étude de la structure des réseaux** a été abordée à l'aide de 4 questions portant chacune sur une relation spécifique (questions 3.1 à 3.3 et 4 du questionnaire service).

Premièrement, les relations à caractère clinique ont été abordées par une question portant sur : l'envoi d'usagers, la réception d'usagers et l'échange d'informations à propos d'usagers. Pour chacune de ces relations, le service répondant a reçu la liste complète des services membres de son réseau (« *roster* »). Pour chacun de ces services, le service répondant devait déclarer s'il a envoyé des usagers à ces services, reçu des usagers provenant de ces services, ou échangé des informations avec ces services à propos de usagers. La

question portait sur la période des 6 derniers mois précédant la passation du questionnaire. En outre, chaque service répondant pouvait déclarer si, pour chaque relation, il avait eu « *rarement* » ou « *souvent* » des contacts.

Deuxièmement, les relations à caractère organisationnel ont été abordées par une question spécifique. De la même manière, chaque service répondant a reçu la liste complète des services membres de son réseau. Pour chacun de ces services, le service répondant devait déclarer s'il a eu des contacts avec ces services dans le cadre de l'organisation du réseau « Art. 107 » (cela couvrant les réunions de comités de pilotage, de groupes de travail, de fonctions, d'actions communes etc.) La question portait également sur la période des 6 derniers mois précédant la passation du questionnaire. En outre, chaque service répondant pouvait déclarer si ces contacts ont eu lieu « *moins d'une fois par mois* », « *une fois par mois* » ou « *deux fois par mois ou plus* ».

Par ailleurs, l'étude de la **mise en place des circuits de soins** a été abordée à l'aide de 5 questions, chacune dédiée à l'une des fonctions de soins de la réforme (questions 5 à 9). Pour ces questions, chaque service répondant pouvait désigner jusqu'à 3 services considérés comme partenaires privilégiés pour la mise en œuvre des activités de chacune des fonctions. Ces 3 services étaient à désigner dans la liste des partenaires du réseau.

### Analyse des données

L'analyse de ces données a été réalisée grâce aux concepts et outils de Social Network Analysis (SNA). Au niveau de l'analyse du réseau-type émergeant de la réforme, les services ont été regroupés soit par types de service selon la typologie de services présentée dans le rapport de l'étude de faisabilité, soit par fonction de soins (selon la proposition du Guide de la réforme), sur base d'une hétéro-attribution (classification réalisée par les chercheurs) des fonctions aux services sur base de leur activité principale. On a vu ailleurs que l'hétéro-attribution des fonctions aux services est largement consistante avec l'auto-attribution des fonctions (classification réalisée par les répondants au questionnaire services)

Les réseaux investigués sont tous caractérisés par une valeur de densité (ratio du nombre de liens déclarés sur l'ensemble de liens possibles). Pour les analyses de **la structure des réseaux** (basées sur les questions 3.1. à 4), les liens déclarés entre services ont été pondérés en fonction de la fréquence de contacts déclarée. Ainsi, pour les questions 3.1. à 3.3., où les services pouvaient déclarer avoir eu des contacts « *rarement* » ou « *souvent* », les liens correspondant aux contacts « *rare*s » ont reçu la valeur de 1, et les liens correspondant aux contacts fréquents (« *souvent* ») ont reçu la valeur de 2. Pour la question 4, les contacts ayant eu lieu « *moins d'une fois par mois* » ont reçu la valeur de 1, les contacts d'« *une fois par mois* » ont reçu la valeur de 2, et les liens de « *deux fois par mois ou plus* » ont reçu la valeur de 3. Les liens existant entre catégories de services (types de services ou fonctions de soins) ont donc une valeur qui correspond à la somme des liens pondérés déclarés entre services appartenant aux catégories visées. Enfin, pour chacune des catégories de services (types de services ou fonctions de soins), on a calculé le nombre moyen de citations pondérées par service (*average weighted in-degree*).

Ces valeurs permettent de mesurer de manière basique l'*homophilie relative* des catégories de services (types de services ou fonctions de soins). L'homophilie est la tendance des services à se connecter prioritairement avec d'autres services de la même catégorie (par exemple, un hôpital psychiatrique avec un autre hôpital psychiatrique, ou un service de la fonction 3 avec un autre service de la fonction 3). La tendance contraire est dénommée *hétérophilie*. Etant donné que nous utilisons, d'une part, une typologie distinguant 12 types de services, et d'autre part, 6 catégories de fonctions de soins (les 5 fonctions de la

réforme et une catégorie « autre »), tous les services sont hétérophiles d'un point de vue absolu (autrement dit, ils ont tous plus de liens déclarés vers des catégories de services différents que de liens déclarés vers la même catégorie de services). Cela s'explique simplement par le plus grand nombre de services appartenant à d'autres catégories. Toutefois, l'utilisation des degrés entrants pondérés moyens permet de mesurer l'homophilie relative, c'est-à-dire en tenant compte de ces différences d'effectif dans les différentes catégories.

Pour les analyses de la mise en place des **fonctions de soins**, les liens ont une valeur qui correspond à la somme des liens déclarés entre types de service, et on a calculé le nombre de citations de chaque type de service (*in-degree*).

## Résultats principaux

### Structure des réseaux

Les 19 réseaux participant à l'étude regroupent un total de 1014 services (voir page 26). Au total, pour les 4 relations investiguées au niveau de la structure des réseaux — trois relations cliniques (envoi d'usagers, réception d'usagers, échange d'informations) et une relation organisationnelle — les réseaux ont déclaré le nombre de liens repris dans la table 15.

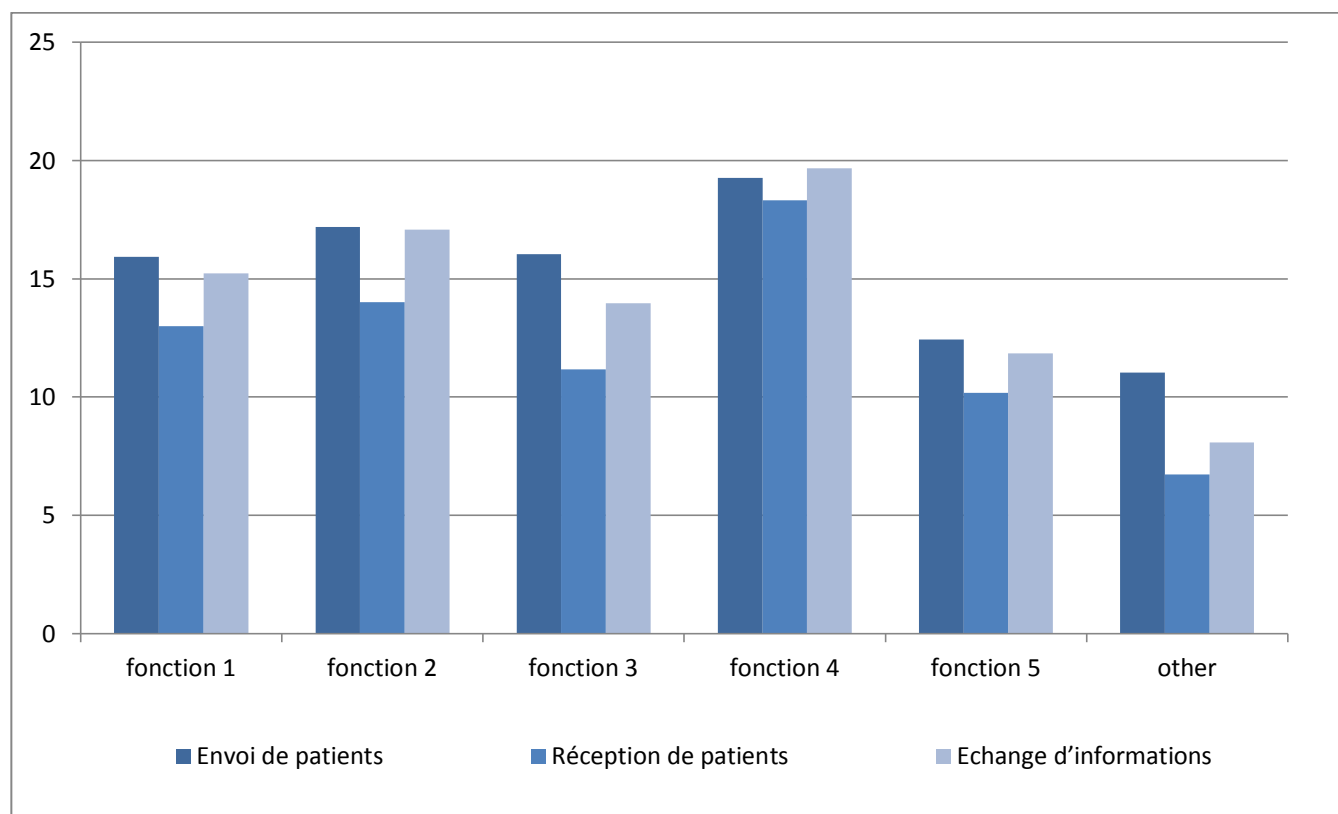
| <b>Table 15 : Total du nombre de liens déclarés par relation pour l'ensemble des projets et densité (ensemble des services, réseau ouvert)</b>      |                 |                     |                        |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------|------------------------|---------------------------|
|                                                                                                                                                     | Envoi d'usagers | Réception d'usagers | Echange d'informations | Contacts organisationnels |
| Nombre de liens                                                                                                                                     | 11518           | 9230                | 10571                  | 10765                     |
| Densité* (%)                                                                                                                                        | 16,8%           | 13,5%               | 15,4%                  | 15,7%                     |
| *Densité calculée sur les réseaux ouverts (y compris les citations vers des services n'ayant pas participé à l'enquête service), liens non-pondérés |                 |                     |                        |                           |

Comme on peut le voir, la densité globale de liens est très similaire sur les 4 réseaux. Toutefois, la répartition de ces liens entre fonctions de soins offre une information plus détaillée.

Si l'on considère les déclarations de liens pour les trois relations cliniques (envoi d'usagers, réception d'usagers, échange d'informations) selon les fonctions de soins, on constate un nombre pondéré moyen de citations se répartissant tel que repris dans la table 16 et la figure 5.

| <b>Table 16. Nombre moyen de citations pondérées (degrés entrants pondérés moyens « Weighted average indegree » ) par service pour les différentes fonctions de la réforme par relation clinique</b> |                  |                 |                     |                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------|---------------------|------------------------|
| Fonction                                                                                                                                                                                             | Nbre de services | Envoi d'usagers | Réception d'usagers | Echange d'informations |
| fonction 1                                                                                                                                                                                           | 234              | 15.9            | 13.0                | 15.2                   |
| fonction 2                                                                                                                                                                                           | 89               | 17.2            | 14.0                | 17.1                   |
| fonction 3                                                                                                                                                                                           | 378              | 16.0            | 11.2                | 14.0                   |
| fonction 4                                                                                                                                                                                           | 164              | <b>19.2</b>     | <b>18.3</b>         | <b>19.7</b>            |
| fonction 5                                                                                                                                                                                           | 115              | 12.4            | 10.2                | 11.8                   |
| Autre                                                                                                                                                                                                | 34               | 11.0            | 6.7                 | 8.1                    |

Figure 5. Nombre moyen de citations pondérées « Weighted average indegree » (degrés entrants pondérés moyens) par service pour les différentes fonctions de la réforme par relation clinique



Pour rappel, sur chacune de ces relations, les services pouvaient déclarer s'ils avaient des liens « *rarement* » ou « *souvent* » avec d'autres services. Les valeurs reprises dans le tableau montrent le nombre moyen de citations par service appartenant aux différentes fonctions, tenant compte que les liens « *rare* » ont une valeur de 1 et les liens « *fréquents* » une valeur de 2. Ainsi, par exemple, dans le cadre de la relation d'envoi d'utilisateurs, chaque service de la fonction 1 a en moyenne été cité 15,9 fois. On peut ainsi constater qu'en moyenne, ce sont les services de la fonction 4 qui sont le plus souvent cités dans les trois relations, suivis des services de la fonction 2, 1 et 3. Les services de la fonction 5 apparaissent comme moins souvent cités.

Si l'on considère la relation d'envoi d'utilisateurs, la répartition de ces citations selon la fonction du citant se répartit comme dans la table 17 de la page suivante :

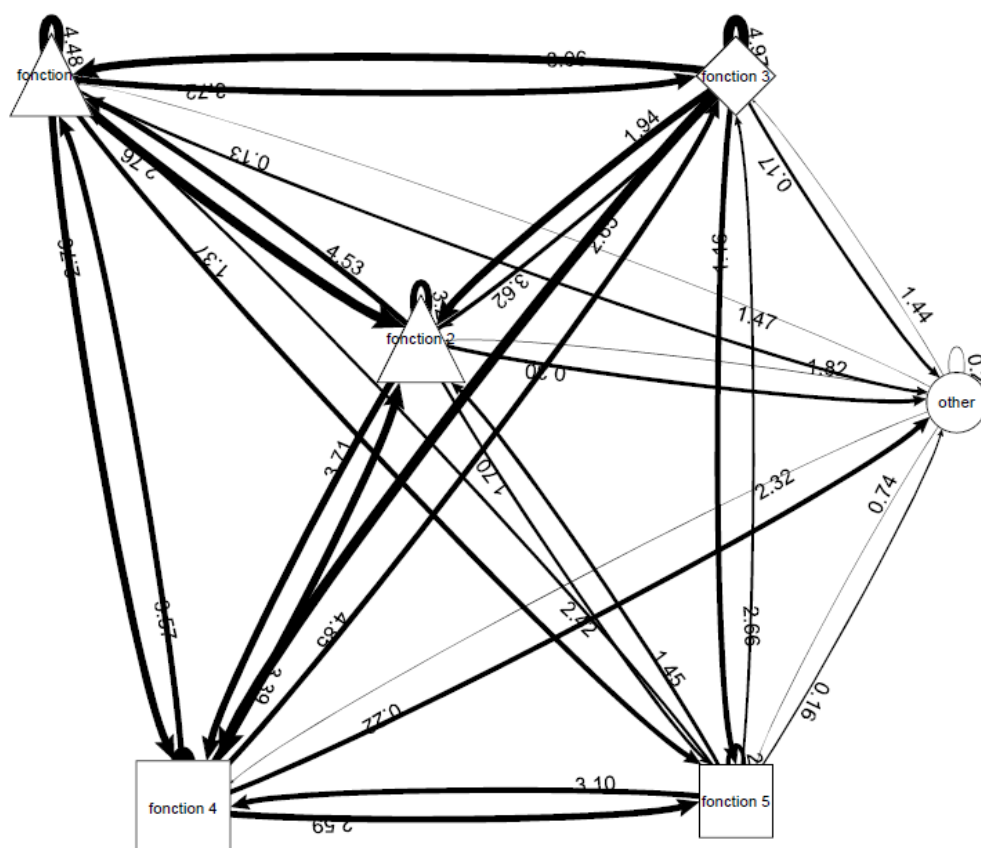
**Table 17 : Nombre moyen de citations pondérées (degrés entrants pondérés moyens « Weighted average indegree ») par service pour les différentes fonctions de la réforme réparties selon la fonction du service citant pour la relation « envoi d'usagers »**

| Fonction du service citant | Fonction du service cité | Nombre moyen de citations pondérées |
|----------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Fonction 1                 | <b>Fonction 1</b>        | <b>4.9</b>                          |
| Fonction 1                 | Fonction 2               | 4.7                                 |
| Fonction 1                 | Fonction 3               | 3.5                                 |
| Fonction 1                 | Fonction 4               | 3.9                                 |
| Fonction 1                 | Fonction 5               | 2.6                                 |
| Fonction 1                 | Autre                    | 2.3                                 |
| Fonction 2                 | Fonction 1               | 2.5                                 |
| Fonction 2                 | Fonction 2               | 2.7                                 |
| Fonction 2                 | Fonction 3               | 2.1                                 |
| Fonction 2                 | <b>Fonction 4</b>        | <b>3.0</b>                          |
| Fonction 2                 | Fonction 5               | 1.3                                 |
| Fonction 2                 | Autre                    | 1.8                                 |
| Fonction 3                 | Fonction 1               | 3.9                                 |
| Fonction 3                 | Fonction 2               | 3.8                                 |
| Fonction 3                 | <b>Fonction 3</b>        | <b>6.1</b>                          |
| Fonction 3                 | Fonction 4               | 4.6                                 |
| Fonction 3                 | Fonction 5               | 2.7                                 |
| Fonction 3                 | Autre                    | 2.6                                 |
| Fonction 4                 | Fonction 1               | 3.0                                 |
| Fonction 4                 | Fonction 2               | 3.9                                 |
| Fonction 4                 | Fonction 3               | 2.8                                 |
| Fonction 4                 | <b>Fonction 4</b>        | <b>4.7</b>                          |
| Fonction 4                 | Fonction 5               | 3.5                                 |
| Fonction 4                 | Autre                    | 2.6                                 |
| Fonction 5                 | Fonction 1               | 1.6                                 |
| Fonction 5                 | Fonction 2               | 1.8                                 |
| Fonction 5                 | Fonction 3               | 1.4                                 |
| Fonction 5                 | <b>Fonction 4</b>        | <b>2.7</b>                          |
| Fonction 5                 | Fonction 5               | 2.2                                 |
| Fonction 5                 | Autre                    | 1.4                                 |
| Other                      | Fonction 1               | 0.1                                 |
| Other                      | Fonction 2               | 0.3                                 |
| Other                      | Fonction 3               | 0.2                                 |
| Other                      | Fonction 4               | 0.3                                 |
| Other                      | Fonction 5               | 0.2                                 |
| Other                      | <b>Autre</b>             | <b>0.4</b>                          |

Ainsi, par exemple, dans le cadre de la relation d'envoi d'usagers, chaque service de la fonction 1 a en moyenne été cité 4,8 fois par un autre service de la fonction 1. De la sorte, on peut constater que, sur la relation d'envoi d'usagers, les services des fonctions 1, 3 et 4 (et les services autres) connaissent une homophilie relative : le nombre le plus élevé de citations provient de services de la même catégorie. Les services des fonctions 2 et 5 citent prioritairement des services de la fonction 4. C'est ce que l'on voit représenté sur la figure 6 ci-dessous.



Figure 6. Nombre moyen de citations pondérées (degrés entrants pondérés moyens) par service pour les différentes fonctions de la réforme réparties selon la fonction du service citant pour la relation « envoi d'usagers ».



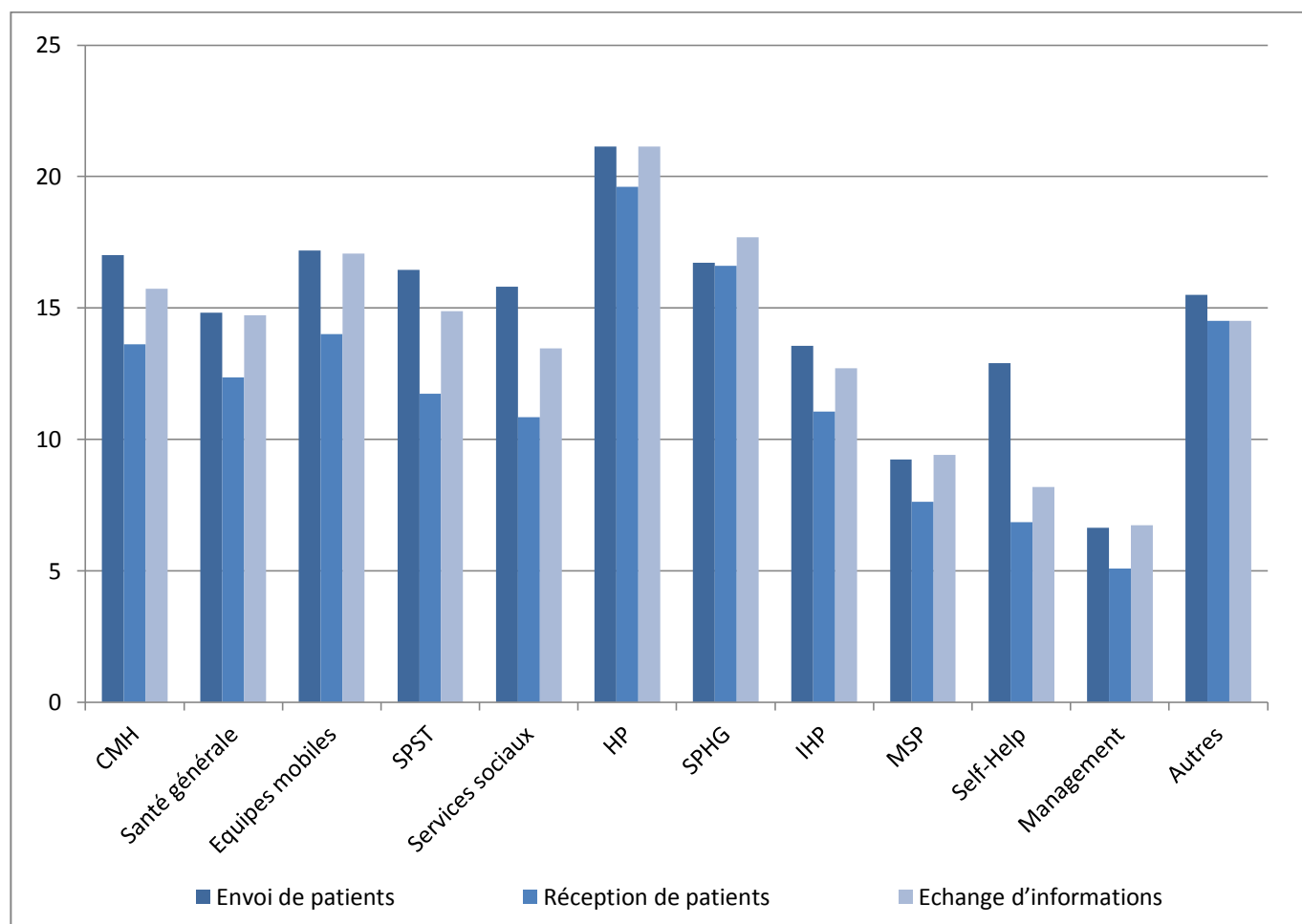
Sur ce graphique, les fonctions de soins sont disposées conformément au schéma-type de la réforme (voir Guide de la réforme, figure 2 p. 11). La taille des symboles représentant les fonctions est proportionnelle à la moyenne des citations pondérées par service, ainsi que la taille des flèches. On peut voir, au-dessus des symboles des fonctions 1, 3 et 4, les flèches « en boucle » représentant les liens homophiles. Il s'agit des trois liens numériquement les plus élevés. Ces tendances sont identiques pour les trois relations cliniques, comme on peut le constater dans les tableaux repris en annexe.

La même analyse peut être réalisée au niveau des types de service. Si l'on considère les déclarations de liens pour les trois relations cliniques selon cette typologie, on constate un nombre pondéré moyen de citations se répartissant tel que repris dans la table 18 et la figure 7.

**Table 18. Nombre moyen de citations pondérées « Weighted average indegree » (degrés entrants pondérés moyens) par service selon les types de service par relation clinique**

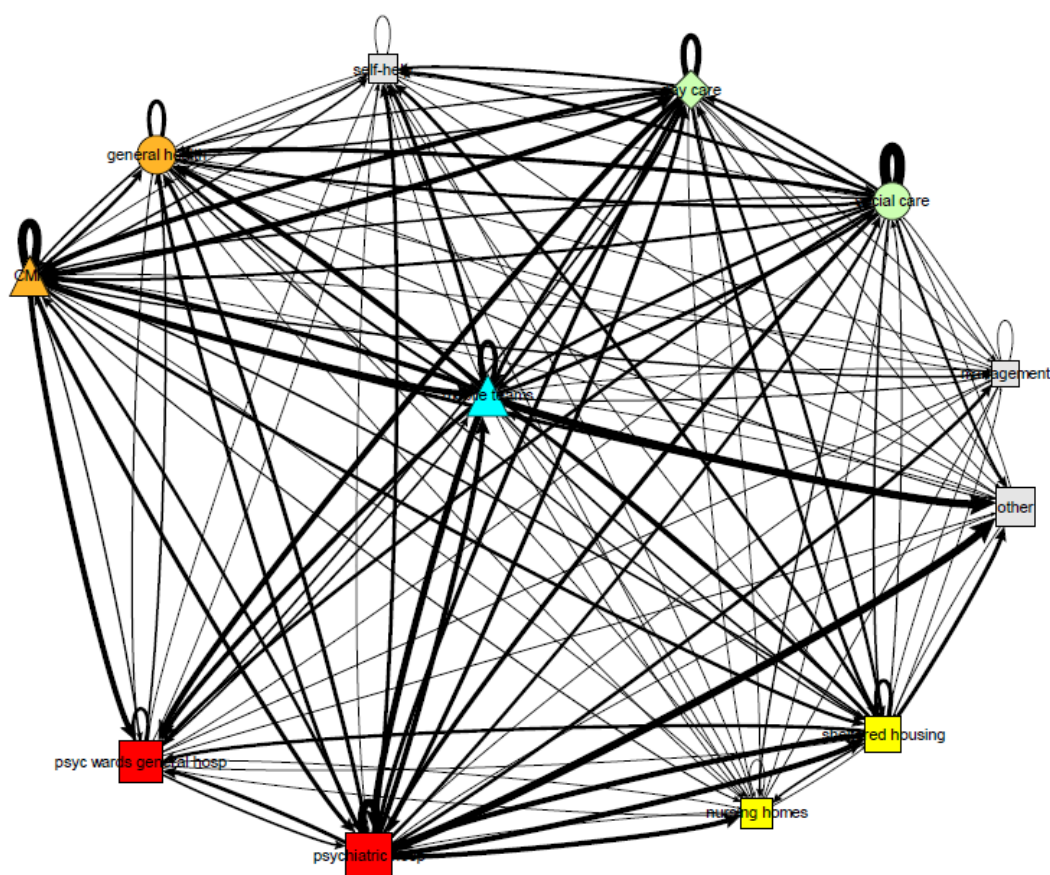
| Type de service                                           | Nbre de services | Envoi d'utilisateurs | Réception d'utilisateurs | Echange d'informations |
|-----------------------------------------------------------|------------------|----------------------|--------------------------|------------------------|
| Santé mentale ambulatoire                                 | 118              | 17.0                 | 13.6                     | 15.7                   |
| Santé générale                                            | 116              | 14.8                 | 12.4                     | 14.7                   |
| Equipes mobiles                                           | 89               | 17.2                 | 14.0                     | 17.1                   |
| Services psycho-socio-thérapeutiques et semi-résidentiels | 132              | 16.5                 | 11.7                     | 14.9                   |
| Services sociaux                                          | 246              | 15.8                 | 10.9                     | 13.5                   |
| Hôpitaux psychiatriques                                   | 94               | <b>21.1</b>          | <b>19.6</b>              | <b>21.1</b>            |
| Services psychiatriques en HG                             | 70               | 16.7                 | 16.6                     | 17.7                   |
| Initiatives d'Habitat Protégées                           | 85               | 13.6                 | 11.1                     | 12.7                   |
| Maisons de Soins Psychiatriques                           | 30               | 9.2                  | 7.6                      | 9.4                    |
| Services de Self-Help et associations d'utilisateurs      | 21               | 12.9                 | 6.9                      | 8.2                    |
| Services de gestion                                       | 11               | 6.6                  | 5.1                      | 6.7                    |
| Autres                                                    | 2                | 15.5                 | 14.5                     | 14.5                   |

**Figure 7. Nombre moyen de citations pondérées « Weighted average indegree » (degrés entrants pondérés moyens) par service selon les types de service par relation clinique**



On constate ici que ce sont les hôpitaux psychiatriques qui sont le plus souvent cités. La répartition de ces citations pondérées pour la relation « envoi d'utilisateurs » selon les types de service donne la figure 8 ci-dessous.

**Figure 8. Nombre moyen de citations pondérées (degrés entrants pondérés moyens) par service selon les types de service pour la relation « envoi d'utilisateurs »**



Sur ce graphique, la taille des symboles représentant les types de service est proportionnelle à la moyenne des citations pondérées par service, ainsi que la taille des flèches. On peut voir les « boucles » qui représentent les liens homophiles, notamment pour les services de santé mentale ambulatoire, les services de santé générale, les services psycho-socio-thérapeutiques et semi-résidentiels, les services sociaux, les hôpitaux psychiatriques et les équipes mobiles. Le détail de la valeur de chaque lien est repris en annexe.

Ainsi, le réseau-type de la réforme sur les relations à caractère clinique montre un profil dans lequel : la densité globale de liens est proche de 15% ; Tous les services, répartis en fonctions, ont globalement déclaré des liens avec toutes les fonctions et apparaissent hétérophiles de manière absolue ; Toutefois, en moyenne, les services les plus fréquemment cités pour l'envoi d'utilisateurs, la réception d'utilisateurs et l'échange d'informations à propos d'utilisateurs sont les services de la fonction 4 ; Les services de la fonction 5 apparaissent globalement moins souvent cités ; En outre, les services de la fonction 1, 3 et 4 ont comme premiers partenaires d'autres services de la même fonction, c'est ce que l'on peut appeler une homophilie relative ; Les partenaires prioritairement cités pour les services de la fonction 2 et de la fonction 5 sont les services de la fonction 4.

La relation organisationnelle offre un profil légèrement différent, comme on peut le voir dans la table 19.

**Table 19 : Nombre moyen de citations pondérées (degrés entrants pondérés moyens) par service pour les différentes fonctions de la réforme pour la relation organisationnelle**

| Fonction   | Nbre de services | Weighted average indegree*<br>Activités organisationnelles |
|------------|------------------|------------------------------------------------------------|
| fonction 1 | 234              | 17.6                                                       |
| fonction 2 | 89               | <b>23.8</b>                                                |
| fonction 3 | 378              | 14.9                                                       |
| fonction 4 | 164              | 20.1                                                       |
| fonction 5 | 115              | 17.0                                                       |
| Autre      | 34               | 18.5                                                       |

\* Attention, les liens déclarés ici pouvaient prendre trois valeurs : « moins d'une fois par mois » (=1), « une fois par mois » (=2) ou « deux fois par mois ou plus » (=3). Les valeurs de ce tableau ne sont donc pas équivalentes à celles obtenues pour les relations cliniques.

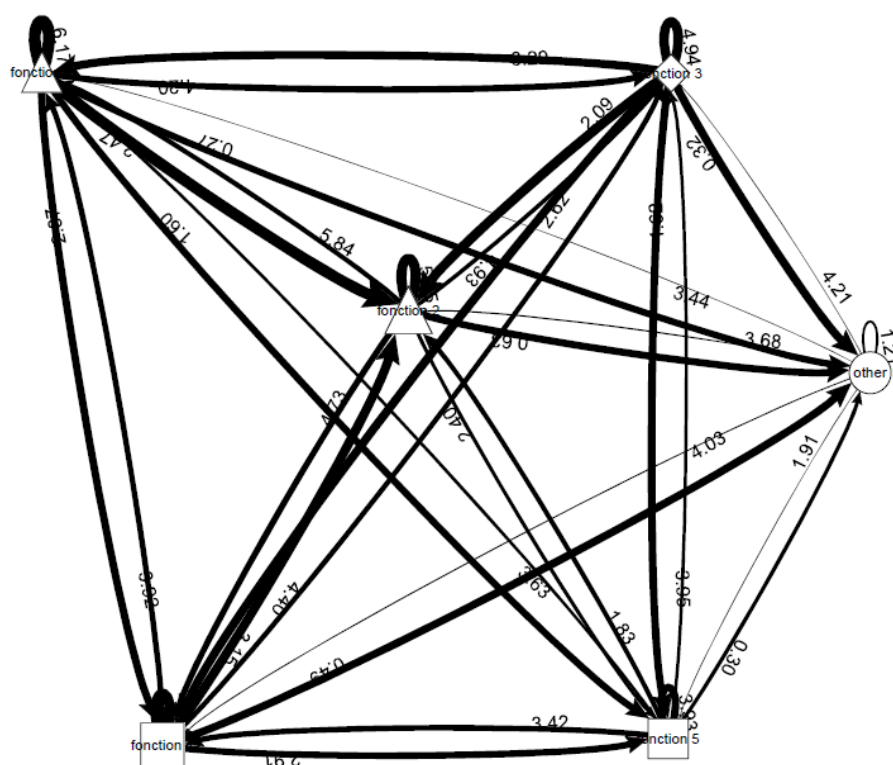
Comme on peut le voir sur le tableau, les services de la fonction 2 sont ici ceux qui sont, en moyenne pondérée, le plus souvent cités : chaque service de la fonction 2 est, en moyenne pondérée, cité 23,7 fois. On constate que les services « autres » (qui contiennent des organismes de gestion tels que des fédérations ou des coordinations) sont ici plus souvent cités, ce qui est logique. En revanche, ce sont les services de la fonction 3 qui apparaissent comme le moins souvent cités. Le contraste entre la place occupée par les services de la fonction 3 dans les relations cliniques et leur place dans les relations organisationnelles est intéressant : il semblerait indiquer une moindre implication de ces services dans les activités d'organisation des réseaux vis-à-vis de leurs activités en matière d'échange d'utilisateurs et d'information. Ceci est plus particulièrement marqué pour les services sociaux, comme on peut le constater dans la table 20.

**Table 20 : Nombre moyen de citations pondérées « Weighted average indegree » (degrés entrants pondérés moyens) par service selon les types de service pour la relation organisationnelle**

| Type de service                                           | Nbre de services | Weighted average indegree<br>Envoi d'utilisateurs |
|-----------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------|
| Santé mentale ambulatoire                                 | 118              | 20.0                                              |
| Santé générale                                            | 116              | 15.1                                              |
| Equipes mobiles                                           | 89               | <b>23.8</b>                                       |
| Services psycho-socio-thérapeutiques et semi résidentiels | 132              | 16.8                                              |
| Services sociaux                                          | 246              | 13.9                                              |
| Hôpitaux psychiatriques                                   | 94               | 22.3                                              |
| Services psychiatriques en HG                             | 70               | 17.1                                              |
| Initiatives d'Habitations Protégées                       | 85               | 18.4                                              |
| Maisons de Soins Psychiatriques                           | 30               | 13.2                                              |
| Services de Self-Help et associations d'utilisateurs      | 21               | 19.0                                              |
| Services de gestion                                       | 11               | 15.5                                              |
| Autres                                                    | 2                | <b>26.5</b>                                       |

Les services les plus souvent cités sont les services « autres », mais seuls 2 services (sur 1014) sont classés dans cette catégorie. Les services les plus souvent cités sur la relation organisationnelle sont ensuite les équipes mobiles, les hôpitaux psychiatriques et les services de santé mentale ambulatoire. En ce qui concerne la relation organisationnelle, toutes les fonctions apparaissent comme homophiles. Cela est peut-être dû à l'organisation de réunions de travail spécifiques dédiées aux différentes fonctions au sein des projets. Enfin le lien de citations pondérées le plus élevé sur la relation organisationnelle est celui qui va de la fonction 1 à la fonction 2. C'est ce que l'on peut constater sur la figure 9.

**Figure 9. Nombre moyen de citations pondérées (degrés entrants pondérés moyens) par service pour les différentes fonctions de la réforme réparties selon la fonction du service citant pour la relation « activités organisationnelles »**



### Circuits de soins par fonction

La deuxième dimension structurelle des réseaux mis en place par la réforme concerne la mise en place de circuits de soins. Conformément aux intentions présentées dans le Guide de la réforme, les fonctions sont à appréhender comme des circuits de soins « *qui progressivement s'organiseront en réseau de services alternatifs répartis sur le territoire* » (Guide, p. 10). Cette dimension a été abordée grâce aux questions 5 à 9 du questionnaire service qui, pour chaque fonction, demandaient aux répondants de désigner jusqu'à 3 partenaires privilégiés pour la mise en œuvre de chacune des 5 fonctions.

De manière globale, les résultats de cette partie d'analyse confirment la lecture commune que les praticiens et les chercheurs ont de l'implication potentielle des types de service dans les 5 fonctions proposées par la réforme, et qui était déjà visible dans l'auto- et l'hétéro-attribution des services vis-à-vis de leurs activités

dans les fonctions. Ainsi, sans surprise, ce sont : Les services de santé mentale et les services de santé de première ligne qui sont privilégiés pour la mise en œuvre de la fonction 1 ; Les équipes mobiles qui sont privilégiées pour la mise en œuvre de la fonction 2 ; Les services sociaux et les services psycho-socio-thérapeutiques et d'accueil de jour qui sont privilégiés pour la mise en œuvre de la fonction 3 ; Les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques en hôpital général qui sont privilégiés pour la mise en œuvre de la fonction 4 ; Les habitations protégées et les maisons de soins psychiatriques qui sont privilégiées pour la mise en œuvre de la fonction 5.

Toutefois, au-delà de ces résultats relativement évidents, il est intéressant de constater quels autres types de services sont considérés comme les plus importants pour chaque fonction après ces acteurs-clé. Les circuits de soins étant à considérer comme des réseaux spécifiques autour de types d'intervention, l'analyse de ces citations révèle qui sont potentiellement les partenaires principaux des services les plus centraux pour chaque fonction.

### Fonction 1

La fonction 1 concerne les activités de promotion de la santé mentale, de prévention, de détection précoce et de dépistage, soit les missions de base de l'aide et des soins. Si les services de santé mentale et les services de santé générale apparaissent comme prioritaires pour la mise en œuvre de cette fonction, l'analyse du nombre de citations par type de service révèle qu'un grand nombre d'autres services sont à considérer comme des partenaires secondaires pour cette fonction. C'est ce que l'on voit sur la figure 10 et la table 21.

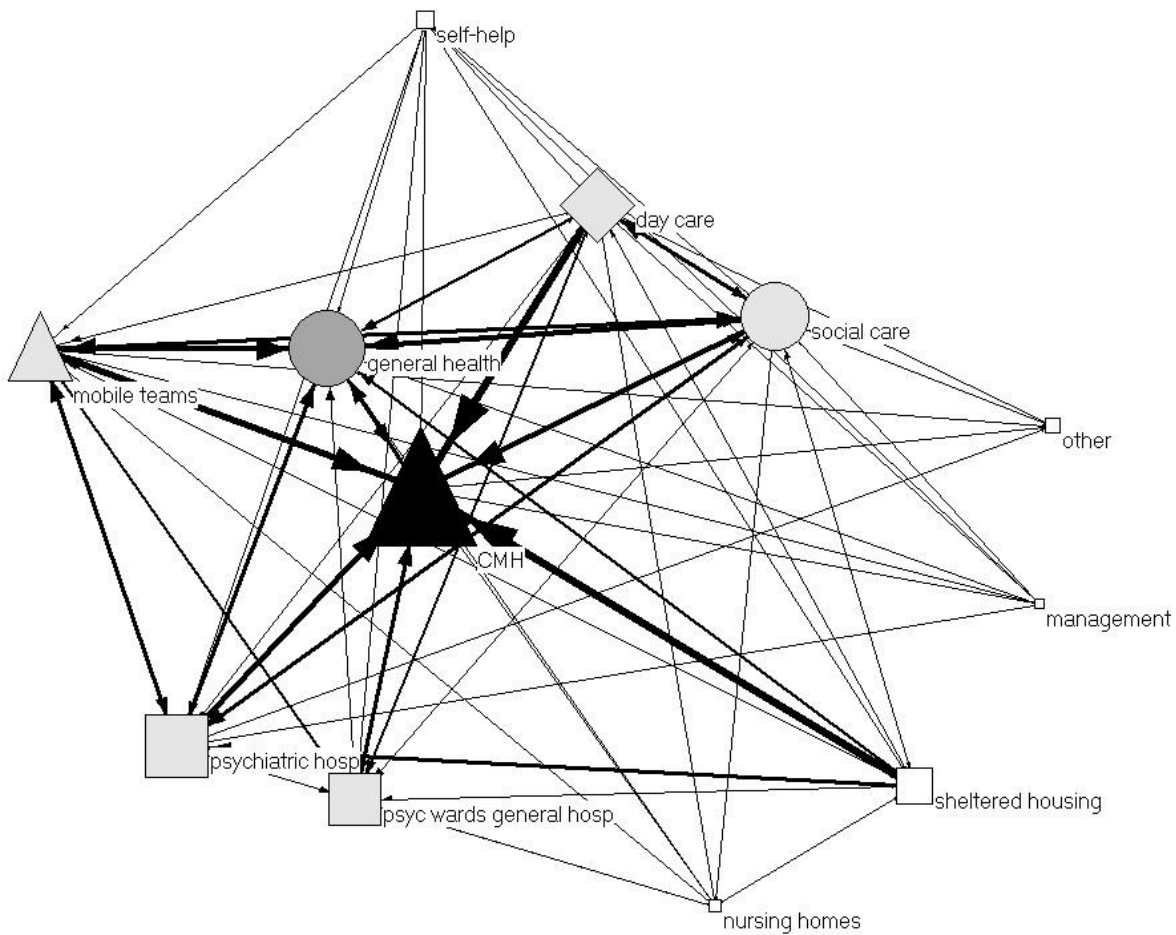
Sur la figure 10, les symboles représentent les différents types de service. Leur taille est proportionnelle à leur nombre de citations. La couleur est plus foncée lorsque le nombre de citations est plus important, de même que la position qui est plus centrale lorsque ce nombre de citations est plus élevé. Enfin, la taille des flèches montre la répartition de ces citations entre types de service. Le nombre de citations est repris dans la table 21. Ainsi, les services sociaux, les hôpitaux psychiatriques, les équipes mobiles, les services psychiatriques en hôpital général et les services psycho-socio-thérapeutiques apparaissent également comme des acteurs importants pour la mise en œuvre de la fonction 1.

**Table 21. Nombre de citations (degrés entrants) par type de service en tant que partenaires privilégiés pour la mise en place de la fonction 1**

| Type de service                                           | indegree |
|-----------------------------------------------------------|----------|
| Santé mentale ambulatoire                                 | 403      |
| Santé générale                                            | 214      |
| Services sociaux                                          | 172      |
| Hôpitaux psychiatriques                                   | 145      |
| Equipes mobiles                                           | 136      |
| Services psychiatriques en HG                             | 105      |
| Services psycho-socio-thérapeutiques et semi-résidentiels | 102      |
| Initiatives d'Habitations Protégées                       | 51       |
| Services de Self-Help et associations d'usagers           | 12       |
| Autres                                                    | 10       |
| Maisons de soins psychiatriques                           | 6        |
| Services de gestion                                       | 4        |



**Figure 10. Citations (degrés entrants) par type de service en tant que partenaires privilégiés pour la mise en place de la fonction 1**



## Fonction 2

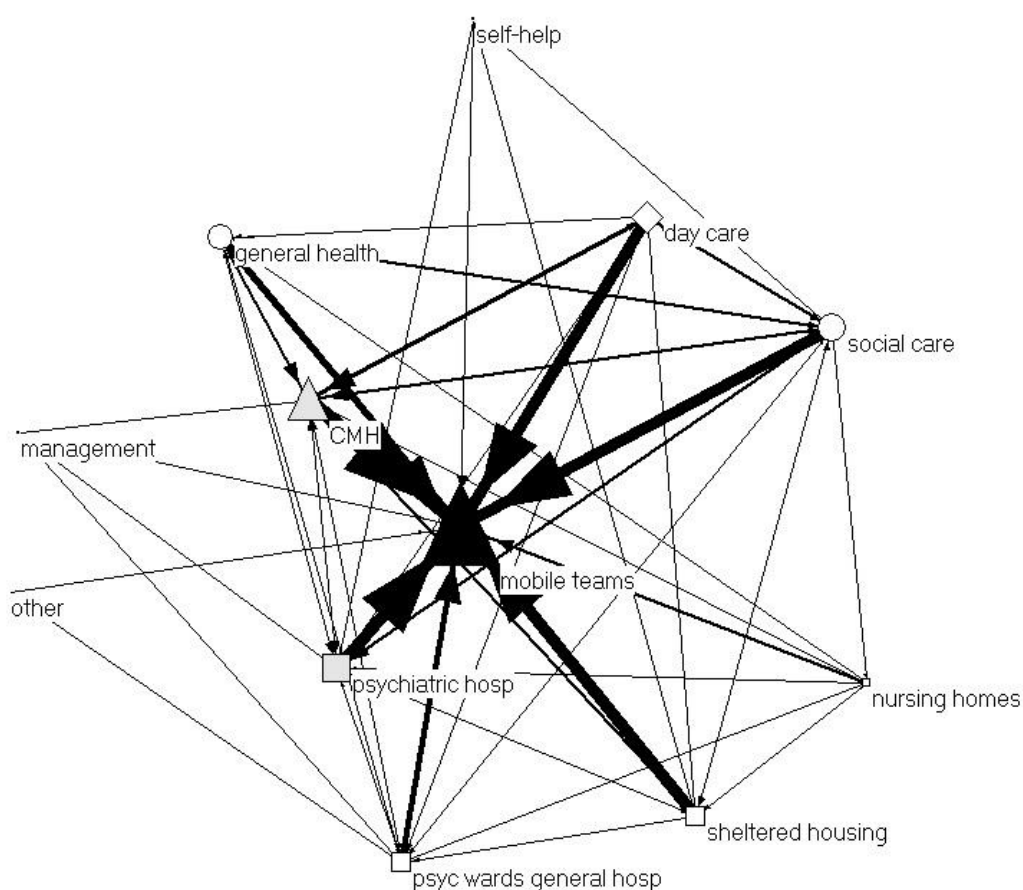
La fonction 2 concerne les activités d'outreach, c'est-à-dire de traitement à domicile. Les équipes mobiles sont évidemment considérées comme prioritaires pour cette fonction, mais la figure 11 et la table 22 révèlent l'importance accordée également aux services de santé mentale ambulatoire et aux hôpitaux psychiatriques pour la mise en œuvre de cette fonction.



**Table 22. Nombre de citations (degrés entrants) par type de service en tant que partenaires privilégiés pour la mise en place de la fonction 2**

| Type de service                                           | indegree |
|-----------------------------------------------------------|----------|
| Equipes mobiles                                           | 672      |
| Santé mentale ambulatoire                                 | 180      |
| Hôpitaux psychiatriques                                   | 110      |
| Services sociaux                                          | 93       |
| Santé générale                                            | 84       |
| Services psycho-socio-thérapeutiques et semi-résidentiels | 58       |
| Services psychiatriques en HG                             | 53       |
| Initiatives d'Habitations Protégées                       | 47       |
| Maisons de soins psychiatriques                           | 8        |
| Services de Self-Help et associations d'usagers           | 1        |
| Services de gestion                                       | 1        |
| Autres                                                    | 0        |

**Figure 11. Citations (degrés entrants) par type de service en tant que partenaires privilégiés pour la mise en place de la fonction 2**

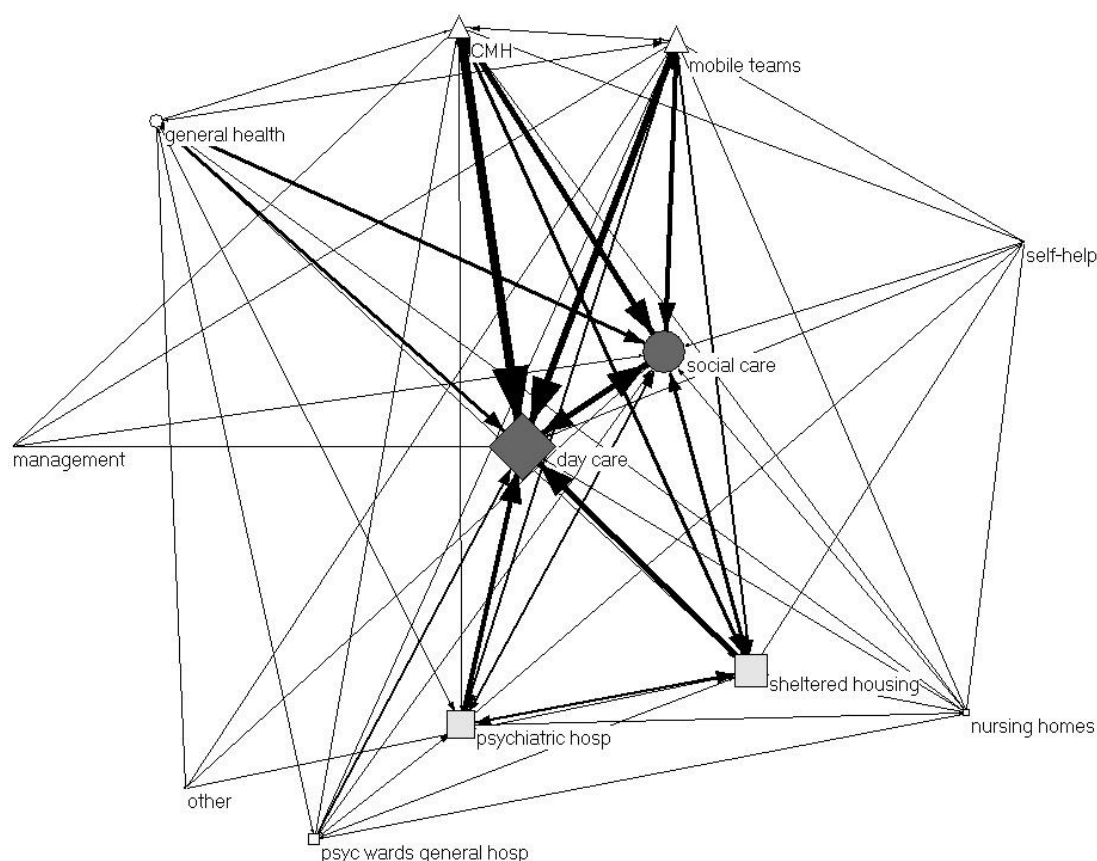


### Fonction 3

La fonction 3 concerne les activités de réhabilitation et de réinsertion sociale. Les services sociaux et les services psycho-socio-thérapeutiques et d'accueil de jour sont les acteurs privilégiés de cette fonction. En outre, la figure 12 et la table 23 révèlent l'importance accordée également aux habitations protégées et aux hôpitaux psychiatriques pour la mise en œuvre de cette fonction.

| <b>Table 23. Nombre de citations (degrés entrants) par type de service en tant que partenaires privilégiés pour la mise en place de la fonction 3</b> |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Type de service                                                                                                                                       | indegree |
| Services psycho-socio-thérapeutiques et semi résidentiels                                                                                             | 394      |
| Services sociaux                                                                                                                                      | 342      |
| Initiatives d'Habitations Protégées                                                                                                                   | 188      |
| Hôpitaux psychiatriques                                                                                                                               | 136      |
| Equipes mobiles                                                                                                                                       | 97       |
| Santé mentale ambulatoire                                                                                                                             | 75       |
| Santé générale                                                                                                                                        | 33       |
| Services psychiatriques en HG                                                                                                                         | 23       |
| Maisons de soins psychiatriques                                                                                                                       | 11       |
| Services de Self-Help et associations d'utilisateurs                                                                                                  | 2        |
| Autres                                                                                                                                                | 1        |
| Services de gestion                                                                                                                                   | 0        |

**Figure 12. Nombre de citations (degrés entrants) par type de service en tant que partenaires privilégiés pour la mise en place de la fonction 3**



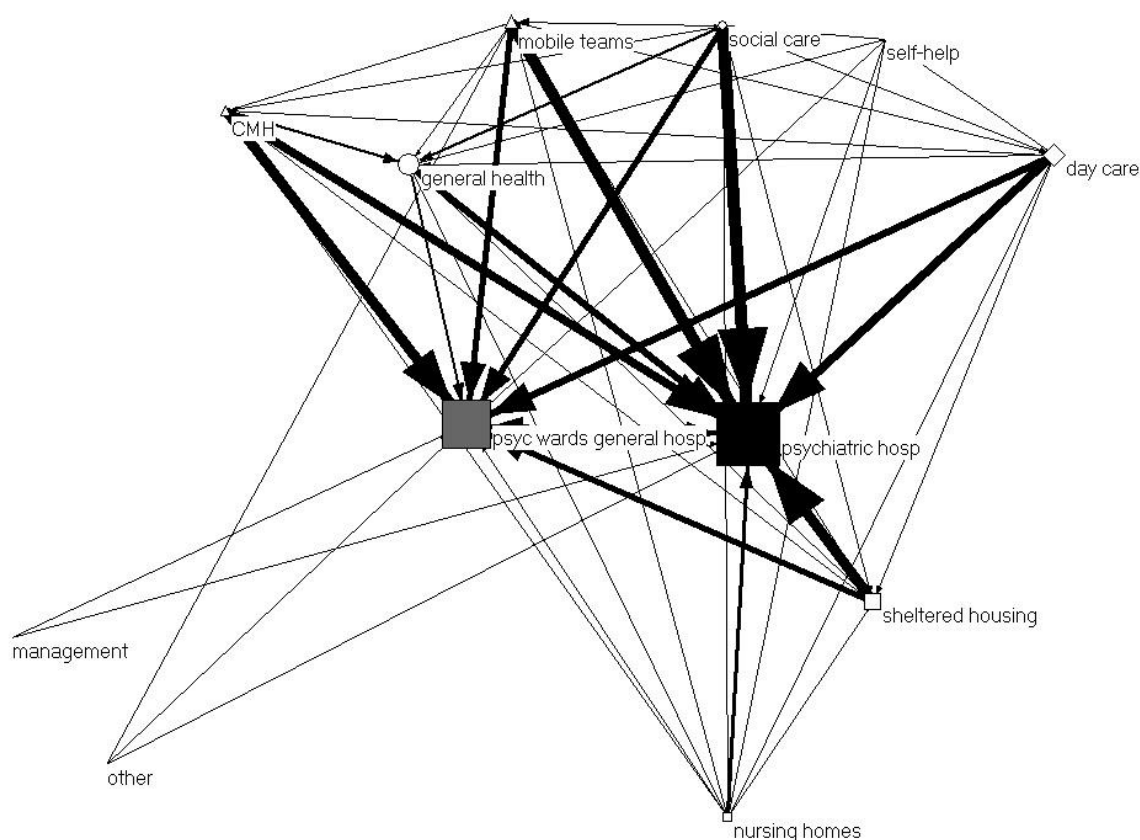
#### Fonction 4

La fonction 4 concerne les hospitalisations. Ce sont donc les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques en hôpital général qui sont massivement cités pour la mise en œuvre de cette fonction, et tous les autres acteurs sont nettement en retrait pour cette activité (Cf. figure 13 et la table 24).

**Table 24. Nombre de citations (degrés entrants) par type de service en tant que partenaires privilégiés pour la mise en place de la fonction 4**

| Type de service                                           | indegree |
|-----------------------------------------------------------|----------|
| Hôpitaux psychiatriques                                   | 661      |
| Services psychiatriques en HG                             | 386      |
| Santé générale                                            | 87       |
| Initiatives d'Habitations Protégées                       | 53       |
| Services psycho-socio-thérapeutiques et semi-résidentiels | 40       |
| Equipes mobiles                                           | 25       |
| Services sociaux                                          | 20       |
| Santé mentale ambulatoire                                 | 13       |
| Maisons de soins psychiatriques                           | 13       |
| Autres                                                    | 0        |
| Services de gestion                                       | 0        |
| Services de Self-Help et associations d'utilisateurs      | 0        |

**Figure 13. Citations (degrés entrants) par type de service en tant que partenaires privilégiés pour la mise en place de la fonction 4**

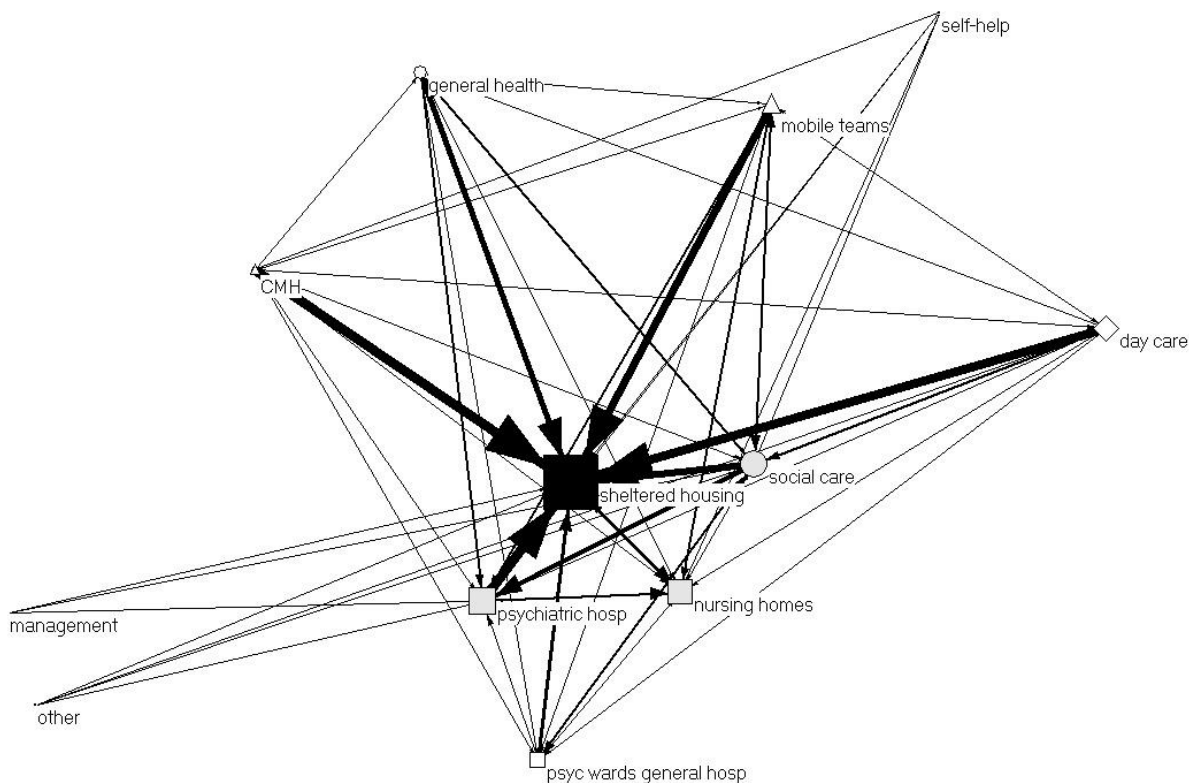


## Fonction 5

La fonction 5, enfin, concerne les formules résidentielles spécifiques pour les usagers pour lesquels les autres approches sont impossibles. Outre les habitations protégées, acteurs prioritaires de cette fonction, les hôpitaux psychiatriques, les services sociaux et les maisons de soins psychiatriques sont également cités de manière importante pour cette fonction (Cf. figure 14 et table 25).

| Table 25. Nombre de citations (degrés entrants) par type de service en tant que partenaires privilégiés pour la mise en place de la fonction 5 |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Type de service                                                                                                                                | indegree |
| Initiatives d'Habitations Protégées                                                                                                            | 562      |
| Hôpitaux psychiatriques                                                                                                                        | 148      |
| Services sociaux                                                                                                                               | 134      |
| Maisons de soins psychiatriques                                                                                                                | 117      |
| Services psycho-socio-thérapeutiques et semi-résidentiels                                                                                      | 60       |
| Equipes mobile                                                                                                                                 | 59       |
| Services psychiatriques en HG                                                                                                                  | 50       |
| Santé générale                                                                                                                                 | 36       |
| Santé mentale ambulatoire                                                                                                                      | 16       |
| Autres                                                                                                                                         | 1        |
| Services de Self-Help et associations d'usagers                                                                                                | 1        |
| Services de gestion                                                                                                                            | 0        |

**Figure 14. Citations (degrés entrants) par type de service en tant que partenaires privilégiés pour la mise en place de la fonction 5**



Ainsi, de manière globale pour les 5 fonctions, si les types de services principaux désignés pour chacune des fonctions ne fait aucune surprise, certains types de services apparaissent cités comme importants pour plusieurs fonctions. Principalement, on peut constater que les hôpitaux psychiatriques sont cités avec importance pour les 5 fonctions. Les services de santé mentale ambulatoire et les équipes mobiles sont privilégiés pour les fonctions 1 et 2 ; les SPHG sont privilégiés pour les fonctions 1 et 4 ; les services psycho-socio-thérapeutiques et semi-résidentiels pour les fonctions 1 et 3 ; et enfin les services sociaux et les habitations protégées sont privilégiés pour les fonctions 3 et 5. Ces résultats donnent donc des indications sur les liens qui se tissent entre services et entre types de services pour la mise en œuvre des fonctions de soins.

### Éléments de discussion

Dans le cadre de ce rapport partiel et provisoire, il est délicat de tirer des conclusions générales. Les résultats présentés ici donnent des indications sur les tendances générales qui apparaissent dans la construction des différents réseaux suscités par la réforme. Ils donnent une image moyenne d'un réseau-type, dont l'intérêt principal est d'offrir un point de repère pour l'évaluation des réseaux individuels par la mesure de leurs différences à ce réseau moyen. Comme cela a été dit, ni ce réseau-type ni les écarts éventuels à cette modélisation ne peuvent, en soi, être considérés comme un modèle à suivre ou servir à évaluer de manière normative la mise en œuvre des réseaux. De manière très générale, on peut constater l'importance des hôpitaux psychiatriques dans les différents aspects structurels des réseaux, la place importante prise par les équipes mobiles, et enfin l'écart entre la place numérique des services sociaux et leur relative faiblesse dans les contacts organisationnels.

## Quel est le profil de chaque réseau en termes de taille, densité, centralité ? Ces résultats varient-ils selon le cycle de vie du projet, le type de service ou la fonction ?

**Table 26. Intermédiation, Centralité, Proximité et Taille du projet (SNA): variance inter-projet et inter-fonctions, Belgique, 2014, (N= 528 services).**

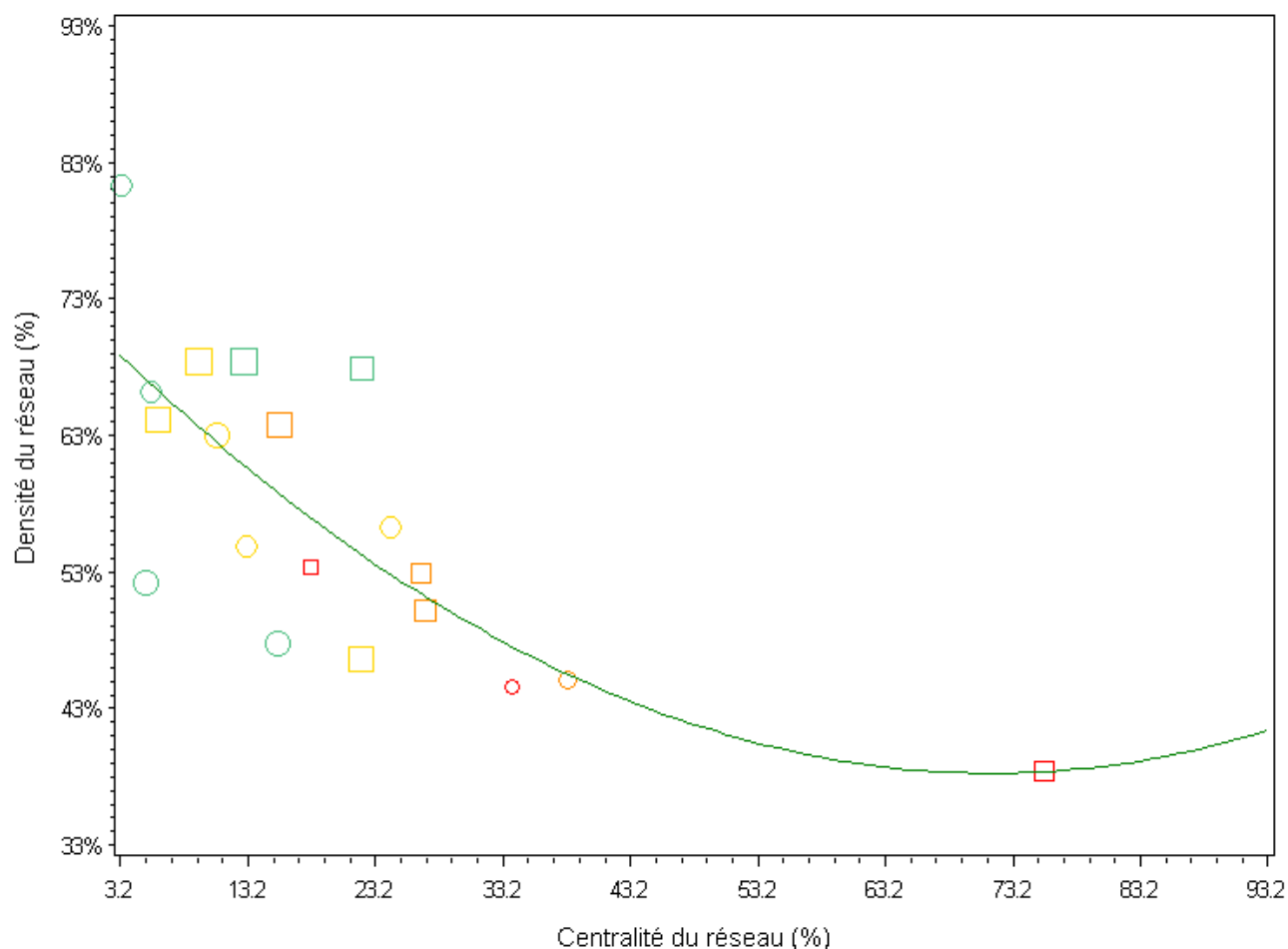
| Indicateurs SNA | Moyenne | Ecart-type | n   | variance inter-projets (%) | variance inter-fonctions (%) |
|-----------------|---------|------------|-----|----------------------------|------------------------------|
| Intermédiation  | 0.0170  | 0.0263     | 528 | 5.9%                       | 10%                          |
| Centralité      | 0.5006  | 0.1737     | 528 | 31%                        | 8.4%                         |
| Proximité       | 1.5939  | 0.3773     | 528 | 27%                        | 2.4%                         |
| Taille          | 35.0482 | 19.4484    | 519 | 170%                       | 1.0%                         |

La table 26 présente les caractéristiques du SNA et montre la manière dont ces indicateurs varient entre les réseaux d'une part, et entre les fonctions, d'autre part. Globalement, la variance entre les projets est élevée : ce qui montre que les projets art.107 se structurent de manière différente, et que les liens entre les services qui les composent sont également différents. La variance inter fonctions est importante dans l'intermédiation, ce qui montre que le nombre de liens (contacts entre services différents) nécessaires à relier deux services dépend de la fonction du service.

L'annexe 3 nous apprend que l'indice de centralité d'un service au sein du réseau est corrélé avec plusieurs variables. Au plus un service est central, au plus il a un score élevé de mise en œuvre des outils de la réforme. On observe également une corrélation positive avec le score de la qualité de la gouvernance (sous-dimension de l'échelle de la qualité de la collaboration). Si ces corrélations montrent un lien entre ces variables, attention cependant à ne pas conclure trop hâtivement à des liens de causalité entre elles : il faudra un suivi longitudinal en 2015 pour la mesurer.

La taille du réseau est quant à elle corrélée positivement au score de qualité de la formalisation et négativement avec le score de la qualité de la gouvernance (sous-échelles de la qualité de la collaboration). La taille des projets est également liée avec l'ancienneté du projet dans le processus 107, ce qui est assez logique : avec le temps les réseaux tendent à inclure de nouveaux membres.

**Figure 15. Densité et Centralité des réseaux selon le cycle de vie du projet, la sévérité des symptômes psychosociaux et l'intégration sociale des usagers du réseau , Belgique, 2014, N=19 projets, 1199 usagers.**



#### **Légende :**

**Forme des points :** Carré= projets 2012 ; rond= projets 2014

**Couleur des points :** degré de sévérité des symptômes psychosociaux des usagers du réseau (au plus sévère au plus vers le rouge)

**Taille des points:** degré d'intégration sociale des usagers du réseau (au plus grand au plus intégré)

La figure 15 présente de manière synthétique les caractéristiques structurelles d'un réseau et celle de sa patientèle. Les réseaux les plus centralisés se trouvent à droite du graphique, tandis que les services denses se situent en haut de celui-ci. Tout d'abord, on observe bien une relation inverse entre ces deux variables : globalement, les projets les plus centralisés sont également les moins denses, et vice-versa. Cette situation confirme bien celles présentées dans la littérature des réseaux de soins. Deuxièmement, on observe que la structure du réseau (dense ou centralisé) dépend aussi de la sévérité des symptômes psycho-sociaux moyens de sa patientèle (HoNOS) : les patientèles les plus sévères (rouge) se trouvent plus souvent dans les réseaux centralisés, alors que les patientèles les moins sévères se trouvent plutôt à gauche du graphique. On peut donc conclure que les réseaux ayant une patientèle plus sévère s'organisent plutôt de manière centralisée, alors que les réseaux



ayant une patientèle moins sévère s'organisent plutôt autour de liens denses. Cette situation vient également confirmée la littérature à ce propos. Par contre, une telle dichotomisation n'est pas observable pour l'intégration sociale des usagers (taille des points). De même, on observe que les anciens projets (carrés) et les nouveaux projets (ronds) se répartissent dans l'ensemble du graphique. Ce qui signifie que la structure d'un projet n'est pas liée avec le temps écoulé depuis sa création.

**Table 27. Centralité, Intermédiarité, Taille du projet et Proximité (SNA) Belgique, 2014, (N= 528 services).**

|                                       | Centralité<br>(indegree_norm) |            | Intermédiarité<br>(betweenness_norm) |            | Taille<br>(nb_serv_sna_closed) |            | Proximité<br>(closeness) |            |
|---------------------------------------|-------------------------------|------------|--------------------------------------|------------|--------------------------------|------------|--------------------------|------------|
|                                       | Moyenne                       | Ecart-type | Moyenne                              | Ecart-type | Moyenne                        | Ecart-type | Moyenne                  | Ecart-type |
| <b>CYCLE DE VIE DU PROJET</b>         |                               |            |                                      |            |                                |            |                          |            |
| Projets 2014                          | 0.50                          | 0.17       | 0.02                                 | 0.03       | 27.28                          | 10.83      | 1.62                     | 0.44       |
| Projets 2012                          | 0.51                          | 0.16       | 0.02                                 | 0.02       | 40.00                          | 21.96      | 1.57                     | 0.33       |
| <b>TYPE DE SERVICES</b>               |                               |            |                                      |            |                                |            |                          |            |
| Médecine générale                     | 0.51                          | 0.21       | 0.01                                 | 0.02       |                                |            | 1.61                     | 0.45       |
| Centre santé mentale                  | 0.49                          | 0.17       | 0.02                                 | 0.04       |                                |            | 1.55                     | 0.32       |
| Equipe mobile                         | 0.50                          | 0.19       | 0.02                                 | 0.03       |                                |            | 1.52                     | 0.31       |
| Service psycho-socio-thérapeutique/HJ | 0.48                          | 0.14       | 0.01                                 | 0.01       |                                |            | 1.62                     | 0.35       |
| Service social                        | 0.45                          | 0.13       | 0.01                                 | 0.01       |                                |            | 1.68                     | 0.33       |
| Hôpital psychiatrique                 | 0.66                          | 0.16       | 0.04                                 | 0.04       |                                |            | 1.49                     | 0.46       |
| Service psychiatrique HG              | 0.53                          | 0.17       | 0.02                                 | 0.02       |                                |            | 1.51                     | 0.41       |
| Initiative habitation protégée        | 0.48                          | 0.14       | 0.01                                 | 0.01       |                                |            | 1.53                     | 0.22       |
| Maison soins psychiatriques           | 0.38                          | 0.08       | 0.00                                 | 0.00       |                                |            | 1.81                     | 0.20       |
| Self-help                             | 0.41                          | 0.08       | 0.00                                 | 0.00       |                                |            | 1.96                     | 0.83       |
| Administration-gestion                | 0.36                          | 0.06       | 0.00                                 | 0.00       |                                |            | 2.44                     | 0.29       |
| Autre                                 | 0.47                          | 0.18       | 0.00                                 | 0.00       |                                |            | 2.06                     | 0.98       |

La table 27 présente les moyennes des services des indicateurs du SNA, selon le temps écoulé depuis la création du projet 107 auquel ils appartiennent, leur type de service et leur fonction. On observe peu de différences entre les projets 2012 et 2014. Seule la taille du projet semble plus importante dans les anciens projets (40 services en moyenne) que dans les nouveaux (27 services). Ceci montre une tendance à l'inclusion de services dans le projet au fil du temps.

L'analyse de la centralité moyenne d'un service selon son type de services nous montre que les hôpitaux psychiatriques occupent toujours une place centrale dans les projets 107. Viennent ensuite les équipes mobiles, ce qui confirme l'importance de ces nouveaux services dans la réforme. Enfin, les centres de santé mentale et les médecins généralistes sont également fréquemment cités, ce qui vient souligner l'importance de ces acteurs de première ligne dans le réseau. L'analyse de la



centralité des services selon leur fonction vient confirmer la place encore prépondérante de la fonction 4.

### La taille du réseau est-elle liée à la densité du réseau ? A sa taille ?

| <b>Table 28. Coefficients de corrélations (Hoeffding), Belgique, 2014 (N= 19 projets art.107).</b> |                    |                    |                    |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
|                                                                                                    | <b>Densité</b>     | <b>Centralité</b>  | <b>Réciprocité</b> | <b>Taille</b>      |
| <b>Densité</b>                                                                                     | 1.00000            | -0.82563<br><.0001 | 0.94647<br><.0001  | -0.45200<br>0.0520 |
| <b>Centralité</b>                                                                                  | -0.82563<br><.0001 | 1.00000            | -0.62997<br>0.0038 | 0.55099<br>0.0145  |
| <b>Réciprocité</b>                                                                                 | 0.94647<br><.0001  | -0.62997<br>0.0038 | 1.00000            | -0.44079<br>0.0589 |
| <b>Taille</b>                                                                                      | -0.45200<br>0.0520 | 0.55099<br>0.0145  | -0.44079<br>0.0589 | 1.00000            |

La table 28 ci-dessus nous apprend que la centralité et la densité d'un réseau sont inversement et fortement corrélées, ce qui confirme les résultats présentés dans la figure précédente. On observe également que la réciprocité et la densité sont fortement corrélées, alors que la taille d'un réseau est positivement et significativement corrélée à sa centralité. Ce qui signifie qu'au plus un réseau contient de service, au plus il développe des liens organisationnels centralisés : dans les grands réseaux, la tendance naturelle est de renforcer le rôle de facto d'un petit nombre de services.

Nous avons également testé le lien entre la composition d'un réseau et ces paramètres et nous n'avons pas trouvé de liens significatifs, ce qui signifie que la composition d'un réseau en termes de fonction n'est pas corrélée avec la manière donc il se structure et s'organise. Des informations sur la composition d'un réseau en termes de fonction dominante sont données dans la section suivante.

Il existe une corrélation entre le nombre de fonctions déclarées par un service et la centralité de celui-ci dans le réseau (0.32,  $p < 0.0001$ ) ce qui signifie qu'au plus un service déclare appartenir à plusieurs fonctions, au plus il occupe une place centrale dans le réseau. Du point de vue du management interne d'un réseau, il est important que ces services « multifonctions » soient proches de la gouvernance interne du réseau, au risque de créer un réseau parallèle.

# **RESULTATS RELATIFS AUX USAGERS DES RESEAUX.**

**Université Catholique de Louvain- Institut de Recherche en Santé et Société**

## RESULTATS RELATIFS AUX USAGERS

Cette section du rapport décrit la population des usagers enquêtés au cours de l'année 2014. L'objectif général est de décrire les caractéristiques sociodémographiques des usagers, leur fonctionnement psycho-social, leur qualité de vie ainsi que la manière dont ils perçoivent leur continuité de soins et l'utilisation du réseau de soins. Comme dans la section antérieure, nous comparons les projets et les fonctions : cela permet d'identifier les différences de patientèle d'un réseau à l'autre et d'une fonction à l'autre. A ce stade de l'évaluation fédérale, nous nous posons deux questions générales : qui sont les patients les plus vulnérables des réseaux 107 ? Quels sont les défis principaux auxquels ils sont confrontés dans leur parcours de soins ou dans leur intégration sociale ?

Avant de présenter les résultats il faut brièvement rappeler quelques points (voire la section méthodologique également). Sur base de l'étude de faisabilité, il a été décidé de recentrer l'évaluation sur un groupe spécifique de la patientèle, plus vulnérable et dont le besoin d'une concertation ou d'une coordination de soins était plus important. Le nouveau dispositif a privilégié les usagers qui étaient connus des services, avaient un diagnostic psychiatrique, étaient en contact avec la psychiatrie depuis au moins 2 ans, avaient des difficultés de fonctionnement dans la vie de tous les jours (chercher de l'aide, besoin de base, besoin de la vie quotidienne, fonctionnement social, emploi). La patientèle couverte par cette enquête correspond donc aux usagers souffrant d'une maladie psychiatrique chronique et sévère. Ils ne représentent pas nécessairement toute la patientèle d'un territoire donné.

En deuxième lieu, nous avons sélectionné 80 usagers (voir méthode) parmi les différentes fonctions d'un projet. Cela ne signifie donc que notre base d'échantillonnage ne reflète pas nécessairement le poids de chaque fonction dans la patientèle générale d'un territoire.

**Table 29. Participation aux deux volets du questionnaire usager, Belgique, 2014, (N=1199 usagers).**

| Participation au questionnaire usager |                 | N usager | % de l'échantillon |
|---------------------------------------|-----------------|----------|--------------------|
| Partie Usager                         | Partie soignant |          |                    |
| Non                                   | Non             | 1        | 0.08               |
|                                       | Oui             | 40       | 3.3                |
| Oui                                   | Non             | 21       | 1.7                |
|                                       | Oui             | 1137     | 94.5               |
| TOTAL                                 |                 | 1199     | 100                |

**Table 30. répartitions des usagers selon la fonction du service dans lequel ils ont été interrogés, Belgique, 2014, (N=1199 usagers).**

|                   | Fréquence | Pourcentage de l'échantillon | N attendus | Taux de participation |
|-------------------|-----------|------------------------------|------------|-----------------------|
| <b>Fonction 1</b> | 212       | 18.29                        | 420        | 50,5                  |
| <b>Fonction 2</b> | 319       | 27.52                        | 420        | 76,0                  |
| <b>Fonction 3</b> | 120       | 10.35                        | 210        | 57,1                  |
| <b>Fonction 4</b> | 325       | 28.04                        | 420        | 77,4                  |
| <b>Fonction 5</b> | 181       | 15.62                        | 210        | 86,2                  |
| <b>Autre</b>      | 2         | 0.17                         | 0          | .                     |
| <b>Missing</b>    | <u>40</u> |                              |            | .                     |
| <b>Tous</b>       | 1199      | 100.0                        | 1680       | 71%                   |

Au total, 1199 usagers ont été interrogés dans le cadre de cette enquête. Dans 94.5% des cas, les deux volets du questionnaire étaient présents (table 29). Dans 21 cas, la partie « usager » n'était pas présente et dans 40 cas, c'est la partie « soignant » qui manquait. Notez que tous les questionnaires encodés comportaient bien un exemplaire de consentement éclairé. Du côté francophone, seuls 7 questionnaires ont dû être mis de côté faute de remplir cette condition. La table 30 nous permet d'observer le taux de participation par fonction. En effet, il était demandé à chaque projet de répartir 80 questionnaires usagers de la façon suivante : 20 pour la fonction 1, 20 pour la fonction 2, 10 questionnaires pour un centre INAMI de la fonction 3, 20 pour la fonction 4 et 10 pour la fonction 5. Le faible taux de participation de la fonction 3 s'explique par l'absence de centre ayant une convention INAMI dans de nombreux projets.

## Quelles sont les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des usagers ?

**Table X. Indicateurs sociodémographiques (Sexe, Age, Education, Nationalité, Revenu, Nationalité des parents) : moyenne, écart-type, variance inter-projets et inter-fonctions, Belgique, 2014, (N= 1199 usagers).**

|                                      | Moyenne | Ecart-type | Variance inter-projets (%) | Variance inter-fonctions (%) |
|--------------------------------------|---------|------------|----------------------------|------------------------------|
| Sexe (% d'hommes)                    | 48.3%   |            | 0.9%                       | 3.4%                         |
| Age (années)                         | 45,70   | 12,61      | 3.0%                       | 1.3%                         |
| A fait des études supérieures        | 20.5%   |            | 0.3%                       | 0.5%                         |
| Revenu du ménage (classe) (euros)    | 1370,58 | 665,7      | 4.6%                       | 4.3%                         |
| Nationalité (% de belges)            | 94.6%   | 22.7%      | 2.8%                       | 0.0%                         |
| Nationalité de la mère (% de belges) | 84.2%   | 36.5%      | 4.4%                       | 0.0%                         |
| Nationalité du père (% de belges)    | 84.3%   | 36.4%      | 3.4%                       | 0.0%                         |

## Indicateurs sociodémographiques

L'échantillon d'utilisateurs interrogés est majoritairement composé de femmes (51.7%), avec une moyenne d'âge de 45.7 ans. Un cinquième de l'échantillon a fait des études supérieures. Le revenu moyen du ménage des utilisateurs est de 1370.6 euros, et 94.6% des interrogés ont la nationalité belge. Environ 16% des utilisateurs sont issus d'un père ou d'une mère d'origine étrangère. Les variables traitant de la nationalité diffèrent davantage entre les projets qu'entre les fonctions, ce qui montre que c'est une spécificité propre à quelques projets. Le détail de ces indicateurs sociodémographiques par fonction, type de services et selon le cycle de vie du projet dans la réforme se trouve en annexe 4.

## Diagnostic.

Dans l'ensemble, les différentes fonctions prennent en charge le même type de patientèle chroniques et complexe (table 31). Néanmoins certaines différences apparaissent : les services de la fonction 1 et la fonction 2 ont une proportion plus élevée d'utilisateurs souffrant de troubles de l'humeur et une proportion plus faible d'utilisateurs souffrant de troubles psychotiques en comparaison avec les trois autres fonctions. Le groupe de contrôle a une proportion plus élevée d'utilisateurs psychotiques en comparaison avec les projets 107 : cela montre l'importance d'un suivi longitudinal de la patientèle avant de pouvoir comparer les projets 107 au groupe de contrôle.

**Table 31. Diagnostique principal des usagers: pourcentage. Belgique, 2014, (N=1199 usagers).**

|                                       | Schizophrénie ou autres Troubles Psychotiques | Troubles de l'Humeur | Troubles Liés à une assuétude | Troubles de la Personnalité | Troubles Anxieux | Autres ou non spécifié |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------|------------------------|
| Médecine générale                     | 22.09                                         | 19.77                | 6.98                          | 13.95                       | 2.33             | 34.88                  |
| Centre santé mentale                  | 14.50                                         | 28.24                | 10.69                         | 17.56                       | 11.45            | 17.56                  |
| Equipe mobile                         | 18.61                                         | 29.65                | 12.62                         | 11.36                       | 7.57             | 20.19                  |
| Service psycho-socio-thérapeutique/HJ | 27.38                                         | 14.29                | 21.43                         | 8.33                        | 3.57             | 25.00                  |
| Service social                        | 20.59                                         | 23.53                | 0.00                          | 17.65                       | 8.82             | 29.41                  |
| Hôpital psychiatrique                 | 33.88                                         | 17.36                | 19.42                         | 15.29                       | 2.89             | 11.16                  |
| Service psychiatrique HG              | 12.35                                         | 25.93                | 27.16                         | 14.81                       | 4.94             | 14.81                  |
| Initiative habitation protégée        | 45.03                                         | 14.04                | 13.45                         | 10.53                       | 3.51             | 13.45                  |
| Maison soins psychiatriques           | 33.33                                         | 16.67                | 16.67                         | 0.00                        | 0.00             | 33.33                  |
| Self-help                             | 0.00                                          | 100.00               | 0.00                          | 0.00                        | 0.00             | 0.00                   |
| Administration-gestion                | 100.00                                        | 0.00                 | 0.00                          | 0.00                        | 0.00             | 0.00                   |
| Total                                 | 25.95                                         | 22.24                | 14.83                         | 13.02                       | 5.52             | 18.45                  |
| Fonction1                             | 16.86                                         | 27.33                | 11.05                         | 13.37                       | 9.30             | 22.09                  |
| Fonction2                             | 18.66                                         | 30.97                | 12.69                         | 11.19                       | 7.46             | 19.03                  |
| Fonction3                             | 24.27                                         | 14.56                | 17.48                         | 11.65                       | 5.83             | 26.21                  |
| Fonction4                             | 26.84                                         | 19.85                | 21.32                         | 14.71                       | 4.04             | 13.24                  |
| Fonction5                             | 45.51                                         | 12.18                | 14.74                         | 9.62                        | 3.21             | 14.74                  |
| Autre                                 | 100.00                                        | 0.00                 | 0.00                          | 0.00                        | 0.00             | 0.00                   |
| Projets 2012                          | 23,27                                         | 23,04                | 14,06                         | 13,36                       | 6,91             | 19,35                  |
| Projets 2014                          | 25,28                                         | 22,12                | 18,51                         | 11,96                       | 5,42             | 16,7                   |
| Groupe de contrôle                    | 37,04                                         | 22,22                | 9,88                          | 11,11                       | 2,47             | 17,28                  |
| Total                                 | 25.62                                         | 22.43                | 15.64                         | 12.35                       | 5.97             | 18.00                  |

**Table 32. Score de l'intégration sociale (SIX), du fonctionnement psycho-social (HoNOS), de la qualité de vie (MANSA), de la continuité des soins (ALBERTA) : moyenne, écart-type, variance inter-projets et inter-fonctions. Belgique, 2014, (N=1199 usagers).**

|                                                       | Moyenn<br>e | Ecart-type | Variance inter-<br>projets (%) | Variance inter-<br>fonctions (%) |
|-------------------------------------------------------|-------------|------------|--------------------------------|----------------------------------|
| Score d'intégration sociale SIX (/6)                  | 3,14        | 1,34       | 11%                            | 11%                              |
| Score de fonctionnement psycho-social HoNOS (/48)     | 12,46       | 6,48       | 5.2%                           | 6.7%                             |
| SCORE de la qualité de vie MANSA (moyenne (%))        | 54,31%      | 17,16%     | 1.3%                           | 5.1%                             |
| Score Total de la continuité des soins ALBERTA (/155) | 115.88      | 14.07      | 1.9%                           | 3.3%                             |

La table 32 nous révèle que l'intégration sociale des usagers est relativement faible avec un score moyen total de 3/6. La table 33 ci-dessous précise ces chiffres : une proportion de 14.5% des usagers ont un emploi, 64% vivent seuls et 32% n'ont eu aucun contact avec des amis la semaine écoulée. Notons une variance inter projets de 10% pour l'emploi, ce qui suggère que les projets ne sont pas confrontés aux mêmes difficultés sur ce point. Pour le reste, le score HoNOS présente une variance relativement faible entre projets (5%) ce qui suggère que les patientèle sont relativement comparable entre projets.

**Table 33. Composantes du score de l'intégration sociale (SIX) : nombre de répondants, proportion d'usagers par catégorie, variance inter-projets et inter-fonctions. Belgique, 2014, (N=1199 usagers).**

|                                                          | N   | %     | variance inter-projets<br>(%) | variance inter-fonctions<br>(%) |
|----------------------------------------------------------|-----|-------|-------------------------------|---------------------------------|
| SITUATION PROFESSIONNELLE                                |     |       | 10%                           | 1.0%                            |
| Aucun emploi                                             | 703 | 63.39 |                               |                                 |
| bénévolat, travail encadré                               | 245 | 22.09 |                               |                                 |
| Activité professionnelle effective et autonome           | 161 | 14.52 |                               |                                 |
| SITUATION DE LOGEMENT                                    |     |       | 3.9%                          | 22%                             |
| SDF/Milieu de vie thérapeutique                          | 100 | 8.78  |                               |                                 |
| Habitation protégée/Logement collectif non thérapeutique | 277 | 24.32 |                               |                                 |
| Logement autonome                                        | 762 | 66.90 |                               |                                 |
| SITUATION FAMILIALE                                      |     |       | 1.9%                          | 7.3%                            |
| Isolé                                                    | 711 | 64.40 |                               |                                 |
| Vit en couple ou en famille                              | 393 | 35.60 |                               |                                 |
| SITUATION SOCIALE                                        |     |       | 1.3%                          | 0.1%                            |
| Aucun contact avec un ami la semaine précédente          | 360 | 31.94 |                               |                                 |
| Au moins un contact avec un ami la semaine précédente    | 767 | 68.06 |                               |                                 |

**Table 34. Composantes du score de la continuité des soins (ALBERTA) :% de réponses « d'accord » ou « tout-à-fait d'accord » aux items suivants, variance inter-projets et inter-fonctions. Belgique, 2014, (N=1199 usagers).**

| Questions relatives à la continuité des soins pour l'utilisateur                 | % de "(tout-à-fait) d'accord" | variance inter-projets (%) | variance inter-fonctions (%) |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|------------------------------|
| Intervenant connaît services disponibles                                         | 84.2%                         | 2.1%                       | 1.0%                         |
| Le professionnel encourage prise responsabilité                                  | 79.8%                         | 0.5%                       | 0.4%                         |
| L'utilisateur est capable de payer médicaments hors hôpital                      | 77.3%                         | 0.7%                       | 1.0%                         |
| L'utilisateur ou aller si besoin aide                                            | 75.7%                         | 1.0%                       | 0.3%                         |
| la prise en charge répond aux besoins de l'utilisateur                           | 75.4%                         | 1.5%                       | 3.7%                         |
| Usager convaincu que son psychiatre peut l'hospitaliser si besoin                | 74.7%                         | 1.8%                       | 1.0%                         |
| L'utilisateur ne s'est jamais vu refuser accès services sans connaître la raison | 73.7%                         | 0.2%                       | 0.4%                         |
| Tous semblent travailler pour l'utilisateur                                      | 73.7%                         | 0.3%                       | 2.4%                         |
| Usager se sent traité comme une personne à part entière                          | 73.4%                         | 2.8%                       | 0.5%                         |
| On a demandé à l'utilisateur ses attentes pour sa prise en charge                | 72.5%                         | 1.8%                       | 0.6%                         |
| Accès facile aux services dont l'utilisateur a besoin                            | 71.5%                         | 1.1%                       | 2.5%                         |
| Evaluation régulière prise en charge avec l'utilisateur                          | 71.1%                         | 1.9%                       | 0.1%                         |
| Au plus l'utilisateur a reçu de l'aide au + sa vie s'est améliorée               | 71.0%                         | 1.5%                       | 0.0%                         |
| Accès services proches domiciles                                                 | 70.8%                         | 0.4%                       | 1.6%                         |
| L'intervenant de l'utilisateur ne s'intéresse pas seulement aux symptômes        | 69.1%                         | 0.6%                       | 0.0%                         |
| Les personnes qui s'occupent de l'utilisateur semblent communiquer               | 67.6%                         | 1.0%                       | 0.5%                         |
| L'utilisateur n'est pas confronté à de trop nombreux services                    | 67.3%                         | 2.7%                       | 1.0%                         |
| Si l'utilisateur va moins bien, les rdv sont plus fréquent                       | 66.3%                         | 2.8%                       | 2.0%                         |
| Rdv rapide si besoin                                                             | 64.2%                         | 3.3%                       | 0.1%                         |
| Si les besoins de l'utilisateur changent, la prise en charge change              | 62.8%                         | 3.9%                       | 1.3%                         |
| On a téléphoné pour confirmer (absence) rdv                                      | 59.5%                         | 1.7%                       | 5.7%                         |
| L'utilisateur se sent impliqué dans les décisions                                | 59.4%                         | 0.2%                       | 0.0%                         |
| Les services dont l'utilisateur a besoin existent                                | 59.0%                         | 0.0%                       | 3.4%                         |
| Peut changer de professionnel                                                    | 55.6%                         | 0.1%                       | 0.1%                         |
| Endroit unique pour renseignement                                                | 51.6%                         | 0.4%                       | 2.0%                         |
| L'utilisateur perçoit des liens entre services                                   | 50.4%                         | 0.8%                       | 1.1%                         |
| Aide en pleine nuit possible                                                     | 48.2%                         | 0.7%                       | 13%                          |
| Intervenant a appelé pour prendre des nouvelles                                  | 47.8%                         | 1.5%                       | 12%                          |
| L'utilisateur ne doit pas répéter son histoire                                   | 46.8%                         | 4.7%                       | 1.6%                         |
| Les nouveaux professionnels semblent avoir le dossier de l'utilisateur           | 46.0%                         | 2.3%                       | 0.7%                         |
| Le traitement est discuté avec généraliste                                       | 45.3%                         | 0.9%                       | 1.9%                         |



Le tableau 34 indique que tous les différents aspects de la continuité de soins ne se présentent pas avec la même acuité. Certains aspects semblent très satisfaisants tandis que d'autres sont plus problématiques. Du côté positif, l'accessibilité financière ou l'accès aux soins semblent recueillir des pourcentages de satisfaction élevés : plus de trois usagers sur 4 sont convaincus que le psychiatre peut les hospitaliser si nécessaire et savent où s'adresser en cas de besoin. Les points les plus négatifs portent sur la continuité de l'information entre professionnels et sur l'implication du médecin généraliste : seulement 47% des usagers n'ont pas dû répéter leur histoire devant un nouvel intervenant et seulement 45% des usagers ont un médecin généraliste qui est impliqué dans le suivi du traitement.

La variance entre projets et entre fonctions est très faible : cela indique que les enjeux de la continuité de soins sont généralisés et, vraisemblablement, dû soit aux caractéristiques de ce type de patientèle, soit à l'organisation de notre système de soins de santé.

### Indicateurs d'utilisation des services

Le tableau 35 ci-dessous nous permet d'observer que 92.8% des usagers interrogés ont été sous médication psychiatriques ces 6 derniers mois. 82% d'entre eux ont eu recours à un psychiatre, et 80% des répondants bénéficient du régime préférentiel BIM/VIPO, et 44% bénéficient du maximum à facturer. Notons cependant le nombre important de données manquantes sur cet item, ce qui signifie que les référents de soins ne sont pas tous au courant de cette situation, ce qui pose question quant à l'accessibilité financière des soins. La santé physique des usagers est bien encadrée puisque 76% d'entre eux ont vu ce type de médecin dans les 6 derniers mois. Plus de la moitié des usagers a fréquenté un psychologue, ce qui diffère néanmoins selon la fonction (la variance inter fonction valant 8%). Si 36.6% des usagers ont été hospitalisés en psychiatrie ces 6 derniers mois, un tiers d'entre eux a fréquenté une équipe mobile. Pour ces deux derniers cas cependant, la variance inter fonctions est très élevée (34 et 75%), ce qui témoigne de patientèles très différentes sur ces deux aspects. Un cinquième des usagers a fréquenté un service résidentiel ces six derniers mois (IHP, MSP ou CT). L'utilisation de services d'aide à l'intégration sociale reste cependant globalement faible puisque seuls 15.8% des usagers ont fréquenté un service d'activation à l'emploi, 15.5% un service d'aide au logement, et que 6.7% de l'échantillon seulement a suivi une formation. Sur ces différents aspects, on n'observe pas de variance inter projets ou inter fonctions, ce qui reflète des situations globalement similaires.

L'annexe 5 présente les coefficients de corrélation entre ces indicateurs et quelques variables-clés du questionnaire service, ce qui permet d'observer l'existence d'un lien entre les caractéristiques des usagers et celles du service dans lequel ils sont soignés. Attention cependant à ne pas conclure à des liens de causalité entre ces variables : il faudra pour cela attendre le suivi longitudinal de l'année prochaine. Toutefois, on peut conclure à l'existence d'un lien significatif entre le score du Mansa (qualité de vie) et la qualité de la collaboration (score total de la qualité de la collaboration et sous-échelle de l'internalisation). De plus, il semble y avoir un lien significatif négatif entre la sévérité des symptômes d'un usager et la mise en œuvre des outils de la réforme par le service dans lequel il est suivi. Cette annexe nous permet également d'observer le lien entre les indicateurs du questionnaire usagers. On observe ainsi que l'Alberta (continuité de soins) et la sévérité des symptômes des usagers : au plus les symptômes d'un usager sont lourds au plus il semble y avoir de la continuité de soins autour de lui. De même, le score d'intégration sociale des usagers est corrélé négativement avec la sévérité des symptômes : ce qui signifie qu'un usager ayant des symptômes plus lourds est aussi moins bien intégré socialement.

**Table 35. Usagers ayant reçu des services, fréquenté des professionnels ou reçus des services : proportion moyenne (%), nombre de répondants, variance inter-projets et inter-fonctions, (N= 1199 usagers), Belgique, 2014.**

|                                                                | <b>Moyenne</b> | <b>N</b> | <b>Variance inter-projets (%)</b> | <b>Variance inter-fonctions (%)</b> |
|----------------------------------------------------------------|----------------|----------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Prise médicaments pour problème psychiatriques 6 derniers mois | 92.8%          | 1145     | 0.4%                              | 2.0%                                |
| A fréquenté un psychiatre                                      | 82.3%          | 1147     | 7.0%                              | 5.3%                                |
| Bénéficiaire du régime préférentiel (BIM/VIPO)                 | 79.2%          | 998      | 4.2%                              | 2.1%                                |
| A fréquenté un médecin (santé physique)                        | 76.3%          | 1125     | 3.5%                              | 3.2%                                |
| A fréquenté un service d'aide ou soins à domicile              | 55.3%          | 454      | 11%                               | 7.5%                                |
| A fréquenté un psychologue/psychothérapeute                    | 51.2%          | 1135     | 1.5%                              | 8.1%                                |
| Bénéficiaire du maximum à facturer                             | 44.4%          | 558      | 0.5%                              | 0.3%                                |
| A fréquenté un service social                                  | 40.7%          | 1134     | 2.2%                              | 0.0%                                |
| Etre hospitalisé en psychiatrie                                | 36.6%          | 1115     | 3.7%                              | 34%                                 |
| A fréquenté une équipe mobile                                  | 34.7%          | 1143     | 1.6%                              | 75%                                 |
| A fréquenté un lieu de rencontre                               | 32.2%          | 1129     | 1.3%                              | 7.9%                                |
| A fréquenté un service de santé mentale                        | 25.5%          | 1137     | 0.2%                              | 24%                                 |
| Fréquenté centre/hôpital de jour                               | 23.9%          | 1079     | 1.2%                              | 8.0%                                |
| Résidé en IHP/MSP ou ct                                        | 21.6%          | 1076     | 1.3%                              | 52%                                 |
| Contact police/justice 6 derniers mois                         | 19.6%          | 1145     | 0.1%                              | 1.3%                                |
| Etre hospitalisé en HG                                         | 19.0%          | 1062     | 1.2%                              | 0.2%                                |
| A fréquenté un service d'activation à l'emploi                 | 15.8%          | 1137     | 2.2%                              | 0.2%                                |
| A fréquenté un service d'aide au logement                      | 14.5%          | 1130     | 1.2%                              | 0.2%                                |
| A fait du bénévolat                                            | 14.2%          | 1137     | 1.3%                              | 1.0%                                |
| A fréquenté un service de sport                                | 12.6%          | 1124     | 3.1%                              | 1.9%                                |
| A fréquenté un service culturel                                | 12.0%          | 1127     | 1.0%                              | 0.4%                                |
| A fréquenté un service de formation                            | 6.7%           | 1136     | 0.0%                              | 0.1%                                |

## Les caractéristiques des usagers différent-elles selon le cycle de vie du projet ?

Nous nous sommes ensuite intéressés à ces différentes variables en adoptant un autre point de vue : celui du cycle de vie du projet, c'est-à-dire le temps écoulé depuis le début du projet 107 (2012, 2014 ou groupe de contrôle)

### Sociodémographiques

En comparant les échantillons, on observe que les usagers du groupe de contrôle étaient plus souvent des femmes, étaient plus jeunes, moins nombreux à avoir suivis des études supérieures et étaient plus souvent d'origine étrangère ou issus de parents d'origine étrangère. Les caractéristiques des projets art.107 de 2012 et de 2014 différaient peu (table 36).

**Table X. Caractéristiques sociodémographiques des usagers selon le cycle de vie du projet (Sexe, Age, Education, Nationalité, Revenu, Nationalité des parents) : moyenne, écart-type et test F de la variance intergroupe (valeur, niveau de significativité), Belgique, 2014, (N= 1199 usagers).**

|                                     | Cycle de vie du projet |                 |              |                 |              |                 | Test F variance intergroupe |         |
|-------------------------------------|------------------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|-----------------------------|---------|
|                                     | Groupe de contrôle     |                 | Projets 2014 |                 | Projets 2012 |                 | Valeur F                    | P value |
|                                     | Moyenne                | Erreur-standard | Moyenne      | Erreur-standard | Moyenne      | Erreur-standard |                             |         |
| Sexe (%d'hommes)                    | 40%                    | 0.06            | 49%          | 0.02            | 49%          | 0.02            | 1.27                        | 0.2812  |
| Age (années)                        | 44.15                  | 1.35            | 46.94        | 0.62            | 46.00        | 0.62            | 1.76                        | 0.1728  |
| Budget du ménage (euros)            | 1385.42                | 81.69           | 1384.03      | 34.21           | 1310.22      | 34.13           | 2.72                        | 0.0663  |
| Avoir fait des études supérieures   | 15%                    | 0.04            | 19%          | 0.02            | 21%          | 0.02            | 0.27                        | 0.7671  |
| Nationalité (%de belges)            | 83%                    | 0.04            | 96%          | 0.01            | 94%          | 0.01            | 10.09                       | <.0001  |
| Nationalité de la mère (%de belges) | 64%                    | 0.06            | 86%          | 0.02            | 85%          | 0.02            | 11.15                       | <.0001  |
| Nationalité du père (%de belges)    | 69%                    | 0.05            | 85%          | 0.02            | 85%          | 0.02            | 6.47                        | 0.0016  |

### Caractéristiques Cliniques

Si le score de la continuité des soins varie peu entre les trois groupes de projets, on observe cependant un score de la qualité de vie supérieur à la moyenne pour les projets 107 alors qu'il est inférieur à 50% dans le groupe de contrôle. De même les scores de l'intégration sociale des usagers suivent la même tendance : supérieur à la moyenne dans les projets 107 est très légèrement inférieur dans le groupe de contrôle. Enfin, les usagers du groupe de contrôle ont des symptômes psycho-sociaux plus sévères que le reste de l'échantillon. On peut en partie éclairer cette réalité par le diagnostic principal des usagers. En effet, le tableau suivant (table 37) nous apprend que la proportion de schizophrènes ou de psychotiques est plus élevée dans le groupe de contrôle, alors qu'il y a nettement moins de personnes souffrant de troubles liés à une assuétude en son sein (table 38). Cette situation peut en partie expliquer le lien significatif que nous avons mentionné plus haut entre la sévérité des symptômes d'un usager (HoNOS élevé) et le score de mise en œuvre des outils de la réforme (annexe 5).

**Table 37. Score de la continuité des soins (ALBERTA), de la qualité de vie (MANSA), de l'intégration sociale (SIX) et du fonctionnement psycho-social (HoNOS) : moyenne, écart-type et données manquantes, Belgique, 2014, (N= 1199 usagers).**

|                                                       | Cycle de vie du projet |            |        |              |            |        |              |            |        |         |            |        |
|-------------------------------------------------------|------------------------|------------|--------|--------------|------------|--------|--------------|------------|--------|---------|------------|--------|
|                                                       | Groupe de contrôle     |            |        | Projets 2014 |            |        | Projets 2012 |            |        | Tous    |            |        |
|                                                       | Moyenne                | Écart-type | N miss | Moyenne      | Écart-type | N miss | Moyenne      | Écart-type | N miss | Moyenne | Écart-type | N miss |
| Score Total de la continuité des soins ALBERTA (/155) | 112.20                 | 13.57      | 20     | 114.87       | 14.00      | 86     | 117.11       | 13.76      | 85     | 115.88  | 14.07      | 191    |
| SCORE de la qualité de vie MANSA (moyenne (%))        | 48.62                  | 17.75      | 17     | 54.47        | 17.30      | 45     | 55.12        | 17.20      | 71     | 54.31   | 17.35      | 133    |
| Score d'intégration sociale SIX (/6)                  | 2.97                   | 1.17       | 9      | 3.06         | 1.44       | 53     | 3.16         | 1.27       | 74     | 3.10    | 1.35       | 136    |
| Score de fonctionnement psycho-social HoNOS (/48)     | 15.03                  | 5.69       | 9      | 11.72        | 6.06       | 82     | 12.42        | 6.67       | 74     | 12.34   | 6.37       | 165    |

**Table 38. Diagnostique principal de l'utilisateur selon le cycle de vie du projet, moyenne, test F de variance intergroupe (valeur et niveau de significativité) Belgique, 2014, (N=1199 usagers).**

|                                               | Cycle de vie du projet |              |              |        | Test F variance intergroupe |         |
|-----------------------------------------------|------------------------|--------------|--------------|--------|-----------------------------|---------|
|                                               | Groupe de contrôle     | Projets 2014 | Projets 2012 | Tous   | Valeur F                    | P value |
| <b>DIAGNOSTIQUE</b>                           |                        |              |              |        |                             |         |
| Schizophrénie ou autres Troubles Psychotiques | 37.04                  | 25.28        | 23.27        | 25.37  |                             |         |
| Troubles de l'Humeur                          | 22.22                  | 22.12        | 23.04        | 22.55  |                             |         |
| Troubles Liés à une assuétude                 | 9.88                   | 18.51        | 14.06        | 15.76  |                             |         |
| Troubles de la Personnalité                   | 11.11                  | 11.96        | 13.36        | 12.53  |                             |         |
| Troubles Anxieux                              | 2.47                   | 5.42         | 6.91         | 5.85   |                             |         |
| Autres ou non spécifié                        | 17.28                  | 16.70        | 19.35        | 17.95  |                             |         |
| Tous                                          | 100.00                 | 100.00       | 100.00       | 100.00 | 2.34                        | 0.098   |

### Utilisation des services.

La proportion d'utilisateurs qui prend des médicaments pour un problème psychiatrique est plus élevée dans le groupe de contrôle, de même qu'ils ont plus souvent fréquenté un psychiatre, ce qui peut s'expliquer par les différences de diagnostic (table 39). Néanmoins, ces derniers ont moins fréquemment rendu visite à un médecin (santé physique), sont moins nombreux à avoir rendu visite à un service social ou à avoir fréquenté une équipe mobile. Plus de la moitié de ces usagers du groupe de contrôle a été hospitalisé en psychiatrie lors des 6 derniers mois, alors que cela ne concerne qu'un usager sur 3 des projets 2014. Les usagers pris en charge au sien d'un projet 107 ont également plus souvent fréquenté un service d'activation à l'emploi, un

service d'aide au logement ou encore un service culturel. Ils ont également été plus nombreux à être hospitalisés en hôpital général.

**Table 39. Usagers ayant reçu des services, fréquenté des professionnels ou reçus des services, selon le cycle de vie du projet: proportion moyenne (%), nombre de réponses manquantes, (N= 1199 usagers), Belgique, 2014. Belgique, 2014, (N=119 usagers).**

| Utilisation des services                                       | Cycle de vie du projet |        |              |        |              |        |            |        |
|----------------------------------------------------------------|------------------------|--------|--------------|--------|--------------|--------|------------|--------|
|                                                                | Groupe de contrôle     |        | Projets 2014 |        | Projets 2012 |        | Tous       |        |
|                                                                | Moyenne(%)             | N miss | Moyenne(%)   | N miss | Moyenne(%)   | N miss | Moyenne(%) | N miss |
| Prise médicaments pour problème psychiatriques 6 derniers mois | 97.5%                  | 1      | 91.3%        | 21     | 93.7%        | 22     | 92.9%      | 44     |
| A fréquenté un psychiatre                                      | 88.8%                  | 1      | 78.6%        | 18     | 83.3%        | 21     | 81.6%      | 40     |
| Bénéficier du ticket modérateur                                | 68.3%                  | 21     | 82.1%        | 64     | 77.1%        | 86     | 78.8%      | 171    |
| A fréquenté un médecin (santé physique)                        | 65.4%                  | 3      | 77.3%        | 26     | 79.2%        | 32     | 77.1%      | 61     |
| A fréquenté un service d'aide ou soins à domicile              | 57.1%                  | 60     | 48.9%        | 266    | 57.1%        | 274    | 53.1%      | 600    |
| A fréquenté un psychologue/psychothérapeute                    | 47.5%                  | 1      | 53.8%        | 28     | 52.4%        | 21     | 52.6%      | 50     |
| Bénéficier maximum à facturer                                  | 56.4%                  | 42     | 41.5%        | 237    | 44.3%        | 243    | 44.1%      | 522    |
| A fréquenté un service social                                  | 30.0%                  | 1      | 44.3%        | 24     | 40.8%        | 26     | 41.5%      | 51     |
| Etre hospitalisé en psychiatrie                                | 52.5%                  | 1      | 33.4%        | 34     | 39.1%        | 33     | 37.7%      | 68     |
| A fréquenté une équipe mobile                                  | 20.3%                  | 2      | 35.3%        | 19     | 38.3%        | 20     | 35.4%      | 41     |
| A fréquenté un lieu de rencontre                               | 32.9%                  | 2      | 29.5%        | 30     | 33.5%        | 23     | 31.6%      | 55     |
| Fréquenté centre/hôpital de jour                               | 29.1%                  | 2      | 20.8%        | 59     | 26.8%        | 35     | 24.3%      | 96     |
| A fréquenté un service de santé mentale                        | 19.0%                  | 2      | 29.2%        | 23     | 18.3%        | 25     | 23.4%      | 50     |
| Résidé en IHP/MSP ou CT                                        | 11.3%                  | 1      | 27.6%        | 56     | 18.4%        | 44     | 21.9%      | 101    |
| Contact police/justice 6 derniers mois                         | 18.4%                  | 5      | 18.7%        | 17     | 19.1%        | 21     | 18.9%      | 43     |
| Etre hospitalisé en HG                                         | 10.1%                  | 2      | 21.6%        | 64     | 17.8%        | 48     | 18.8%      | 114    |
| A fréquenté un service d'activation à l'emploi                 | 11.3%                  | 1      | 13.3%        | 23     | 18.8%        | 25     | 15.6%      | 49     |
| A fréquenté un service d'aide au logement                      | 10.0%                  | 1      | 15.5%        | 31     | 14.8%        | 22     | 14.7%      | 54     |
| A fait du bénévolat                                            | 8.8%                   | 1      | 13.6%        | 26     | 15.7%        | 20     | 14.1%      | 47     |
| A fréquenté un service de sport                                | 8.9%                   | 2      | 10.7%        | 33     | 15.1%        | 24     | 12.5%      | 59     |
| A fréquenté un service culturel                                | 3.8%                   | 2      | 9.0%         | 34     | 13.9%        | 24     | 10.8%      | 60     |
| A fréquenté un service de formation                            | 5.0%                   | 1      | 7.2%         | 26     | 6.1%         | 2      | 6.5%       | 49     |

# CONCLUSIONS & RECOMMENDATIONS.

## CONCLUSION GÉNÉRALE ET RECOMMANDATIONS

### RAPPEL DES QUESTIONS

Ce rapport vise à décrire l'implémentation du programme « Vers des meilleurs soins de santé mentale » (VMSSM) et à évaluer comment ce programme peut soutenir la réintégration sociale des usagers, leur continuité de soins et l'utilisation d'alternatives à l'hospitalisation. A ce stade de l'évaluation fédérale, l'objectif est décrire la mise en œuvre des outils de la réforme et le fonctionnement psycho-social de la patientèle. Un suivi longitudinal permettra de mieux éclairer le lien entre le programme VMSSM et des résultats au niveau des usagers.

### RÉSULTATS PRINCIPAUX

Dans l'ensemble, les projets, les services et les usagers ont bien participé aux deux volets de recherche : 542 services de 19 réseaux 107 et de deux groupes de contrôle ont rempli le questionnaire service sur un total de 1015 services concernés, soit un taux de participation de 53%. Nos analyses indiquent que les services non-participants sont moins impliqués dans les différents liens portant sur les usagers ou sur l'organisation du réseau. Cela confirme l'hypothèse que l'implication dans la recherche va de pair avec l'implication dans le réseau. Toutes les fonctions ont participé à ce volet, même si les fonctions 1 et 3 ont un taux de participation un peu plus faible que les autres fonctions 2, 4 et 5. Un autre point positif est que tous les projets ont participé, même si trois projets ont rencontré plus de difficultés pour mobiliser largement leurs partenaires. Nous notons que deux de ces trois projets sont de taille importante, ceci pouvant peut-être expliquer cela.

En ce qui concerne l'enquête auprès des usagers, 1200 usagers et référents de soins ont accepté de nous partager leur opinion et leur expérience sur leur parcours de soins, leur qualité de vie et leur intégration sociale. C'est un succès qui est dû à l'implication des coordinateurs, des personnes de référence-recherche dans chaque réseau, des équipes soignantes, des usagers et de leur entourage. Cette base de données est particulièrement utile pour décrire les usagers les plus vulnérables de la psychiatrie en Belgique. C'est un grand succès pour tous les acteurs concernés et impliqués.

Les cinq fonctions identifiées par le programme VMSSM sont présentes dans les 19 projets. La grande majorité des services s'identifient à la fonction prévue par le programme : par exemple, la majorité des Centres de santé mentale et des services de médecine générale s'identifient à la fonction 1 de même que la majorité des services sociaux s'identifient à la fonction 3. Cependant, en même temps, les services de la fonction 1 et de la fonction 3 sont aussi ceux qui s'identifient à plusieurs fonctions : plus d'un service sur deux de la fonction 1 et 3 mentionne deux fonctions au plus. Cela renforce sans doute la nécessité d'une approche par circuit de soins.

Les 19 projets investigués sont très différents les uns des autres : la taille varie fortement (de 11 à 118 services), certains projets sont principalement composés de services de la fonction 1, d'autres de la fonction 3, ou de la fonction 5. Certains projets, sont très centralisés, d'autres au contraire sont très denses. Les projets de grande taille sont plus centralisés que les projets plus petits, renforçant ainsi le rôle d'un plus petit nombre de partenaires. La littérature indique que la composition et la structuration d'un réseau déterminent la nature de sa plus-value au niveau des usagers. Le suivi des projets permettra de mieux comprendre comment différentes structures sont associées à différents apports pour les usagers.

Un des points-clé du programme VMSSM est la mise en place de circuits de soins par fonction. Nous avons demandé à chaque service de nous indiquer qui étaient leur partenaire privilégié pour chaque fonction, ce qui permet d'identifier le cœur de chaque circuit de soins. De manière globale, pour les 5 fonctions, les types de services principaux désignés pour chacune des fonctions s'y retrouvent de fait, comme la médecine générale comme partenaire de la fonction 1, par exemple. Cependant, certains types de services sont des partenaires privilégiés pour plusieurs fonctions. Principalement, on peut constater que les hôpitaux psychiatriques sont cités avec importance pour les 5 fonctions. Les services de santé mentale ambulatoires et les équipes mobiles sont privilégiés pour les fonctions 1 et 2 ; les SPHG sont privilégiés pour les fonctions 1 et 4 ; les services psycho-socio-thérapeutiques et centre de jours pour les fonctions 1 et 3 ; et enfin les services sociaux et les habitations protégées sont privilégiés pour les fonctions 3 et 5. Ces résultats donnent donc des indications sur les liens qui se tissent entre services et entre types de services pour la mise en œuvre des fonctions de soins. De manière très générale, on peut constater l'importance des hôpitaux psychiatriques dans les différents aspects structurels des réseaux, la place importante prise par les équipes mobiles, et enfin l'écart entre l'importance du nombre de services sociaux et leur relative faiblesse dans les contacts organisationnels.

La qualité de la collaboration est globalement satisfaisante. La majorité des réseaux 107 partagent des objectifs communs et ont une bonne interconnaissance mutuelle. Cependant, la collaboration semble plus problématique pour deux aspects importants des réseaux : les outils de formalisation (moyenne de 5.2/10) et la gouvernance des réseaux (5.7/10) sont les deux dimensions présentant une marge de progression plus importante. On notera que ces deux dimensions se situent sur le versant inter organisationnel plutôt que sur le versant inter individuel : ce sont des éléments qui doivent être travaillés au niveau du réseau en tant que tel, plutôt qu'au niveau de relations entre cliniciens et représentants des services. Ils soutiennent l'idée d'une plus grande "institutionnalisation" des réseaux (organe officiel de pilotage, coordinateur investi d'un pouvoir décision, personnalité juridique des réseaux...). Une variance plus élevée pour ces deux dimensions que pour les autres indique que les réponses apportées doivent tenir compte également du contexte local. L'analyse de la mise en œuvre des outils du programme VMSSM confirme ce diagnostic : l'identification d'un référent de soins par usager et l'utilisation d'un plan de soins individualisé sont deux pratiques fréquentes mais loin d'être généralisées. La marge de progression dans ces deux domaines est importante. Là aussi, les réseaux manifestent une plus grande hétérogénéité.

Les équipes mobiles sont un chaînon important de la réforme. Les résultats indiquent qu'elles sont bien ancrées dans les réseaux, qu'elles sont composées d'équipe pluridisciplinaire, qu'elles ont des plans d'inclusion et qu'elles accompagnent les usagers lors de l'admission ou de la sortie de l'hôpital. Les équipes mobiles font partie des services à haute centralité dans les échanges cliniques et organisationnels.

Les usagers qui ont participé à l'enquête constituent un public vulnérable d'un point de vue socio-économique. Leur niveau de revenu est très proche de la ligne de pauvreté et leur intégration sociale est très faible, avec seulement 15% des usagers ayant un emploi autonome, 64% vivant seul et 32% n'ayant eu aucun contact avec un ami la semaine dernière. Les données indiquent que différents types de services sont en contact avec différents sous-groupes sociodémographiques de cette patientèle. La continuité de soins des usagers est globalement bonne : la grande majorité des usagers manifeste être satisfait de l'accès aux soins, y compris dans ses aspects financiers. Les points les plus négatifs portent sur la continuité de l'information et du lien avec la première ligne : seulement 47% des usagers n'ont pas dû répéter leur histoire devant un nouvel intervenant et seulement 45% des usagers ont un médecin généraliste qui est impliqué dans le suivi du traitement. Un autre point mérite notre attention : le peu de démarche proactive des soignants, soit pour confirmer un rendez-vous soit pour prendre des nouvelles de l'usager. Cette situation varie très peu d'un réseau à l'autre ce qui indique qu'elle procède plutôt de l'organisation générale des soins de santé.



Enfin, l'enquête usager a permis de décrire l'utilisation des soins de santé par l'utilisateur tel que connue par le référent de soins. En général, la grande majorité des usagers sont sous médication et ont eu un contact avec un psychiatre ou avec la médecine somatique. Le recours aux autres professions de santé ou aux services sociaux reste cependant problématique : très peu d'utilisation de services sociaux dans le domaine de l'emploi, du logement, de la culture ou de la formation. Soulignons aussi qu'à peine un usager sur deux a fréquenté un psychologue.

L'enquête usager a également été remplie par des usagers résidant dans des zones non-couvertes par des réseaux 107. Notons que ces zones se situent du côté francophone et qu'une des zones couvertes n'a pas pu être intégrée dans ce rapport pour des raisons de temps. A ce stade, la comparaison entre les usagers « 107 » et les usagers du groupe de contrôle doit se faire avec prudence et devra être confirmée lors du suivi longitudinal.

## LIMITES

Les conclusions de ce rapport doivent être utilisées avec une prudence dictée par le dispositif de recherche. Tout d'abord ce rapport est provisoire et l'évaluation devra se poursuivre en 2015. Notons également qu'une partie des données du groupe du contrôle n'ont pas pu être intégrées avant la fin décembre 2014. Il est également important de rappeler que ce rapport ne préjuge pas de l'ensemble de la patientèle en psychiatrie : nous avons en effet choisi de privilégier un sous-groupe d'utilisateurs chroniques, ayant un diagnostic psychiatrique et rencontrant des limitations dans sa vie quotidienne.

Enfin, les analyses montrent qu'il existe une hétérogénéité tant au sein des réseaux 107 qu'entre réseaux 107 et groupe de contrôle. Il sera important, dans une étape ultérieure, d'utiliser des méthodes statistiques plus sophistiquées pour tenter de partager l'effet du programme VMSSM de la diversité des contextes.

## RECOMMANDATIONS PRÉLIMINAIRES

Sur base des résultats antérieurs, l'équipe de l'UCL a rédigé des recommandations. Ces recommandations sont préliminaires et devront être validées par les résultats de l'évaluation en 2015. En outre, elles doivent être mises en discussion avec les autorités et les projets. Ces recommandations sont organisées selon l'acteur concerné, les autorités, les projets et les responsables de l'évaluation.

### A l'intention des autorités

- (1) Les indicateurs de qualité de la collaboration qui ont le score le moins élevés sont l'existence d'outils formels facilitant la collaboration et la gouvernance. Ce sont également les deux indicateurs pour lesquels la variance entre les projets est la plus élevée.

*Recommandation (1) :* Renforcer l'autonomie de décision du réseau pour faciliter une meilleure identification d'objectifs communs, de planification commune des activités et d'affectation des ressources.

- (2) L'utilisation du Plan de soins individualisé reste modeste et les usagers ont identifié des marges de progression dans le domaine de la continuité de soins. En outre, la mise en œuvre des outils de la réforme varie peu selon les projets mais elle varie davantage entre les fonctions.

*Recommandation (2) :* Rendre plus explicites les outils de formalisation de la collaboration sur base d'outils reconnus et partagés tel que le PSI. Une attention particulière devrait être portée à la définition des fonctions

dans lesquelles les outils de la réforme devraient être implémentés. En particulier, la mise en œuvre du référent de soins devrait être précisée : dans quelle fonction doit-il être appliqué et comment relie-t-il les diverses fonctions ? Le cas échéant, le développement de ces outils pourrait être soutenu en priorité dans certaines fonctions. Les pouvoirs publics pourraient mettre à disposition des projets leur expertise et leurs ressources dans le domaine du dossier patient partagé.

#### **A l'intention des projets 107.**

- (3) Les équipes mobiles suivent bien les recommandations de la réforme. La présence d'un psychiatre dans l'équipe et la définition des cas de non intervention recueillent des scores moins élevés.

*Recommandation (3) :* Renforcer la place des équipes mobiles dans les réseaux et préciser les bonnes pratiques à mettre en place dans ces équipes, par exemple en se référant à des standards internationaux dans ce domaine, y compris en ce qui concerne le case-load. Les équipes mobiles œuvrant dans des contextes spécifiques, il est important de tenir compte du contexte local dans l'application de ces standards. Afin d'éviter que les équipes soient submergées de demandes, préciser leur groupe cible ou prioritaire ainsi que les modalités d'adressage vers d'autres fonctions/services.

#### **A propos de l'évaluation**

- (4) La qualité de vie et l'intégration sociale des usagers semblent meilleures dans les projets art.107 que dans le groupe de contrôle. Cependant, les usagers ont une situation clinique plus sévère dans ce groupe : leur score de sévérité des symptômes psychosociaux y est plus élevé, la proportion de schizophrène y est plus importante et la proportion d'utilisateur souffrant d'un trouble liée à une assuétude y est moindre

*Recommandation (7) :* Réaliser un suivi longitudinal des usagers pour confirmer les effets de la réforme.

# ANNEXES.

## ANNEXE 1: DISPOSITIF DE RECHERCHE

### Plan d'évaluation de la réforme fédérale « vers de meilleurs soins de santé mentale » (ART. 107) à destination des coordinateurs, garants et membres de services des projets.

---

#### 1. Objectifs de l'évaluation et questions de recherche

Les projets 'Vers de meilleurs soins de santé mentale (article 107)' sont évalués à la demande de la Taskforce de la Conférence Interministérielle (Service Public Fédéral Santé publique et les entités fédérées). Le cadre général de la recherche est décrit dans le guide « Vers des Meilleurs Soins de Santé Mentale » (VMSSM – art107).

La recherche a pour objectif général de décrire la mise en œuvre du programme VMSSM, de comprendre dans quelle mesure cette mise en œuvre est conforme à la vision du programme et d'évaluer les effets de ce programme sur les usagers des soins de santé mentale qui en ont besoin.

En ce qui concerne les services la recherche vise à :

- 1) Décrire les relations de collaboration entre les services partenaires des réseaux "Art. 107";
- 2) Evaluer la qualité des collaborations.
- 3) Mesurer la mise en œuvre des dispositifs et outils prévus dans le Guide "Vers de meilleurs soins en santé mentale".
- 4) Meten van herstelgerichte zorg/competenties bij diensten voor langverblijvers

En ce qui concerne les usagers, la recherche vise à décrire les résultats du programme VMSSM –art107 :

- 1) Au niveau du rétablissement et réhabilitation de l'utilisateur
- 2) A la participation de l'utilisateur aux soins
- 3) A l'intégration sociale et à la qualité de vie des usagers
- 4) A la continuité de soins des usagers
- 5) A l'utilisation du réseau de soins par l'utilisateur
- 6) Satisfaction des usagers

#### 2. Dispositif de collecte de données

1. Les taux de participation ont été très variables en fonction des types de services, de la charge de travail, et de l'appréhension des questions d'évaluations sous-jacentes aux questionnaires utilisés. Les coordinateurs ont été considérés comme les principaux relais des chercheurs auprès de l'ensemble des services. Ils ont toutefois relayé les difficultés qui se présentaient à eux étant donné le nombre important de tâches qui leur incombe. Pour répondre à cet ensemble de préoccupations, nous suggérons, pour le dispositif final, de travailler **avec les coordinateurs, les garants de services, et les responsables de services, volontaires** pour participer au dispositif.

2. Nous proposons en outre que pour soutenir cette participation, tous les types de services (y compris hors soins) puisse **mobiliser une assistance technique pour appuyer les collectes de données** (= affecter une part d'ETP à l'activité de collecte de données pour la recherche).

3. Le nombre de volets d'étude sera **réduit à deux** : un volet sur les services, un volet sur les usagers.

4. En ce qui concerne le volet sur les services, une nouvelle période d'enquête doit être réalisée au début de l'année 2014 : elle reprendra une collecte de données sur les contacts entre services (Cf. analyse SNA) et quelques questions permettant de cerner l'intensité et la qualité des contacts entre types de services/fonctions de soins, l'utilisation d'outils mis en exergue par la réforme (case-management, plans de traitement...), et une valorisation des principaux objectifs de la réforme (développement des soins communautaires (désinstitutionnalisation), réhabilitation (intégration), coordination (décatégorisation), réduction du recours aux soins hospitaliers (intensification). L'enquête sera réalisée online auprès des responsables de services volontaires. Le questionnaire sera ajusté à partir de l'enquête SNA et d'éléments issus d'autres échelles utilisées dans l'étude de faisabilité.

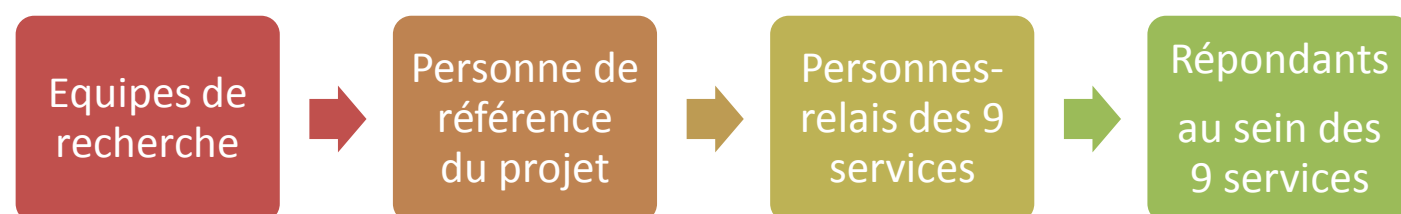
5. En ce qui concerne le volet sur les usagers, un questionnaire en deux parties sera utilisé : une partie sera à compléter par le soignant (*hétéro-passation*) et contiendra des données socio-démographiques de base, le HoNOS, le SIX et une version simplifiée du CSSRI ; une partie sera à compléter par les usagers (*auto-passation*), et reprendra une version simplifiée (raccourcie) des échelles utilisées dans le volet "usagers prioritaires" de l'étude de faisabilité. Nous suggérons qu'à terme, la partie hétéro-passation du volet sur les usagers puisse être intégrée dans les instruments de collecte en routine, tel le RPM pour les institutions psychiatriques.

Lors de l'analyse de ces données, les résultats du volet sur les services permettront de trier les services en fonction de leur proximité aux processus d'organisation préconisés par la réforme. Les usagers seront dès lors versés dans un groupe témoin ou un groupe contrôle en fonction du service duquel les données proviennent.

### 3. Organisation de la communication

La recherche requière une communication optimale entre les chercheurs, les coordinateurs, les garants de services et les responsables de service. Tout d'abord, nous allons demander qu'une personne par projet se propose comme personne de référence pour la recherche. Les équipes de recherche dialogueraient directement avec les personnes de référence sans devoir forcément alourdir les tâches déjà existantes du coordinateur<sup>1</sup>. Les personnes de références dialogueraient ensuite avec des personnes-relais au sein de chacun des services inclus dans l'étude. Ces dernières auront la responsabilité de l'administration des questionnaires aux usagers au sein de leur service.

Le processus de communication suivra donc le schéma suivant :



<sup>1</sup> Ceci dit, rien n'empêche le coordinateur d'endosser ce rôle.

#### 4. Plan d'échantillonnage

Pour le volet « usagers », nous allons travailler au sein de chaque projet avec au minimum 8 services. Respectivement :

- 2 services issus de la fonction 1 dont un SSM et un service de soin de première ligne (maison médicale, service à domicile, ...)
- 2 services issus de la fonction 2
- 2 services issus de la fonction 4
- 1 service issu de la fonction 5
- 1 convention INAMI.

L'analyse portera sur les projets qui ont participé de manière suffisante à la collecte des données.

Au sein de chacun des services, nous sonderons 10 usagers par service. Ce chiffre nous permettra de pouvoir établir des comparaisons de moyenne de projet vis-à-vis de la moyenne globale. Dans le groupe de contrôle, nous espérons collecter 50 usagers par service.

Critère d'exclusion :

1. L'utilisateur n'a pas les capacités cognitives pour signer un consentement éclairé et participer à la recherche
2. L'utilisateur ne peut pas remplir le questionnaire en français ou en néerlandais, même avec une aide
3. L'utilisateur risquerait d'être psychologiquement affecté par la participation à l'étude

Procédure de sélection :

1. Si le service compte avec plus de 10 usagers, ils prennent les 5 premiers et les 5 derniers de leur liste alphabétique.
2. Si la liste est triée par ordre d'arrivée, ils prennent les 5 premiers et les 5 derniers arrivés.

Pour le volet « service », nous travaillerons avec **tous** les services qui ont signé la convention et qui ont mentionné une personne de contact pour remplir le questionnaire. Seuls ces services seront invités à participer à l'enquête « service »

Pour le volet ROPI, nous interrogerons les services qui ont participé à la recherche Ropi au cours de l'étude de faisabilité. Au total, en sept services seront sélectionnés. Cela permettra d'étudier les évolutions dans les compétences liées à la réhabilitation.

#### Quels usagers ?

Dans chaque service, nous demanderons de sélectionner les 10 premiers usagers prioritaires pour une prise en charge par le réseau de services. La définition d'utilisateur prioritaire ne préjuge de l'importance des autres usagers. En effet les réseaux 107 s'adressent bien à tous les usagers. Cependant, la recherche a montré que la concertation et qu'un travail en réseau plus intense est nécessaire pour les SMI.

- Les usagers doivent être connus des services, par conséquent, les usagers pour lesquels les professionnels doivent ouvrir des nouveaux dossiers à la période d'observation sont exclus de la collecte.

- Le terme « usager » concerne, dans le cadre de cette étude, des personnes en souffrance psychique.
- Nous définissons les usagers prioritaires comme les usagers qui ont des maladies psychiatriques sévères et chroniques ou « Severe Mental Illness (SMI) » (Parabiaghi, 2006, Shinnar & al., 1990). Trois dimensions sont prises en compte : une dimension diagnostique, une dimension de durée d'utilisation des services psychiatriques et une dimension de fonctionnement psycho-social. Plus précisément, nous cherchons à rencontrer des usagers :

1. Avec un diagnostic psychiatrique a été posé ( plus précisément, un diagnostic sur l'axe 1 du DSMIV ) ;
2. qui sont depuis plus de 2 ans en contact avec la psychiatrie et qui ont été hospitalisés au moins une fois dans leur parcours ;
3. qui ont des difficultés de fonctionnement dans la vie de tous les jours (trois catégories minimum dans les suivantes) :

☐ a un diagnostic psychiatrique,

☐ est en contact avec la psychiatrie depuis au moins 2 ans ,

☐ fait face, dans sa vie quotidienne, à des limitations importantes , par exemple :

☐ pour faire les démarches afin d'obtenir de l'aide (en général)

☐ pour répondre à leurs besoins de base (logement, repas, hygiène, courses...)

☐ dans le fonctionnement social

☐ pour trouver et garder un emploi

☐ pour gérer les activités non-professionnelles (loisir, tâches ménagères)

#### 5. Groupe de contrôle.

Mesurer les effets de la réforme requière un comparateur : des usagers pas ou moins exposés au modèle de la réforme. La mesure d'effet de la réforme est confrontée à plusieurs difficultés : la difficulté-impossibilité de randomiser des usagers, les effets de sélection dans le recrutement spontané des usagers, la maturation de la maladie, la difficulté de standardiser le travail des équipes, l'hétérogénéité des usagers et des équipes, l'influence probable du contexte sur l'efficacité de la réforme. Récemment plusieurs études ouvrent de nouvelles perspectives sur la manière de mesurer l'efficacité lorsqu'un essai randomisé au niveau usager n'est pas faisable(16,17).

Le design proposé analyse la variation des résultats au niveau usager en fonction de l'intensité d'exposition au modèle de la réforme VMSSM-art107. Concrètement les résultats des usagers seront étudiés en fonction de :

1. Le temps depuis le démarrage du projet 107 : comparaison de la première cohorte et la deuxième cohorte des projets 107 et enregistrement de la durée d'implication dans le projet 107 de chaque service.

2. Le degré de mise en œuvre du dispositif VMSSM-art107 : l'enquête aux 9 services par projet permettra de voir dans quelle mesure les différentes composantes du modèle sont appliquées quelle est leur influence respective sur les résultats usagers .
  3. Le temps depuis lequel un usager est pris en charge par le réseau de soins : les usagers seront interviewés deux fois, une fois avant juin 2014 et une fois avant juin 2015.
  4. Un groupe d'usagers non-exposés à un projet 107 sera sélectionné dans une zone en Wallonie, dans une zone en Flandre et dans une zone à Bruxelles. Un case-control sera construit. En Wallonie il serait utile de travailler avec la province du Luxembourg, la province du Brabant Wallon et une partie du Hainaut.
  5. La comparaison entre les anciens services (F1,F3,F4,F5) et les nouvelles fonctions (F2) permettra de comparer les résultats entre les anciennes modalités et les nouvelles.
  6. Analyse statistique multivariée. Les résultats seront analysés en tenant des caractéristiques sociodémographiques des usagers ainsi que leur sévérité.
- 
7. Suivi des usagers.

L'évaluation fédérale étudie la situation de l'utilisateur entre le temps t et le temps t+1. Il est donc nécessaire d'avoir un identifiant pour suivre l'utilisateur. Un numéro unique par utilisateur sera indiqué sur le questionnaire de manière à (1) pouvoir répéter l'entretien un an après et (2) faire le lien avec son service et son projet 107

Ce numéro unique est conservé par la personne de contact dans chaque service.

Utilisation de la grille de Lucas (Management of Id Patient)



## Instruments utilisés

| Instrument                                 | Description de l'outil                                                                                                                                                                                                                                                        | Objectifs de réforme            |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS) | Le HoNOS mesure le fonctionnement psycho-social des usagers. L'instrument brosse 4 dimensions : le comportement, l'incapacité physique, les symptômes et les relations sociales. Il est composé de 12 items et donne un score de sévérité des symptômes allant entre 0 et 48. | Situation clinique des usagers  |
| SIX                                        | Le SiX est une questionnaire très simple permettant de mesurer l'intégration sociale des usagers. Composer de 4 items, son score varie entre 0 et 6.                                                                                                                          | Situation clinique des usagers  |
| MANSA                                      | Le MANSA mesure la qualité de vie des usagers. Ce questionnaire de qualité de vie est essentiellement destiné aux usagers de la santé mentale. Il est composé de 12 items.                                                                                                    | Satisfaction des usagers        |
| ALBERTA Continuity Of Care Scale           | L'ALBERTA continuity of care scale est un questionnaire qui permet de mesurer la continuité de soin des usagers.                                                                                                                                                              | Satisfaction des usagers.       |
| CSSRI                                      | Le CSSRI est un questionnaire qui permet de mesurer la consommation du réseau de soins des usagers en santé mentale.                                                                                                                                                          | Consommation du réseau de soin. |
| HOOP                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                 |
| NEL                                        | Un outil mesurant la participation de l'utilisateur à son projet thérapeutique                                                                                                                                                                                                |                                 |
| Vizie Op Zorg                              |                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                 |

## ANNEXE 2 : L'ÉCHELLE HEALTH OF THE NATION (HONOS) ET MANSA : EXTRAIT DU RAPPORT DE L'ÉTUDE DE FAISABILITÉ.

L'échelle HoNOS est une échelle qui mesure le fonctionnement psycho-social d'un usager en santé mentale. Il ne s'agit donc pas d'une échelle clinique. Cette échelle comprend 12 items pouvant être coté entre 0 (pas de problème) à 4 (gravité de fonctionnement élevée). Ces 12 items sont répartis en 4 sous-échelles du HoNOS que nous utiliserons dans des analyses ultérieures : Comportement (*Behaviour*), Incapacité (*Impairment*), symptômes (*Symptoms*) et le fonctionnement social (*Social functioning*). Plusieurs études ont déjà appuyé le fait que l'échelle HoNOS est un instrument valide et intéressant à implémenter en routine dans les hôpitaux (Wing, 1996 ; Wing 1998) [cf. encadré ci-dessous]. Le HoNOS fait actuellement partie du RPM britannique.

### WHAT IS HoNOS ?

*« The scales are completed after routine clinical assessments in any setting and have a variety of uses for clinicians, researchers and administrators, in particular health care commissioners and providers. The scales were developed using stringent testing for acceptability, usability, sensitivity, reliability and validity, and have been accepted by the NHS Executive Committee for Regulating Information Requirements for entry in the NHS Data Dictionary. The scales also form part of the English Minimum Data Set for Mental Health.*

*The use of HoNOS is recommended by the English National Service Framework for Mental Health and by the working group to the Department of Health on outcome indicators for severe mental illnesses.*

*HoNOS is the most widely used routine clinical outcome measure used by English mental health services. The CRU conducted a survey of NHS mental health services in England in 2000 and found 34 services had implemented the use of HoNOS in one or more service settings. A further survey by the Department of Health in 2002 found that 61 trusts were using HoNOS in their services with 5 having implemented the use of the scales across the whole service. »*

L'échelle MANSA est le Manchester Short Assessment of Quality of Life (Priebe, 1999). C'est une échelle de qualité de vie spécifique (contrairement au SF-36 qui est générique). Elle est spécifique aux personnes souffrant de problèmes chroniques et sévères de santé mentale. Elle est composée de douze items ainsi que de 4 items supplémentaires. L'étude de faisabilité a confirmé la validité de cet indicateur avec un alpha de Cronbach de 0.85.

### ANNEXE 3. Coefficients de corrélations et p value des principaux indicateurs du SNA et du questionnaire service, Belgique, 2014, (N=528 services).

|                                                      | Centralité | Intermédiarité | Taille du projet | Proximité | Score total de la qualité de la collaboration | Score Partage des objectifs et visions d'Amour (/10) | Score Internalisation d'Amour (/10) | Score gouvernance d'Amour (/10) | Score formalisation d'Amour (/10) | Score de mise en œuvre des outils de la réforme |
|------------------------------------------------------|------------|----------------|------------------|-----------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------|
| Centralité <i>coef. alpha</i>                        | 100000     | 0.45793        | -0.40088         | -0.48928  | 0.08599                                       | 0.06955                                              | 0.05331                             | 0.14286                         | -0.01855                          | 0.17305                                         |
| <i>p value</i>                                       |            | <.0001         | <.0001           | <.0001    | 0.0483                                        | 0.1104                                               | 0.2214                              | 0.0010                          | 0.6713                            | <.0001                                          |
| Intermédiarité                                       | 0.45793    | 100000         | -0.22689         | -0.42463  | 0.07055                                       | 0.01300                                              | 0.09283                             | 0.08763                         | 0.00349                           | 0.15377                                         |
|                                                      |            |                | <.0001           | <.0001    | 0.1054                                        | 0.7657                                               | 0.0330                              | 0.0443                          | 0.9364                            | 0.0004                                          |
| Taille du projet                                     |            |                | 100000           | 0.31525   | -0.01745                                      | 0.03426                                              | 0.00919                             | -0.14185                        | 0.20831                           | 0.01743                                         |
|                                                      |            |                |                  | <.0001    | 0.6917                                        | 0.4360                                               | 0.8346                              | 0.0012                          | <.0001                            | 0.6920                                          |
| Proximité                                            |            |                |                  | 100000    | -0.09394                                      | -0.09618                                             | -0.06880                            | -0.13922                        | -0.03365                          | -0.18911                                        |
|                                                      |            |                |                  |           | 0.0309                                        | 0.0271                                               | 0.1143                              | 0.0014                          | 0.4412                            | <.0001                                          |
| Score total de la qualité de la collaboration        |            |                |                  |           | 100000                                        | 0.53176                                              | 0.57985                             | 0.81311                         | 0.67964                           | 0.16769                                         |
|                                                      |            |                |                  |           |                                               | <.0001                                               | <.0001                              | <.0001                          | <.0001                            | <.0001                                          |
| Score Partage des objectifs et visions d'Amour (/10) |            |                |                  |           |                                               | 100000                                               | 0.41452                             | 0.44112                         | 0.37128                           | 0.09350                                         |
|                                                      |            |                |                  |           |                                               |                                                      | <.0001                              | <.0001                          | <.0001                            | 0.0297                                          |
| Score Internalisation d'Amour (/10)                  |            |                |                  |           |                                               |                                                      | 100000                              | 0.47244                         | 0.51899                           | 0.11520                                         |
|                                                      |            |                |                  |           |                                               |                                                      |                                     | <.0001                          | <.0001                            | 0.0073                                          |
| Score gouvernance d'Amour (/10)                      |            |                |                  |           |                                               |                                                      |                                     | 100000                          | 0.54739                           | 0.14421                                         |
|                                                      |            |                |                  |           |                                               |                                                      |                                     |                                 | <.0001                            | 0.0008                                          |
| Score formalisation d'Amour (/10)                    |            |                |                  |           |                                               |                                                      |                                     |                                 | 100000                            | 0.16585                                         |
|                                                      |            |                |                  |           |                                               |                                                      |                                     |                                 |                                   | 0.0001                                          |
| Score de mise en œuvre des outils de la réforme      |            |                |                  |           |                                               |                                                      |                                     |                                 |                                   | 100000                                          |
|                                                      |            |                |                  |           |                                               |                                                      |                                     |                                 |                                   |                                                 |
| N=541                                                |            |                |                  |           |                                               |                                                      |                                     |                                 |                                   |                                                 |
| Corrélation significative (<0,05) positive           |            |                |                  |           |                                               |                                                      |                                     |                                 |                                   |                                                 |
| Corrélation significative (<0,05) négative           |            |                |                  |           |                                               |                                                      |                                     |                                 |                                   |                                                 |

## ANNEXE 4 : Caractéristiques sociodémographiques des usagers

**Sexe, nationalité et âge moyen des usagers selon le type de services, la fonction, et le cycle de vie du projet : pourcentage, erreur standard, (N= 1199 usagers), Belgique, 2014.**

|                                       | Sexe (%d'hommes) |                 | Nationalité (%de belges) |                 | Age moyen (années) |                 |
|---------------------------------------|------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|--------------------|-----------------|
|                                       | %                | erreur-standard | %                        | erreur-standard | moyenne            | erreur-standard |
| Typologie                             |                  |                 |                          |                 |                    |                 |
| Médecine générale                     | 35%              | 0.06            | 92%                      | 0.03            | 50.73              | 1.47            |
| Centre santé mentale                  | 35%              | 0.05            | 98%                      | 0.01            | 45.38              | 1.35            |
| Équipe mobile                         | 44%              | 0.03            | 92%                      | 0.02            | 46.19              | 0.78            |
| Service psycho-socio-thérapeutique/HJ | 61%              | 0.06            | 89%                      | 0.04            | 42.14              | 1.47            |
| Service social                        | 32%              | 0.10            | 96%                      | 0.04            | 47.72              | 1.89            |
| Hôpital psychiatrique                 | 47%              | 0.04            | 95%                      | 0.02            | 44.09              | 0.96            |
| Service psychiatrique HG              | 47%              | 0.06            | 96%                      | 0.02            | 46.61              | 1.50            |
| Initiative habitation protégée        | 70%              | 0.04            | 96%                      | 0.02            | 48.92              | 1.05            |
| Maison soins psychiatriques           | 50%              | 0.17            | 100%                     | 0.00            | 54.20              | 4.19            |
| Administration-gestion                | 100%             | .               | 100%                     | .               | 68.00              | .               |
| FONCTION <sup>1</sup>                 |                  |                 |                          |                 |                    |                 |
| F1                                    | 36%              | 0.04            | 96%                      | 0.02            | 47.70              | 1.03            |
| F2                                    | 44%              | 0.03            | 92%                      | 0.02            | 46.19              | 0.78            |
| F3                                    | 52%              | 0.05            | 91%                      | 0.03            | 43.53              | 1.18            |
| F4                                    | 47%              | 0.03            | 95%                      | 0.01            | 44.76              | 0.81            |
| F5                                    | 69%              | 0.04            | 96%                      | 0.02            | 49.28              | 1.02            |
| Autre                                 | 100%             | .               | 100%                     | .               | 68.00              | .               |
| CYCLE DE VIE DU PROJET                |                  |                 |                          |                 |                    |                 |
| Groupe de contrôle                    | 40%              | 0.06            | 83%                      | 0.04            | 44.15              | 1.35            |
| Projets 2014                          | 49%              | 0.02            | 96%                      | 0.01            | 46.94              | 0.62            |
| Projets 2012                          | 49%              | 0.02            | 94%                      | 0.01            | 46.00              | 0.62            |
| Tous                                  | 48%              | 0.02            | 94%                      | 0.01            | 46.28              | 0.42            |

<sup>1</sup> Fonction Hétéro attribuée

| <b>Niveau d'éducation des usagers selon le type de services, la fonction, et le cycle de vie du projet : pourcentage, (N= 1199 usagers), Belgique, 2014.</b> |                                                             |                                                     |                        |             |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------|-------------|-------|
| TYPE DE SERVICES                                                                                                                                             | Enseignement primaire, secondaire inférieur ou sans diplôme | Secondaire supérieur ou Formations professionnelles | Enseignement supérieur | Ne sais pas | Total |
| Médecine générale                                                                                                                                            | 47,5                                                        | 36,3                                                | 15,0                   | 1,3         | 100,0 |
| Centre santé mentale                                                                                                                                         | 26,2                                                        | 44,4                                                | 28,6                   | 0,8         | 100,0 |
| Équipe mobile                                                                                                                                                | 38,3                                                        | 37,3                                                | 22,8                   | 1,7         | 100,0 |
| Service psycho-socio-thérapeutique/HJ                                                                                                                        | 35,9                                                        | 47,4                                                | 16,7                   | 0,0         | 100,0 |
| Service social                                                                                                                                               | 41,9                                                        | 35,5                                                | 19,4                   | 3,2         | 100,0 |
| Hôpital psychiatrique                                                                                                                                        | 33,5                                                        | 46,5                                                | 19,1                   | 0,9         | 100,0 |
| Service psychiatrique HG                                                                                                                                     | 26,0                                                        | 48,1                                                | 26,0                   | 0,0         | 100,0 |
| Initiative habitation protégée                                                                                                                               | 39,5                                                        | 41,9                                                | 17,4                   | 1,2         | 100,0 |
| Maison soins psychiatriques                                                                                                                                  | 50,0                                                        | 50,0                                                | 0,0                    | 0,0         | 100,0 |
| Self-help                                                                                                                                                    | .                                                           | .                                                   | .                      | .           | 0,0   |
| Administration-gestion                                                                                                                                       | 0,0                                                         | 100,0                                               | 0,0                    | 0,0         | 100,0 |
| Total type services                                                                                                                                          | 35,9                                                        | 42,2                                                | 20,8                   | 1,1         | 100,0 |
| Fonctions <sup>1</sup>                                                                                                                                       | 0,0                                                         | 0,0                                                 | 0,0                    | 0,0         | 0,0   |
| F1                                                                                                                                                           | 35,6                                                        | 41,7                                                | 21,5                   | 1,2         | 100,0 |
| F2                                                                                                                                                           | 39,3                                                        | 35,7                                                | 23,4                   | 1,6         | 100,0 |
| F3                                                                                                                                                           | 38,6                                                        | 46,9                                                | 13,6                   | 1,0         | 100,0 |
| F4                                                                                                                                                           | 31,6                                                        | 49,6                                                | 18,0                   | 0,8         | 100,0 |
| F5                                                                                                                                                           | 40,9                                                        | 43,0                                                | 14,8                   | 1,3         | 100,0 |
| Autre                                                                                                                                                        | 0,0                                                         | 100,0                                               | 0,0                    | 0,0         | 100,0 |
| Total fonction                                                                                                                                               | 36,6                                                        | 43,1                                                | 19,1                   | 1,2         | 100,0 |
| <sup>1</sup> Fonction Hétéro attribuée                                                                                                                       |                                                             |                                                     |                        |             |       |

| <b>Budget du ménage de l'utilisateur selon le type de services, la fonction, et le cycle de vie du projet : pourcentage, erreur standard, , (N= 1199 usagers), Belgique, 2014.</b> |           |                |                  |                  |                  |                  |            |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------|-------------|
|                                                                                                                                                                                    | <500/mois | (500-999)/mois | (1000-1499)/mois | (1500-1999)/mois | (2000-2499)/mois | (2500-2999)/mois | >3000/mois | Ne sais pas |
| Médecine générale                                                                                                                                                                  | 5.41      | 17.57          | 40.54            | 8.11             | 6.76             | 2.70             | 0.00       | 18.92       |
| Centre santé mentale                                                                                                                                                               | 2.38      | 10.32          | 32.54            | 18.25            | 4.76             | 8.73             | 10.32      | 12.70       |
| Equipe mobile                                                                                                                                                                      | 2.44      | 20.56          | 39.37            | 12.89            | 6.97             | 5.92             | 4.53       | 7.32        |
| Service psycho-socio-thérapeutique/HJ                                                                                                                                              | 2.50      | 32.50          | 33.75            | 6.25             | 6.25             | 2.50             | 2.50       | 13.75       |
| Service social                                                                                                                                                                     | 3.33      | 23.33          | 46.67            | 16.67            | 0.00             | 0.00             | 0.00       | 10.00       |
| Hôpital psychiatrique                                                                                                                                                              | 6.58      | 25.88          | 37.28            | 10.53            | 4.39             | 1.75             | 4.39       | 9.21        |
| Service psychiatrique HG                                                                                                                                                           | 2.63      | 17.11          | 23.68            | 14.47            | 11.84            | 13.16            | 13.16      | 3.95        |
| Initiative habitation protégée                                                                                                                                                     | 3.80      | 24.05          | 55.70            | 4.43             | 1.27             | 0.00             | 0.00       | 10.76       |
| Maison soins psychiatriques                                                                                                                                                        | 0.00      | 18.18          | 45.45            | 0.00             | 0.00             | 0.00             | 0.00       | 36.36       |
| Self-help                                                                                                                                                                          | 0.00      | 0.00           | 0.00             | 0.00             | 0.00             | 0.00             | 0.00       | 0.00        |
| Administration-gestion                                                                                                                                                             | 0.00      | 0.00           | 100.00           | 0.00             | 0.00             | 0.00             | 0.00       | 0.00        |
| Total                                                                                                                                                                              | 3.73      | 21.48          | 39.40            | 11.02            | 5.32             | 4.30             | 4.48       | 10.27       |
| F1 <sup>1</sup>                                                                                                                                                                    | 3.77      | 12.58          | 33.96            | 13.21            | 5.66             | 6.92             | 7.55       | 16.35       |
| F2                                                                                                                                                                                 | 2.07      | 21.49          | 38.84            | 12.81            | 7.02             | 4.96             | 4.55       | 8.26        |
| F3                                                                                                                                                                                 | 2.06      | 29.90          | 38.14            | 10.31            | 4.12             | 2.06             | 2.06       | 11.34       |
| F4                                                                                                                                                                                 | 5.84      | 22.57          | 35.80            | 11.28            | 5.84             | 4.67             | 5.06       | 8.95        |
| F5                                                                                                                                                                                 | 4.20      | 27.27          | 49.65            | 4.20             | 0.70             | 0.00             | 0.00       | 13.99       |
| Autre                                                                                                                                                                              | 0.00      | 0.00           | 100.00           | 0.00             | 0.00             | 0.00             | 0.00       | 0.00        |
| Total                                                                                                                                                                              | 3.78      | 22.02          | 38.82            | 10.79            | 5.12             | 4.12             | 4.23       | 11.12       |
| <sup>1</sup> Fonction Hétéro attribuée                                                                                                                                             |           |                |                  |                  |                  |                  |            |             |

## ANNEXE 5 : Coefficients de corrélations et p value des principaux indicateurs du questionnaire service et du questionnaire usager, Belgique, 2014 (N=1199).

|                                                                      | Score de l'intégration sociale de la patientèle (SIX) | Score de sévérité des symptômes psychosociaux de la patientèle HoNOS | Score de mise en œuvre des outils de la réforme | Score de la qualité de la collaboration |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Continuité des soins selon la patientèle (alberta)                   | -0.19603                                              | 0.10947                                                              | -0.05934                                        | 0.00628                                 |
| Score total de l'Alberta (/155)                                      | <.0001                                                | 0.0018                                                               | 0.0977                                          | 0.8609                                  |
|                                                                      | 870                                                   | 812                                                                  | 780                                             | 780                                     |
| Qualité de vie de la patientèle (mansa)                              | 0.06109                                               | -0.30951                                                             | 0.05713                                         | 0.13062                                 |
|                                                                      | 0.0608                                                | <.0001                                                               | 0.0980                                          | 0.0001                                  |
|                                                                      | 943                                                   | 876                                                                  | 840                                             | 840                                     |
| Score de l'intégration sociale de la patientèle (SIX)                | 100.000                                               | -0.10456                                                             | 0.05590                                         | 0.05217                                 |
|                                                                      |                                                       | 0.0019                                                               | 0.1063                                          | 0.1317                                  |
|                                                                      | 1038                                                  | 882                                                                  | 836                                             | 836                                     |
| Score de sévérité des symptômes psychosociaux de la patientèle HoNOS | -0.10456                                              | 100.000                                                              | -0.08431                                        | -0.04921                                |
| Score global HoNos (/48)                                             | 0.0019                                                |                                                                      | 0.0165                                          | 0.1620                                  |
|                                                                      | 882                                                   | 1011                                                                 | 809                                             | 809                                     |
| Score de mise en œuvre des outils de la réforme                      | 0.05590                                               | -0.08431                                                             | 100.000                                         | 0.01712                                 |
|                                                                      | 0.1063                                                | 0.0165                                                               |                                                 | 0.5935                                  |
|                                                                      | 836                                                   | 809                                                                  | 974                                             | 974                                     |
| Score de la qualité de la collaboration                              | 0.05217                                               | -0.04921                                                             | 0.01712                                         | 100.000                                 |
|                                                                      | 0.1317                                                | 0.1620                                                               | 0.5935                                          |                                         |
|                                                                      | 836                                                   | 809                                                                  | 974                                             | 974                                     |
| corrélation significative positive                                   |                                                       |                                                                      |                                                 |                                         |
| corrélation significative négative                                   |                                                       |                                                                      |                                                 |                                         |

## ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX USAGERS DE LA SANTÉ MENTALE



### Questionnaire destiné aux usagers de la sante mentale

Evaluation de la réforme  
'Vers de meilleurs soins en santé mentale'





## INFORMATIONS SUR L'ENQUÊTE

Les projets 'Vers de meilleurs soins de santé mentale (article 107)' sont évalués à la demande de la Taskforce de la Conférence Interministérielle (Service Public Fédéral Santé publique et les entités fédérées). Le cadre général de la recherche est décrit dans le guide «Vers des Meilleurs Soins de Santé Mentale».

La recherche a pour objectif général de décrire la mise en œuvre du programme, de comprendre dans quelle mesure cette mise en œuvre est conforme à la vision du programme et d'évaluer les effets de ce programme sur les usagers des soins de santé mentale qui en ont besoin. En ce qui concerne les usagers, la recherche vise à décrire les objectifs suivants, décrits dans le guide :

- 1) Le rétablissement et réhabilitation
- 2) La participation aux soins
- 3) L'intégration sociale et la qualité de vie
- 4) La continuité de soins
- 5) L'utilisation du réseau de soins

---

**VOTRE AVIS DANS CETTE ENQUÊTE EST DONC PRIMORDIAL CAR IL S'AGIT D'ÉVALUER UNE RÉFORME DE VOTRE POINT DE VUE.**

---

**Ce questionnaire est composé de deux parties :**

la première est à remplir par l'utilisateur et la deuxième par son soignant habituel. Toutefois, si l'utilisateur devait rencontrer des difficultés pour compléter la partie 1, un professionnel peut éventuellement l'aider.

---

Commanditée par le SPF santé publique,  
sécurité de la chaîne alimentaire et environnement.



Effectuée par:



# FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION À CETTE ÉTUDE

Veuillez lire attentivement ce document avant d'y apposer votre signature.

Merci de compléter ce document en 2 exemplaires. ([Formulaire de consentement 01 & 02](#))

## IDENTIFIANT

|                      |   |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|---|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 1.                   |   | 2.                   |   | 3.                   | 4.                   | 5.                   | 6.                   |                      |                      |
| ID projet            |   | ID services          |   | nom(2)               | prénom(2)            | année(2)             | sexe                 |                      |                      |

**Champ réservé à la personne de contact dans les services.**

## De quoi se compose votre numéro d'identification?

L'identifiant est composé de trois parties : un code pour le projet / service / identifiant personnel.

Les identifiants de projet et services sont connus par les professionnels et le coordinateur.

Votre numéro d'identification personnel est composé des deux premières lettres de votre nom de famille + des deux premières lettres de votre prénom + les deux derniers chiffres de votre année de naissance + votre sexe (M ou F).

Par exemple :

Le numéro d'identification de De Smet Jean, né en 1974, de sexe masculin, enregistré dans le service 34 du projet 12 est :

12 / 34 / DEJE74M

## Quelle est l'utilité de ce numéro d'identification?

Les données sont anonymes, ce qui signifie que les chercheurs ne savent pas qui a complété ce questionnaire.

Nous souhaitons réitérer cette enquête à différentes périodes. Ce n'est que par un numéro d'identification qu'il nous sera possible de contacter la même personne, par l'intermédiaire du service qui s'occupe de vous. Ce service ne peut jamais voir vos réponses, mais a connaissance de votre numéro d'identification. Cet identifiant nous permettra également de lier les différents questionnaires.

## CONDITIONS DE PARTICIPATION A LA RECHERCHE

- Je comprends qu'il n'y a aucune obligation relative à la participation à cette étude. Ma participation à cette étude n'aura aucune incidence sur ma prise en charge.
- Je peux mettre fin à ma participation à tout moment sans que cela n'entraîne de conséquences néfastes. Je peux me retirer immédiatement, sans avoir à donner de raison.
- Je sais que je ne reçois pas de compensation financière et qu'aucun avantage n'est directement lié à ma participation.
- Je suis d'accord que les informations que je donne soient utilisées dans le cadre de ce projet. Je comprends que ces informations sont strictement confidentielles et seront traitées de manière anonyme conformément à la loi belge du 8 décembre 1992 et la loi belge du 22 Août 2002.  
*Note: la probabilité de subir un dommage en participant à cette étude est extrêmement faible. Néanmoins, vous êtes, en tant que participant à cette étude, assuré tel que requis par la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.*
- Je sais que j'ai le droit de revoir mes données et de les corriger si nécessaire. Je peux m'adresser à ce propos au responsable de l'étude, le Pr Vincent Lorant ([vincent.lorant@uclouvain.be](mailto:vincent.lorant@uclouvain.be))
- J'ai pris connaissance des informations concernant cette enquête, j'ai reçu des réponses à mes questions et j'ai compris ces informations. Je sais que je peux prendre contact avec le chercheur en cas de besoin.

En signant ce formulaire de consentement, je confirme ma volonté de participer à cette étude. Je confirme avoir lu et compris les conditions de participation, et être d'accord avec celles-ci.

Date ..... / ..... / .....

Signature .....

Si vous refusez de participer à cette enquête, pourriez-vous nous indiquer les raisons de votre choix au verso de la page.

# FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION À CETTE ÉTUDE

Veuillez lire attentivement ce document avant d'y apposer votre signature.

Merci de compléter ce document en 2 exemplaires. ([Formulaire de consentement 01 & 02](#))

## IDENTIFIANT

|                      |   |                      |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|---|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 1.                   |   | 2.                   |   | 3.                   | 4.                   | 5.                   | 6.                   |                      |                      |
| ID projet            |   | ID services          |   | nom(2)               | prénom(2)            | année(2)             | sexe                 |                      |                      |

**Champ réservé à la personne de contact dans les services.**

## De quoi se compose votre numéro d'identification?

L'identifiant est composé de trois parties : un code pour le projet / service / identifiant personnel.

Les identifiants de projet et services sont connus par les professionnels et le coordinateur.

Votre numéro d'identification personnel est composé des deux premières lettres de votre nom de famille + des deux premières lettres de votre prénom + les deux derniers chiffres de votre année de naissance + votre sexe (M ou F).

Par exemple :

Le numéro d'identification de De Smet Jean, né en 1974, de sexe masculin, enregistré dans le service 34 du projet 12 est :

12 / 34 / DEJE74M

## Quelle est l'utilité de ce numéro d'identification?

Les données sont anonymes, ce qui signifie que les chercheurs ne savent pas qui a complété ce questionnaire.

Nous souhaitons réitérer cette enquête à différentes périodes. Ce n'est que par un numéro d'identification qu'il nous sera possible de contacter la même personne, par l'intermédiaire du service qui s'occupe de vous. Ce service ne peut jamais voir vos réponses, mais a connaissance de votre numéro d'identification. Cet identifiant nous permettra également de lier les différents questionnaires.

## CONDITIONS DE PARTICIPATION A LA RECHERCHE

- Je comprends qu'il n'y a aucune obligation relative à la participation à cette étude. Ma participation à cette étude n'aura aucune incidence sur ma prise en charge.
- Je peux mettre fin à ma participation à tout moment sans que cela n'entraîne de conséquences néfastes. Je peux me retirer immédiatement, sans avoir à donner de raison.
- Je sais que je ne reçois pas de compensation financière et qu'aucun avantage n'est directement lié à ma participation.
- Je suis d'accord que les informations que je donne soient utilisées dans le cadre de ce projet. Je comprends que ces informations sont strictement confidentielles et seront traitées de manière anonyme conformément à la loi belge du 8 décembre 1992 et la loi belge du 22 Août 2002.  
*Note: la probabilité de subir un dommage en participant à cette étude est extrêmement faible. Néanmoins, vous êtes, en tant que participant à cette étude, assuré tel que requis par la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.*
- Je sais que j'ai le droit de revoir mes données et de les corriger si nécessaire. Je peux m'adresser à ce propos au responsable de l'étude, le Pr Vincent Lorant ([vincent.lorant@uclouvain.be](mailto:vincent.lorant@uclouvain.be))
- J'ai pris connaissance des informations concernant cette enquête, j'ai reçu des réponses à mes questions et j'ai compris ces informations. Je sais que je peux prendre contact avec le chercheur en cas de besoin.

En signant ce formulaire de consentement, je confirme ma volonté de participer à cette étude. Je confirme avoir lu et compris les conditions de participation, et être d'accord avec celles-ci.

Date ..... / ..... / .....

Signature .....

Si vous refusez de participer à cette enquête, pourriez-vous nous indiquer les raisons de votre choix au verso de la page.



---

# **PREMIERE PARTIE**

## **A COMPLETER PAR L'USAGER**

*L'utilisateur peut éventuellement être accompagné par un professionnel.*

---

# PREMIERE PARTIE : A COMPLETER PAR L'USAGER

L'usager peut éventuellement être accompagné par un professionnel.

IDENTIFIANT

/

/

1.

ID projet

2.

ID services

3.

nom(2)

4.

5.

6.

Champ réservé à la personne de contact dans les services.

A

VOTRE EXPÉRIENCE PAR RAPPORT AUX SOINS QUE VOUS AVEZ REÇUS<sup>iii</sup> (ALBERTA)

Le but de cette partie est de recueillir des informations sur votre expérience des soins reçus au sein de services de santé mentale. Essayez de penser à tous les services qui vous ont suivi ces **6 derniers mois**. Il n’y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ce qui nous intéresse ce sont vos expériences, qu’elles aient été bonnes ou mauvaises.

Sentez-vous libre de répondre le plus franchement possible à chaque question.

| QUESTION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                  | Totalment en désaccord | En désaccord | Incertain | D'accord | Totalment d'accord |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------|-----------|----------|--------------------|
| <i>Instruction : Veuillez entourer, pour chacune des 31 questions suivantes, le numéro qui correspond à votre degré d'accord. (Voir exemple ci-dessous)</i>                                                                                                                                                                                    |                                                                                                  |                        |              |           |          |                    |
| <div>Exemple:</div> <div>Pour chaque question nous vous demandons si vous êtes :</div> <div>I: totalement en désaccord;    2: en désaccord;    3: incertain;    <b>4</b>: d'accord;    5: tout-à-fait d'accord.</div> <div>Ex: « Les services sont près de l'endroit où j'habite. » Si vous êtes d'accord avec cet énoncé, entourez "4".</div> |                                                                                                  |                        |              |           |          |                    |
| A.1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | On m'a demandé ce que j'attendais de la prise en charge.                                         | I                      | 2            | 3         | 4        | 5                  |
| A.2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Je ne me sens pas impliqué(e) dans les décisions portant sur mon accompagnement.                 | I                      | 2            | 3         | 4        | 5                  |
| A.3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | La prise en charge répond à mes besoins.                                                         | I                      | 2            | 3         | 4        | 5                  |
| A.4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Je ne me sens pas traité(e) comme une personne à part entière par les services de santé mentale. | I                      | 2            | 3         | 4        | 5                  |
| A.5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Quand je vais moins bien, mes rendez-vous peuvent être plus fréquents.                           | I                      | 2            | 3         | 4        | 5                  |

| <i>Instruction : Veuillez entourer, pour chacune des questions suivantes, le numéro qui correspond à votre degré d'accord.</i> |                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Totalement en désaccord | En désaccord | Incertain | D'accord | Tout-à-fait d'accord |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------|-----------|----------|----------------------|
| <b>A.6</b>                                                                                                                     | On évalue régulièrement les modalités de ma prise en charge pour voir si elles sont efficaces.                                                                                                                                                                                         | 1                       | 2            | 3         | 4        | 5                    |
| <b>A.7</b>                                                                                                                     | J'ai dû répéter mon histoire à chaque fois que j'ai eu besoin d'aide.                                                                                                                                                                                                                  | 1                       | 2            | 3         | 4        | 5                    |
| <b>A.8</b>                                                                                                                     | Même quand mes besoins changent, les modalités de ma prise en charge ne sont pas modifiées.                                                                                                                                                                                            | 1                       | 2            | 3         | 4        | 5                    |
| <b>A.9</b>                                                                                                                     | Je ne sais pas où aller quand j'ai besoin d'aide.                                                                                                                                                                                                                                      | 1                       | 2            | 3         | 4        | 5                    |
| <b>A.10</b>                                                                                                                    | Je dois faire face à un nombre élevé d'institutions et de services variés, unités, centres (programmes) de soins.                                                                                                                                                                      | 1                       | 2            | 3         | 4        | 5                    |
| <b>A.11</b>                                                                                                                    | J'ai été incapable de payer mes médicaments en dehors de l'hôpital.                                                                                                                                                                                                                    | 1                       | 2            | 3         | 4        | 5                    |
| <b>A.12</b>                                                                                                                    | Je suis convaincu que mon psychiatre peut me faire admettre à l'hôpital si j'en avais besoin.                                                                                                                                                                                          | 1                       | 2            | 3         | 4        | 5                    |
| <b>A.13</b>                                                                                                                    | On m'a refusé l'accès à certains types de services, unités, centres (programmes) de soins et je ne comprends pas pourquoi.                                                                                                                                                             | 1                       | 2            | 3         | 4        | 5                    |
| <b>A.14</b>                                                                                                                    | Mon intervenant habituel ne s'intéresse pas seulement à mes symptômes.<br><small>(Remarque : par intervenant habituel, nous entendons la personne que vous voyez le plus souvent pour vos services liés à la santé mentale.)</small>                                                   | 1                       | 2            | 3         | 4        | 5                    |
| <b>A.15</b>                                                                                                                    | Je ne peux pas rencontrer rapidement mon intervenant habituel quand j'en ai besoin.                                                                                                                                                                                                    | 1                       | 2            | 3         | 4        | 5                    |
| <b>A.16</b>                                                                                                                    | Mon intervenant habituel a téléphoné pour prendre de mes nouvelles.                                                                                                                                                                                                                    | 1                       | 2            | 3         | 4        | 5                    |
| <b>A.17</b>                                                                                                                    | Il n'y a pas d'endroit unique, où me renseigner à propos des services disponibles.                                                                                                                                                                                                     | 1                       | 2            | 3         | 4        | 5                    |
| <b>A.18</b>                                                                                                                    | J'ai facilement accès aux services dont j'ai besoin.<br><small>Remarque : par services nous entendons toutes les structures et unités de soins et traitements, tout l'accompagnement, incluant l'hospitalisation, l'accès aux cliniques, aux urgences et aux centres de crise.</small> | 1                       | 2            | 3         | 4        | 5                    |
| <b>A.19</b>                                                                                                                    | Il ne me semble pas y avoir de liens entre les services existant.                                                                                                                                                                                                                      | 1                       | 2            | 3         | 4        | 5                    |
| <b>A.20</b>                                                                                                                    | J'ai pu avoir accès à des services proches de mon lieu de résidence (près de l'endroit où j'habite).                                                                                                                                                                                   | 1                       | 2            | 3         | 4        | 5                    |
| <b>A.21</b>                                                                                                                    | Certains services dont j'ai besoin n'existent tout simplement pas.                                                                                                                                                                                                                     | 1                       | 2            | 3         | 4        | 5                    |

| <i>Instruction : Veuillez entourer, pour chacune des questions suivantes, le numéro qui correspond à votre degré d'accord.</i> |                                                                                                                                                                                                                                                                          | Totalement en désaccord | En désaccord | Incertain | D'accord | Tout-à-fait d'accord |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------|-----------|----------|----------------------|
| <b>A.22</b>                                                                                                                    | Plus j'ai bénéficié de l'aide de services, plus ma vie s'est améliorée.                                                                                                                                                                                                  | 1                       | 2            | 3         | 4        | 5                    |
| <b>A.23</b>                                                                                                                    | En cas de problème, je peux obtenir de l'aide de services même en pleine nuit.                                                                                                                                                                                           | 1                       | 2            | 3         | 4        | 5                    |
| <b>A.24</b>                                                                                                                    | Si les choses allaient moins bien avec mon intervenant habituel, je pourrais changer de professionnel.<br><small>Remarque : par professionnel nous entendons toute personne que vous avez rencontrée pour des soins en santé mentale.</small>                            | 1                       | 2            | 3         | 4        | 5                    |
| <b>A.25</b>                                                                                                                    | Mon intervenant habituel est au courant des services disponibles.                                                                                                                                                                                                        | 1                       | 2            | 3         | 4        | 5                    |
| <b>A.26</b>                                                                                                                    | Quand je vais voir de nouveaux professionnels, ils ne semblent jamais avoir mon dossier.                                                                                                                                                                                 | 1                       | 2            | 3         | 4        | 5                    |
| <b>A.27</b>                                                                                                                    | L'ensemble des professionnels autour de moi m'encourage à prendre mes propres responsabilités au sujet de mes soins de santé.<br><small>Remarque : par ensemble des professionnels, nous entendons tous les professionnels de la santé que vous avez rencontrés.</small> | 1                       | 2            | 3         | 4        | 5                    |
| <b>A.28</b>                                                                                                                    | Ceux qui s'occupent de moi ne semblent pas communiquer entre eux.                                                                                                                                                                                                        | 1                       | 2            | 3         | 4        | 5                    |
| <b>A.29</b>                                                                                                                    | Tout le monde semble travailler ensemble pour moi.                                                                                                                                                                                                                       | 1                       | 2            | 3         | 4        | 5                    |
| <b>A.30</b>                                                                                                                    | On m'a téléphoné pour confirmer un rendez-vous ou pour savoir pourquoi j'ai manqué un rendez-vous.                                                                                                                                                                       | 1                       | 2            | 3         | 4        | 5                    |
| <b>A.31</b>                                                                                                                    | Mon traitement a été discuté avec mon médecin généraliste.                                                                                                                                                                                                               | 1                       | 2            | 3         | 4        | 5                    |

QUESTION

*Instruction :* Vous allez trouver ci-dessous une série d’affirmations pour lesquelles il vous est demandé de répondre systématiquement à deux questions :

- 1) Dans quelle mesure ceci est-il exact dans VOTRE SITUATION ?
- 2) A quel point ceci est-il IMPORTANT POUR VOUS ?

Exemple :

« Les soignants ont le temps de m’écouter. »

- 1 ) Indiquez dans quelle mesure cette affirmation est exacte pour vous? Pensez à votre vécu. Si, par exemple, vous pensez que les accompagnateurs n'ont jamais le temps d’être à votre écoute, cochez la case JAMAIS.
- ☒ Jamais ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours ☐ Ne sait pas
- 2) Indiquez si ce sujet est important pour vous. Pensez à l'importance que vous accordez au contenu de l'affirmation dans votre situation en particulier. Si, par exemple, vous estimez qu'il n'est pas important que les soignants aient du temps pour être à votre écoute, cochez la case SANS IMPORTANCE.
- ☐ Tout à fait sans importance ☒ Sans importance ☐ Avis mitigé ☐ Important ☐ Très important ☐ Ne sait pas

**ATTENTION ceci était un exemple.** Voici maintenant quelques affirmations pour lesquelles nous voulons avoir votre opinion à la manière de l'exemple ci-dessus.

A.32

Je peux joindre des soignants même pendant la nuit.

a.32.1

Dans quelle mesure ceci est-il exact pour vous?

☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours ☐ Ne sait pas

a.32.2

A quel point ceci est-il important pour vous?

☐ Tout à fait sans importance ☐ Sans importance ☐ Avis mitigé ☐ Important ☐ Très important ☐ Ne sait pas

A.33

Les membres de ma famille qui s’occupent de moi ont reçu des informations claires à propos de ma maladie, de ses symptômes, de son évolution et des risques de rechute.

a.32.1

Dans quelle mesure ceci est-il exact pour vous?

☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours ☐ Ne sait pas

a.32.2

A quel point ceci est-il important pour vous?

☐ Tout à fait sans importance ☐ Sans importance ☐ Avis mitigé ☐ Important ☐ Très important ☐ Ne sait pas

A.34

J’ai des contacts avec des personnes présentant les mêmes problèmes que moi, par exemple dans les groupes d’entraide.

a.32.1

Dans quelle mesure ceci est-il exact pour vous?

☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours ☐ Ne sait pas

a.32.2

A quel point ceci est-il important pour vous?

☐ Tout à fait sans importance ☐ Sans importance ☐ Avis mitigé ☐ Important ☐ Très important ☐ Ne sait pas

A.35

On m’aide à reconnaître les signes d’une rechute.

a.32.1

Dans quelle mesure ceci est-il exact pour vous?

☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours ☐ Ne sait pas

a.32.2

A quel point ceci est-il important pour vous?

☐ Tout à fait sans importance ☐ Sans importance ☐ Avis mitigé ☐ Important ☐ Très important ☐ Ne sait pas

A.36

Les soignants m’informent et me conseillent concernant les maladies sexuellement transmissibles (ex. SIDA).

a.32.1

Dans quelle mesure ceci est-il exact pour vous?

☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours ☐ Ne sait pas

a.32.2

A quel point ceci est-il important pour vous?

☐ Tout à fait sans importance ☐ Sans importance ☐ Avis mitigé ☐ Important ☐ Très important ☐ Ne sait pas

A.37

Les professionnels m’informent et me conseillent concernant la prévention de grossesses non désirées.

a.32.1

Dans quelle mesure ceci est-il exact pour vous?

☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours ☐ Ne sait pas

a.32.2

A quel point ceci est-il important pour vous?

☐ Tout à fait sans importance ☐ Sans importance ☐ Avis mitigé ☐ Important ☐ Très important ☐ Ne sait pas

QUESTION

SATISFACTION A L'EGARD DE LA PRISE EN CHARGE

*Instruction :* Pouvez-vous indiquer sur une échelle de 0 à 10 votre **niveau de satisfaction globale par rapport au traitement que vous avez reçus**. Le score -0- signifie « absolument pas satisfait », les score -5- signifie « ni satisfait, ni insatisfait » et le score -10- signifie « totalement satisfait ».

A.38 Quel est votre niveau de satisfaction globale par rapport à la prise en charge que vous avez reçus. Entourez la réponse correspondante.

0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

B

RETABLISSEMENT ET EMPOWERMENT <sup>iiiiiv</sup>

Cette partie de l'enquête concerne votre sentiment de pouvoir décider pour votre propre vie et la mesure dans laquelle vous avez le contrôle de celle-ci.

| QUESTION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Pas du tout d'accord | Pas d'accord | Ni d'accord<br>Ni en désaccord | D'accord | Tout-à-fait d'accord |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------|--------------------------------|----------|----------------------|
| <i>Instruction : Ci-dessous se trouvent une série d'affirmations. Pourriez-vous indiquer votre degré d'accord avec ces affirmations en suivant l'échelle suivante :<br/>1 = pas du tout d'accord ; 2 = pas d'accord ; 3 = ni d'accord ni en désaccord ; 4 = d'accord ; 5 = tout-à-fait d'accord<br/><br/>Entourez le numéro qui correspond le plus à votre opinion.</i> |                      |              |                                |          |                      |
| <b>B.1</b> Mon professionnel de soins et moi collaborons bien.                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.2</b> Cette société tient compte des personnes avec des difficultés psychiques.                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.3</b> J'ai le sentiment que j'ai de la valeur aux yeux des autres.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.4</b> J'ai un but dans ma vie.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.5</b> Les personnes autour de moi m'acceptent.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.6</b> Mon professionnel de soins prend en compte mes capacités plutôt que mes difficultés.                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.7</b> Je sais me mettre des limites.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.8</b> Mon entourage m'offre une oreille attentive.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.9</b> Les personnes autour de moi m'acceptent comme je suis.                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.10</b> Je sais ce que je peux et ne peux pas faire.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.11</b> Dans notre société, les personnes avec une difficulté psychique sont considérées comme des personnes à part entière.                                                                                                                                                                                                                                        | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.12</b> Quand tout se passe bien, je me sens satisfait.                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |

|                                                                                                                               | Pas du tout d'accord | Pas d'accord | Ni d'accord<br>Ni en désaccord | D'accord | Tout-à-fait d'accord |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------|--------------------------------|----------|----------------------|
| <i>Instruction : Veuillez entourer, pour chacune de questions suivantes, le numéro qui correspond à votre degré d'accord.</i> |                      |              |                                |          |                      |
| <b>B.13</b> Quand j'ai un problème, je sais le gérer.                                                                         | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.14</b> Si j'ai besoin de mon soignant habituel, il est là.                                                               | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.15</b> Je décide de la manière dont je dirige ma vie.                                                                    | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.16</b> Les gens que j'aime me soutiennent.                                                                               | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.17</b> Si j'ai besoin de soutien, j'en reçois.                                                                           | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.18</b> J'ai envie d'avancer.                                                                                             | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.19</b> La société respecte mes droits en tant que citoyen.                                                               | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.20</b> J'ai une vie structurée.                                                                                          | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.21</b> Le rôle de patient n'est plus central dans ma vie.                                                                | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.22</b> J'ose demander de l'aide.                                                                                         | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.23</b> La société offre une protection sociale aux personnes avec des difficultés psychiques.                            | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.24</b> J'ai régulièrement des rendez-vous en dehors de chez moi.                                                         | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.25</b> Je peux partager mon expérience avec des autres personnes ayant des expériences similaires                        | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.26</b> Je sais en quoi je suis doué.                                                                                     | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.27</b> J'ai une bonne relation avec les personnes qui m'entourent.                                                       | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.28</b> Cette société me fait une place, me permet de participer à ma façon.                                              | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.29</b> L'aide que je reçois s'intègre bien dans ma vie.                                                                  | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.30</b> J'ai le sentiment d'avoir trouvé ma place.                                                                        | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.31</b> Je trouve que je suis une personne de valeur.                                                                     | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |



| <i>Instruction : Veuillez entourer, pour chacune de questions suivantes, le numéro qui correspond à votre degré d'accord.</i> |                                                                                                       | Pas du tout d'accord | Pas d'accord | Ni d'accord<br>Ni en désaccord | D'accord | Tout-à-fait d'accord |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------|--------------------------------|----------|----------------------|
| <b>B.32</b>                                                                                                                   | Je transforme mes pensées négatives en pensées positives.                                             | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.33</b>                                                                                                                   | Avec le recul, je peux voir comment la vie a fait de moi ce que je suis aujourd'hui.                  | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.34</b>                                                                                                                   | Je me sens tranquille et en sécurité dans mon logement.                                               | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.35</b>                                                                                                                   | Chaque jour, j'ai suffisamment à faire.                                                               | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.36</b>                                                                                                                   | Dans notre société, les personnes avec des difficultés psychiques ne souffrent pas de discrimination. | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B37</b>                                                                                                                    | Je fais les choses que je trouve importantes.                                                         | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.38</b>                                                                                                                   | Je peux gérer mes difficultés.                                                                        | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.39</b>                                                                                                                   | Je peux compter sur les personnes autour de moi.                                                      | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |
| <b>B.40</b>                                                                                                                   | J'ose me faire confiance.                                                                             | 1                    | 2            | 3                              | 4        | 5                    |

| <div>QUESTION</div> <div><i>Instruction : Ci-dessous se trouvent une série d'affirmations. Pourriez-vous indiquer votre degré d'accord avec ces affirmations en suivant l'échelle suivante : 1 = pas du tout d'accord ; 2 = ni d'accord ni en désaccord ; 3 = d'accord ; 4 = tout-à-fait d'accord.</i></div> <div><i>Entourez le numéro qui correspond le plus à votre opinion.</i></div> |                                                                | Pas du tout d'accord | Ni d'accord<br>Ni en désaccord | D'accord | Tout-à-fait d'accord |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------|----------|----------------------|
| <b>B.41</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | J'ai une vision positive de la vie.                            | 1                    | 2                              | 3        | 4                    |
| <b>B.42</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | J'ai des objectifs à court et/ou à long terme.                 | 1                    | 2                              | 3        | 4                    |
| <b>B.43</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Je me sens très seul.                                          | 1                    | 2                              | 3        | 4                    |
| <b>B.44</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Même quand j'ai des problèmes, je perçois des opportunités.    | 1                    | 2                              | 3        | 4                    |
| <b>B.45</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | J'ai une philosophie de vie qui m'apporte du réconfort.        | 1                    | 2                              | 3        | 4                    |
| <b>B.46</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | J'ai peur de mon avenir.                                       | 1                    | 2                              | 3        | 4                    |
| <b>B.47</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Je peux me souvenir de moments heureux/plaisants.              | 1                    | 2                              | 3        | 4                    |
| <b>B.48</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Je sens une grande force en moi.                               | 1                    | 2                              | 3        | 4                    |
| <b>B.49</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Je suis capable de donner et de recevoir des soins/de l'amour. | 1                    | 2                              | 3        | 4                    |
| <b>B.50</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | J'ai le sentiment que ma vie a un sens.                        | 1                    | 2                              | 3        | 4                    |
| <b>B.51</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Je crois que chaque jour offre des occasions.                  | 1                    | 2                              | 3        | 4                    |
| <b>B.52</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Je trouve que ma vie est précieuse et utile.                   | 1                    | 2                              | 3        | 4                    |

QUESTION

*Instruction : Veuillez entourer, pour chacune de questions suivantes, le numéro qui correspond à votre degré d'accord. Ci-dessous se trouve une série de questions concernant votre vie.*

*Nous voudrions savoir dans quelle mesure vous êtes content(e) en ce moment de votre vie. Pourriez-vous indiquer votre degré de satisfaction aux situations suivantes, en respectant l'échelle ci-dessous :*

*0 = Ne peux pas être pire ;*  
*1 = Mécontent(e) ;*  
*2 = La plupart du temps mécontent(e) ;*  
*3 = Mixte (content(e) et mécontent(e)) ;*  
*4 = La plupart du temps content(e) ;*  
*5 = Content(e) ;*  
*6 = Ne peux pas être mieux.*

*Entourez la réponse qui exprime le mieux votre avis.*

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Ne peux pas être pire | Mécontent(e) | La plupart du temps mécontent(e) | Mixte (content(e) et mécontent(e)) | La plupart du temps content(e) | Content(e) | Ne peux pas être mieux |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|------------|------------------------|
| C.1  | Dans l'ensemble, comment vivez-vous votre vie en ce moment ?                                                                                                                                                                                                                                 | 0                     | 1            | 2                                | 3                                  | 4                              | 5          | 6                      |
| C.2  | Etes-vous content(e) de votre état financier ?                                                                                                                                                                                                                                               | 0                     | 1            | 2                                | 3                                  | 4                              | 5          | 6                      |
| C.3  | Etes-vous content(e) du nombre et de la qualité de vos amitiés ?                                                                                                                                                                                                                             | 0                     | 1            | 2                                | 3                                  | 4                              | 5          | 6                      |
| C.4  | Etes-vous content(e) de ce que vous faites pendant votre temps libre ?                                                                                                                                                                                                                       | 0                     | 1            | 2                                | 3                                  | 4                              | 5          | 6                      |
| C.5  | Etes-vous content(e) de vos conditions d'habitation ?                                                                                                                                                                                                                                        | 0                     | 1            | 2                                | 3                                  | 4                              | 5          | 6                      |
| C.6  | Etes-vous content(e) de votre sécurité personnelle ?                                                                                                                                                                                                                                         | 0                     | 1            | 2                                | 3                                  | 4                              | 5          | 6                      |
| C.7  | Etes-vous content(e) de votre vie sexuelle ?                                                                                                                                                                                                                                                 | 0                     | 1            | 2                                | 3                                  | 4                              | 5          | 6                      |
| C.8  | Etes-vous content(e) de votre relation avec votre famille ?                                                                                                                                                                                                                                  | 0                     | 1            | 2                                | 3                                  | 4                              | 5          | 6                      |
| C.9  | Etes-vous content(e) de votre santé physique ?                                                                                                                                                                                                                                               | 0                     | 1            | 2                                | 3                                  | 4                              | 5          | 6                      |
| C.10 | Etes-vous content(e) de votre santé psychologique ?                                                                                                                                                                                                                                          | 0                     | 1            | 2                                | 3                                  | 4                              | 5          | 6                      |
| C.11 | C.11.A<br>Si votre activité quotidienne principale, correspond à une des situations décrites ci-dessous, dans quelle mesure en êtes-vous satisfait(e) ?<br>> Vous avez un emploi rémunéré<br>> Vous travaillez dans un atelier protégé<br>> Vous suivez un enseignement/ une formation comme | 0                     | 1            | 2                                | 3                                  | 4                              | 5          | 6                      |
|      | C.11.B<br>Si vous n'avez pas d'activité rémunérée ou que vous êtes pensionné, dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de cette situation ?                                                                                                                                                 | 0                     | 1            | 2                                | 3                                  | 4                              | 5          | 6                      |
| C.12 | C.12.A<br>Si vous vivez avec d'autres : dans quelle mesure êtes-vous content(e) des personnes avec qui vous vivez ?                                                                                                                                                                          | 0                     | 1            | 2                                | 3                                  | 4                              | 5          | 6                      |
|      | C.12.B<br>Si vous vivez seul(e) : dans quelle mesure êtes-vous content(e) de vivre seul(e) ?                                                                                                                                                                                                 | 0                     | 1            | 2                                | 3                                  | 4                              | 5          | 6                      |

QUESTION

*Instruction : Veuillez entourer, pour chacune de questions suivantes, le numéro qui correspond à votre degré d'accord. Veuillez répondre par oui ou par non aux questions suivantes en entourant le numéro correspondant.*

*Entourez 1 pour oui et 2 pour non.*

|      |                                                                                                                                                                                | OUI | NON |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| C.13 | Avez-vous quelqu'un que vous nommeriez un(e) bon(ne) ami(e) ?                                                                                                                  | 1   | 2   |
| C.14 | Avez-vous rencontré un(e) ami(e) la semaine passée (rendu visite à un(e) ami(e), un(e) ami(e) vous ayant rendu visite, ami(e) rencontré en dehors du domicile ou du travail) ? | 1   | 2   |
| C.15 | Avez-vous été accusé(e) d'un délit dans l'année écoulée ?                                                                                                                      | 1   | 2   |
| C.16 | Avez-vous été victime de violence physique dans l'année écoulée ?                                                                                                              | 1   | 2   |

D

DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

QUESTION

*Instruction : Pour les 15 questions suivantes, veuillez cocher la case qui correspond le mieux à votre situation.*

D.1

Sexe

Veuillez cocher la réponse adéquate.

☐ Masculin

☐ Féminin

D.2

Année de naissance

Veuillez mentionner les Deux chiffres correspondant à votre année de naissance.

☐ 19\_\_ \_\_

☐ Inconnue

D.3

Code postal de votre lieu de résidence habituelle

Veuillez mentionner les QUATRE chiffres correspondant au code postal de votre lieu de résidence habituelle: .....

D.4

Nationalité

Veuillez mentionner votre nationalité.

☐ Belge

☐ Autre .....

**D.5** Quelle est le pays de naissance de votre mère? Veuillez mentionner le pays.

- ☐ Belgique  
☐ Autre .....

**D.6** Quelle est le pays de naissance de votre père? Veuillez mentionner le pays.

- ☐ Belgique  
☐ Autre .....

**D.7 Niveau d'instruction.** Veuillez cocher la case correspondant à votre niveau de scolarité.

- ☐ Sans diplôme (n'a pas terminé les études primaires)
- ☐ Primaire
- ☐ Secondaire inférieur
- ☐ Secondaire supérieur
- ☐ Formations professionnelles non considérées par l'enseignement supérieur
- ☐ Enseignement supérieur non universitaire (court ou long)
- ☐ Universitaire (ou degré plus élevé)
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Autre .....

**D.8** Quelle est votre situation professionnelle? Veuillez cocher la case correspondant à votre situation actuelle.

- ☐ Aucun emploi ex : chômage, invalidité, incapacité de travail, étudiant
- ☐ Bénévolat
- ☐ Travail encadré- protégé ex : atelier protégé, entreprise de travail adapté
- ☐ Centre de jour
- ☐ Activité professionnelle effective et autonome (rémunérée) ex: travail à temps plein ou partiel

**D.9** Quelle est votre situation de logement? Veuillez cocher la case correspondant à votre situation actuelle.

- ☐ Sans domicile fixe
- ☐ Milieu de vie thérapeutique avec présence de soignants 24h/24 ex : usager hospitalisé, maison de soins psychiatriques
- ☐ Habitation protégée
- ☐ Logement collectif (structure non thérapeutique, reprend également le logement dans le domicile des parents ou de la famille)
- ☐ Logement autonome

**D.10** Quelle est votre situation familiale? Veuillez cocher la case correspondant à votre situation actuelle.

- ☐ Isolé
- ☐ Vit en couple, ou en famille

**D.11** Quelle est votre situation sociale? Veuillez cocher la case correspondant à votre situation actuelle.

- ☐ Aucun contact avec un ami lors de la semaine précédente (autre que des professionnels)
- ☐ A eu au moins un contact avec un ami la semaine précédente (autre que des professionnels)

**D.12** De quel budget vous et votre famille disposez-vous mensuellement?

*Veuillez cocher la case correspondant le mieux à votre situation*

- ☐ Moins de 500 € par mois
- ☐ 500 – 999 € par mois
- ☐ 1000,00 – 1499 € par mois
- ☐ 1500- 1999 € par mois
- ☐ 2000 – 2499 € par mois
- ☐ 2500 – 2999 € par mois
- ☐ 3000€ et plus par mois
- ☐ Je ne sais pas

INFO :

Ce budget est la somme du :

> Salaire net perçu par vous et les membres de votre famille dans l'exercice d'une profession, toutes les allocations sociales que vous et votre famille percevez (allocations familiales, pensions, allocations de chômage, allocations de l'assurance maladie-invalidité...), indemnité dans le cadre d'un accident de travail, revenu d'intégration, etc.

> Revenus complémentaires tels que les rentes locatives, pension alimentaire, intérêts,...

> La contribution versée par les membres de la famille

**D.13** Combien de personnes contribuent au revenu total de votre ménage?

.....

**Remarque:** Nous entendons par là toute personne disposant d'un revenu ou bénéficiant d'une allocation.

*Veuillez préciser le nombre de personnes disposant d'un revenu dans votre ménage*

**D.14** Dans quelle mesure votre ménage arrive-t-il à joindre les deux bouts?

*Veuillez cocher la case correspondant le mieux à votre situation.*

- ☐ Très difficilement
- ☐ Difficilement
- ☐ Assez difficilement
- ☐ Assez facilement
- ☐ Facilement
- ☐ Très facilement

**D.15** A quelle fréquence votre ménage est-il capable d'épargner une partie des revenus mensuels?

*Veuillez cocher la case correspondant le mieux à votre situation.*

- ☐ Jamais
- ☐ Presque jamais
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent
- ☐ Toujours



## POUR CONCLURE

*Instruction : Veuillez inscrire sur les pointillés votre réponse aux deux questions suivantes.*

**E.1** Combien de temps avez-vous pris pour compléter ce questionnaire ?

.....

**E.2** Avez-vous des commentaires par rapport à ce questionnaire ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**MERCI POUR VOTRE COLLABORATION**

# 02

---

## **DEUXIEME PARTIE**

### **A COMPLETER PAR LE PROFESSIONNEL**

---

# DEUXIEME PARTIE :

## A COMPLETER PAR LE PROFESSIONNEL

IDENTIFIANT

/

/

1.

ID projet

2.

ID services

3.

nom(2)

4.

prénom(2)

5.

année(2)

6.

sexe

Champ réservé à la personne de contact dans les services.

### I. DONNEES PSYCHOSOCIALES DE L'USAGER.

I.1

Quelle est la situation professionnelle de l'utilisateur ?

Veuillez cocher la case correspondant à la situation actuelle de l'utilisateur.

☐ Aucun emploi ex: chômage, invalidité, incapacité de travail, étudiant

☐ Bénévolat

☐ Travail encadré- protégé ex: atelier protégé, entreprise de travail adapté

☐ Centre de jour

☐ Activité professionnelle effective et autonome (rémunérée) ex: travail à temps plein ou partiel

I.2

Quelle est la situation de logement de l'utilisateur ?

Veuillez cocher la case correspondant à la situation actuelle de l'utilisateur.

☐ Sans domicile fixe

☐ Milieu de vie thérapeutique avec présence de soignants 24h/24 ex: usager hospitalisé, maison de soins psychiatriques

☐ Habitation protégée

☐ Logement collectif (structure non thérapeutique, reprend également le logement dans le domicile des parents ou de la famille)

☐ Logement autonome

I.3

Quelle est la situation familiale de l'utilisateur ?

Veuillez cocher la case correspondant à la situation actuelle de l'utilisateur.

☐ Isolé

☐ Vit en couple, ou en famille

I.4

Quelle est la situation sociale de l'utilisateur ?

Veuillez cocher la case correspondant à la situation actuelle de l'utilisateur.

☐ Aucun contact avec un ami lors de la semaine précédente (autre que des professionnels)

☐ A eu au moins un contact avec un ami la semaine précédente (autre que des professionnels)

2. DONNES CLINIQUES DE L'USAGER

2.1

A quand remonte le premier contact de cet usager avec des services de soins de santé mentale ?

Veuillez estimer la période.

☐ Moins d'un an

☐ Entre un et 5 ans

☐ Entre 5 et 10 ans

☐ Entre 10 et 20 ans

☐ Plus de 20 ans

2.1

Quel est le diagnostic principal de l'utilisateur ?

Veuillez cocher la case correspondant au diagnostic principal, si celui-ci est connu.

☐ Schizophrénie ou autres troubles psychotiques

☐ Troubles de l'humeur

☐ Troubles liés à une assuétude

☐ Troubles de la personnalité

☐ Troubles anxieux

☐ Handicap mental

☐ Non spécifié

☐ Autre .....

# Questionnaire destiné aux usagers de la sante mentale

Evaluation de la réforme  
‘Vers de meilleurs soins  
en santé mentale’

Commanditée par le SPF santé publique,  
sécurité de la chaîne alimentaire et environnement.



Effectuée par:



---

---

---

---

## **Evaluation "Vers de meilleurs soins en santé mentale", dispositif 2014**

### **QUESTIONNAIRE SERVICES**

‘Nous sommes responsables de l’évaluation de la réforme ‘article.107’ (vers de meilleurs soins en santé mentale). Nous vous invitons à participer à l’un des trois volets de l’évaluation : le questionnaire ‘service’. Ce questionnaire a trois objectifs : Décrire les relations de collaboration entre les services partenaires des réseaux "Art. 107", évaluer la qualité des collaborations et mesurer la mise en œuvre des dispositifs et outils prévus dans le Guide "Vers de meilleurs soins en santé mentale".

Il est recommandé de télécharger le questionnaire, de le remplir lors d’une réunion d’équipe puis de transférer les réponses sur le formulaire en ligne

**[Lien de téléchargement du fichier ‘questionnaire ‘service’ version imprimable.](#)**

#### **AVANT DE COMMENCER :**

- A tout moment, vous pouvez sauvegarder votre questionnaire et continuer l’encodage ultérieurement. Cependant, une fois vos réponses envoyées, il ne sera plus possible d’y avoir accès (le lien vers l’enquête ne sera plus valide).
- Votre service doit s’identifier.
- Toutes les informations seront traitées de manière confidentielle, en ce y compris pour le nom des services.

**COMMENCER**



**PAGE 1:**

1. « Pour quel projet art.107/groupe de contrôle remplissez-vous ce questionnaire ? » menu déroulant (liste des projets)

**ATTENTION : LA LISTE DES SERVICES EST DISPONIBLE A LA FIN DE CE QUESTIONNAIRE**

2. Quel est le nom de votre service ? *Veillez choisir le service pour lequel vous remplissez ce questionnaire* menu déroulant (liste des services : 1/projet)

**PAGE 2:**

3. Au cours des six derniers mois, votre service a-t-il reçu, envoyé des usagers ou échangé des informations à propos d'un(e) usager(e) avec les services repris dans la liste ci-dessous ? *Veillez indiquer, pour chacun des trois tableaux suivants, les contacts que vous avez eus avec les autres services et leur fréquence.*

|           | 3.1Envoi d'usagers                         |                                      |                                     | 3.2Réception d'usagers                     |                                      |                                     | 3.3Echange d'information à propos d'un(e) usager(e) |                                      |                                     |
|-----------|--------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Service 1 | <input checked="" type="checkbox"/><br>Non | <input type="checkbox"/><br>Rarement | <input type="checkbox"/><br>Souvent | <input checked="" type="checkbox"/><br>Non | <input type="checkbox"/><br>Rarement | <input type="checkbox"/><br>Souvent | <input checked="" type="checkbox"/><br>Non          | <input type="checkbox"/><br>Rarement | <input type="checkbox"/><br>Souvent |
| Service 2 | <input checked="" type="checkbox"/><br>Non | <input type="checkbox"/><br>Rarement | <input type="checkbox"/><br>Souvent | <input checked="" type="checkbox"/><br>Non | <input type="checkbox"/><br>Rarement | <input type="checkbox"/><br>Souvent | <input checked="" type="checkbox"/><br>Non          | <input type="checkbox"/><br>Rarement | <input type="checkbox"/><br>Souvent |
| Service 3 | <input checked="" type="checkbox"/><br>Non | <input type="checkbox"/><br>Rarement | <input type="checkbox"/><br>Souvent | <input checked="" type="checkbox"/><br>Non | <input type="checkbox"/><br>Rarement | <input type="checkbox"/><br>Souvent | <input checked="" type="checkbox"/><br>Non          | <input type="checkbox"/><br>Rarement | <input type="checkbox"/><br>Souvent |
| ...       | <input checked="" type="checkbox"/><br>Non | <input type="checkbox"/><br>Rarement | <input type="checkbox"/><br>Souvent | <input checked="" type="checkbox"/><br>Non | <input type="checkbox"/><br>Rarement | <input type="checkbox"/><br>Souvent | <input checked="" type="checkbox"/><br>Non          | <input type="checkbox"/><br>Rarement | <input type="checkbox"/><br>Souvent |

**PAGE 3**

4. Au cours des six derniers mois, votre service a-t-il eu des contacts avec les services repris dans la liste ci-dessous, dans le cadre de l'organisation de votre réseau "art.107"? Nous entendons par organisation les réunions du comité de pilotage, d'un groupe de travail, de fonction, d'un projet d'action commun, etc. *Veillez indiquer la fréquence des contacts que vous avez eus avec les autres services.*

|           | Activités d'organisation du réseau "107"     |                                                       |                                               |                                                        |
|-----------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Service 1 | <input checked="" type="checkbox"/><br>Aucun | <input type="checkbox"/><br>Moins d'une fois par mois | <input type="checkbox"/><br>Une fois par mois | <input type="checkbox"/><br>Deux fois par mois ou plus |
| Service 2 | <input checked="" type="checkbox"/><br>Aucun | <input type="checkbox"/><br>Moins d'une fois par mois | <input type="checkbox"/><br>Une fois par mois | <input type="checkbox"/><br>Deux fois par mois ou plus |
| Service 3 | <input checked="" type="checkbox"/><br>Aucun | <input type="checkbox"/><br>Moins d'une fois par mois | <input type="checkbox"/><br>Une fois par mois | <input type="checkbox"/><br>Deux fois par mois ou plus |
| ...       | <input checked="" type="checkbox"/><br>Aucun | <input type="checkbox"/><br>Moins d'une fois par mois | <input type="checkbox"/><br>Une fois par mois | <input type="checkbox"/><br>Deux fois par mois ou plus |

**PAGE 4:**

5. **Quels sont vos 3 partenaires privilégiés pour les activités de prévention, promotion des soins en santé mentale, détection et diagnostic (Fonction 1) ?** *Sélectionnez ces trois services, selon votre ordre de préférence, via le menu déroulant, 3 sélections possibles au maximum.* **menu déroulant (liste des services : 1/projet)**
6. **Quels sont vos 3 partenaires privilégiés pour les activités dédiées aux équipes ambulatoires de traitement intensif d'usagers aigus ou chroniques (fonction 2)?** *Sélectionnez ces trois services, selon votre ordre de préférence, via le menu déroulant, 3 sélections possibles au maximum.* **menu déroulant (1/projet)**
7. **Quels sont vos 3 partenaires privilégiés pour les activités de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale (fonction 3)?** *Sélectionnez ces trois services, selon votre ordre de préférence, via le menu déroulant, 3 sélections possibles au maximum.* **menu déroulant (liste des services : 1/projet)**
8. **Quels sont vos 3 partenaires privilégiés pour les activités des unités intensives de traitement résidentiel, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques, lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable (fonction 4)?** *Sélectionnez ces trois services, selon votre ordre de préférence, via le menu déroulant, 3 sélections possibles au maximum.* **menu déroulant (liste des services : 1/projet)**
9. **Quels sont vos 3 partenaires privilégiés pour les activités des formules résidentielles spécifiques permettant l'offre de soins lorsque l'organisation des soins nécessaires à domicile ou en milieu substitutif du domicile est impossible (fonction 5) ?** *Sélectionnez ces trois services, selon votre ordre de préférence, via le menu déroulant, 3 sélections possibles au maximum.* **menu déroulant (liste des services : 1/projet)**

**PAGE 5:**

**10. De quelle(s) fonction(s) relève(nt) l'activité principale de votre service ? Cochez la ou les case(s) correspondante(s), Plusieurs réponses possibles.**

- ☐ Activités en matière de prévention, de promotion des soins en santé mentale, détection précoce, dépistage et pose d'un diagnostic (fonction 1)
- ☐ Equipes ambulatoires de traitement intensif, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques (fonction 2)
- ☐ Equipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale (fonction 3)
- ☐ Unités intensives de traitement résidentiel, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques, lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable (fonction 4)
- ☐ Formules résidentielles spécifiques permettant l'offre de soins lorsque l'organisation des soins nécessaires à domicile ou en milieu substitutif du domicile est impossible (fonction 5)
- ☐ Autre (veuillez préciser) [...]

**11. Quelle est la responsabilité de la personne qui a supervisé la réponse au questionnaire ? Cochez la ou les case(s) adéquate(s)**

- ☐ Assistant administratif
- ☐ Travailleur social
- ☐ Directeur – Responsable du service
- ☐ Gestionnaire
- ☐ Personnel soignant
- ☐ Autre (veuillez préciser) [...]

**12. Quelle est la formation de la personne qui a supervisé la réponse au questionnaire ? Cochez la case adéquate**

- ☐ Psychiatre
- ☐ Médecin (autres spécialités)
- ☐ Psychologue
- ☐ Travailleur social
- ☐ Infirmier / autre formation paramédicale
- ☐ Juriste
- ☐ Gestionnaire / autre formation administrative
- ☐ Autre (veuillez préciser) [...]

## **PAGE 6**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                        |                                                                                                         |                                                                                                         |                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>13.1.</b><br><b>Quel est le degré de PARTAGE DES OBJECTIFS au sein de votre réseau « art.107 » ?</b> <i>Evaluez, sur une échelle de 0 à 3</i>                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/><br>0<br>Pas d'objectifs partagés                                              | <input type="checkbox"/><br>1<br>Peu d'objectifs partagés                                               | <input type="checkbox"/><br>2<br>Existence d'objectifs partagés sur certains aspects                    | <input type="checkbox"/><br>3<br>Les objectifs sont consensuels                                          |
| <b>13.2.</b><br><b>Dans quelle mesure les INTERETS ET PREFERENCES DE L'USAGER sont-ils prioritaires dans les activités de collaboration de votre réseau « art.107 » ?</b> <i>Evaluez, sur une échelle de 0 à 3</i><br>Remarque : considérez cette priorité par rapport à d'autres intérêts (des professionnels, des services, personnels, etc.) | <input type="checkbox"/><br>0<br>Les intérêts et préférences de l'utilisateur ne sont pas prioritaires | <input type="checkbox"/><br>1<br>Les intérêts et préférences de l'utilisateur sont parfois prioritaires | <input type="checkbox"/><br>2<br>Les intérêts et préférences de l'utilisateur sont souvent prioritaires | <input type="checkbox"/><br>3<br>Les intérêts et préférences de l'utilisateur sont toujours prioritaires |
| <b>13.3 Quel est le degré de CONNAISSANCE MUTUELLE DES PARTENAIRES de votre réseau « art.107 » ?</b> <i>Evaluez, sur une échelle de 0 à 3</i>                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/><br>0<br>Pas de connaissance mutuelle                                          | <input type="checkbox"/><br>1<br>La connaissance mutuelle est limitée                                   | <input type="checkbox"/><br>2<br>La connaissance mutuelle est bonne dans certains domaines              | <input type="checkbox"/><br>3<br>La connaissance mutuelle est excellente dans tous ses aspects           |
| <b>13.4</b><br><b>Quel est le degré de CONFIANCE ENTRE PARTENAIRES de votre réseau « art.107 » ?</b> <i>Evaluez, sur une échelle de 0 à 3</i><br>Remarque : considérez la confiance en matière de responsabilité professionnelle                                                                                                                | <input type="checkbox"/><br>0<br>Pas de confiance                                                      | <input type="checkbox"/><br>1<br>La confiance est limitée                                               | <input type="checkbox"/><br>2<br>La confiance est bonne avec certains partenaires                       | <input type="checkbox"/><br>3<br>La confiance est excellente avec la plupart des partenaires             |
| <b>13.5</b><br><b>Dans quelle mesure existe-t-il une ORIENTATION CLAIRE ET EXPLICITE à votre réseau « art. 107 » ?</b> <i>Evaluez, sur une échelle de 0 à 3</i>                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/><br>0<br>Pas d'orientation claire                                              | <input type="checkbox"/><br>1<br>Il y a une orientation limitée et peu explicite                        | <input type="checkbox"/><br>2<br>Il y a une orientation assez claire et parfois explicite               | <input type="checkbox"/><br>3<br>L'orientation est claire et explicite                                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                                                          |                                                                                       |                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>13.6</b><br><b>Existe-t-il un LEADERSHIP RECONNU au sein de votre réseau « art.107 » ?</b> <i>Evaluez, sur une échelle de 0 à 3</i><br>Remarques : ce leadership peut être exercé par une ou plusieurs personnes appartenant à 1 ou plusieurs services.                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/><br>0       | <input type="checkbox"/><br>1                                            | <input type="checkbox"/><br>2                                                         | <input type="checkbox"/><br>3                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Pas de leadership                   | Il y a un leadership dans certains domaines                              | Il y a un leadership général mais il n'est pas reconnu par l'ensemble des partenaires | Il y a un leadership reconnu par l'ensemble des partenaires                     |
| <b>13.7.</b><br><b>Quel est le degré DE SOUTIEN A L'INNOVATION ET A L'APPRENTISSAGE qui prévaut au sein de votre réseau « art.107 » ?</b> <i>Evaluez, sur une échelle de 0 à 3</i><br>Remarque : veuillez considérer les innovations et apprentissages en matière de pratiques de collaboration                                                                                                   | <input type="checkbox"/><br>0       | <input type="checkbox"/><br>1                                            | <input type="checkbox"/><br>2                                                         | <input type="checkbox"/><br>3                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Pas de soutien à l'innovation       | Il existe un soutien faible à l'innovation                               | Il y a un soutien à l'innovation dans certains domaines                               | Le soutien à l'innovation est général                                           |
| <b>13.8.</b><br><b>Dans quelle mesure existe-t-il des ESPACES D'ECHANGE au sein de votre réseau « art.107 » ?</b> <i>Evaluez, sur une échelle de 0 à 3</i><br>Remarque : veuillez considérer tous les moments, lieux et canaux de discussion ou de rencontre entre les partenaires                                                                                                                | <input type="checkbox"/><br>0       | <input type="checkbox"/><br>1                                            | <input type="checkbox"/><br>2                                                         | <input type="checkbox"/><br>3                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Les partenaires sont isolés         | Il existe quelques espaces d'échange                                     | Il y a divers espaces d'échange                                                       | Les espaces d'échange sont nombreux et diversifiés                              |
| <b>13.9.</b><br><b>Dans quelle mesure existe-t-il des OUTILS FORMELS FACILITANT LA COLLABORATION au sein de votre réseau « art.107 » ?</b> <i>Evaluez, sur une échelle de 0 à 3</i><br>Remarque : veuillez considérer les accords de partenariat, cahier de charge, répartition des rôles/responsabilités, protocoles, systèmes d'information, plans de traitement, cartographies de réseau, etc. | <input type="checkbox"/><br>0       | <input type="checkbox"/><br>1                                            | <input type="checkbox"/><br>2                                                         | <input type="checkbox"/><br>3                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Pas d'outil formel de collaboration | Il existe quelques outils formels de collaboration qui sont peu utilisés | Il existe des outils formels de collaboration                                         | Il existe des outils formels de collaboration utilisés par tous les partenaires |
| <b>13.10.</b><br><b>Quel est le degré D'ECHANGE D'INFORMATIONS qui prévaut au sein de votre réseau « art.107 » ?</b> <i>Evaluez, sur une échelle de 0 à 3</i>                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/><br>0       | <input type="checkbox"/><br>1                                            | <input type="checkbox"/><br>2                                                         | <input type="checkbox"/><br>3                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Pas d'échanges d'information        | Il existe peu d'échange d'information entre partenaires                  | Il existe des échanges d'information dans certains domaines spécifiques               | Toute l'information pertinente est disponible pour l'ensemble des partenaires   |

**PAGE 7:**

14. **Veillez classer les 4 dimensions suivantes selon l'ordre qu'elles occupent dans les préoccupations quotidiennes de votre service.** *Cliquez sur la dimension pour laquelle vienne se classer dans la liste en commençant par le plus important jusqu'au moins important.' directement*

|                                             | classement |
|---------------------------------------------|------------|
| La continuité des soins                     |            |
| Le rétablissement – réintégration sociale   |            |
| L'intensification des soins hospitaliers    |            |
| Le soin dans la communauté de l'utilisateur |            |

15. **Les professions suivantes sont-elles représentées par au moins une personne dans votre service ? Si oui, combien sont-ils ?** *Cochez la première colonne si au moins une personne de cette profession travaille dans votre service, notez ensuite dans la colonne de droite le nombre de travailleurs concernés.*

| Profession                                     | Oui | Nombre de travailleurs |
|------------------------------------------------|-----|------------------------|
| Personnel administratif                        |     |                        |
| Juristes                                       |     |                        |
| Médecins (santé physique)                      |     |                        |
| Psychiatres                                    |     |                        |
| Psychologues/Psychothérapeutes                 |     |                        |
| Personnel infirmier/autres paramédicaux        |     |                        |
| Assistants sociaux/autres travailleurs sociaux |     |                        |

16. **Veillez répondre aux questions suivantes par oui ou par non.** *Cochez la case correspondant à votre choix.*

| Question                                                                                                                                          | Oui | Non |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 16.1. Votre service est-il accessible 24h/24, 7 jours/7 ?                                                                                         |     |     |
| 16.2. Votre service est-il accessible le weekend ?                                                                                                |     |     |
| 16.3. Votre service est-il accessible en dehors des heures de bureau habituelles (9h-17h) ?                                                       |     |     |
| 16.4. En dehors des périodes où votre service est accessible aux usagers, référez-vous les usagers vers un autre service ?<br>Si oui, lequel..... |     |     |

17. **Quelle est la modalité d'accès habituelle à votre service pour les usagers ?** *Veillez choisir les réponses qui s'appliquent à la situation de votre service, plusieurs réponses possibles.*

|                                                                   |                          |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Permanences, consultations sans RDV                               | <input type="checkbox"/> |
| Consultations avec rendez-vous                                    | <input type="checkbox"/> |
| Rendez-vous d'admission ou première consultation sans rendez-vous | <input type="checkbox"/> |
| Rendez-vous d'admission ou première consultation avec rendez-vous | <input type="checkbox"/> |

**PAGE 8:**

**18. Lorsqu'un usager demande l'accès à/a besoin d'un type de traitement/d'activité que votre service n'offre pas, que fait votre service ?** *Veuillez choisir les réponses qui s'appliquent à la situation de votre service, plusieurs réponses possibles.*

|                                                                                                                                  |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Il donne de l'information pour que l'utilisateur puisse trouver ce traitement/cette activité ailleurs                            | <input type="checkbox"/> |
| Il prend contact avec d'autres services pour que l'utilisateur puisse trouver ce traitement/cette activité ailleurs              | <input type="checkbox"/> |
| Il prend contact avec un service dont le rôle est de faciliter l'accès à ce traitement/cette activité auprès d'un service tiers  | <input type="checkbox"/> |
| Il se rend avec l'utilisateur dans d'autres services pour que l'utilisateur puisse trouver ce traitement/cette activité ailleurs | <input type="checkbox"/> |
| Autre précisez : .....                                                                                                           | <input type="checkbox"/> |

| 19. <b>Veuillez répondre aux questions suivantes par Oui ou Non. Cochez la case correspondant à votre réponse.</b>                                                                                                                           | Oui                      | Non                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 19.1. En général, utilisez-vous un plan de soins/traitement individualisé pour l'accompagnement des usagers suivis par le réseau « Art. 107 » ?                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19.8. Si oui, ce plan de soins/traitement est-il accessible à l'utilisateur ?                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19.9. En général, utilisez-vous un référent de soins pour l'accompagnement des usagers suivis par le réseau « Art. 107 » ?                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19.10. Si oui, ce référent de soins est-il identifié par l'utilisateur ?                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19.11. En général, attribuez-vous nommément à chaque usager un ou plusieurs membre(s) de votre service pour son suivi dans le cadre du réseau « Art. 107 » ?                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19.12. En général, discutez-vous régulièrement de la situation des usagers suivis par le réseau « Art. 107 » au cours d'une réunion d'équipe de votre service ?                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19.13. En général, le responsable de votre service a-t-il une activité clinique avec des usagers suivis par le réseau « Art. 107 » ?<br>Remarque : par responsable nous entendons également le directeur ou le coordinateur de votre service | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20. <b>Quelle est la situation de votre service sur ces deux aspects ?</b> <i>Veuillez répondre par oui ou par non aux 2 questions suivantes en cochant la case correspondant à votre réponse.</i> | Oui                      | Non                      |
| 20.1. <b>Participez-vous à l'enquête 'usager' ?</b>                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20.2. <b>QUESTION : →CONDITION : Votre service est-il une équipe mobile F2a ou F2b mises en place dans le cadre des réseaux « art. 107 » ?</b>                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**→CONDITION : « votre service est-il une équipe mobile ? » : oui**

|                                                                                                                                                                                                                                             |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 21. <b>Quelle a été la fréquence des activités de votre équipe mobile au cours des <u>6 derniers mois</u> ?</b> <i>Pour les deux questions suivantes, veuillez inscrire votre réponse (en chiffres) dans les cases prévues à cet effet.</i> | Nombre |
| 21.1. <b>Combien de dossiers de nouveaux usagers avez-vous suivi ?</b>                                                                                                                                                                      |        |
| 21.2. <b>Combien de visites à domicile ont été réalisées pour l'ensemble de vos usagers ?</b>                                                                                                                                               |        |

**→CONDITION : « votre service est-il une équipe mobile ? » : oui**

|                                                                                                                                                                      |                          |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 22. <b>Dans votre équipe mobile...</b> <i>Veuillez répondre aux questions suivantes par oui ou non</i>                                                               | Oui                      | Non                      |
| 22.1. il y a un psychiatre qui se déplace à domicile                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22.2. il y a un-infirmier psychiatrique qui se déplace à domicile                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22.3. il y a un psychologue qui se déplace à domicile                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22.4. il y a un travailleur social qui se déplace à domicile                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22.5. il y a un expert d'expérience                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22.6. il y a un plan explicite de critères d'inclusion<br>avez-vous défini explicitement dans quels cas votre équipe mobile intervient ?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22.7. Avez-vous défini explicitement dans quels cas votre équipe mobile intervient ?                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22.8. Avez-vous défini explicitement dans quels cas vous considérez qu'une intervention ne relève pas de votre service ?                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22.9. Un membre de l'équipe se rend dans les hôpitaux partenaires du réseau « art. 107 » pour faciliter l'admission d'un usager lorsque celle-ci s'avère nécessaire  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22.10. Un membre de l'équipe se rend dans les hôpitaux partenaires du réseau « art. 107 » pour accompagner la sortie d'un usager lorsque celle-ci s'avère nécessaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



## Liste des services Centre

|                                                             |
|-------------------------------------------------------------|
| Abri de jour le 109                                         |
| abri de nuit le tremplin                                    |
| AIS Logicentre                                              |
| Alba                                                        |
| antenne ambulatoire d'Ellipse                               |
| bureau régional awiph                                       |
| bureau régional awiph                                       |
| Casa                                                        |
| CASD Hainaut oriental Centre de coordination                |
| Centrale de services à Domicile du Centre et de Soignies    |
| Centre de guidance de Jolimont                              |
| Centre provincial de guidance psychologique                 |
| centre psychiatrique saint Bernard                          |
| Centr'habitat                                               |
| CHR de Soignies                                             |
| CMI Patch                                                   |
| Cosedi centre de coordination                               |
| CSD mut centre de coordination                              |
| dispositif urgence sociale cpas de La Louvière              |
| éducateurs mobiles cpas de La Louvière                      |
| Ellipse résidentiel                                         |
| EMC <sup>2</sup>                                            |
| équipe 2b                                                   |
| Fédération des médecins généralistes du centre et de Binche |
| Forem de La Louvière                                        |
| Haute Seine Logement                                        |
| la Croisée (hôpital de jour)                                |
| L'Abri                                                      |
| L'Ancrage                                                   |
| le relais santé                                             |
| L'Entre Temps                                               |
| l'envolée familiale                                         |
| L'Espérance                                                 |
| médecin généraliste                                         |
| médecin généraliste                                         |
| médecin généraliste                                         |
| médecin généraliste                                         |
| MSP Bois de la Fontaine                                     |
| Osons                                                       |
| Polyclinique (consultation psychiatrique st Bernard)        |
| service d'aides au domicile cpas de Soignies                |
| service d'aides familiales du cpas de La Louvière           |
| service d'aides individuelles cpas de Soignies              |
| service logement du cpas de La Louvière                     |
| service logetoit du cpas de La Louvière                     |
| service psychiatrique CHU Tivoli                            |
| service psychiatrique de INDC Jolimont                      |

|                                 |
|---------------------------------|
| service social de INDC Jolimont |
| service social du CHU Tivoli    |
| Similes                         |
| SISD du Centre et de Soignies   |
| spad Saccado                    |
| SSM Ariane Morlanwelz           |
| SSM de Nivelles                 |
| SSM de Soignies                 |
| SSM le Dièse Mignault           |
| SSM le Pichotin Lobbes          |
| SSM Psychic La Louvière         |
| Trempoline                      |
| Vad-Sh centre de coordination   |

**PAGE DE GARDE: PROJET 20 = GROUPE DE CONTROLE**

**Evaluation "Vers de meilleurs soins en santé mentale", dispositif 2014**

**QUESTIONNAIRE SERVICES**

**Objectifs**

- 1) Décrire les relations de collaboration entre les services partenaires des réseaux "Art. 107",
- 2) Evaluer la qualité des collaborations
- 3) Mesurer la mise en œuvre des dispositifs et outils prévus dans le Guide "Vers de meilleurs soins en santé mentale".

**Modalités de passation**

Il est recommandé de télécharger le questionnaire, de le remplir lors d'une réunion d'équipe puis de transférer les réponses sur le formulaire en ligne

**Lien de téléchargement du fichier 'questionnaire 'service' version imprimable.**

**AVANT DE COMMENCER :**

- A tout moment, vous pouvez sauvegarder votre questionnaire et continuer l'encodage ultérieurement. Cependant, une fois vos réponses envoyées, il ne sera plus possible d'y avoir accès (le lien vers l'enquête ne sera plus valide).
- Votre service doit s'identifier.
- Toutes les informations seront traitées de manière confidentielle, en ce y compris pour le nom des services.

**COMMENCER**

**PAGE 1:**

→CONDITION : « à quel projet appartenez-vous ? »

1. Quel est le nom de votre service ? *Veuillez choisir le service pour lequel vous remplissez ce questionnaire* **menu déroulant (liste des services : 1/projet)**

**PAGE 4:**

→CONDITION : « à quel projet appartenez-vous ? »

2. Quels sont vos 3 partenaires privilégiés pour les activités de prévention, promotion des soins en santé mentale, détection et diagnostic (Fonction 1) ? *Veuillez indiquer le nom de vos services partenaires, 3 choix possibles au maximum.* **3 CHAMPS OUVERTS DONT 1 OBLIGATOIRE**

→CONDITION : « à quel projet appartenez-vous ? »

3. Quels sont vos 3 partenaires privilégiés pour les activités dédiées aux équipes ambulatoires de traitement intensif d'usagers aigus ou chroniques (fonction 2)? *Veuillez indiquer le nom de vos services partenaires, 3 choix possibles au maximum.* **3 CHAMPS OUVERTS DONT 1 OBLIGATOIRE**

→CONDITION : « à quel projet appartenez-vous ? »

4. Quels sont vos 3 partenaires privilégiés pour les activités de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale (fonction 3)? *Veuillez indiquer le nom de vos services partenaires, 3 choix possibles au maximum.* **3 CHAMPS OUVERTS DONT 1 OBLIGATOIRE**

→CONDITION : « à quel projet appartenez-vous ? »

5. Quels sont vos 3 partenaires privilégiés pour les activités des unités intensives de traitement résidentiel, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques, lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable (fonction 4)? *Veuillez indiquer le nom de vos services partenaires, 3 choix possibles au maximum.* **3 CHAMPS OUVERTS DONT 1 OBLIGATOIRE**

→CONDITION : « à quel projet appartenez-vous ? »

6. Quels sont vos 3 partenaires privilégiés pour les activités des formules résidentielles spécifiques permettant l'offre de soins lorsque l'organisation des soins nécessaires à domicile ou en milieu substitutif du domicile est impossible (fonction 5) ? *Veuillez indiquer le nom de vos services partenaires, 3 choix possibles au maximum.* **3 CHAMPS OUVERTS DONT 1 OBLIGATOIRE**

**PAGE 5:**

→TOUS

**7. De quelle(s) fonction(s) relève(nt) l'activité principale de votre service ?** *Cochez la ou les case(s) correspondante(s), Plusieurs réponses possibles.*

- ☐ Activités en matière de prévention, de promotion des soins en santé mentale, détection précoce, dépistage et pose d'un diagnostic (fonction 1)
- ☐ Equipes ambulatoires de traitement intensif, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques (fonction 2)
- ☐ Equipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale (fonction 3)
- ☐ Unités intensives de traitement résidentiel, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques, lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable (fonction 4)
- ☐ Formules résidentielles spécifiques permettant l'offre de soins lorsque l'organisation des soins nécessaires à domicile ou en milieu substitutif du domicile est impossible (fonction 5)
- ☐ Autre (veuillez préciser) [...]

→TOUS

**8. Quelle est la responsabilité de la personne qui a supervisé la réponse au questionnaire ?** *Cochez la ou les case(s) adéquate(s)*

- ☐ Assistant administratif
- ☐ Travailleur social
- ☐ Directeur – Responsable du service
- ☐ Gestionnaire
- ☐ Personnel soignant
- ☐ Autre (veuillez préciser) [...]

→TOUS

**9. Quelle est la formation de la personne qui a supervisé la réponse au questionnaire ?** *Cochez la case adéquate*

- ☐ Psychiatre
- ☐ Médecin (autres spécialités)
- ☐ Psychologue
- ☐ Travailleur social
- ☐ Infirmier / autre formation paramédicale
- ☐ Juriste
- ☐ Gestionnaire / autre formation administrative
- ☐ Autre (veuillez préciser) [...]

## **PAGE 6**

QUESTION NON OBLIGATOIRE POUR PROJET 20 → concerne toute la question 13

**10. Comment jugez-vous la qualité des collaborations entre professionnels et services de santé au sein de votre réseau ?** Pour chacune des 10 dimensions suivantes, veuillez cocher la case correspondant à la situation de votre réseau.

ATTENTION : merci de faire référence à votre réseau de partenaires habituels.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                        |                                                                                                         |                                                                                                         |                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>10.1. OBJECTIFS PARTAGES</b><br><b>Quel est le degré de partage des objectifs au sein de votre réseau?</b> <i>Evaluez, sur une échelle de 0 à 3</i>                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/><br>0<br>Pas d'objectifs partagés                                              | <input type="checkbox"/><br>1<br>Peu d'objectifs partagés                                               | <input type="checkbox"/><br>2<br>Existence d'objectifs partagés sur certains aspects                    | <input type="checkbox"/><br>3<br>Les objectifs sont consensuels                                          |
| <b>10.2. L'USAGER</b><br><b>Dans quelle mesure les intérêts et préférences de l'utilisateur sont-ils prioritaires dans les activités de collaboration de votre réseau?</b> <i>Evaluez, sur une échelle de 0 à 3</i><br>Remarque : considérez cette priorité par rapport à d'autres intérêts (des professionnels, des services, personnels, etc.) | <input type="checkbox"/><br>0<br>Les intérêts et préférences de l'utilisateur ne sont pas prioritaires | <input type="checkbox"/><br>1<br>Les intérêts et préférences de l'utilisateur sont parfois prioritaires | <input type="checkbox"/><br>2<br>Les intérêts et préférences de l'utilisateur sont souvent prioritaires | <input type="checkbox"/><br>3<br>Les intérêts et préférences de l'utilisateur sont toujours prioritaires |
| <b>10.3. CONNAISSANCE MUTUELLE.</b><br><b>Quel est le degré de connaissance mutuelle des partenaires de votre réseau?</b> <i>Evaluez, sur une échelle de 0 à 3</i>                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/><br>0<br>Pas de connaissance mutuelle                                          | <input type="checkbox"/><br>1<br>La connaissance mutuelle est limitée                                   | <input type="checkbox"/><br>2<br>La connaissance mutuelle est bonne dans certains domaines              | <input type="checkbox"/><br>3<br>La connaissance mutuelle est excellente dans tous ses aspects           |
| <b>10.4. CONFIANCE.</b><br><b>Quel est le degré de confiance entre partenaires de votre réseau?</b> <i>Evaluez, sur une échelle de 0 à 3</i><br>Remarque : considérez la confiance en matière de responsabilité professionnelle                                                                                                                  | <input type="checkbox"/><br>0<br>Pas de confiance                                                      | <input type="checkbox"/><br>1<br>La confiance est limitée                                               | <input type="checkbox"/><br>2<br>La confiance est bonne avec certains partenaires                       | <input type="checkbox"/><br>3<br>La confiance est excellente avec la plupart des partenaires             |
| <b>10.5. ORIENTATION ET CENTRALITE.</b><br><b>Dans quelle mesure existe-t-il une orientation claire et explicite à votre réseau?</b> <i>Evaluez, sur une échelle de 0 à 3</i>                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/><br>0<br>Pas d'orientation claire                                              | <input type="checkbox"/><br>1<br>Il y a une orientation limitée et peu explicite                        | <input type="checkbox"/><br>2<br>Il y a une orientation assez claire et parfois explicite               | <input type="checkbox"/><br>3<br>L'orientation est claire et explicite                                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                     |                                                                          |                                                                                       |                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>10.6. LEADERSHIP.</b><br><br><b>Existe-t-il un leadership reconnu au sein de votre réseau? Évaluez, sur une échelle de 0 à 3</b><br><br>Remarques : ce leadership peut être exercé par une ou plusieurs personnes appartenant à 1 ou plusieurs services.                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/><br>0       | <input type="checkbox"/><br>1                                            | <input type="checkbox"/><br>2                                                         | <input type="checkbox"/><br>3                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Pas de leadership                   | Il y a un leadership dans certains domaines                              | Il y a un leadership général mais il n'est pas reconnu par l'ensemble des partenaires | Il y a un leadership reconnu par l'ensemble des partenaires                     |
| <b>10.7. SOUTIEN A L'INNOVATION.</b><br><br><b>Quel est le degré de soutien à l'innovation et à l'apprentissage qui prévaut au sein de votre réseau? Évaluez, sur une échelle de 0 à 3</b><br><br>Remarque : veuillez considérer les innovations et apprentissages en matière de pratiques de collaboration                                                                                                   | <input type="checkbox"/><br>0       | <input type="checkbox"/><br>1                                            | <input type="checkbox"/><br>2                                                         | <input type="checkbox"/><br>3                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Pas de soutien à l'innovation       | Il existe un soutien faible à l'innovation                               | Il y a un soutien à l'innovation dans certains domaines                               | Le soutien à l'innovation est général                                           |
| <b>10.8. ESPACES D'ÉCHANGE.</b><br><br><b>Dans quelle mesure existe-t-il des espaces d'échange au sein de votre réseau? Évaluez, sur une échelle de 0 à 3</b><br><br>Remarque : veuillez considérer tous les moments, lieux et canaux de discussion ou de rencontre entre les partenaires                                                                                                                     | <input type="checkbox"/><br>0       | <input type="checkbox"/><br>1                                            | <input type="checkbox"/><br>2                                                         | <input type="checkbox"/><br>3                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Les partenaires sont isolés         | Il existe quelques espaces d'échange                                     | Il y a divers espaces d'échange                                                       | Les espaces d'échange sont nombreux et diversifiés                              |
| <b>10.9. OUTILS DE COLLABORATION</b><br><br><b>Dans quelle mesure existe-t-il des outils formels facilitant la collaboration au sein de votre réseau? Évaluez, sur une échelle de 0 à 3</b><br><br>Remarque : veuillez considérer les accords de partenariat, cahier de charge, répartition des rôles/responsabilités, protocoles, systèmes d'information, plans de traitement, cartographies de réseau, etc. | <input type="checkbox"/><br>0       | <input type="checkbox"/><br>1                                            | <input type="checkbox"/><br>2                                                         | <input type="checkbox"/><br>3                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Pas d'outil formel de collaboration | Il existe quelques outils formels de collaboration qui sont peu utilisés | Il existe des outils formels de collaboration                                         | Il existe des outils formels de collaboration utilisés par tous les partenaires |
| <b>10.10. ÉCHANGES d'INFORMATION.</b><br><br><b>Quel est le degré d'échange d'informations qui prévaut au sein de votre réseau? Évaluez, sur une échelle de 0 à 3</b>                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/><br>0       | <input type="checkbox"/><br>1                                            | <input type="checkbox"/><br>2                                                         | <input type="checkbox"/><br>3                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Pas d'échanges d'information        | Il existe peu d'échange d'information entre partenaires                  | Il existe des échanges d'information dans certains domaines spécifiques               | Toute l'information pertinente est disponible pour l'ensemble des partenaires   |

**PAGE 7:**

→TOUS

**11. Parmi les quatre dimensions suivantes, lesquelles reflètent le mieux les préoccupations quotidiennes de votre service ?** Veuillez classer les 4 dimensions suivantes selon l'ordre qu'elles occupent dans les préoccupations quotidiennes de votre service. Cliquez sur la dimension pour quelle vienne se classer dans la liste conformément à l'ordre souhaité.

|                                             | classement |
|---------------------------------------------|------------|
| La continuité des soins                     |            |
| Le rétablissement – réintégration sociale   |            |
| L'intensification des soins hospitaliers    |            |
| Le soin dans la communauté de l'utilisateur |            |

**12. Les professions suivantes sont-elles représentées par au moins une personne dans votre service ?** Si oui, combien sont-ils ? Cochez la première colonne si au moins une personne de cette profession travaille dans votre service, notez ensuite dans la colonne de droite le nombre de travailleurs concernés.

| Profession                                     | Oui | Nombre de travailleurs |
|------------------------------------------------|-----|------------------------|
| Personnel administratif                        |     |                        |
| Juristes                                       |     |                        |
| Médecins (santé physique)                      |     |                        |
| Psychiatres                                    |     |                        |
| Psychologues/Psychothérapeutes                 |     |                        |
| Personnel infirmier/autres paramédicaux        |     |                        |
| Assistants sociaux/autres travailleurs sociaux |     |                        |

→TOUS

**13. Veuillez répondre aux questions suivantes par oui ou par non. Cochez la case correspondant à votre choix.**

| Question                                                                                                                                                 | Oui | Non |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| <b>13.1. Votre service est-il accessible 24h/24, 7 jours/7 ?</b>                                                                                         |     |     |
| <b>13.2. Votre service est-il accessible le weekend ?</b>                                                                                                |     |     |
| <b>13.3. Votre service est-il accessible en dehors des heures de bureau habituelles (9h-17h) ?</b>                                                       |     |     |
| <b>13.4. En dehors des périodes où votre service est accessible aux usagers, référez-vous les usagers vers un autre service ?</b><br>Si oui, lequel..... |     |     |



→TOUS

**14. Quelle est la modalité d'accès habituelle à votre service pour les usagers ?** *Veuillez choisir les réponses qui s'appliquent à la situation de votre service, plusieurs réponses possibles.*

|                                                                   |                          |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Permanences, consultations sans RDV                               | <input type="checkbox"/> |
| Consultations avec rendez-vous                                    | <input type="checkbox"/> |
| Rendez-vous d'admission ou première consultation sans rendez-vous | <input type="checkbox"/> |
| Rendez-vous d'admission ou première consultation avec rendez-vous | <input type="checkbox"/> |

**PAGE 8:**

→TOUS

**15. Lorsqu'un usager demande l'accès à/a besoin d'un type de traitement/d'activité que votre service n'offre pas, que fait votre service ?** *Veuillez choisir les réponses qui s'appliquent à la situation de votre service, plusieurs réponses possibles.*

|                                                                                                                                  |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Il donne de l'information pour que l'utilisateur puisse trouver ce traitement/cette activité ailleurs                            | <input type="checkbox"/> |
| Il prend contact avec d'autres services pour que l'utilisateur puisse trouver ce traitement/cette activité ailleurs              | <input type="checkbox"/> |
| Il prend contact avec un service dont le rôle est de faciliter l'accès à ce traitement/cette activité auprès d'un service tiers  | <input type="checkbox"/> |
| Il se rend avec l'utilisateur dans d'autres services pour que l'utilisateur puisse trouver ce traitement/cette activité ailleurs | <input type="checkbox"/> |
| Autre précisez : .....                                                                                                           | <input type="checkbox"/> |

→TOUS

| <b>16. Veuillez répondre aux questions suivantes par Oui ou Non. Cochez les cases correspondant à vos réponses</b>                 | Oui                      | Non                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16.1. Utilisez-vous un plan de soins/traitement individualisé pour l'accompagnement des usagers suivis par votre réseau habituel ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.2. Si oui, ce plan de soins/traitement est-il accessible à l'utilisateur ?                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.3. Utilisez-vous un référent de soins pour l'accompagnement des usagers suivis par votre réseau habituel ?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.4. Si oui, ce référent de soins est-il identifié par l'utilisateur ?                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.5. Attribuez-vous nommément à chaque usager un ou plusieurs membre(s) de votre service pour son suivi par votre réseau          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                                                                                                                                                                                |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| habituel ?                                                                                                                                                                                                                     |                          |                          |
| 16.6. Discutez-vous régulièrement de la situation des usagers suivis par votre réseau habituel au cours d'une réunion d'équipe de votre service ?                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.7. Le responsable de votre service a-t-il une activité clinique avec des usagers suivis par votre réseau habituel ?<br>Remarque : par responsable nous entendons également le directeur ou le coordinateur de votre service | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>17. Quelle est la situation de votre service sur ces deux aspects ?</b> <i>Veuillez répondre par oui ou par non aux 2 questions suivantes en cochant la case correspondant à votre réponse.</i> | Oui                      | Non                      |
| <b>17.1. Participez-vous à l'enquête 'usager' ?</b>                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>17.2. QUESTION : →CONDITION : Votre service est-il une équipe mobile ?</b>                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**→CONDITION : « votre service est-il une équipe mobile ? » : oui**

|                                                                                                                                                                                                                                      |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| <b>18. Quelle a été la fréquence des activités de votre équipe mobile au cours des 6 derniers mois ?</b> <i>Pour les deux questions suivantes, veuillez inscrire votre réponse (en chiffres) dans les cases prévues à cet effet.</i> | Nombre |
| <b>18.1. Combien de dossiers de nouveaux usagers avez-vous suivi ?</b>                                                                                                                                                               |        |
| <b>18.2. Combien de visites à domicile ont été réalisées pour l'ensemble de vos usagers ?</b>                                                                                                                                        |        |

**→CONDITION : « votre service est-il une équipe mobile ? » : oui**

|                                                                                                                                                                 |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>19. Dans votre équipe mobile... :</b> <i>Veuillez répondre aux questions suivantes par oui ou non</i>                                                        | Oui                      | Non                      |
| 19.1. il y a un psychiatre qui se déplace à domicile                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19.2. il y a une infirmière psychiatrique qui se déplace à domicile                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19.3. il y a un psychologue qui se déplace à domicile                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19.4. il y a un travailleur social qui se déplace à domicile                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19.5. il y a un expert d'expérience                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19.6. il y a un plan explicite de critères d'inclusion                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19.7. il y a un plan explicite de critères d'exclusion                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19.8. il y a un plan explicite pour éviter les ruptures de contact avec l'utilisateur (drop out)                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19.9. Un membre de l'équipe se rend dans les hôpitaux partenaires du réseau habituel pour faciliter l'admission d'un usager lorsque celle-ci s'avère nécessaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                                                                                                                  |                          |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 19.10. Un membre de l'équipe se rend dans les hôpitaux partenaires du réseau habituel pour accompagner la sortie d'un usager lorsque celle-ci s'avère nécessaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|



## **VRAGENLIJST**

### **voor personen met psychische problemen**

In het kader van de evaluatiestudie  
'Naar een betere geestelijke gezondheidszorg'

In opdracht van FOD Volksgezondheid

Uitgevoerd door:



Vrije  
Universiteit  
Brussel

**Uw identificatienummer P \_ /D \_ /\_\_\_\_ (in te vullen door referentiepersoon)****Wat is het nut van dit identificatienummer?**

De gegevensverwerking gebeurt anoniem, wat betekent dat de onderzoekers niet zullen weten wat u hebt ingevuld. Echter, het is toch belangrijk dat we een identificatienummer hebben. We wensen namelijk (op termijn) deze bevraging op verschillende momenten af te nemen. Enkel via een uniek identificatienummer is het voor ons mogelijk om dezelfde personen te contacteren, via de voorziening waarvan u zorg krijgt. Deze organisatie kan nooit uw antwoorden inzien, maar kent wel uw identificatienummer.

**Wat is uw identificatienummer?**

Uw identificatienummer bestaat uit drie delen: code van een project 'artikel 107'/code van een dienst/persoonlijke code. Uw persoonlijke code wordt gevormd door de 1<sup>ste</sup> 2 letters van uw voornaam + de 1<sup>ste</sup> 2 letters van uw familienaam + de laatste twee cijfers van uw geboortejaar + uw geslacht (V of M).

Bv. de persoonlijke code van Jan De Smet, geboren in 1974, man is: JADE74M

**Gelieve dit te lezen vooraleer u de vragenlijst invult**

Om beter zicht te krijgen op de tijd die u nodig heeft om deze vragenlijst in te vullen, vragen we u op het einde van de vragenlijst om dit aan te geven.

Indien u dat wenst, kan u daar ook eventuele opmerkingen over deze bevraging met ons delen.

## A. UW ERVARINGEN MET DE ZORG DIE U ONTVANGEN HEEFT <sup>i ii</sup>

Via onderstaande vragen willen we informatie verzamelen over uw ervaringen met diensten binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Probeer hierbij te denken aan alle diensten die u, in het kader van uw begeleiding of behandeling, ontvangt of ontvangen hebt gedurende de laatste 6 maanden. Er zijn geen goede of slechte antwoorden. Uw ervaringen interesseren ons, ongeacht of het gaat om goede of slechte ervaringen. Gelieve zo eerlijk mogelijk op elke vraag te antwoorden.

Bij elke vraag kan u één van de volgende antwoorden geven:

|                              |                     |                   |                |                         |
|------------------------------|---------------------|-------------------|----------------|-------------------------|
| 1 =<br>helemaal niet akkoord | 2 =<br>niet akkoord | 3 =<br>niet zeker | 4 =<br>akkoord | 5 =<br>volledig akkoord |
|------------------------------|---------------------|-------------------|----------------|-------------------------|

Bijvoorbeeld: “De dienstverlening bevindt zich dichtbij mijn woonplaats.” Indien u akkoord gaat met deze stelling, omcirkelt u “4”.

|                                                                                                                     | helemaal niet<br>akkoord | niet akkoord | niet zeker | akkoord | volledig<br>akkoord |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------|------------|---------|---------------------|
| A.1. Men heeft me gevraagd wat ik van mijn behandeling verwachtte.                                                  | 1                        | 2            | 3          | 4       | 5                   |
| A.2. Ik voel me niet betrokken bij beslissingen over mijn behandeling.                                              | 1                        | 2            | 3          | 4       | 5                   |
| A.3. Mijn behandeling beantwoordt aan mijn behoeften.                                                               | 1                        | 2            | 3          | 4       | 5                   |
| A.4. Ik voel me door de diensten voor geestelijke gezondheidszorg niet behandeld als een volwaardig persoon.        | 1                        | 2            | 3          | 4       | 5                   |
| A.5. Ik kan meer afspraken maken als ik me minder goed voel.                                                        | 1                        | 2            | 3          | 4       | 5                   |
| A.6. Men controleert regelmatig of mijn behandeling effectief is.                                                   | 1                        | 2            | 3          | 4       | 5                   |
| A.7. Ik moest mijn voorgeschiedenis herhalen telkens als ik hulp nodig had.                                         | 1                        | 2            | 3          | 4       | 5                   |
| A.8. Mijn behandeling wordt niet aangepast wanneer mijn behoeften veranderen.                                       | 1                        | 2            | 3          | 4       | 5                   |
| A.9. Ik weet niet waar ik moet gaan wanneer ik hulp nodig heb.                                                      | 1                        | 2            | 3          | 4       | 5                   |
| A.10. Ik word geconfronteerd met een verwarrend hoog aantal verschillende diensten en behandelingsprogramma's.      | 1                        | 2            | 3          | 4       | 5                   |
| A.11. Ik kon mijn geneesmiddelen buiten het ziekenhuis niet betalen.                                                | 1                        | 2            | 3          | 4       | 5                   |
| A.12. Ik ben er zeker van dat mijn psychiater me in het ziekenhuis kan laten opnemen mocht ik hier nood aan hebben. | 1                        | 2            | 3          | 4       | 5                   |
| A.13. Men weigerde om mij in bepaalde behandelingsprogramma's op te nemen zonder dat ik begreep waarom.             | 1                        | 2            | 3          | 4       | 5                   |

De volgende vragen hebben betrekking op uw gebruikelijke zorgverlener, met name de persoon die u het vaakst ziet in het kader van uw geestelijke gezondheid. Deze persoon kan uw therapeut, psychiater, psycholoog of sociaal werker zijn, maar het is steeds de persoon die u het vaakst ziet.

|                                                                                                             | helemaal niet<br>akkoord | niet akkoord | niet zeker | akkoord | volledig<br>akkoord |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------|------------|---------|---------------------|
| A.14. Mijn gebruikelijke zorgverlener heeft niet enkel en alleen oog voor mijn symptomen.                   | 1                        | 2            | 3          | 4       | 5                   |
| A.15. Ik kan niet snel een afspraak maken met mijn gebruikelijke zorgverlener wanneer ik hier nood aan heb. | 1                        | 2            | 3          | 4       | 5                   |
| A.16. Mijn gebruikelijke zorgverlener heeft gebeld om te horen hoe het met mij gaat.                        | 1                        | 2            | 3          | 4       | 5                   |

Bij de volgende vragen verzoeken wij u om na te denken over de gekregen dienstverlening. Met dienstverlening bedoelen we alle zorg en behandeling, met inbegrip van de ziekenhuisopname, de toegang tot de ziekenhuizen, tot de spoedgevallendiensten en tot de crisiscentra.

|                                                                                                               | helemaal niet<br>akkoord | niet akkoord | niet zeker | akkoord | volledig<br>akkoord |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------|------------|---------|---------------------|
| A.17. Er bestaat geen centrale plaats of loket waar ik inlichtingen over de beschikbare diensten kan krijgen. | 1                        | 2            | 3          | 4       | 5                   |
| A.18. Ik heb gemakkelijk toegang tot diensten die ik nodig heb.                                               | 1                        | 2            | 3          | 4       | 5                   |
| A.19. Er lijkt geen link tussen de verschillende diensten te bestaan.                                         | 1                        | 2            | 3          | 4       | 5                   |
| A.20. Ik kon van diensten in mijn directe woon- en leefomgeving gebruik maken.                                | 1                        | 2            | 3          | 4       | 5                   |
| A.21. Bepaalde diensten waar ik nood aan heb, zijn gewoonweg niet aanwezig.                                   | 1                        | 2            | 3          | 4       | 5                   |
| A.22. Hoe langer ik van bepaalde diensten gebruik kon maken, hoe beter mijn levenskwaliteit werd.             | 1                        | 2            | 3          | 4       | 5                   |
| A.23. Bij problemen kan ik zelfs 's nachts van bepaalde diensten gebruik maken.                               | 1                        | 2            | 3          | 4       | 5                   |

De volgende drie vragen hebben betrekking op de zorgverleners in het algemeen, dit wil zeggen elke persoon die u wanneer dan ook hebt geraadpleegd in het kader van uw geestelijke gezondheid.

|                                                                                                                     | helemaal niet<br>akkoord | niet akkoord | niet zeker | akkoord | volledig<br>akkoord |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------|------------|---------|---------------------|
| A.24. Ik zou van zorgverlener kunnen veranderen wanneer ik minder tevreden ben van mijn gebruikelijke zorgverlener. | 1                        | 2            | 3          | 4       | 5                   |
| A.25. Mijn gebruikelijke zorgverlener is goed op de hoogte van de bestaande diensten.                               | 1                        | 2            | 3          | 4       | 5                   |
| A.26. Mijn dossier lijkt nooit beschikbaar voor nieuwe zorgverleners die ik ontmoet.                                | 1                        | 2            | 3          | 4       | 5                   |

De volgende vragen hebben betrekking op uw team van zorgverleners. Met “team van zorgverleners” bedoelen we alle zorgverleners die u raadpleegt voor elk probleem, zowel psychisch als fysisch, zelfs al horen deze niet tot dezelfde dienst.

|                                                                                                                             | helemaal niet<br>akkoord | niet akkoord | niet zeker | akkoord | volledig<br>akkoord |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------|------------|---------|---------------------|
| A.27. Mijn team van zorgverleners moedigt me aan om mijn verantwoordelijkheid op te nemen wat betreft mijn gezondheidszorg. | 1                        | 2            | 3          | 4       | 5                   |
| A.28. Mijn zorgverleners lijken geen informatie met elkaar uit te wisselen.                                                 | 1                        | 2            | 3          | 4       | 5                   |
| A.29. Mijn zorgverleners lijken samen te werken voor mij.                                                                   | 1                        | 2            | 3          | 4       | 5                   |

De volgende twee vragen hebben betrekking op uw behandelingsprogramma. Met “behandelingsprogramma” bedoelen we alle soorten diensten waarvan u regelmatig of het vaakst gebruik maakt. Het kan gaan om een dagprogramma, een ziekenhuis(opvolging) voor geneesmiddelen, een individuele of groepstherapie, enz

|                                                                                                           | helemaal<br>niet akkoord | niet akkoord | niet zeker | akkoord | volledig<br>akkoord |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------|------------|---------|---------------------|
| A.30. Men telefoneert me om een afspraak te bevestigen of om te vragen waarom ik een afspraak gemist heb. | 1                        | 2            | 3          | 4       | 5                   |
| A.31. Mijn behandelingsprogramma verloopt in samenspraak met mijn huisarts.                               | 1                        | 2            | 3          | 4       | 5                   |



**Aan de hand van volgende stellingen willen we uw mening leren kennen over de zorg die u krijgt.**

In elke kader staat een uitspraak. Daarna volgen twee vragen, namelijk:

1) In welke mate is dit waar voor uw situatie?

2) Hoe belangrijk is dit voor u?

Hieronder volgt een voorbeeldoefening

Voorbeeldstelling: “Begeleiders hebben tijd om naar mij te luisteren”

In welke mate is dit in uw geval waar?

|       |        |      |         |        |           |
|-------|--------|------|---------|--------|-----------|
| nooit | zelden | soms | meestal | altijd | weet niet |
|-------|--------|------|---------|--------|-----------|

In welke mate vindt u dit belangrijk?

|                      |              |                                          |            |                 |           |
|----------------------|--------------|------------------------------------------|------------|-----------------|-----------|
| zeer<br>onbelangrijk | onbelangrijk | niet<br>onbelangrijk,<br>niet belangrijk | belangrijk | zeer belangrijk | weet niet |
|----------------------|--------------|------------------------------------------|------------|-----------------|-----------|

Hoe dient u dit te beantwoorden?

a) Lees aandachtig de stelling “Begeleiders hebben tijd om naar mij te luisteren”

b) Beantwoord de eerste vraag. Denk hierbij aan hoe het in uw situatie over het algemeen is.

In welke mate is dit in uw geval waar?

|       |        |      |         |        |           |
|-------|--------|------|---------|--------|-----------|
| nooit | zelden | soms | meestal | altijd | weet niet |
|-------|--------|------|---------|--------|-----------|

Indien u bv. van mening bent dat uw begeleiders nooit tijd hebben om naar u te luisteren, omcirkelt u nooit

c) Beantwoord nu de tweede vraag. Denk hierbij aan hoe belangrijk dit in uw situatie is.

In welke mate vindt u dit belangrijk?

|                      |              |                                          |            |                 |           |
|----------------------|--------------|------------------------------------------|------------|-----------------|-----------|
| zeer<br>onbelangrijk | onbelangrijk | niet<br>onbelangrijk,<br>niet belangrijk | belangrijk | zeer belangrijk | weet niet |
|----------------------|--------------|------------------------------------------|------------|-----------------|-----------|

Indien u het bv. onbelangrijk vindt dat begeleiders naar u luisteren, omcirkelt u onbelangrijk.

Opgelet: dit is het einde van de voorbeeldoefening – we willen graag meer weten over uw ervaringen aan de hand van volgende stellingen.

A.32. Ik kan ook 's nachts bij hulpverleners terecht.

A.32.1. In welke mate is dit in uw geval waar?

|       |        |      |         |        |           |
|-------|--------|------|---------|--------|-----------|
| nooit | zelden | soms | meestal | altijd | weet niet |
|-------|--------|------|---------|--------|-----------|

A.32.2. In welke mate vindt u dit belangrijk?

|                   |              |                                          |            |                 |           |
|-------------------|--------------|------------------------------------------|------------|-----------------|-----------|
| zeer onbelangrijk | onbelangrijk | niet<br>onbelangrijk,<br>niet belangrijk | belangrijk | zeer belangrijk | weet niet |
|-------------------|--------------|------------------------------------------|------------|-----------------|-----------|

A.33. De familieleden die voor mij zorgen, krijgen duidelijke informatie over mijn ziekte, de symptomen, het verloop van de ziekte en de kans op herval.

A.33.1. In welke mate is dit in uw geval waar?

|       |        |      |         |        |           |
|-------|--------|------|---------|--------|-----------|
| nooit | zelden | soms | meestal | altijd | weet niet |
|-------|--------|------|---------|--------|-----------|

A.33.2. In welke mate vindt u dit belangrijk?

|                   |              |                                          |            |                 |           |
|-------------------|--------------|------------------------------------------|------------|-----------------|-----------|
| zeer onbelangrijk | onbelangrijk | niet<br>onbelangrijk,<br>niet belangrijk | belangrijk | zeer belangrijk | weet niet |
|-------------------|--------------|------------------------------------------|------------|-----------------|-----------|

A.34. Ik heb contacten met mensen die gelijkaardige problemen hebben, zoals bijvoorbeeld in een zelfhulpgroep.

A.34.1. In welke mate is dit in uw geval waar?

|       |        |      |         |        |           |
|-------|--------|------|---------|--------|-----------|
| nooit | zelden | soms | meestal | altijd | weet niet |
|-------|--------|------|---------|--------|-----------|

A.34.2. In welke mate vindt u dit belangrijk?

|                   |              |                                          |            |                 |           |
|-------------------|--------------|------------------------------------------|------------|-----------------|-----------|
| zeer onbelangrijk | onbelangrijk | niet<br>onbelangrijk,<br>niet belangrijk | belangrijk | zeer belangrijk | weet niet |
|-------------------|--------------|------------------------------------------|------------|-----------------|-----------|

A.35. Men helpt me tekenen van herval te herkennen.

A.35.1. In welke mate is dit in uw geval waar?

|       |        |      |         |        |           |
|-------|--------|------|---------|--------|-----------|
| nooit | zelden | soms | meestal | altijd | weet niet |
|-------|--------|------|---------|--------|-----------|

A.35.2. In welke mate vindt u dit belangrijk?

|                   |              |                                          |            |                 |           |
|-------------------|--------------|------------------------------------------|------------|-----------------|-----------|
| zeer onbelangrijk | onbelangrijk | niet<br>onbelangrijk,<br>niet belangrijk | belangrijk | zeer belangrijk | weet niet |
|-------------------|--------------|------------------------------------------|------------|-----------------|-----------|

A.36. De hulpverleners geven informatie en advies over het voorkomen van seksueel overdraagbare aandoeningen zoals bv. AIDS.

A.36.1. In welke mate is dit in uw geval waar?

|       |        |      |         |        |           |
|-------|--------|------|---------|--------|-----------|
| nooit | zelden | soms | meestal | altijd | weet niet |
|-------|--------|------|---------|--------|-----------|

A.36.2. In welke mate vindt u dit belangrijk?

|                   |              |                                    |            |                 |           |
|-------------------|--------------|------------------------------------|------------|-----------------|-----------|
| zeer onbelangrijk | onbelangrijk | niet onbelangrijk, niet belangrijk | belangrijk | zeer belangrijk | weet niet |
|-------------------|--------------|------------------------------------|------------|-----------------|-----------|

A.37. De hulpverleners geven informatie en advies over het voorkomen van ongewenste zwangerschap.

A.37.1. In welke mate is dit in uw geval waar?

|       |        |      |         |        |           |
|-------|--------|------|---------|--------|-----------|
| nooit | zelden | soms | meestal | altijd | weet niet |
|-------|--------|------|---------|--------|-----------|

A.37.2. In welke mate vindt u dit belangrijk?

|                   |              |                                    |            |                 |           |
|-------------------|--------------|------------------------------------|------------|-----------------|-----------|
| zeer onbelangrijk | onbelangrijk | niet onbelangrijk, niet belangrijk | belangrijk | zeer belangrijk | weet niet |
|-------------------|--------------|------------------------------------|------------|-----------------|-----------|

A.38. Tevredenheid met de behandeling

Gelieve aan te duiden op een schaal van 0 tot 10 hoe tevreden u bent met de behandeling die u krijgt. De cijfers kennen de volgende waarde:

- score 0 staat voor 'helemaal niet tevreden'
- score 5 staat voor 'niet tevreden, niet ontevreden'
- score 10 staat voor 'uiterst tevreden'

Hoe tevreden bent u met de ontvangen zorg?

|                        |   |   |   |   |                                  |   |   |   |   |                  |
|------------------------|---|---|---|---|----------------------------------|---|---|---|---|------------------|
| 0                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                                | 6 | 7 | 8 | 9 | 10               |
| Helemaal niet tevreden |   |   |   |   | niet tevreden<br>niet ontevreden |   |   |   |   | uiterst tevreden |

## B. HERSTEL EN EMPOWERMENT <sup>iii iv</sup>

Dit deel gaat over de mate waarin u het gevoel hebt over uw eigen leven te kunnen beslissen en u zelf de controle hebt.

Gelieve voor elke stelling het antwoord te omcirkelen dat het best overeenstemt met uw mening.

|                      |                |                                    |              |                    |
|----------------------|----------------|------------------------------------|--------------|--------------------|
| 1 = sterk mee oneens | 2 = mee oneens | 3= niet mee eens / niet mee oneens | 4 = mee eens | 5 = sterk mee eens |
|----------------------|----------------|------------------------------------|--------------|--------------------|

|                                                                                        | sterk mee<br>oneens | mee oneens | niet mee eens<br>/ niet mee<br>oneens | mee eens | sterk mee<br>eens |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------|---------------------------------------|----------|-------------------|
| B.1. Mijn hulpverlener en ik hebben een goede samenwerkingsrelatie.                    | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.2. Deze samenleving houdt rekening met mensen met een psychische beperking.          | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.3. Ik heb het gevoel dat ik iets kan betekenen voor iemand anders.                   | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.4. Ik heb een doel in mijn leven.                                                    | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.5. De mensen om mij heen aanvaarden mij.                                             | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.6. Mijn hulpverlener gaat uit van mijn mogelijkheden in plaats van mijn beperkingen. | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.7. Ik weet mijn grenzen te trekken.                                                  | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.8. Mijn omgeving biedt mij een luisterend oor.                                       | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.9. De mensen om mij heen nemen me zoals ik ben.                                      | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.10. Ik weet wat ik beter wel en wat ik beter niet kan doen.                          | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.11. In onze samenleving worden mensen met een psychische beperking voor vol aanzien. | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.12. Ik haal voldoening uit wat goed gaat.                                            | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.13. Ik weet wel raad met de problemen die op mijn weg komen.                         | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.14. Mijn hulpverlener is er als ik hem/haar nodig heb.                               | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.15. Ik beslis hoe ik baas word over mijn leven.                                      | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.16. De mensen van wie ik hou steunen mij.                                            | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.17. Ik kan passende ondersteuning krijgen als dat nodig is.                          | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.18. Ik heb de wil om verder te gaan.                                                 | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.19. De samenleving respecteert mijn rechten als burger.                              | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.20. Ik heb structuur in mijn leven.                                                  | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.21. De patiëntenrol staat niet meer centraal in mijn leven.                          | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.22. Ik durf om hulp te vragen.                                                       | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |

|                                                                                            | sterk mee<br>oneens | mee oneens | niet mee eens<br>/ niet mee<br>oneens | mee eens | sterk mee<br>eens |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------|---------------------------------------|----------|-------------------|
| B.23. Deze samenleving biedt sociale zekerheid aan mensen met een psychische beperking.    | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.24. Ik heb regelmatig afspraken buiten de deur.                                          | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.25. Ik kan mijn ervaringen delen met anderen met soortgelijke ervaringen.                | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.26. Ik weet waar ik goed in ben.                                                         | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.27. Ik heb een goede relatie met de mensen om mij heen.                                  | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.28. Deze samenleving maakt ruimte voor mijn manier van meedoen.                          | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.29. De hulpverlening sluit goed aan bij mijn leven.                                      | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.30. Ik heb het gevoel dat ik ergens bij hoor.                                            | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.31. Ik vind mezelf de moeite waard.                                                      | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.32. Ik zet negatieve gedachten om in positieve gedachten.                                | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.33. Ik overzie hoe mijn leven mij heeft gevormd tot wie ik nu ben.                       | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.34. Ik ervaar rust en veiligheid in mijn woning.                                         | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.35. Ik heb elke dag voldoende te doen.                                                   | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.36. In onze samenleving worden mensen met een psychische beperking niet gediscrimineerd. | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.37. Ik doe dingen die ik belangrijk vind.                                                | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.38. Ik kan omgaan met mijn kwetsbaarheden.                                               | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.39. Ik kan terugvallen op de mensen om mij heen.                                         | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |
| B.40. Ik durf op mezelf te vertrouwen.                                                     | 1                   | 2          | 3                                     | 4        | 5                 |

**Hieronder staan een aantal stellingen over de mate waarin u gelooft uw eigen leven in handen te kunnen nemen.**

Lees elke stelling en omcirkel het cijfer dat overeenkomt met de mate waarin u het op dit moment eens bent met die stelling.

|                      |                                     |              |                    |
|----------------------|-------------------------------------|--------------|--------------------|
| 1 = sterk mee oneens | 2 = niet mee eens / niet mee oneens | 3 = mee eens | 4 = sterk mee eens |
|----------------------|-------------------------------------|--------------|--------------------|

|                                                                         | sterk mee<br>oneens | niet mee<br>eens /<br>niet mee<br>oneens | mee eens | sterk mee<br>eens |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------|----------|-------------------|
| B.41. Ik heb een positieve kijk op het leven.                           | 1                   | 2                                        | 3        | 4                 |
| B.42. Ik heb doelen op korte en/of lange termijn.                       | 1                   | 2                                        | 3        | 4                 |
| B.43. Ik voel me heel erg alleen.                                       | 1                   | 2                                        | 3        | 4                 |
| B.44. Ik kan mogelijkheden zien zelfs als ik in de problemen zit.       | 1                   | 2                                        | 3        | 4                 |
| B.45. Ik heb een geloof of levensovertuiging waaraan ik troost ontleen. | 1                   | 2                                        | 3        | 4                 |
| B.46. Ik ben bang voor mijn toekomst.                                   | 1                   | 2                                        | 3        | 4                 |
| B.47. Ik kan mij gelukkige/plezierige tijden herinneren.                | 1                   | 2                                        | 3        | 4                 |
| B.48. Ik heb een diepe innerlijke kracht.                               | 1                   | 2                                        | 3        | 4                 |
| B.49. Ik ben in staat om zorg/liefde te geven en te ontvangen.          | 1                   | 2                                        | 3        | 4                 |
| B.50. Ik heb het gevoel dat mijn leven een richting heeft.              | 1                   | 2                                        | 3        | 4                 |
| B.51. Ik geloof dat elke dag mogelijkheden biedt.                       | 1                   | 2                                        | 3        | 4                 |
| B.52. Ik vind dat mijn leven waardevol en nuttig is.                    | 1                   | 2                                        | 3        | 4                 |

## C. LEVENSKWALITEIT <sup>v vi</sup>

Hieronder staan een aantal vragen die gaan over uw leven. Graag willen we van u weten hoe tevreden u op dit moment over uw leven bent.

U kunt dat aangeven door steeds een getal te omcirkelen bij het antwoord dat het beste uw mening weergeeft.

|                      |               |                       |                                     |                     |             |                   |
|----------------------|---------------|-----------------------|-------------------------------------|---------------------|-------------|-------------------|
| 0= kan niet slechter | 1= ontevreden | 2= meestal ontevreden | 3= gemengd (tevreden en ontevreden) | 4= meestal tevreden | 5= tevreden | 6= kan niet beter |
|----------------------|---------------|-----------------------|-------------------------------------|---------------------|-------------|-------------------|

|                                                                                        | kan niet slechter | ontevreden | meestal ontevreden | gemengd | meestal tevreden | tevreden | kan niet beter |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------|--------------------|---------|------------------|----------|----------------|
| C.1. Kunt u vertellen hoe u op dit moment uw leven als geheel ervaart?                 | 0                 | 1          | 2                  | 3       | 4                | 5        | 6              |
| C.2. Hoe tevreden bent u met hoe goed u bij kas zit?                                   | 0                 | 1          | 2                  | 3       | 4                | 5        | 6              |
| C.3. Hoe tevreden bent u met het aantal en de kwaliteit van uw vriendschappen?         | 0                 | 1          | 2                  | 3       | 4                | 5        | 6              |
| C.4. Hoe tevreden bent u met de dingen die u in uw vrije tijd doet?                    | 0                 | 1          | 2                  | 3       | 4                | 5        | 6              |
| C.5. Hoe tevreden bent u met de woonomstandigheden?                                    | 0                 | 1          | 2                  | 3       | 4                | 5        | 6              |
| C.6. Hoe tevreden bent u met uw persoonlijke veiligheid?                               | 0                 | 1          | 2                  | 3       | 4                | 5        | 6              |
| C.7. Hoe tevreden bent u met uw seksuele leven?                                        | 0                 | 1          | 2                  | 3       | 4                | 5        | 6              |
| C.8. Hoe tevreden bent u met uw relatie met uw familie?                                | 0                 | 1          | 2                  | 3       | 4                | 5        | 6              |
| C.9. Hoe tevreden bent u met uw lichamelijke gezondheid?                               | 0                 | 1          | 2                  | 3       | 4                | 5        | 6              |
| C.10. Hoe tevreden bent u met uw psychische gezondheid?                                | 0                 | 1          | 2                  | 3       | 4                | 5        | 6              |
| C.11a. Als u:                                                                          | 0                 | 1          | 2                  | 3       | 4                | 5        | 6              |
| - een betaalde baan heeft                                                              |                   |            |                    |         |                  |          |                |
| - of op een sociale werkplaats werkt                                                   |                   |            |                    |         |                  |          |                |
| - of onderwijs/opleiding volgt                                                         |                   |            |                    |         |                  |          |                |
| Hoe tevreden bent u hier dan mee?                                                      |                   |            |                    |         |                  |          |                |
| C.11b. Als u geen betaalde baan heeft of gepensioneerd bent:                           | 0                 | 1          | 2                  | 3       | 4                | 5        | 6              |
| Hoe tevreden bent u met het feit dat u geen betaalde baan heeft of gepensioneerd bent? |                   |            |                    |         |                  |          |                |
| C.12a. Als u met anderen woont:                                                        | 0                 | 1          | 2                  | 3       | 4                | 5        | 6              |
| Hoe tevreden bent u met de mensen met wie u samenleeft?                                |                   |            |                    |         |                  |          |                |
| C.12b. Als u alleen woont:                                                             | 0                 | 1          | 2                  | 3       | 4                | 5        | 6              |
| Hoe tevreden bent u met het feit dat u alleen woont?                                   |                   |            |                    |         |                  |          |                |

|                                                                                                                                                                                                                | JA | NEE |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| C.13. Heeft u iemand die u een goede vriend of vriendin zou noemen?                                                                                                                                            | 1  | 2   |
| C.14. Heeft u de afgelopen week een vriend of vriendin ontmoet (op bezoek geweest bij een vriend of vriendin, bezocht door een vriend of vriendin, vriend of vriendin ontmoet buitenshuis of buiten het werk)? | 1  | 2   |
| C.15. Bent u het afgelopen jaar beschuldigd van misdrijf?                                                                                                                                                      | 1  | 2   |
| C.16. Bent u het afgelopen jaar slachtoffer geweest van lichamelijk geweld?                                                                                                                                    | 1  | 2   |

#### D. PERSOONLIJKE GEGEVENS

We zouden een aantal gegevens over uzelf willen vragen. Deze gegevens worden strikt vertrouwelijk en anoniem behandeld.

##### D.1. Wat is uw geslacht?

- ☐ mannelijk  
☐ vrouwelijk

##### D.2. In welk jaar bent u geboren?

- ☐ in \_\_\_\_

##### D.3. Gelieve de postcode van uw woonplaats in te vullen

- in \_\_\_\_

##### D.4. Wat is uw nationaliteit?

- ☐ Belg  
☐ ander, namelijk\_\_\_\_\_

##### D.5. Wat is het geboorteland van uw moeder?

- ☐ België  
☐ ander, namelijk\_\_\_\_\_

##### D.6. Wat is het geboorteland van uw vader?

- ☐ België  
☐ ander, namelijk\_\_\_\_\_



**D.7. Opleidingsniveau: wat is uw hoogst behaalde diploma of graad dat u tot nu toe behaald hebt?**

- ☐ Geen diploma
- ☐ lager onderwijs
- ☐ lager secundair onderwijs
- ☐ hoger secundair onderwijs
- ☐ professionele opleiding (niet hoger onderwijs)
- ☐ hoger onderwijs (niet universitair), van korte of lange duur
- ☐ hoger onderwijs (universiteit) of meer
- ☐ dat weet ik niet
- ☐ ander, namelijk \_\_\_\_\_

**D.8. Wat is uw werksituatie?**

- ☐ geen werk (bv. werkloos, invalide, werkonbekwaam)
- ☐ vrijwilligerswerk
- ☐ werk onder begeleiding, bv. beschermde of sociale werkplaats
- ☐ dagcentrum
- ☐ regulier werk (werk in een normaal economisch circuit), deeltijds of voltijds

**D.9. Wat is uw woonsituatie?**

- ☐ dakloos
- ☐ in een voorziening met een continue aanwezigheid van begeleiders (24u op 24u)
- ☐ beschut wonen of begeleid zelfstandig wonen
- ☐ een collectieve woonvorm (geen therapeutische structuur, geen begeleiding)
- ☐ wonen op zelfstandige basis

**D.10. Wat is uw relatie met familie of partner?**

- ☐ Ik woon alleen
- ☐ Ik leef samen met een partner of familie (dagelijks contact)

**D.11. Sociale relaties: wat is uw huidige situatie?**

- ☐ Ik heb de voorbije week geen enkel contact gehad met een vriend (geen zorgverstrekker)
- ☐ Ik heb wekelijks contact gehad met minstens één vriend (geen zorgverstrekker)

#### D.12. Over welk budget beschikken u en uw gezin maandelijks?

Ter informatie, dit budget is de som van:

- het netto-inkomen dat u en uw gezinsleden ontvangen voor de arbeid die ze verrichten
- alle sociale uitkeringen die u en uw gezinsleden ontvangen (kinderbijslag, pensioen, werkloosheidsuitkering, uitkering voor arbeidsongeschiktheid zoals ziektegeld en invaliditeit), uitkering in het kader van een arbeidsongeval, leefloon, OCMW-steun etc.
- bijkomende inkomens zoals huuropbrengsten, lijfrenten, interesten, etc.
- de bijdrage die inwonende gezinsleden betalen

- ☐ minder dan 500,00 € per maand
- ☐ 500,00 – 999,99 € per maand
- ☐ 1000,00 – 1499 € per maand
- ☐ 1500- 1999 € per maand
- ☐ 2000 – 2499 € per maand
- ☐ 2500 – 2999 € per maand
- ☐ 3000 € per maand of meer
- ☐ dat weet ik niet

D.13. Hoeveel personen dragen bij tot het totale beschikbare inkomen van uw huishouden? We bedoelen hiermee elke persoon die een eigen inkomen heeft of een uitkering ontvangt.

☐ \_\_\_\_\_

D.14. In welke mate kan uw huishouden met het totaal beschikbare inkomen rondkomen?

- ☐ zeer moeilijk
- ☐ moeilijk
- ☐ eerder moeilijk
- ☐ eerder gemakkelijk
- ☐ gemakkelijk
- ☐ zeer gemakkelijk

D.15 Hoe vaak houdt uw huishouden op het einde van de maand geld over om te sparen?

- ☐ nooit
- ☐ bijna nooit
- ☐ soms
- ☐ vaak
- ☐ altijd

## E. TOT SLOT

E.1. Gelieve aan te geven hoeveel tijd u nodig had om deze vragenlijst in te vullen.

.....

.....

E.2. Indien u nog opmerkingen hebt bij deze vragenlijst kan u deze hier noteren.

.....

.....

.....

.....

## BEDANKT VOOR UW MEDEWERKING

---

<sup>i</sup> Adair, C.E. et al. (2005). Continuity of care and health outcomes among persons with severe mental illness. *Psychiatric services*, 56 (9), 1061-1069.

<sup>ii</sup> Van Audenhove, Ch., Van Humbeeck, G., Spruytte, N., Storms, G., De Hert, M., Heyrman, J., Peuskens, J., Pieters, G., & Vertommen, H.(2001). The Care Perception Questionnaire: An instrument for the assessment of the perspective of patients, family members, and professionals on psychiatric rehabilitation. *European Journal of Psychological Assessment*, 17(2), 120-129.

<sup>iii</sup> Boevink W, Kroon H, Giesen F. De Nederlandse Empowerment Vragenlijst. Utrecht: Trimbos-instituut 2008. In deze versie wordt 'beperking' gebruikt in plaats van 'handicap', alsook 'relatie' in plaats van 'verstandhouding'.

<sup>iv</sup> © 1989: Kaye Herth ; © Geautoriseerde Nederlandse vertaling: J.W. van den Bogaard, Ch. van Nieuwenhuizen en J.A.W.M. van Gestel-Timmermans (2006).

<sup>vi</sup> Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., & Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International Journal Social Psychiatry*, 45, 7–12. © Geautoriseerde Nederlandse vertaling: Ch. van Nieuwenhuizen, A.H. Schene, & M.W.J. Koeter, 2000



Vrije  
Universiteit  
Brussel

## **Uitnodiging voor deelname aan het onderzoek 'naar een Betere Geestelijke Gezondheidszorg'**

Geachte mevrouw,  
Geachte heer

U krijgt momenteel ondersteuning bij een team dat aansluit bij de trend 'naar een Betere Geestelijke Gezondheidszorg'.

We vinden het belangrijk om uw mening te horen en een aantal gegevens te verzamelen over uw specifieke situatie en ervaringen. Uw deelname kan ertoe bijdragen dat de zorg voor personen in een gelijkaardige situatie verbetert. Uw deelname aan dit onderzoek is vrijblijvend. Het heeft geen enkel gevolg voor uw verdere behandeling. U kunt op elk moment uw deelname aan het onderzoek stopzetten.

Om deel te nemen vragen we u om een vragenlijst in te vullen over hoe u in het leven staat en hoe u de zorg ervaart. Deze vragenlijst neemt ongeveer 1,5 uur in beslag. Bijkomend zal een zorgverstrekker die goed vertrouwd is met uw situatie een vragenlijst invullen over uw dagelijks en sociaal functioneren en over de contacten die u had met zorgverstrekkers en zorginstanties. Alle gegevens worden anoniem verwerkt en de privacy wordt gerespecteerd.

Hierbij gevoegd vindt u volgende documenten:

- een toestemmingsformulier voor deelname aan het onderzoek
- een vragenlijst met bijkomende informatie voor het invullen van de vragenlijst

Aangezien uw ervaringen belangrijk zijn om de zorg aan personen met psychische kwetsbaarheden te verbeteren, hopen we op uw medewerking. We hebben er alle begrip voor mocht dit niet mogelijk zijn. U bent volledig vrij om op onze vraag naar medewerking in te gaan. Bij vragen kan u ons per email contacteren via onderstaande gegevens.

We danken u alvast bij voorbaat voor uw belangrijke inbreng in dit onderzoek. We staan volledig tot uw beschikking voor bijkomende informatie.

Namens de onderzoeksequipe,

met vriendelijke groeten  
en hoogachtend

KU Leuven LUCAS:      Prof. dr. Chantal Van Audenhove ([LUCAS@med.kuleuven.be](mailto:LUCAS@med.kuleuven.be))  
Dr. Joke Vanderhaegen ([joke.vanderhaegen@med.kuleuven.be](mailto:joke.vanderhaegen@med.kuleuven.be))  
Eva Helmer ([eva.helmer@med.kuleuven.be](mailto:eva.helmer@med.kuleuven.be))



Vrije  
Universiteit  
Brussel

Geachte mevrouw,  
Geachte heer

U krijgt momenteel ondersteuning van een team dat aansluit bij de trend 'naar een betere geestelijke gezondheidszorg'. Drie wetenschappelijke equipes (KU Leuven LUCAS, UCL IRSS en VUB MESO) evalueren dit hervormingsprogramma binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Langs deze weg willen we uw medewerking in dit onderzoek vragen. Uw bijdrage bestaat in het invullen van één vragenlijst, bestaande uit verschillende delen. In een *eerste deel* willen we uw mening leren kennen over de zorg die u krijgt en uw ervaringen met die diensten en zorgverstrekkers. In het *tweede deel* willen we weten in welke mate u het gevoel hebt zelf over uw leven te kunnen beslissen en in welke mate u nog gelooft dit te kunnen. Het *derde deel* omvat vragen over de mate waarin u op dit moment tevreden bent over uw leven. In het *vierde en laatste deel* vragen we een beperkt aantal gegevens over uzelf.

Er zijn geen goede of slechte antwoorden. Alleen uw eigen ervaringen en mening zijn belangrijk. Gelieve zo eerlijk mogelijk op elke vraag een antwoord te geven. Met het invullen van deze vragenlijst geeft u ons de toestemming om uw gegevens te gebruiken voor dit onderzoek. Uw gegevens worden naamloos en vertrouwelijk behandeld.

We danken u alvast bij voorbaat voor uw belangrijke inbreng in dit onderzoek. We staan tot uw beschikking voor bijkomende informatie.

Met vriendelijke groeten en hoogachtend,

Projectverantwoordelijke vanuit KU Leuven LUCAS  
Prof. dr. Chantal Van Audenhove

Projectverantwoordelijke vanuit UCL IRSS  
Prof. dr. Vincent Lorant

Projectverantwoordelijke vanuit VUB MESO  
Prof. dr. Mark Leys



Vrije  
Universiteit  
Brussel

## Project 'naar een Betere Geestelijke Gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken' (artikel 107)

### Toestemmingsformulier voor deelname aan het onderzoek

#### VOORWAARDEN WAARMEE U TOESTEMT BIJ DEELNAME AAN HET ONDERZOEK

- Ik heb begrepen dat deelname aan dit onderzoek geen enkele verplichting inhoudt. Mijn deelname aan deze studie zal geen enkele invloed hebben op de verdere zorg die ik zal ontvangen.
- Ik kan mijn deelname op elk moment beëindigen zonder nadelige gevolgen. Ik kan mij onmiddellijk terugtrekken zonder hiervoor een reden te geven.
- Ik weet dat ik geen financiële vergoeding krijg en dat er geen direct voordeel is verbonden aan de deelname.
- Ik stem ermee in dat de informatie die ik geef, gebruikt zal worden voor de doelen van dit project. Ik begrijp dat deze informatie strikt vertrouwelijk behandeld en anoniem verwerkt zal worden in overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002.

*Noot: de waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt is extreem laag. Toch bent u als deelnemer aan dit onderzoek verzekerd, zoals verplicht door de Belgische experimentenwet van 7 mei 2004.*

- Ik weet dat ik steeds het recht heb om mijn gegevens in te zien en ze te verbeteren indien nodig. Ik kan hiervoor terecht bij Prof. Dr. Chantal Van Audenhove ([lucas@med.kuleuven.be](mailto:lucas@med.kuleuven.be)).
- Ik bevestig dat ik de informatie over het onderzoek heb ontvangen (zie informatiebrief over het onderzoek), een antwoord op mijn vragen heb gekregen en de informatie heb begrepen. Ik weet dat ik de onderzoeker kan contacteren bij onduidelijkheden.

Ik verklaar me akkoord met mijn deelname aan het onderzoek. Ik bevestig dat ik de voorwaarden heb gelezen en begrepen, en dat ik hiermee akkoord ga.

Datum \_\_/\_\_/\_\_

Handtekening



## **Bevraging voor zorgverstrekkers**

Gegevens over een groep van cliënten

Overzicht van thema's die aan bod zullen komen

1. Sociale gegevens van de cliënt (mate van informele zorg en sociale inclusie)
2. Algemene klinische gegevens van de cliënt
3. Gegevens over ernst problematiek en dagelijks functioneren van de cliënt
4. Zorggebruik van de cliënt

In het kader van de evaluatiestudie  
'Naar een betere geestelijke gezondheidszorg'

In opdracht van FOD Volksgezondheid

Uitgevoerd door:



**Identificatienummer van de cliënt P \_ /D \_ /\_\_\_\_\_ (in te vullen door referentiepersoon)**

**Wat is het nut van dit identificatienummer?**

De gegevensverwerking gebeurt anoniem, wat betekent dat de onderzoekers niet zullen weten wat u of de cliënt hebt ingevuld. Echter, het is toch belangrijk dat de cliënt een identificatienummer heeft. We wensen namelijk (op termijn) deze bevraging op verschillende momenten af te nemen. Enkel via een uniek identificatienummer is het voor ons mogelijk om dezelfde personen te contacteren, via de voorziening waarvan de cliënt zorg krijgt. Deze organisatie kan nooit de antwoorden inzien, maar kent wel het identificatienummer.

Verder kunnen we via dit identificatienummer de gegevens uit deze vragenlijst koppelen aan de gegevens uit de vragenlijst van de cliënt, zonder dat daarbij de anonimiteit van u of de cliënt in het gedrang komt.

**Wat is het identificatienummer van de cliënt?**

Het identificatienummer bestaat uit drie delen: projectcode/dienstcode/persoonlijke code. De persoonlijke code wordt gevormd door de 1<sup>ste</sup> 2 letters van de voornaam + de 1<sup>ste</sup> 2 letters van de familienaam + de laatste twee cijfers van het geboortjaar + het geslacht (V of M).

Bv. de persoonlijke code van Jan De Smet, geboren in 1974, man is: JADE74M

**Gelieve dit te lezen vooraleer u de vragenlijst invult**

Om beter zicht te krijgen op de tijd die u nodig heeft om deze vragenlijst in te vullen, vragen we u op het einde van de vragenlijst om dit aan te geven.

Indien u dat wenst, kan u daar ook eventuele opmerkingen over deze bevraging met ons delen.



## 1. SOCIALE GEGEVENS VAN DE CLIËNT

### 1.1. Wat is de werksituatie van de cliënt?

- ☐ Geen werk (bv. werkloos, invalide, werkonbekwaam)
- ☐ Vrijwilligerswerk
- ☐ Werken onder begeleiding, bv. beschermde of sociale werkplaats
- ☐ Dagcentrum
- ☐ Regulier werk (werk in het normaal economisch circuit), deeltijds of voltijds

### 1.2. Wat is de huisvesting van de cliënt?

- ☐ Dakloos
- ☐ in een voorziening met een continue aanwezigheid van begeleiders (24u op 24u)
- ☐ Beschut wonen of begeleid zelfstandig wonen
- ☐ Een collectieve woonvorm (geen therapeutische structuur, geen begeleiding)
- ☐ wonen op zelfstandige basis

### 1.3. Wat is de relatie met familie of partner?

- ☐ Woont alleen
- ☐ Leeft samen met een partner of familie (dagelijks contact)

### 1.4. Hoe zit het met de sociale relaties van de patiënt en zijn relaties met vrienden?

- ☐ De cliënt heeft de voorbije week geen enkel contact gehad met een vriend (geen zorgverstrekker)
- ☐ De cliënt heeft wekelijks contact gehad met minstens één vriend (geen zorgverstrekker)

## 2. ALGEMENE KLINISCHE GEGEVENS VAN DE CLIËNT

### 2.1. Wanneer had de cliënt voor het eerst contact met diensten in de geestelijke gezondheidszorg (gelieve het aantal jaren aan te duiden)

- ☐ minder dan 1 jaar geleden
- ☐ tussen 1 en 5 jaar geleden
- ☐ tussen 5 en 10 jaar geleden
- ☐ tussen 10 en 20 jaar geleden
- ☐ meer dan 20 jaar geleden

### 2.2 Wat is de hoofddiagnose van de cliënt?

- ☐ schizofrenie of andere psychotische stoornissen
- ☐ stemmingsstoornissen
- ☐ aan een middel gebonden stoornis
- ☐ persoonlijkheidsstoornis
- ☐ angststoornis
- ☐ mentale handicap
- ☐ niet gespecificeerd
- ☐ ander, namelijk\_\_\_\_\_

### 3. GEGEVENS ERNST PROBLEMATIEK EN DAGELIJKS FUNCTIONEREN VAN DE CLIËNT

**Ernst van de problematiek en het dagelijks functioneren (op basis van de HoNOS<sup>1</sup>). Gelieve de best passende score te omcirkelen**

- (a) Scoor elke schaal in de volgorde van 1-12.
- (b) Gebruik geen informatie die bij een vorig item al is meegenomen, behalve bij item 10 wat een globale score is.
- (c) Score het MEEST ERNSTIGE probleem dat zich heeft voorgedaan gedurende de afgelopen 2 weken.
- (d) Alles schalen hebben de volgende opbouw:

0= geen probleem

1= ondergeschikt probleem, vereist geen actie

2= licht probleem, maar duidelijk aanwezig

3= matig ernstig probleem

4= ernstig tot zeer ernstig probleem

- (e) Gebruik de score 9 wanneer over het betreffende item geen of onvoldoende informatie voorhanden is.

#### 3.1 Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag

Inclusief: elk zulk gedrag ongeacht de oorzaak (drugs, alcohol, dementie, psychose, depressie, etc.)

Exclusief: bizar gedrag dat gescoord wordt bij item 6 (hallucinaties en wanen)

- 0 Geen problemen van deze aard gedurende de afgelopen periode.
- 1 Geïrriteerdheid, ruzies, rusteloosheid etc., maar vereist geen actie
- 2 Omvat agressieve gebaren, opdringerig of lastig vallen van anderen; bedreigingen of verbale agressie, kleinere schade aan eigendommen (zoals gebroken kopjes of raam); duidelijke hyperactiviteit of agitatie.
- 3 Fysiek agressief naar mens of dier; dreigende houding; meer ernstige hyperactiviteit of vernieling van eigendommen.
- 4 Minstens één ernstige fysieke aanval op mens of dier: vernielen van eigendommen (bijvoorbeeld brandstichting); ernstige intimidatie of aanstootgevend gedrag.
- 9 Onbekend

#### 3.2. Opzettelijke zelfverwonding

Exclusief: zelfverwonding per ongeluk ontstaan (bijvoorbeeld als gevolg van dementie of verstandelijke handicap); het cognitieve probleem hierbij wordt gescoord op schaal 4, de verwonding op schaal 5.

Exclusief: ziekte of verwonding als direct gevolg van alcohol- of druggebruik worden gescoord op schaal 3 (levercirrose of bijvoorbeeld verwondingen als gevolg van rijden onder invloed worden gescoord op schaal 5).

<sup>1</sup> Wing, J.K., Beevor, A.S., Curtis, R.H., Park, S.B., Hadden, S., Burns, A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *British Journal of Psychiatry*, 172 (11). ; Mulder, C.L., Staring A.B.P., Loos, J., Buwalda, V.J.A., Kuijpers, D., Sytema, S. et al. (2004). De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) in Nederlandse bewerking. Rotterdam.

- 0 Geen problemen van deze aard gedurende de afgelopen periode.
- 1 Voorbijgaande gedachten over zelfmoord maar gering risico de afgelopen periode; geen zelfverwonding.
- 2 Licht risico gedurende de afgelopen periode; omvat ongevaarlijke zelfverwonding (zoals krassen in de pols)
- 3 Matig tot ernstig risico voor opzettelijke zelfverwonding gedurende de afgelopen periode; omvat voorbereidende activiteiten
- 4 Ernstige suïcidepoging en/ of ernstige opzettelijke zelfverwonding de afgelopen periode.
- 9 Onbekend

### **3.3. Problematisch alcohol- of druggebruik**

Exclusief: agressief of destructief gedrag als gevolg van alcohol of druggebruik. Dat wordt gescoord op schaal 1.

Exclusief: lichamelijke ziekte of handicap als gevolg van alcohol- of druggebruik. Dat wordt gescoord op schaal 5.

- 0 Geen problemen van deze aard gedurende de afgelopen periode.
- 1 Enig overmatig gebruik, maar binnen de sociale norm.
- 2 Verlies van controle over alcohol- of druggebruik, maar niet ernstig verslaafd.
- 3 Duidelijke zucht naar of afhankelijkheid van alcohol of drugs met frequent controleverlies; risico's nemen onder invloed.
- 4 Incapabel door alcohol- of drugsproblemen
- 9 Onbekend

### **3.4. Cognitieve problemen**

Inclusief: problemen met geheugen, oriëntatie en begripsvermogen passend bij enige stoornis: leerstoornis, dementie, schizofrenie, etc.

Exclusief: tijdelijke problemen als gevolg van alcohol/ druggebruik (bijvoorbeeld een kater) die gescoord worden op schaal 3 (problematisch alcohol- of druggebruik).

- 0 Geen problemen van deze aard gedurende de afgelopen periode.
- 1 Ondergeschikte problemen met geheugen en begripsvermogen (bijvoorbeeld zo nu en dan vergeten van namen)
- 2 Licht, maar duidelijk aanwezige problemen (bijvoorbeeld verwaald in een bekende omgeving, niet herkennen van een bekende); soms in verwarring bij het nemen van beslissingen.
- 3 Duidelijke desoriëntatie in tijd, plaats of persoon; in de war gebracht door dagelijkse gebeurtenissen; zo en dan incoherente spraak; vertraagd denken.
- 4 Ernstige desoriëntatie (bijvoorbeeld niet herkennen van familie); gevaar voor ongelukken; onbegrijpelijk taalgebruik; verlaagd bewustzijn of stupor.
- 9 Onbekend

### **3.5. Lichamelijke problemen of handicaps**

Inclusief: ziekte of handicap van elke oorsprong die mobiliteitsbeperkingen geven, het zicht of gehoor aantasten, dan wel anderszins interfereren met het persoonlijk functioneren.

Inclusief: bijwerkingen van medicatie; effecten van drug- of alcoholgebruik; handicaps als gevolg van ongevallen of zelfverwonding voortkomend uit cognitieve problemen, rijden onder invloed etc.

Exclusief: psychische problemen of gedragsproblemen die gescoord worden op schaal 4 (cognitieve problemen).

- 0 Geen lichamelijke gezondheidsproblemen gedurende de afgelopen periode.
- 1 Ondergeschikte gezondheidsproblemen gedurende de afgelopen periode (bijvoorbeeld verkoudheid, niet ernstige val)
- 2 Lichamelijke gezondheidsproblemen leiden tot lichte beperking in mobiliteit en activiteiten.
- 3 Matige beperking in activiteiten ten gevolgen van lichamelijk gezondheidsprobleem.
- 4 Ernstige of volledige incapaciteit als gevolg van lichamelijk gezondheidsprobleem.
- 9 Onbekend

### **3.6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen**

Inclusief: hallucinaties en waanvoorstellingen ongeacht de diagnose

Inclusief: vreemd en bizar gedrag geassocieerd met hallucinaties of waanvoorstellingen

Exclusief: agressief, destructief of hyperactief gedrag dat voortkomt uit hallucinaties of wanen en dat gescoord wordt op schaal 1 (hyperactief en agressief gedrag).

- 0 Geen aanwijzingen voor hallucinaties of waanvoorstellingen gedurende de afgelopen periode.
- 1 Enigszins vreemde of excentrieke opvattingen niet in overeenstemming met de culturele normen.
- 2 Wanen of hallucinaties (bijvoorbeeld stemmen, visioenen) zijn aanwezig, maar vormen weinig hinder voor de cliënt en manifesteren zich niet in bizar gedrag, dus klinisch aantoonbaar, maar licht.
- 3 Duidelijke preoccupatie met wanen of hallucinaties wat veel hinder veroorzaakt en/ of zich manifesteert in duidelijk bizar gedrag, dus een matig ernstig klinisch probleem.
- 4 Geestesgesteldheid en gedrag wordt in ernstige mate en nadelig beïnvloed door wanen of hallucinaties, met een zware uitwerking op de cliënt.
- 9 Onbekend

### **3.7. Problemen met depressieve stemming**

Exclusief: hyperactiviteit of geagiteerd gedrag. Dat wordt gescoord op schaal 1.

Exclusief: suïcidegedachten- of pogingen. Die worden gescoord op schaal 2.

Exclusief: waanvoorstellingen of hallucinaties. Die worden gescoord op schaal 6.

- 0 Geen problemen die samenhangen met een depressieve stemming gedurende de afgelopen periode.
- 1 Sombere gedachten of kleine veranderingen in stemming.
- 2 Lichte maar duidelijke depressie met hinder voor de cliënt (bijvoorbeeld schuldgevoelens, verminderd gevoel van eigenwaarde).
- 3 Depressie met oneigenlijk zelfverwijt; preoccupatie met schuldgevoelens.
- 4 Ernstige of zeer ernstige depressie met schuldgevoelens of zelfbeschuldiging.
- 9 Onbekend

### **3.8. Overige psychische en gedragsproblemen.**

Scoor alleen het meest ernstige klinische probleem niet vallend onder item 6 (hallucinaties en wanen) en item 7 (depressieve stemming).

Specificeer het type probleem: A fobie; B angst; C dwangmatig; D gespannenheid; E dissociatief; F somatiserend; G eetproblemen; H slaapproblemen; I seksuele problemen; J overig, namelijk .....

- 0 Geen aanwijzingen voor een van deze problemen gedurende de afgelopen periode.
- 1 Alleen ondergeschikte problemen.
- 2 Een probleem is klinisch licht aanwezig (cliënt heeft problemen gedeeltelijk onder controle)
- 3 Incidenteel ernstige aanval of hinder met verlies van controle (bijvoorbeeld moet angst opwekkende situaties helemaal vermijden, moet een buurman te hulp roepen). Dus een matig ernstig probleem.
- 4 Ernstig probleem, overheerst de meeste activiteiten.
- 9 Onbekend

### **3.9. Problemen met relaties**

Scoor het meest ernstige probleem van de cliënt dat samenhangt met actief of passief terugtrekken uit sociale relaties en/ of dat samenhangt met niet-ondersteunende destructieve of zelfvernietigende relaties.

- 0 Geen belangrijk probleem van deze aard gedurende de afgelopen periode.
- 1 Ondergeschikte niet- klinische problemen.
- 2 Duidelijk probleem in maken of onderhouden van ondersteunende relaties: cliënt klaagt hierover en/ of de problemen zijn duidelijk voor anderen.
- 3 Blijvende belangrijk probleem als gevolg van actief of passief terugtrekken uit sociale relaties en/ of als gevolg van relaties waar weinig of geen steun van uit gaat.
- 4 Ernstig en kommervol sociaal isolement wegens onvermogen tot communiceren met anderen en/ of wegens terugtrekken uit sociale relaties.
- 9 Onbekend

### 3.10. Problemen met ADL

Scoor het totale ADL niveau (bijvoorbeeld problemen met **basale** zelfzorgactiviteiten zoals eten, wassen, aankleden, naar het toilet gaan; ook **complexe** vaardigheden als budgetteren, regelen van woonruimte, werk en vrije tijd, mobiliteit en gebruik van openbaar vervoer, boodschappen doen, zelfontplooiing, etc.).

Inclusief: gebrek aan motivatie om mogelijkheden te gebruiken die de zelfredzaamheid kunnen vergroten, want dit draagt bij aan een lager totaal ADL niveau.

Exclusief: gebrek aan mogelijkheden om intacte bekwaamheden en vaardigheden uit te oefenen. Dit wordt gescoord bij schaal 11 en 12.

- 0 Geen probleem van deze aard gedurende afgelopen periode; goed in staat op alle gebieden te functioneren.
- 1 Alleen ondergeschikte problemen (bijvoorbeeld slordig zijn, gedesorganiseerd)
- 2 Zelfzorg op peil, maar belangrijk onvermogen tot uitvoeren van één of meerdere van de genoemde complexe vaardigheden.
- 3 Belangrijk probleem op één of meer gebieden van zelfzorg (eten, wassen, aankleden, naar het toilet gaan) en belangrijk onvermogen tot het uitvoeren van meerdere complexe vaardigheden.
- 4 Ernstige beperkingen op alle of bijna alle gebieden van zelfzorg en complexe vaardigheden.
- 9 Onbekend

### 3.11. Problemen met woonomstandigheden

Scoor de globale ernst van problemen in de kwaliteit van de woonomstandigheden en het dagelijks huishouden. Is aan de basisbehoeften voldaan (verwarming, licht, hygiëne)? Zo ja, is er hulp bij het omgaan met eventuele beperkingen en zijn er mogelijkheden om aanwezige vaardigheden toe te kunnen passen en nieuwe vaardigheden te kunnen ontwikkelen?

Exclusief: het niveau van functioneren; dat wordt gescoord op schaal 10 (problemen met ADL)

N.B. Scoor de gebruikelijke woonomstandigheden van de cliënt.

- 0 Accommodatie en woonomstandigheden zijn acceptabel; zij dragen ertoe bij om elke beperking gescoord op schaal 10 (problemen met ADL) zo beperkt mogelijk te houden en ondersteunen de zelfredzaamheid.
- 1 Accommodatie is redelijk acceptabel, al zijn er kleine of voorbijgaande problemen (bijvoorbeeld de locatie is niet ideaal, andere voorkeur, het eten niet lekker vinden, etc.)
- 2 Belangrijke problemen op één of meerdere gebieden betreffende de accommodatie en/ of het beleid (bijvoorbeeld beperkte keuze, staf of gezin weten niet goed hoe handicaps te beperken of hoe te helpen bij het toepassen of ontwikkelen van of intacte vaardigheden).
- 3 Zorgwekkende multiple problemen met betrekking tot woonomstandigheden (bijvoorbeeld sommige basisvoorzieningen ontbreken); de woonomgeving heeft geen of minimale voorzieningen om de onafhankelijkheid van de cliënt te vergroten.
- 4 Accommodatie is onacceptabel (bijvoorbeeld basisvoorzieningen ontbreken, dreigende uithuis zetting of dakloosheid of woonomstandigheden zijn anderszins onacceptabel) en verergert de problemen van de cliënt.
- 9 Onbekend

### 3.12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en vrije tijd

Scoor de problemen in de kwaliteit van de dagelijkse omgeving van de cliënt. Is er hulp bij het omgaan met beperkingen, zijn er mogelijkheden tot behouden en vergroten van vaardigheden en activiteiten op gebied van werk en vrije tijd. Let op zaken als stigma, gebrek aan gekwalificeerd personeel, toegang tot voorzieningen (bijvoorbeeld bezettingsgraad en uitrusting van dagcentra, werkplaatsen, verenigingen).

Exclusief: het niveau van functioneren zelf. Dat wordt gescoord op schaal 10 (problemen met ADL).

N.B. Scoor de gebruikelijke situatie van de cliënt (wanneer een cliënt is opgenomen, scoor de situatie voor de opname)

- 0 Dagelijks omgeving van de cliënt is acceptabel; draagt bij om elke beperking gescoord op schaal 10 (problemen met ADL) zo beperkt mogelijk te houden en ondersteunt de zelfredzaamheid.
- 1 Ondergeschikte of tijdelijke problemen (bijvoorbeeld verlate betaling door de uitkerende instantie); redelijke voorzieningen zijn beschikbaar, maar niet altijd op het gewenste moment, etc.
- 2 Beperkte keuze in activiteiten; gebrek aan tolerantie (bijvoorbeeld onterecht de toegang geweigerd tot openbare voorzieningen zoals een bibliotheek of badhuis); belemmeringen door het ontbreken van een vaste woon- of verblijfplaats; onvoldoende mantelzorg of professionele hulp; zinvolle dagvoorziening is in principe beschikbaar, maar voor een beperkt aantal uren.
- 3 Duidelijke deficiëntie in diensten om de beperkingen door bestaande handicaps tot een minimum te beperken; geen mogelijkheden om intacte vaardigheden te benutten of nieuwe vaardigheden toe te voegen; ongeschoolde zorg moeilijk toegankelijk.
- 4 Gebrek aan enige mogelijkheid tot activiteiten overdag verergeren de problemen van de cliënt.
- 9 Onbekend

### **3.13. Problemen ten gevolge van maniforme ontremming**

Exclusief: motorische onrust. Dat wordt gescoord op schaal 1 (hyperactief en agressief gedrag)

Exclusief: wanen en hallucinaties. Die worden gescoord op schaal 6.

- 0 Geen maniforme ontremming.
- 1 Lichte maniforme ontremming: licht versneld denken of praten, nog niet verhoogd associatief; gedrag geeft slechts ondergeschikte of geen problemen.
- 2 Middelmatige maniforme ontremming: middelmatig versneld denken of praten, licht verhoogd associatief; zet woorden niet om in daden; gedrag geeft slechts lichte of middelmatige problemen.
- 3 Matige maniforme ontremming: matig versneld denken of praten, verhoogd associatief en/ of matig ontremd gedrag (bijvoorbeeld koopt meer, maar nog niet onverantwoord of gedraagt zich matig ontremd); gedrag leidt tot matige problemen.
- 4 Ernstige maniforme ontremming: gedraagt zich ernstig maniform (bijvoorbeeld doet onverantwoorde uitgaven, seksueel ontremd, decorumverlies, expansief gedrag); gedrag leidt tot ernstige problemen.
- 9 Onbekend

### **3.14. Problemen ten gevolge van gebrek aan motivatie voor behandeling**

Scor de motivatie die een cliënt lijkt te hebben voor de behandeling.

- 0 Geen problemen op dit gebied gedurende de afgelopen periode. Er bestaat duidelijke motivatie voor de behandeling.
- 1 Er bestaat duidelijke motivatie voor de behandeling, maar er kan lichte aarzeling zijn. Problemen blijven ondergeschikt.
- 2 Enigszins gemotiveerd. Er is motivatie en interesse om mee te werken aan de behandeling, maar ook een duidelijke ambivalentie.
- 3 Slecht gemotiveerd. Er is geringe motivatie voor behandeling. Er kan sprake zijn van sterke passieve weerstand of zelfs enigszins actieve weerstand.
- 4 Niet gemotiveerd/ afwerend. Weinig of geen motivatie voor behandeling. Er is actief weerstand tegen de behandeling, de cliënt is zeer moeilijk te betrekken bij enige vorm van behandeling.
- 9 Onbekend

### **3.15. Problemen ten gevolge van een gebrek aan compliance met medicatie**

Scor de mate waarin iemand zich lijkt te houden aan het nemen van medicatie (dosering, tijdstip en frequentie) zoals voorgeschreven door de arts. Wanneer iemand geen medicatie krijgt voorgeschreven, score 0.

- 0 Goede compliance. De cliënt houdt zich in hoge mate aan de voorgeschreven medicatie. Hij of zij gebruikt psychotrope medicatie zoals voorgeschreven en zonder eraan herinnerd hoeven te worden. Of de cliënt gebruikt geen medicatie.
- 1 Redelijke compliance. De cliënt houdt zich redelijk aan de medicatie. Hij gebruikt de psychotrope medicatie regelmatig, maar moet er soms aan herinnerd worden om dat te blijven doen. Ook een voorgeschiedenis van zich niet houden aan de medicatie, zonder dat er momenteel problemen zijn, kan hier gescoord worden.

- 2 Matige compliance. De cliënt houdt zich matig aan de medicatie. Hij of zij gebruikt de psychotrope medicatie niet regelmatig en moet bij herhaling aan de inname herinnerd worden. Er kan sprake zijn van passieve weerstand tegen het nemen van medicatie.
- 3 Geringe compliance. De cliënt houdt zich in geringe mate aan de medicatie. Hij vertoont enige mate van actieve weerstand tegen het gebruik van psychofarmaca. De cliënt neemt ze misschien voor korte tijd (1-2 weken) min of meer regelmatig in, maar houdt het meestal niet vol om de medicatie te gebruiken.
- 4 Geen compliance. De cliënt houdt zich niet of nauwelijks aan de medicatie. Dit geldt voor iemand die gedurende de afgelopen 30 dagen geweigerd heeft psychofarmaca te gebruiken.
- 9 Onbekend

#### 4. ZORGGEBRUIK VAN DE CLIËNT

Volgende vragen hebben als doelstelling om het zorggebruik bij de cliënt van de voorbij 6 maanden te reconstrueren. Gelieve hierbij telkens de gevraagde informatie in te vullen.

##### 4.1. Opnames/verblijf van de cliënt in (semi)residentiële diensten gedurende de voorbij 6 maanden

Gelieve aan te geven of de cliënt gedurende de laatste zes maanden werd opgenomen of verbleef in een of meerdere van volgende diensten.

| Dienst                                                                                                                |                                                              | Zo ja, opname duur (in dagen) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 4.1.1. Psychiatrisch ziekenhuis                                                                                       | <input type="checkbox"/> Neen<br><input type="checkbox"/> Ja |                               |
| 4.1.2. Psychiatrisch verzorgingstehuis, Initiatief beschut wonen, collectieve woonvorm met therapeutische begeleiding | <input type="checkbox"/> Neen<br><input type="checkbox"/> Ja |                               |
| 4.1.3. Algemeen ziekenhuis (zorg omwille van somatische problemen)                                                    | <input type="checkbox"/> Neen<br><input type="checkbox"/> Ja |                               |
| 4.1.4. Dagcentrum of daghospitaal                                                                                     | <input type="checkbox"/> Neen<br><input type="checkbox"/> Ja |                               |
| 4.1.5. Andere residentiële dienst, namelijk<br>.....                                                                  |                                                              |                               |

##### 4.2. Ambulante contacten van de cliënt gedurende de voorbij 6 maanden

Gelieve aan te geven of de cliënt gedurende de laatste zes maanden contact had met één of meerdere van volgende diensten. We vragen u ook om aan te geven om hoeveel contacten het ging.

| Dienst            | Hoe vaak?                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4.2.1. Psychiater | <input type="checkbox"/> Een keer per maand<br><input type="checkbox"/> Twee keer per maand<br><input type="checkbox"/> Een keer per week<br><input type="checkbox"/> Meer dan één keer per week<br><input type="checkbox"/> Onregelmatig (gelieve te preciseren)<br>.....<br><input type="checkbox"/> Geen contact |

|                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4.2.2. Psycholoog/psychotherapeut                                                                              | <input type="checkbox"/> Een keer per maand<br><input type="checkbox"/> Twee keer per maand<br><input type="checkbox"/> Een keer per week<br><input type="checkbox"/> Meer dan één keer per week<br><input type="checkbox"/> Onregelmatig (gelieve te preciseren)<br>.....<br><input type="checkbox"/> Geen contact |
| 4.2.3. Arts of wijkgezondheidscentrum (zorg omwille van somatische problemen)                                  | <input type="checkbox"/> Een keer per maand<br><input type="checkbox"/> Twee keer per maand<br><input type="checkbox"/> Een keer per week<br><input type="checkbox"/> Meer dan één keer per week<br><input type="checkbox"/> Onregelmatig (gelieve te preciseren)<br>.....<br><input type="checkbox"/> Geen contact |
| 4.2.4. Mobiel team (psychiatrische zorg thuis)                                                                 | <input type="checkbox"/> Een keer per maand<br><input type="checkbox"/> Twee keer per maand<br><input type="checkbox"/> Een keer per week<br><input type="checkbox"/> Meer dan één keer per week<br><input type="checkbox"/> Onregelmatig (gelieve te preciseren)<br>.....<br><input type="checkbox"/> Geen contact |
| 4.2.5. Centrum geestelijke gezondheidszorg                                                                     | <input type="checkbox"/> Een keer per maand<br><input type="checkbox"/> Twee keer per maand<br><input type="checkbox"/> Een keer per week<br><input type="checkbox"/> Meer dan één keer per week<br><input type="checkbox"/> Onregelmatig (gelieve te preciseren)<br>.....<br><input type="checkbox"/> Geen contact |
| 4.2.6. Diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg (zorg omwille van somatische en/of sociale problemen) | <input type="checkbox"/> Een keer per maand<br><input type="checkbox"/> Twee keer per maand<br><input type="checkbox"/> Een keer per week<br><input type="checkbox"/> Meer dan één keer per week<br><input type="checkbox"/> Onregelmatig (gelieve te preciseren)<br>.....<br><input type="checkbox"/> Geen contact |

#### 4.3. Contacten van de cliënt met diensten uit de sociale sector gedurende de voorbije 6 maanden

Gelieve aan te geven of de cliënt gedurende de laatste zes maanden contact had met één of meerdere van volgende diensten. We vragen u ook om aan te geven om hoeveel contacten het ging.

| Dienst                           | Hoe vaak?                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4.3.1.a. Algemene sociale dienst | <input type="checkbox"/> Een keer per maand<br><input type="checkbox"/> Twee keer per maand<br><input type="checkbox"/> Een keer per week<br><input type="checkbox"/> Meer dan één keer per week<br><input type="checkbox"/> Onregelmatig (gelieve te preciseren)<br>.....<br><input type="checkbox"/> Geen contact |



|                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4.3.1.b. Zo ja, over welke dienst(en) gaat het?                   | <input type="checkbox"/> Openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn (OCMW)<br><input type="checkbox"/> Centrum algemeen welzijnswerk (CAW)<br><input type="checkbox"/> Budgetbegeleiding<br><input type="checkbox"/> Voedselhulp, sociaal restaurant, sociale kledingwinkel,....<br><input type="checkbox"/> Familiehulp<br><input type="checkbox"/> Andere, namelijk.....                                                                                                                                                                                                                          |
| 4.3.2.a. Arbeidsbegeleidingsdienst                                | <input type="checkbox"/> Een keer per maand<br><input type="checkbox"/> Twee keer per maand<br><input type="checkbox"/> Een keer per week<br><input type="checkbox"/> Meer dan één keer per week<br><input type="checkbox"/> Onregelmatig (gelieve te preciseren) .....<br><input type="checkbox"/> Geen contact                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 4.3.2.b. Zo ja, over welke dienst(en) gaat het?                   | <input type="checkbox"/> Gespecialiseerde trajectbepaling en begeleiding (GTB)<br><input type="checkbox"/> Vlaamse dienst voor arbeidsbemiddeling en beroepsopleiding (VDAB)<br><input type="checkbox"/> Beschutte werkplaats<br><input type="checkbox"/> Sociale werkplaats<br><input type="checkbox"/> Werkwinkel<br><input type="checkbox"/> Agence locale pour l'emploi (ALE), mission locale<br><input type="checkbox"/> Plaatselijk werkgelegenheidsagentschap (PWA)<br><input type="checkbox"/> Dienst socio-professionele inschakeling (SPI)<br><input type="checkbox"/> Andere, namelijk..... |
| 4.3.3. Opleidings- of vormingsdienst                              | <input type="checkbox"/> Een keer per maand<br><input type="checkbox"/> Twee keer per maand<br><input type="checkbox"/> Een keer per week<br><input type="checkbox"/> Meer dan één keer per week<br><input type="checkbox"/> Onregelmatig (gelieve te preciseren) .....<br><input type="checkbox"/> Geen contact                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 4.3.4.a. Dienst voor ondersteuning huisvesting                    | <input type="checkbox"/> Een keer per maand<br><input type="checkbox"/> Twee keer per maand<br><input type="checkbox"/> Een keer per week<br><input type="checkbox"/> Meer dan één keer per week<br><input type="checkbox"/> Onregelmatig (gelieve te preciseren) .....<br><input type="checkbox"/> Geen contact                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 4.3.4.b. Zo ja, over welke dienst(en) gaat het?                   | <input type="checkbox"/> Sociale huisvestingsmaatschappij<br><input type="checkbox"/> Serviceflat, opvangtehuis, nachtopvang<br><input type="checkbox"/> Andere, namelijk.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 4.3.5.a. Dienst voor ondersteuning, ontmoeting en/of dagbesteding | <input type="checkbox"/> Een keer per maand<br><input type="checkbox"/> Twee keer per maand<br><input type="checkbox"/> Een keer per week<br><input type="checkbox"/> Meer dan één keer per week<br><input type="checkbox"/> Onregelmatig (gelieve te preciseren) .....<br><input type="checkbox"/> Geen contact                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4.3.6.b. Zo ja, over welke dienst(en) gaat het? | <input type="checkbox"/> Ontmoetingstehuis<br><input type="checkbox"/> Dagactiviteitencentrum<br><input type="checkbox"/> Buurthuis<br><input type="checkbox"/> Andere, namelijk.....                                                                                                                               |
| 4.3.7. Dienst voor vrijwilligerswerk            | <input type="checkbox"/> Een keer per maand<br><input type="checkbox"/> Twee keer per maand<br><input type="checkbox"/> Een keer per week<br><input type="checkbox"/> Meer dan één keer per week<br><input type="checkbox"/> Onregelmatig (gelieve te preciseren)<br>.....<br><input type="checkbox"/> Geen contact |
| 4.3.8. Culturele dienst                         | <input type="checkbox"/> Een keer per maand<br><input type="checkbox"/> Twee keer per maand<br><input type="checkbox"/> Een keer per week<br><input type="checkbox"/> Meer dan één keer per week<br><input type="checkbox"/> Onregelmatig (gelieve te preciseren)<br>.....<br><input type="checkbox"/> Geen contact |
| 4.3.9. Dienst voor sport                        | <input type="checkbox"/> Een keer per maand<br><input type="checkbox"/> Twee keer per maand<br><input type="checkbox"/> Een keer per week<br><input type="checkbox"/> Meer dan één keer per week<br><input type="checkbox"/> Onregelmatig (gelieve te preciseren)<br>.....<br><input type="checkbox"/> Geen contact |

**4.4. Had de cliënt gedurende de laatste zes maanden contact met justitie of politie?**

- ☐ Neen  
☐ Ja

**4.5. Nam de cliënt gedurende de laatste zes maanden medicatie omwille van de psychiatrische problematiek?**

- ☐ Neen  
☐ Ja

**4.6.a. Op gemiddeld welke afstand woont de cliënt tot een mobiele equipe 2a?**

- ☐ 1 km of minder  
☐ 1 – 2 km  
☐ 2 – 4 km  
☐ 5 – 10 km  
☐ 11 – 20 km  
☐ Meer dan 20 km

**4.6.b. Op gemiddeld welke afstand woont de cliënt tot een mobiele equipe 2b?**

- ☐ 1 km of minder
- ☐ 1 – 2 km
- ☐ 2 – 4 km
- ☐ 5 – 10 km
- ☐ 11 – 20 km
- ☐ Meer dan 20 km

**4.7. Geniet de cliënt op dit moment van een uitkering?**

- ☐ Neen
- ☐ Ja
- ☐ Ik weet het niet

**4.8. Heeft de cliënt op dit moment recht op een maximumfacturatie bij de zorgverstrekker?**

- ☐ Neen
- ☐ Ja
- ☐ Ik weet het niet

## **5. TOT SLOT**

5.1. Gelieve aan te geven hoeveel tijd u nodig had om deze vragenlijst in te vullen.

.....

.....

5.2. Indien u nog opmerkingen hebt bij deze vragenlijst kan u deze hier noteren.

.....

.....

.....

.....

**Bedankt voor uw medewerking**



Vrije  
Universiteit  
Brussel

## **Uitnodiging voor deelname aan het onderzoek 'naar een Betere Geestelijke Gezondheidszorg'**

Geachte mevrouw,

Geachte heer

U bent als zorgverstrekker betrokken bij een team dat aansluit bij de trend 'naar een Betere Geestelijke Gezondheidszorg (artikel 107)'. Dit project wordt in opdracht van de overheid geëvalueerd (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, de gemeenschappen en de gewesten). Deze evaluatie gebeurt in een samenwerkingsverband van drie wetenschappelijke equipes (KU Leuven LUCAS, UCL IRSS en VUB MESO).

Langs deze weg willen we uw medewerking aan dit onderzoek vragen. We vinden het belangrijk om uw mening te horen en een aantal gegevens te verzamelen over uw specifieke situatie en ervaringen.

Voor dit onderzoek willen we u vragen om een vragenlijst in te vullen. In deze vragenlijst komen volgende onderwerpen aan bod:

- een aantal basisgegevens van cliënten waarbij u nauw betrokken bent, namelijk socio-demografische gegevens, sociale en klinische gegevens.
- het zorggebruik van cliënten waarbij u nauw betrokken bent

We danken u alvast bij voorbaat voor uw belangrijke inbreng in dit onderzoek. We staan volledig tot uw beschikking voor bijkomende informatie.

Namens de onderzoeksequipe,

met vriendelijke groeten  
en hoogachtend

KU Leuven LUCAS:

Prof. dr. Chantal Van Audenhove ([LUCAS@med.kuleuven.be](mailto:LUCAS@med.kuleuven.be))

Dr. Joke Vanderhaegen ([joke.vanderhaegen@med.kuleuven.be](mailto:joke.vanderhaegen@med.kuleuven.be))

Eva Helmer ([eva.helmer@med.kuleuven.be](mailto:eva.helmer@med.kuleuven.be))

UCL-Institut de Recherche Santé et Société :

Prof. Dr. Vincent Lorant ([vincent.lorant@uclouvain.be](mailto:vincent.lorant@uclouvain.be))

Dr. Pablo Nicaise ([pablo.nicaise@uclouvain.be](mailto:pablo.nicaise@uclouvain.be))

Adeline Grard ([adeline.grard@uclouvain.be](mailto:adeline.grard@uclouvain.be))



Vrije  
Universiteit  
Brussel

## Begeleidende brief bij vragenlijst voor zorgverstrekkers

Geachte mevrouw,  
Geachte heer

U bent als zorgverstrekker betrokken bij een team dat aansluit bij de trend 'naar een Betere Geestelijke Gezondheidszorg (artikel 107)'. Drie wetenschappelijke equipes (KU Leuven LUCAS, UCL IRSS en VUB MESO) evalueren dit hervormingsprogramma binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Langs deze weg willen we uw medewerking aan dit onderzoek vragen. Uw bijdrage bestaat in het invullen van deze vragenlijst over patiënten waarbij u nauw betrokken bent. De gevraagde gegevens omvatten socio-demografische, sociale en klinische gegevens. Ook bevragen we gegevens over het zorggebruik van de cliënt. De bevraging duurt ongeveer 15 minuten.

Gelieve elke vraag zo nauwkeurig mogelijk te beantwoorden. Er zijn geen goede of slechte antwoorden. Alle beschikbare informatie over de gevraagde gegevens van de patiënt is belangrijk. Met het invullen van deze vragenlijst geeft u ons de toestemming om deze gegevens te gebruiken voor dit onderzoek. De gegevens worden naamloos en vertrouwelijk behandeld.

We danken u alvast bij voorbaat voor uw belangrijke inbreng in dit onderzoek. We staan volledig tot uw beschikking voor bijkomende informatie.

Namens de onderzoeksequipe,

met vriendelijke groeten  
en hoogachtend

KU Leuven LUCAS

Prof. dr. Chantal Van Audenhove ([LUCAS@med.kuleuven.be](mailto:LUCAS@med.kuleuven.be))  
Dr. Joke Vanderhaegen ([joke.vanderhaegen@med.kuleuven.be](mailto:joke.vanderhaegen@med.kuleuven.be))  
Eva Helmer ([eva.helmer@med.kuleuven.be](mailto:eva.helmer@med.kuleuven.be))

UCL-Institut de Recherche Danté et Société:

Prof. dr. Vincent Lorant ([vincent.lorant@uclouvain.be](mailto:vincent.lorant@uclouvain.be))  
Dr. Pablo Nicaise ([pablo.nicaise@uclouvain.be](mailto:pablo.nicaise@uclouvain.be))  
Adeline Grard ([adeline.grard@uclouvain.be](mailto:adeline.grard@uclouvain.be))

## **PAGE DE GARDE:**

### **Evaluatiestudie 'Naar een betere geestelijke gezondheidszorg', onderzoeksopzet 2014**

#### **Onderzoeksluik 'Diensten'**

#### **Doelstellingen**

- 1) Beschrijving van de samenwerkingsrelaties tussen de netwerkpartners van de projecten 'artikel 107',
- 2) Evaluatie van de kwaliteit van de samenwerking,
- 3) Meting van de uitvoering van het algemene opzet en het gebruik van instrumenten uit de Gids 'Naar een betere Geestelijke Gezondheidszorg'

#### **Werkwijze**

Het is aanbevolen de vragenlijst te downloaden, de papieren versie in te vullen tijdens een teamvergadering en vervolgens de antwoorden in te voeren in de online vragenlijst

#### **VOORDAT U BEGINT :**

- U kan op elk moment uw antwoorden in de vragenlijst opslaan om later verder te gaan. Echter, nadat de vragenlijst verzonden is, zal het niet meer mogelijk zijn om de vragenlijst terug te openen (de link naar de bevraging zal niet meer geldig zijn).
- U dient uw dienst te identificeren.
- Voor wat betreft de namen van de diensten wordt alle informatie vertrouwelijk behandeld.

#### **BEGINNEN**

**PAGE 1:**

1. : « Gelieve de naam van het netwerk waarvan uw partner bent te selecteren »»  
**menu déroulant (liste des projets)**

»

2. Gelieve de naam van uw dienst te selecteren *Namelijk de dienst waarbinnen u werkt en waarvoor u deze vragenlijst invult* **menu déroulant (liste des services : 1/projet)**

**PAGE 2:**

3. Hebt u in de loop van de laatste zes maanden contacten gehad (i.c. aanmeldingen, doorverwijzingen en/of het uitwisselen van informatie over cliënten) met onderstaande diensten? *Gelieve telkens de corresponderende dienst, het soort contact en de frequentie van de contacten aan te kruisen.*

|          | Het doorverwijzen van cliënten van uw dienst naar... |                                    |                                  | Het aanmelden van cliënten bij uw dienst, komende van... |                                    |                                  | Het uitwisselen van informatie over cliënten met... |                                    |                                  |
|----------|------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| Dienst 1 | <input checked="" type="checkbox"/><br>Nee           | <input type="checkbox"/><br>Zelden | <input type="checkbox"/><br>Vaak | <input checked="" type="checkbox"/><br>Nee               | <input type="checkbox"/><br>Zelden | <input type="checkbox"/><br>Vaak | <input checked="" type="checkbox"/><br>Nee          | <input type="checkbox"/><br>Zelden | <input type="checkbox"/><br>Vaak |
| Dienst 2 | <input checked="" type="checkbox"/><br>Nee           | <input type="checkbox"/><br>Zelden | <input type="checkbox"/><br>Vaak | <input checked="" type="checkbox"/><br>Nee               | <input type="checkbox"/><br>Zelden | <input type="checkbox"/><br>Vaak | <input checked="" type="checkbox"/><br>Nee          | <input type="checkbox"/><br>Zelden | <input type="checkbox"/><br>Vaak |
| Dienst 3 | <input checked="" type="checkbox"/><br>Nee           | <input type="checkbox"/><br>Zelden | <input type="checkbox"/><br>Vaak | <input checked="" type="checkbox"/><br>Nee               | <input type="checkbox"/><br>Zelden | <input type="checkbox"/><br>Vaak | <input checked="" type="checkbox"/><br>Nee          | <input type="checkbox"/><br>Zelden | <input type="checkbox"/><br>Vaak |
| ...      | <input checked="" type="checkbox"/><br>Nee           | <input type="checkbox"/><br>Zelden | <input type="checkbox"/><br>Vaak | <input checked="" type="checkbox"/><br>Nee               | <input type="checkbox"/><br>Zelden | <input type="checkbox"/><br>Vaak | <input checked="" type="checkbox"/><br>Nee          | <input type="checkbox"/><br>Zelden | <input type="checkbox"/><br>Vaak |

**PAGE 3:**

4. Hebt u in de loop van de laatste zes maanden contacten gehad met onderstaande diensten in functie van de organisatie (stuurgroepvergadering, (functie)werkgroepvergadering, gemeenschappelijk actieproject) van het netwerk 'art107' waarvan u partner bent? *Gelieve telkens de corresponderende dienst en de frequentie van de contacten aan te kruisen.*

|          | Organisatorische activiteiten van het project 'art 107' |                                    |                                  |
|----------|---------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| Dienst 1 | <input checked="" type="checkbox"/><br>Nee              | <input type="checkbox"/><br>Zelden | <input type="checkbox"/><br>Vaak |
| Dienst 2 | <input checked="" type="checkbox"/><br>Nee              | <input type="checkbox"/><br>Zelden | <input type="checkbox"/><br>Vaak |
| Dienst 3 | <input checked="" type="checkbox"/><br>Nee              | <input type="checkbox"/><br>Zelden | <input type="checkbox"/><br>Vaak |
| ...      | <input checked="" type="checkbox"/><br>Nee              | <input type="checkbox"/><br>Zelden | <input type="checkbox"/><br>Vaak |

**PAGE 4:**

5. Gelieve uw drie favoriete partners aan te kruisen voor wat betreft preventie, promotie van de geestelijke gezondheidszorg, vroegdetectie, screening en diagnosestelling (eerste functieactiviteiten). 3 selecties mogelijk. [menu déroulant \(liste des services : 1/projet\)](#)
6. Gelieve uw drie favoriete partners aan te kruisen voor wat betreft ambulante intensieve behandelteams voor zowel acute als chronische psychische problemen (tweede functieactiviteiten). 3 selecties mogelijk [menu déroulant \(1/projet\)](#)
7. Gelieve uw drie favoriete partners aan te kruisen voor wat betreft revalidatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie (derde functieactiviteiten). 3 selecties mogelijk. [menu déroulant \(liste des services : 1/projet\)](#)
8. Gelieve uw drie favoriete partners aan te kruisen voor wat betreft intensieve residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychische problemen wanneer een opname noodzakelijk is (vierde functieactiviteiten). 3 selecties mogelijk. [menu déroulant \(liste des services : 1/projet\)](#)
9. Gelieve uw drie favoriete partners aan te kruisen voor wat betreft specifieke woonvormen waarin zorg kan worden aangeboden indien het thuismilieu of het thuisvervangend milieu hiertoe niet in staat is (vijfde functieactiviteiten). 3 selecties mogelijk. [menu déroulant \(liste des services : 1/projet\)](#)



**PAGE 5:**

**10. Welke functie(s) binnen het hervormingsprogramma oefent uw dienst uit?** *Gelieve alle corresponderende functies aan te kruisen.*

- ☐ Activiteiten inzake preventie, promotie van de geestelijke gezondheidszorg, vroegdetectie, screening en diagnosestelling (eerste functie)
- ☐ Ambulante intensieve behandelteams voor zowel acute als chronische psychische problemen (tweede functie)
- ☐ Rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie (derde functie)
- ☐ Intensieve residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychische problemen wanneer een opname noodzakelijk is (vierde functie)
- ☐ Specifieke woonvormen waarin zorg kan worden aangeboden indien het thuismilieu of het thuisvervangend milieu hiertoe niet in staat is (vijfde functie)
- ☐ Ander, namelijk [...]

**→TOUS**

**11. Wat is uw verantwoordelijkheid binnen uw dienst?** *Gelieve alle corresponderende antwoorden aan te kruisen*

- ☐ Administratief assistent
- ☐ Sociaal werker
- ☐ Directeur – verantwoordelijke van de dienst
- ☐ Manager
- ☐ Verzorgende
- ☐ Ander, namelijk [...]

**12. Gelieve hieronder de opleiding van het teamlid, die de coördinatie voor het invullen van deze vragenlijst op zich neemt, te selecteren.** *Gelieve het corresponderende antwoord aan te kruisen*

- ☐ Psychiater
- ☐ Arts (andere specialiteit dan psychiater)
- ☐ Psycholoog
- ☐ Sociaal werker
- ☐ Verpleegkundige / andere paramedische opleiding
- ☐ Jurist
- ☐ Manager / andere administratieve opleiding
- ☐ Ander, namelijk [...]

**PAGE 6**

Hoe beoordeelt u de kwaliteit van de samenwerking tussen professionals en diensten in het netwerk 'artikel 107' waarvan uw dienst partner is? *Gelieve voor elk van de volgende tien dimensies het antwoord aan te kruisen dat het meest van toepassing is in uw netwerk.*

**Opgelet : indien u niet tot een netwerk 'artikel 107' behoort (controlegroep), gelieve het antwoord aan te kruisen dat van toepassing is in uw gebruikelijke netwerk.**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                       |                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>13.1. GEDEELDE DOELEN.</b><br>In welke mate bestaan er gedeelde doelen in uw netwerk? Gelieve deze dimensie te beoordelen op een schaal van 0 t.e.m. 3.                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/><br>0                                         | <input type="checkbox"/><br>1                                                             | <input type="checkbox"/><br>2                                                                      | <input type="checkbox"/><br>3                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Geen gedeelde doelen                                                  | Weinig gedeelde doelen;                                                                   | Er bestaan gedeelde doelen over bepaalde specifieke kwesties                                       | Er bestaan globale en algemene doelen die berusten op consensus                |
| <b>13.2. CLIENTEN.</b><br>In welke mate wordt prioriteit gegeven aan de interesses van de cliënt tijdens samenwerkingsactiviteiten? Gelieve deze dimensie te beoordelen op een schaal van 0 t.e.m.3.<br>Opmerking: gelieve de gerichtheid op de cliënt te beschouwen in vergelijking met andere interesses (van de zorgverstrekkers, de diensten, persoonlijke interesses,...) | <input type="checkbox"/><br>0                                         | <input type="checkbox"/><br>1                                                             | <input type="checkbox"/><br>2                                                                      | <input type="checkbox"/><br>3                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | men houdt geen rekening met de interesses en voorkeuren van de cliënt | men houdt soms rekening met de interesses en voorkeuren van de cliënt                     | men houdt vaak rekening met de interesses en voorkeuren van de cliënt                              | men houdt altijd rekening met de interesses en voorkeuren van de cliënt        |
| <b>13.3. WEDERZIJDSE KENNIS</b><br>In welke mate kent men elkaar in uw netwerk? Gelieve de mate van wederzijdse kennis te beoordelen op een schaal van 0 t.e.m. 3.                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/><br>0                                         | <input type="checkbox"/><br>1                                                             | <input type="checkbox"/><br>2                                                                      | <input type="checkbox"/><br>3                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Geen wederzijdse kennis                                               | De wederzijdse kennis is beperkt                                                          | De wederzijdse kennis is goed op bepaalde domeinen                                                 | De wederzijdse kennis is uitstekend op alle domeinen                           |
| <b>13.4. VERTROUWEN.</b><br>In welke mate is er vertrouwen in uw netwerk? Gelieve deze dimensie te beoordelen op een schaal van 0 t.e.m. 3.                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/><br>0                                         | <input type="checkbox"/><br>1                                                             | <input type="checkbox"/><br>2                                                                      | <input type="checkbox"/><br>3                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Geen vertrouwen                                                       | Het vertrouwen is beperkt                                                                 | Er is een goed vertrouwen tussen bepaalde partners                                                 | Het vertrouwen is uitstekend tussen alle partners                              |
| <b>13.5. CENTRALISATIE EN RICHTING.</b><br>In welke mate is er een duidelijke en uitdrukkelijke richting, gegeven door een centrale autoriteit, in uw netwerk? Gelieve deze dimensie te beoordelen op een schaal van 0 t.e.m 3.                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/><br>0                                         | <input type="checkbox"/><br>1                                                             | <input type="checkbox"/><br>2                                                                      | <input type="checkbox"/><br>3                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Geen richting bepaald door een centrale autoriteit                    | Er is een beperkte en weinig uitdrukkelijke richting bepaald door een centrale autoriteit | Er is een tamelijk duidelijke en soms uitdrukkelijke richting bepaald door een centrale autoriteit | De richting is duidelijk en uitdrukkelijk bepaald door een centrale autoriteit |
| <b>13.6. LEIDERSCHAP.</b><br>In welke mate bestaat er leiderschap in uw netwerk? Gelieve deze dimensie te beoordelen op een schaal van 0 t.e.m. 3.                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/><br>0                                         | <input type="checkbox"/><br>1                                                             | <input type="checkbox"/><br>2                                                                      | <input type="checkbox"/><br>3                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Geen leiderschap                                                      | Er bestaat enkel leiderschap in bepaalde domeinen                                         | Er bestaat algemeen leiderschap, maar dit wordt niet erkend door alle partners                     | Leiderschap dat als legitiem wordt erkend door alle partners                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                 |                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>13.7. ONDERSTEUNING VOOR INNOVATIE</b><br>In welke mate is er ondersteuning voor innovatie in uw <b>netwerk</b> ? <b>Gelieve deze dimensie te beoordelen op een schaal van 0 t.e.m 3.</b><br>Opmerking: gelieve rekening te houden met innovaties en opleidingen op vlak van samenwerkingspraktijken                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/><br>0                                   | <input type="checkbox"/><br>1                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/><br>2                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/><br>3                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Geen ondersteuning voor innovatie                               | Zwakke ondersteuning voor innovatie                                                                                                                              | Er is ondersteuning voor innovatie, maar dit is beperkt tot bepaalde domeinen                                                                                                 | De ondersteuning voor innovatie is algemeen                                                                                                      |
| <b>13.8. VERBONDENHEID.</b><br>In Welke mate is er verbondenheid in uw <b>netwerk</b> ? <b>Gelieve deze dimensie te beoordelen op een schaal van 0 t.e.m. 3.</b><br>Opmerking: Gelieve rekening te houden met alle momenten, locaties en discussie- en ontmoetingsmogelijkheden.                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/><br>0                                   | <input type="checkbox"/><br>1                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/><br>2                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/><br>3                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | De partners zijn geïsoleerd                                     | Er bestaan enkele mogelijkheden tot ontmoeting                                                                                                                   | Er bestaan verschillende mogelijkheden tot ontmoeting                                                                                                                         | De mogelijkheden om elkaar te ontmoeten zijn talrijk en gevarieerd                                                                               |
| <b>13.9. INSTRUMENTEN VOOR FORMALISERING</b> In welke mate bestaan er, en wordt er gebruik gemaakt van, instrumenten voor formalisering in uw netwerk? <b>Gelieve deze dimensie te beoordelen op een schaal van 0 t.e.m. 3.</b><br>Opmerking: Gelieve rekening te houden met volgende instrumenten voor formalisering: interorganisatorische afspraken, werkschriften, verdeling van rollen/verantwoordelijkheden, protocollen, informatiesystemen, behandelplannen, netwerkcartografieën, enz. | <input type="checkbox"/><br>0                                   | <input type="checkbox"/><br>1                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/><br>2                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/><br>3                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Geen instrumenten voor geformaliseerde samenwerking medewerking | Er bestaan enkele instrumenten voor geformaliseerde samenwerking, maar ze worden weinig gebruikt of slechts enkel in specifieke domeinen of door enkele partners | Er bestaan instrumenten voor geformaliseerde samenwerking in bepaalde specifieke activiteitsdomeinen, alwaar ze algemeen gehanteerd worden door het merendeel van de partners | Er bestaan verschillende instrumenten voor formalisering in alle activiteitsdomeinen, alwaar ze grotendeels gehanteerd worden door alle partners |
| <b>13.10. UITWISSELING VAN INFORMATIE.</b> In welke mate is er uitwisseling van informatie in uw netwerk? <b>Gelieve deze dimensie te beoordelen op een schaal van 0 t.e.m. 3.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/><br>0                                   | <input type="checkbox"/><br>1                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/><br>2                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/><br>3                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Geen adequate uitwisseling van informatie                       | Er is soms adequate uitwisseling van informatie tussen bepaalde partners                                                                                         | Er is adequate uitwisseling van informatie tussen alle partners in bepaalde specifieke domeinen                                                                               | Alle adequate informatie is beschikbaar voor alle partners                                                                                       |

**PAGE 7:**

**14. Welk van de volgende vier aspecten geeft het best de dagelijkse activiteiten van uw dienst weer?** *Gelieve de vier aspecten te rangschikken volgens mate van belangrijkheid in de bepaling van de dagelijkse activiteiten (elk aspect dient een verschillende plaats in de rangorde te krijgen, geef een 1 aan het belangrijkste aspect, en een 4 aan het minst belangrijke aspect).*

|                                                         | Mate van belangrijkheid |
|---------------------------------------------------------|-------------------------|
| 14.1. Zorgcontinuïteit                                  |                         |
| 14.2. Herstel                                           |                         |
| 14.3. Intensifiëring van de zorg binnen de ziekenhuizen |                         |
| 14.4. Zorg in de omgeving van de patiënt                |                         |

**15. Welk beroep oefenen de medewerkers van uw dienst uit?** En hoeveel medewerkers oefenen dit beroep dan uit ? *Gelieve het antwoordvakje in de eerste kolom aan te kruisen als er ten minste één medewerker dit beroep uitoefent in uw dienst, om vervolgens in de tweede kolom het aantal medewerkers dat dit beroep in uw dienst uitoefent te noteren.*

| Beroep                                         | Ja | Aantal medewerkers |
|------------------------------------------------|----|--------------------|
| Administratief personeel                       |    |                    |
| Juristen                                       |    |                    |
| Artsen (somatische gezondheid)                 |    |                    |
| Psychiaters                                    |    |                    |
| Psychologen/psychotherapeuten                  |    |                    |
| Verpleegkundigen / ander paramedisch personeel |    |                    |
| Sociaal assistenten / andere sociaal werkers   |    |                    |
| Ander,<br>Namelijk : .....                     |    |                    |

**16. Gelieve de volgende vragen te beantwoorden met 'ja' of 'nee'. U dient een kruisje te zetten in de kolom van het corresponderende antwoord.**

| Vragen                                                                       | Ja | Nee |
|------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| 16.1 Is uw dienst 24/24h en 7/7dagen toegankelijk?                           |    |     |
| 16.2 Is uw dienst toegankelijk tijdens het weekend?                          |    |     |
| 16.3 Is uw dienst toegankelijk buiten de gebruikelijke kantooruren (9h-17h)? |    |     |
| 16.4                                                                         |    |     |

|                                                                                                                      |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| Verwijst u zorgvragers door naar een andere dienst op momenten dat uw dienst niet toegankelijk is? Zo ja, welke..... |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

17. Via welke weg verkrijgen zorgvragers doorgaans toegang tot uw dienst? Gelieve de antwoorden aan te kruisen die van toepassing zijn op uw dienst (meerdere antwoorden mogelijk)

| Toegangsmogelijkheden                               |                          |
|-----------------------------------------------------|--------------------------|
| Permanentie, consultatie zonder afspraak            | <input type="checkbox"/> |
| Consultatie met afspraak                            | <input type="checkbox"/> |
| Intakegesprek of eerste consultatie zonder afspraak | <input type="checkbox"/> |
| Intakegesprek of eerste consultatie na afspraak     | <input type="checkbox"/> |
| Ander, namelijk : .....                             | <input type="checkbox"/> |

**PAGE 8:**

18. Wanneer een zorgvrager toegang tot/behoefte aan een bepaald type behandeling/dienstverlening vraagt die uw dienst niet aanbiedt, dan... (Gelieve de antwoorden aan te kruisen die van toepassing zijn op uw dienst (meerdere antwoorden mogelijk)).

|                                                                                                                                                              |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| verschafft uw dienst de nodige informatie opdat de zorgvrager deze behandeling/dienstverlening elders kan vinden                                             | <input type="checkbox"/> |
| neemt uw dienst contact op met andere diensten opdat de zorgvrager deze behandeling/dienstverlening elders kan vinden                                        | <input type="checkbox"/> |
| neemt uw dienst contact op met een andere dienst, die de toegang tot deze behandeling/dienstverlening voor de zorgvrager in een derde dienst vergemakkelijkt | <input type="checkbox"/> |
| begeleidt uw dienst de zorgvrager naar andere diensten opdat de zorgvrager deze behandeling/dienstverlening daar kan vinden                                  | <input type="checkbox"/> |
| Ander, namelijk : .....                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> |

| 19. Gelieve de volgende vragen te beantwoorden met 'ja' of 'nee'                                                                                                                                                       | Ja                       | Nee                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 19.1 Werkt u met een behandelplan ( <i>geïndividualiseerd zorgplan</i> ) in de begeleiding van cliënten die worden opgevolgd in het netwerk 'artikel 107' waarvan uw dienst partner is?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19.2. <i>Zo ja, is dit behandelplan toegankelijk voor de cliënt?</i>                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19.3. Werkt u met een referentiepersoon voor de begeleiding van opgevolgde cliënten in het kader van het netwerk 'art 107' waarvan uw dienst partner is?                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19.4. <i>Zo ja, weet de cliënt wie deze referentiepersoon is?</i>                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19.5. Wordt elke cliënt toegewezen aan één teamlid voor de opvolging van deze cliënt in het kader van het netwerk 'artikel 107' waarvan uw dienst partner is, of verdeelt men de taken tussen verschillende teamleden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19.6. De huidige situatie van opgevolgde cliënten in het kader van het netwerk 'artikel 107' waarvan uw dienst partner is, wordt regelmatig besproken tijdens het teamoverleg.                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19.7. De directeur/coördinator/dienstverantwoordelijke werkt ook op klinisch niveau met cliënten die worden opgevolgd in het netwerk 'artikel 107' waarvan uw dienst partner is.                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 20. Wat is de situatie in uw dienst op het vlak van volgende twee aspecten ? <i>Gelieve op de volgende twee vragen met 'ja' of 'nee' te antwoorden door het corresponderende antwoord aan te kruisen.</i> | Oui                      | Non                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20.1. <b>Neemt u deel aan de bevraging voor zorgverstrekkers van het onderzoeksdeel 'Patiënten' i.k.v. de evaluatiestudie 2014?</b>                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20.2. Betreft uw dienst een mobiele equipe F2a of F2b die werd opgericht in het kader van de netwerken 'Artikel 107' ?                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

→ **CONDITION : « votre service est-il une équipe mobile ? » : oui**

| 21.<br>Wat was de frequentie van activiteiten van de mobiele equipe tijdens de laatste zes maanden ? <i>Gelieve uw antwoord op de volgende twee vragen in cijfers weer te geven in de daarvoor voorziene vakjes.</i> | Nombre<br>Aantal |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 21.1. Hoeveel patiëntendossiers hebt u in de loop van de laatste zes maanden behandeld?                                                                                                                              |                  |
| 21.2. Hoeveel huisbezoeken hebben er in de loop van de laatste zes maanden plaatsgevonden?                                                                                                                           |                  |

→ **CONDITION : « votre service est-il une équipe mobile ? » : oui**

| <b>22. In uw team... Gelieve de volgende vragen te beantwoorden met 'ja' of 'nee'</b>                                                                 | <b>Ja</b>                | <b>Nee</b>               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 23.1. Is er een psychiater werkzaam die op huisbezoek gaat.                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23.2. Is er een psychiatrisch verpleegkundige werkzaam die op huisbezoek gaat.                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23.3. Is er een psycholoog werkzaam die op huisbezoek gaat.                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23.4. Is er een sociaal werker werkzaam die op huisbezoek gaat.                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23.5. Is er een ervaringsdeskundige werkzaam.                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23.6. Worden er duidelijk omschreven richtlijnen m.b.t. inclusiecriteria gehanteerd.                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23.7. Worden er duidelijk omschreven richtlijnen m.b.t. exclusiecriteria gehanteerd.                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23.8. Worden er duidelijk omschreven richtlijnen m.b.t. het voorkomen van contactbreuk met de cliënt (drop out) gehanteerd.                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23.9. Richt de mobiele equipe zich indien nodig tot de partnerziekenhuizen in het netwerk 'artikel 107' om de opname van een cliënt te faciliteren.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23.10. Richt de mobiele equipe zich indien nodig tot de partnerziekenhuizen in het netwerk 'artikel 107' om het ontslag van een cliënt te begeleiden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## ANNEXE 7 : REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

### Continuité des soins, trajectoires de soins

- Adair, C.E., G.M. McDougall, A. Beckie, A. Joyce, C. Mitton, C.T. Wild, A. Gordon, and N. Costigan. 2003. "History and Measurement of Continuity of Care in Mental Health Services and Evidence of Its Role in Outcomes." *Psychiatric Services* 54 (10): 1351–56.
- Adair, C.E., G.M. McDougall, C.R. Mitton, A.S. Joyce, T.C. Wild, A. Gordon, N. Costigan, L. Kowalsky, G. Pasmenny, and A. Beckie. 2005. "Continuity of Care and Health Outcomes among Persons with Severe Mental Illness." *Psychiatric Services* 56 (9): 1061–69.
- Adnanes, M. & Steihaug, S. (2013) Obstacles to continuity of care in young mental health service users' pathways - an explorative study. *International Journal of Integrated Care; Vol 13, July-September 2013*.
- Audini, B., I. M. Marks, R. E. Lawrence, J. Connolly, and V. Watts. 1994. "Home-Based versus out-Patient/in-Patient Care for People with Serious Mental Illness. Phase II of a Controlled Study." *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 165 (2): 204–10.
- Bachrach, L.L. 1981. "Continuity of Care for Chronic Mental Patients: A Conceptual Analysis." *American Journal of Psychiatry* 138 (11): 1449–56.
- Barbato, A., Emanuela Terzian, B. Saraceno, F. Montero Barquero, and G. Tognoni. 1992. "Patterns of Aftercare for Psychiatric Patients Discharged after Short Inpatient Treatment." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 27 (1): 46–52.
- Begum, M., Brown, K., Pelosi, A., Crabb, J., McTaggart, J., Mitchell, C., Julyan, E., Donegan, T., & Gotz, M. (2013) Survey of patients view on functional split of consultant psychiatrists. *Bmc Health Services Research* 13, 362.
- Belling, Ruth, Margaret Whittock, Susan McLaren, Tom Burns, Jocelyn Catty, Ian Jones, Diana Rose, Til Wykes, and the ECHO Group. 2011. "Achieving Continuity of Care: Facilitators and Barriers in Community Mental Health Teams." *Implementation Science* 6 (1): 1–7.
- Bhui, K., Ullrich, S., & Coid, J. (2014) Which pathways to psychiatric care lead to earlier treatment and a shorter duration of first-episode psychosis? *BMC Psychiatry* 14, 72.
- Bice, Thomas W., and Stuart B. Boxerman. 1977. "A Quantitative Measure of Continuity of Care." *Medical Care* 15 (4): 347–49.
- Bindman, J., S. Johnson, G. Szmukler, S. Wright, E. Kuipers, G. Thornicroft, P. Bebbington, and M. Leese. 2000. "Continuity of Care Clinical Outcome: A Prospective Cohort Study." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 35 (6): 242–47. doi:10.1007/s001270050234.
- Boyer, C.A., D.D. McAlpine, K.J. Pottick, and M. Olfson. 2000. "Identifying Risk Factors and Key Strategies in Linkage to Outpatient Psychiatric Care." *American Journal of Psychiatry* 157 (10): 1592–98.
- Brekke, John S., Mark Ansel, Jeffrey Long, Elizabeth Slade, and Marvin Weinstein. 1999. "Intensity and Continuity of Services and Functional Outcomes in the Rehabilitation of Persons with Schizophrenia." *Psychiatric Services* 50 (2): 248–56.
- Breslau, Naomi, and Kenneth G. Reeb. 1975. "Continuity of Care in a University-Based Practice." *Academic Medicine* 50 (10): 965–69.



- Burns, T., J. Catty, S. White, S. Clement, G. Ellis, I. R. Jones, P. Lissouba, S. McLaren, D. Rose, and T. Wykes. 2009. "Continuity of Care in Mental Health: Understanding and Measuring a Complex Phenomenon." *Psychological Medicine* 39 (02): 313–23. doi:10.1017/S0033291708003747.
- Chan, Chien-Lung, Huey-Jen You, Hsin-Tsung Huang, and Hsien-Wei Ting. 2012. "Using an Integrated COC Index and Multilevel Measurements to Verify the Care Outcome of Patients with Multiple Chronic Conditions." *BMC Health Services Research* 12 (1): 405. doi:10.1186/1472-6963-12-405.
- Chien, Chang Fu, Donald M. Steinwachs, Anthony Lehman, Maureen Fahey, and Elizabeth A. Skinner. 2000. "Provider Continuity and Outcomes of Care for Persons with Schizophrenia." *Mental Health Services Research* 2 (4): 201–11.
- Crawford, M.J., E. de Jonge, G.K. Freeman, and T. Weaver. 2004. "Providing Continuity of Care for People with Severe Mental Illness - A Narrative Review." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39 (4): 265–72.
- Cruz, M., Roter, D.L., Cruz, R.F., Wieland, M., Larson, S., Cooper, L.A., & Pincus, H.A. (2013) Appointment length, psychiatrists' communication behaviors, and medication management appointment adherence. *Psychiatric Services* 64, 886-892.
- Digel Vandyk, A., I.D. Graham, E.G. Vandenkerkhof, A. Ross-White, and M.B. Harrison. 2013a. "Towards a Conceptual Consensus of Continuity in Mental Healthcare: Focused Literature Search and Theory Analysis." *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 11 (2): 94–109. doi:10.1111/1744-1609.12024.
- Drake, R.E., G.J. Mchugo, D.R. Becker, W.A. Anthony, and R.E. Clark. 1996. "The New Hampshire Study of Supported Employment for People with Severe Mental Illness." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64 (2): 391–99.
- Durbin, J., P. Goering, D.L. Streiner, and G. Pink. 2006. "Does Systems Integration Affect Continuity of Mental Health Care?" *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 33 (6): 705–17. doi:10.1007/s10488-006-0087-6.
- Durbin, Janet, Elizabeth Lin, Crystal Layne, and Moira Teed. 2007. "Is Readmission a Valid Indicator of the Quality of Inpatient Psychiatric Care?" *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 34 (2): 137–50.
- Durbin, Janet, Paula Goering, David L. Streiner, and George Pink. 2004. "Continuity of Care: Validation of a New Self-Report Measure for Individuals Using Mental Health Services." *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 31 (3): 279–96.
- Elsom, S., Sands, N., Roper, C., Hoppner, C., & Gerdtz, M. (2013) Telephone survey of service-user experiences of a telephone-based mental health triage service. *International Journal of Mental Health Nursing* 22, 437-443.
- Farrell, Sarah P., J. Randy Koch, and Michael Blank. 1996. "Rural and Urban Differences in Continuity of Care after State Hospital Discharge." *Psychiatric Services*. <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1996-04510-013>.
- Fleury, M.J., Grenier, G., Bamvita, J.M., & Tremblay, J. (2013) Typology of persons with severe mental disorders. *BMC Psychiatry* 13, 137.
- Fontanella, C., Guada, J., Phillips, G., Ranbom, L., & Fortney, J. (2014) Individual and Contextual-Level Factors Associated with Continuity of Care for Adults with Schizophrenia. *Adm Policy Ment Health* 41, 572-587.

- Fortney, J., G. Sullivan, K. Williams, C. Jackson, S.C. Morton, and P. Koegel. 2003. "Measuring Continuity of Care for Clients of Public Mental Health Systems." *Health Services Research* 38 (4): 1157–75. doi:10.1111/1475-6773.00168.
- Freeman, G.K., F. Olesen, and P. Hjortdahl. 2003. "Continuity of Care: An Essential Element of Modern General Practice?" *Family Practice* 20 (6): 623–27.
- Gaebel, W., Muijen, M., Baumann, A.E., Bhugra, D., Wasserman, D., van der Gaag, R.J., Heun, R., & Zielasek, J. (2014) EPA guidance on building trust in mental health services. *European Psychiatry* 29, 83-100.
- Gibson, S., Brand, S., Burt, S., Boden, Z.V., & Benson, O. (2013) Understanding treatment non-adherence in schizophrenia and bipolar disorder: a survey of what service users do and why. *BMC Psychiatry* 13, 153.
- Greenberg, G.A., and R.A. Rosenheck. 2005. "Continuity of Care and Clinical Outcomes in a National Health System." *Psychiatric Services* 56 (4): 427–33. doi:10.1176/appi.ps.56.4.427.
- Greenberg, G.A., R.A. Rosenheck, and C.L. Seibyl. 2002. "Continuity of Care and Clinical Effectiveness: Outcomes Following Residential Treatment for Severe Substance Abuse." *Medical Care* 40 (3): 246–59. doi:10.1097/00005650-200203000-00008.
- Greenberg, Greg A., and Robert A. Rosenheck. 2003. "Managerial and Environmental Factors in the Continuity of Mental Health Care Across Institutions." *Psychiatric Services* 54 (4): 529–34. doi:10.1176/appi.ps.54.4.529.
- Haggerty, J.L., D. Roberge, G.K. Freeman, C. Beaulieu, and M. Bréton. 2012. "Validation of a Generic Measure of Continuity of Care: When Patients Encounter Several Clinicians." *Annals of Family Medicine* 10 (5): 443–50. doi:10.1370/afm.1378.
- Haggerty, J.L., R.J. Reid, G.K. Freeman, B.H. Starfield, C.E. Adair, and R. McKendry. 2003. "Continuity of Care: A Multidisciplinary Review." *British Medical Journal* 327 (7425): 1219–21.
- Hartveit, M., Thorsen, O., Biringer, E., Vanhaecht, K., Carlsen, B., & Aslaksen, A. (2013) Recommended content of referral letters from general practitioners to specialised mental health care: a qualitative multi-perspective study. *Bmc Health Services Research* 13, 329.
- Hautala-Jylhä, P.-L., M. Nikkonen, and J. Jylhä. 2005. "Continuity of Care in Psychiatric Post-Ward Outpatient Services - Conceptions of Patients and Personnel Concerning Factors Contributing to the Continuity of Care." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12 (1): 38–50. doi:10.1111/j.1365-2850.2004.00790.x.
- Hoertel, N., Limosin, F., & Leleu, H. (2014) Poor longitudinal continuity of care is associated with an increased mortality rate among patients with mental disorders: Results from the French National Health Insurance Reimbursement Database. *European Psychiatry* 29, 358-364.
- Jensen, N.K., K.S. Johansen, M. Kastrup, A. Krasnik, and M. Norredam. 2014. "Patient Experienced Continuity of Care in the Psychiatric Healthcare System—a Study Including Immigrants, Refugees and Ethnic Danes." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 11 (9): 9739–59. doi:10.3390/ijerph110909739.
- Johnson, S., D. Prosser, J. Bindman, and G. Szumukler. 1997. "Continuity of Care for the Severely Mentally Ill: Concepts and Measures." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 32 (3): 137–42.
- Jones, I.R., N. Ahmed, J. Catty, S. McLaren, D. Rose, T. Wykes, and T. Burns. 2009. "Illness Careers and Continuity of Care in Mental Health Services: A Qualitative Study of Service Users and Carers." *Social Science and Medicine* 69 (4): 632–39. doi:10.1016/j.socscimed.2009.06.015.

- Joyce, A.S., C.E. Adair, T.C. Wild, G.M. McDougall, A. Gordon, N. Costigan, and G. Pasmenny. 2010. "Continuity of Care: Validation of a Self-Report Measure to Assess Client Perceptions of Mental Health Service Delivery." *Community Mental Health Journal* 46 (2): 192–208.
- Joyce, A.S., T.C. Wild, C.E. Adair, G.M. McDougall, A. Gordon, N. Costigan, A. Beckie, L. Kowalsky, G. Pasmenny, and F. Barnes. 2004. "Continuity of Care in Mental Health Services: Toward Clarifying the Construct." *Canadian Journal of Psychiatry* 49 (8): 539–50.
- Juven-Wetzler, A., D. Bar-Ziv, S. Cwikel-Hamzany, A. Abudy, N. Peri, and J. Zohar. 2012. "A Pilot Study of the Continuation of Care Model in Revolving-Door Patients." *European Psychiatry* 27 (4): 229–33. doi:10.1016/j.eurpsy.2011.05.003.
- King, Elizabeth A., David S. Baldwin, JULIA MA SINCLAIR, Nigel G. Baker, MICHAEL CAMPBELL, and Chris Thompson. 2001. "The Wessex Recent In-Patient Suicide Study, 1 Case—control Study of 234 Recently Discharged Psychiatricpatient Suicides." *The British Journal of Psychiatry* 178 (6): 531–36.
- Kopelowicz, Alex, Charles J. Wallace, and Roberto Zarate. 1998. "Teaching Psychiatric Inpatients to Re-Enter the Community: A Brief Method of Improving the Continuity of Care." *Psychiatric Services* 49 (10): 1313–16.
- Kumar, S., E. Robinson, and V.K. Sinha. 2002. "What Leads to Frequent Re-Hospitalisation When Community Care Is Not Well Developed?" *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 37 (9): 435–40.
- Lehman, A.F., L.T. Postrado, D. Roth, S.W. McNary, and H.H. Goldman. 1994. "Continuity of Care and Client Outcomes in the Robert Wood Johnson Foundation Program on Chronic Mental Illness." *The Milbank Quarterly* 72 (1): 105–22.
- Lou, W. Y. Wendy. 2001. "The Distribution of the Usual Provider Continuity Index under Markov Dependence." *Statistics & Probability Letters* 54 (3): 269–76. doi:10.1016/S0167-7152(01)00058-X.
- McGarvey, E.L., Leon-Verdin, M., Wanchek, T.N., & Bonnie, R.J. (2013) Decisions to initiate involuntary commitment: The role of intensive community services and other factors. *Psychiatric Services* 64, 120-126.
- Mueser, Kim T., William C. Torrey, David Lynde, Patricia Singer, and Robert E. Drake. 2003. "Implementing Evidence-Based Practices for People with Severe Mental Illness." *Behavior Modification* 27 (3): 387–411.
- Olfson, Mark, David Mechanic, Carol A. Boyer, and Stephen Hansell. 1998. "Linking Inpatients with Schizophrenia to Outpatient Care." *Psychiatric Services* 49 (7): 911–17.
- Omer, S., Priebe, S., Giacco, D. (2014) Continuity across inpatient and outpatient mental health care or specialisation of teams? A systematic review. *European Psychiatry* (in press), first published on-line 29/09/2014.
- Peele, Roger. 2000. "Fragmented Responsibility, Deteriorating Care." *Psychiatric Services* 51 (5): 557–557.
- Plant, N., Mallitt, K.A., Kelly, P., Usherwood, T., Gillespie, J., Boyages, S., Jan, S., McNab, J., Essue, B., Gradidge, K., Maranan, N., Ralphs, D., Aspin, C., & Leeder, S. (2013) Implementation and effectiveness of 'care navigation', coordinated management for people with complex chronic illness: rationale and methods of a randomised controlled trial. *Bmc Health Services Research* 13, 164.

- Procter N, Backhouse J, Cother I, Ferguson M, Fielder A, Jackson A, et al. (2014). Engaging consumers in the Australian emergency mental health context: a qualitative perspective from clinicians working in the community. *Health & Social Care in the Community*, doi: 10.1111/hsc.12156
- Pugh, THOMAS F., and BRIAN MacMahon. 1967. "Measurement of Discontinuity of Psychiatric Inpatient Care." *Public Health Reports* 82 (6): 533.
- Puntis, Stephen, Jorun Rugkåsa, Alexandra Forrest, Amy Mitchell, and Tom Burns. 2014. "Associations Between Continuity of Care and Patient Outcomes in Mental Health Care: A Systematic Review." *Psychiatric Services*, appi.ps.201400178. doi:10.1176/appi.ps.201400178.
- Qin, P., and M. Nordentoft. 2005. "Suicide Risk in Relation to Psychiatric Hospitalization: Evidence Based on Longitudinal Registers." *Archives of General Psychiatry* 62 (4): 427–32.
- Rose, D., A. Sweeney, M. Leese, S. Clement, I. R. Jones, T. Burns, J. Catty, and T. Wykes. 2009. "Developing a User-Generated Measure of Continuity of Care: Brief Report." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 119 (4): 320–24. doi:10.1111/j.1600-0447.2008.01296.x.
- Rose, Diana, Jo Evans, Angela Sweeney, and Til Wykes. 2011. "A Model for Developing Outcome Measures from the Perspectives of Mental Health Service Users." *International Review of Psychiatry* 23 (1): 41–46. doi:10.3109/09540261.2010.545990.
- Rosenheck, Robert, and Domenic Cicchetti. 1998. "A Mental Health Program Report Card: A Multidimensional Approach to Performance Monitoring in Public Sector Programs." *Community Mental Health Journal* 34 (1): 85–106.
- Saarento, Outi, T. Øiesvold, S. Sytema, G. Göstas, M. Kastrup, O. Lönnerberg, S. Muus, Mikael Sandlund, and L. Hansson. 1998. "The Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry: Continuity of Care Related to Characteristics of the Psychiatric Services and the Patients." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33 (11): 521–27.
- Schutz, C., Linden, I., Torchalla, I., Li, K., Al-Desouki, M., & Krausz, M. (2013) The Burnaby treatment center for mental health and addiction, a novel integrated treatment program for patients with addiction and concurrent disorders: results from a program evaluation. *Bmc Health Services Research* **13**, 288.
- Sharma, Sandra B., David Elkins, Ann van Sickle, and Cleora S. Roberts. 1995. "Effect of Predischage Interventions on Aftercare Attendance: Process and Outcome." *Health & Social Work* 20 (1): 15–20.
- Shern, David L., Nancy Z. Wilson, Anita Saranga Coen, Diane C. Patrick, Mark Foster, David A. Bartsch, and Jean Demmler. 1994. "Client Outcomes II: Longitudinal Client Data from the Colorado Treatment Outcome Study." *The Milbank Quarterly*, 123–48.
- Shortell, S.M. 1976. "Continuity of Medical Care: Conceptualization and Measurement." *Medical Care* 14 (5): 377–91.
- Sigrunarson, V., Grawe, R., & Morken, G. (2013) Integrated treatment vs. treatment-as-usual for recent onset schizophrenia; 12year follow-up on a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* **13**, 200.
- Soffers, R., Meijboom, B., van Zaanen, J., & van der Feltz-Cornelis, C. (2014) Modular health services: a single case study approach to the applicability of modularity to residential mental healthcare. *Bmc Health Services Research* **14**, 210.
- Steinwachs, Donald M. 1979. "Measuring Provider Continuity in Ambulatory Care: An Assessment of Alternative Approaches." *Medical Care*, 551–65.

- Stickney, Sondra K., Richard CW Hall, and Earl R. Gardner. 1980. "The Effect of Referral Procedures on Aftercare Compliance." *Psychiatric Services* 31 (8): 567–69.
- Sweeney, Angela, Diana Rose, Sarah Clement, Fatima Jichi, Ian R. Jones, Tom Burns, Jocelyn Catty, Susan McLaren, and Til Wykes. 2012. "Understanding Service User-Defined Continuity of Care and Its Relationship to Health and Social Measures: A Cross-Sectional Study." *BMC Health Services Research* 12 (1): 145. doi:10.1186/1472-6963-12-145.
- Sytema, S., R. Micciolo, and M. Tansella. 1997. "Continuity of Care for Patients with Schizophrenia and Related Disorders: A Comparative South-Verona and Groningen Case-Register Study." *Psychological Medicine* 27 (6): 1355–62. doi:10.1017/S0033291797005539.
- Tessler, Richard C. 1987. "Continuity of Care and Client Outcome." *Psychosocial Rehabilitation Journal* 11 (1): 39.
- Tessler, Richard C., Georgianna Willis, and Gayle D. Gubman. 1986. "Defining and Measuring Continuity of Care." *Psychosocial Rehabilitation Journal* 10 (1): 27–38. doi:10.1037/h0099621.
- Tessler, Richard, and Gail Gamache. 1994. "Continuity of Care, Residence, and Family Burden in Ohio." *The Milbank Quarterly*, 149–69.
- Uijen, A.A., C.W. Heinst, F.G. Schellevis, W.J.H.M. van den Bosch, F.A. van de Laar, C.B. Terwee, and H.J. Schers. 2012a. "Measurement Properties of Questionnaires Measuring Continuity of Care: A Systematic Review." *PLoS ONE* 7 (7). doi:10.1371/journal.pone.0042256.
- Vandyk, A.D., Harrison, M.B., VanDenKerkhof, E.G., Graham, I.D., & Ross-White, A. (2013) Frequent Emergency Department Use by Individuals Seeking Mental Healthcare: A Systematic Search and Review. *Archives of Psychiatric Nursing* 27, 171-178.
- von Reventlow, H.G., Krüger-Özgürdal, S., Ruhrmann, S., Schultze-Lutter, F., Heinz, A., Patterson, P., Heinimaa, M., Dingemans, P., French, P., Birchwood, M., Salokangas, R.K.R., Linszen, D., Morrison, A., Klosterkötter, J., & Juckel, G. (2013) Pathways to care in subjects at high risk for psychotic disorders – A European perspective. *Schizophrenia Research*.
- von Wyll, A., Heim, G., Rusch, N., Rossler, W., & Andreae, A. (2013) Network coordination following discharge from psychiatric inpatient treatment: a study protocol. *BMC Psychiatry* 13, 220.
- Ware, N.C., B. Dickey, T. Tugenberg, and C.A. McHorney. 2003. "CONNECT: A Measure of Continuity of Care in Mental Health Services." *Mental Health Services Research* 5 (4): 209–21. doi:10.1023/A:1026276918081.
- Ware, N.C., T. Tugenberg, B. Dickey, and C.A. McHorney. 1999. "An Ethnographic Study of the Meaning of Continuity of Care in Mental Health Services." *Psychiatric Services* 50 (3): 395–400.
- Ware, Norma C., Toni Tugenberg, and Barbara Dickey. 2003. "Ethnography and Measurement in Mental Health: Qualitative Validation of a Measure of Continuity of Care (CONNECT)." *Qualitative Health Research* 13 (10): 1393–1406.
- Wierdsma, André, Cornelis Mulder, Sanne de Vries, and Sjoerd Sytema. 2009. "Reconstructing Continuity of Care in Mental Health Services: A Multilevel Conceptual Framework." *Journal of Health Services Research & Policy* 14 (1): 52–57.
- Wolkon, G.H. 1970. "Characteristics of Clients and Continuity of Care into the Community." *Community Mental Health Journal* 6 (3): 215–21. doi:10.1007/BF01435919.



## Santé mentale et précarité sociale

Bengtsson-Tops,A., Ericsson,U., & Ehliasson,K. (2014) Living in supportive housing for people with serious mental illness: A paradoxical everyday life. *International Journal of Mental Health Nursing* **23**, 409-418.

Bhavsar,V., Boydell,J., Murray,R., & Power,P. (2014) Identifying aspects of neighbourhood deprivation associated with increased incidence of schizophrenia. *Schizophrenia Research*.

Bhugra,D., Gupta,S., Schouler-Ocak,M., Graeff-Calliess,I., Deakin,N.A., Qureshi,A., Dales,J., Moussaoui,D., Kastrup,M., Tarricone,I., Till,A., Bassi,M., & Carta,M. (2014) EPA Guidance mental health care of migrants. *European Psychiatry* **29**, 107-115.

Boydell,J., Bebbington,P., Bhavsar,V., Kravariti,E., Van Os,J., Murray,R.M., & Dutta,R. (2013) Unemployment, ethnicity and psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* **127**, 202-209.

Costa,D., Matanov,A., Canavan,R., Gabor,E., Greacen,T., Vondrackova,P., Kluge,U., Nicaise,P., Moskalawicz,J., Diaz-Olalla,J., Straszmayr,C., Kikkert,M., Soares,J., Gaddini,A., Barros,H., & Priebe,S. (2014) Factors associated with quality of services for marginalized groups with mental health problems in 14 European countries. *Bmc Health Services Research* **14**, 49.

Gilbert,E., Marwaha,S., Milton,A., Johnson,S., Morant,N., Parsons,N., Fisher,A., Singh,S., & Cunliffe,D. (2013) Social firms as a means of vocational recovery for people with mental illness: a UK survey. *Bmc Health Services Research* **13**, 270.

Hong,S., Zhang,W., & Walton,E. (2014) Neighborhoods and mental health: Exploring ethnic density, poverty, and social cohesion among Asian Americans and Latinos. *Social Science & Medicine* **111**, 117-124.

Rocha,K.B., Pérez,K., Rodríguez-Sanz,M., Alonso,J., Muntaner,C., & Borrell,C. (2013) Inequalities in the use of services provided by psychiatrists in Spain: A multilevel study. *Psychiatric Services* **64**, 901-907.

Wright,N. & Stickley,T. (2013) Concepts of social inclusion, exclusion and mental health: a review of the international literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* **20**, 71-81.

## Plans de traitement

Ault-Brutus,A., Lee,C., Singer,S., Allen,M., Alegría,M. (2014) Examining Implementation of a Patient Activation and Self-management Intervention Within the Context of an Effectiveness Trial. *Adm Policy Ment Health* **41**, 777-787.

Borschmann,R., Barrett,B., Hellier,J.M., Byford,S., Henderson,C., Rose,D., Slade,M., Sutherby,K., Szmukler,G., Thornicroft,G., Hogg,J., & Moran,P. (2013) Joint crisis plans for people with borderline personality disorder: feasibility and outcomes in a randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* **202**, 357-364.

Farrelly,S., Brown,G., Rose,D., Doherty,E., Henderson,R.C., Birchwood,M., Marshall,M., Waheed,W., Szmukler,G., & Thornicroft,G. (2014) What service users with psychotic disorders want in a mental health crisis or relapse: thematic analysis of joint crisis plans. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1-9.

Kenter,R., Warmerdam,L., Brouwer-Dudokdewit,C., Cuijpers,P., & van Straten,A. (2013) Guided online treatment in routine mental health care: an observational study on uptake, drop-out and effects. *BMC Psychiatry* **13**, 43.

Kisely,S., Preston,N., Xiao,J., Lawrence,D., Louise,S., Crowe,E., & Segal,S. (2013) An eleven-year evaluation of the effect of community treatment orders on changes in mental health service use. *Journal of Psychiatric Research*.

Maître,E., Debien,C., Nicaise,P., Wyngaerden,F., Le Galudec,M., Genest,P., Ducrocq,F., Delamillieure,P., Lavoisy,B., Walter,M., Dubois,V., & Vaiva,G. (2013) Les directives anticipées en psychiatrie : revue de la littérature qualitative, état des lieux et perspectives. *L'Encéphale*.

Nicaise,P., Soto,V.E., Dubois,V., & Lorant,V. (2014a) Users' and Health Professionals' Values in Relation to a Psychiatric Intervention: The Case of Psychiatric Advance Directives. *Adm Policy Ment Health* 1-10.

Radenbach,K., Falkai,P., Weber-Reich,T., & Simon,A. (2013) Joint crisis plans and psychiatric advance directives in German psychiatric practice. *Journal of Medical Ethics*.

Ruchlewska,A., Wierdsma,A.I., Kamperman,A.M., van der Gaag,M., Smulders,R., Roosenschoon,B.J., & Mulder,C.L. (2014) Effect of Crisis Plans on Admissions and Emergency Visits: A Randomized Controlled Trial. *PLoS ONE* 9, e91882.

Shields,L., Pathare,S., Ham,A.J., & Bunders,J. (2013) A Review of Barriers to Using Psychiatric Advance Directives in Clinical Practice. *Adm Policy Ment Health* 1-14.

Wilder,C., Swanson,J., Bonnie,R., Wanchek,T., McLaughlin,L., & Richardson,J. (2013) A Survey of Stakeholder Knowledge, Experience, and Opinions of Advance Directives for Mental Health in Virginia. *Adm Policy Ment Health* 40, 232-239.

Williams,T.M., Smith,G.P., & Lumbus,A.M. (2014) Evaluating the introduction of joint crisis plans into routine clinical practice in four community mental health services. *Australasian Psychiatry*.

### Réhabilitation, rétablissement, recovery, intégration sociale

Albor,C., Uphoff,E.P., Stafford,M., Ballas,D., Wilkinson,R.G., & Pickett,K.E. (2014) The effects of socioeconomic incongruity in the neighbourhood on social support, self-esteem and mental health in England. *Social Science & Medicine* 111, 1-9.

Byrne,T., Prvu Bettger,J., Brusilovskiy,E., Wong,Y.L.I., Metraux,S., & Salzer,M.S. (2013) Comparing neighborhoods of adults with serious mental illness and of the general population: Research implications. *Psychiatric Services* 64, 782-788.

Chen,S.P., Krupa,T., Lysaght,R., McCay,E., & Piat,M. (2013) The Development of Recovery Competencies for In-patient Mental Health Providers Working with People with Serious Mental Illness. *Adm Policy Ment Health* 40, 96-116.

Clarke E, Puschner B, Jordan H, Williams P, Konrad J, Kawohl W, et al. (2014) Empowerment and satisfaction in a multinational study of routine clinical practice. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. DOI: 10.1111/acps.12365.

Cleary,M., Horsfall,J., O'Hara-Aarons,M., & Hunt,G.E. (2013) Mental health nurses' views of recovery within an acute setting. *International Journal of Mental Health Nursing* 22, 205-212.

Cornes,M., Manthorpe,J., Joly,L., & O'Halloran,S. (2013) Reconciling recovery, personalisation and Housing First: integrating practice and outcome in the field of multiple exclusion homelessness. *Health & Social Care in the Community* n/a.

- Farrelly,S., Brown,G.E., Flach,C., Barley,E., Laugharne,R., & Henderson,C. (2013) User-held personalised information for routine care of people with severe mental illness. *Cochrane.Database.of Systematic.Reviews*.
- Gilbert,H., Slade,M., Bird,V., Oduola,S., & Craig,T. (2013) Promoting recovery-oriented practice in mental health services: a quasi-experimental mixed-methods study. *BMC Psychiatry* **13**, 167.
- Gordon,S.E. & Ellis,P.M. (2013) Recovery of evidence-based practice. *International Journal of Mental Health Nursing* **22**, 3-14.
- Hallett,C., Gupta,S., & Priebe,S. (2013) What do outpatients with schizophrenia and mood disorders want to learn about their illness? *Psychiatric Services* **64**, 764-769.
- Hamer,H.P., Finlayson,M., & Warren,H. (2013) Insiders or outsiders? Mental health service users' journeys towards full citizenship. *International Journal of Mental Health Nursing* n/a.
- Hayhurst,K.P., Drake,R.J., Massie,J.A., Dunn,G., Barnes,T.R.E., Jones,P.B., & Lewis,S.W. (2013) Improved quality of life over one year is associated with improved adherence in patients with schizophrenia. *European Psychiatry*.
- Hegedüs A, Kozel B. (2014) Does adherence therapy improve medication adherence among patients with schizophrenia? A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2014 **23**, 490-497.
- Hoffmann,H., Jäckel,D., Glauser,S., Mueser,K.T., & Kupper,Z. (2014) Long-Term Effectiveness of Supported Employment: 5-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*.
- Iancu,S.C., Bunders,J.F.G., & van Balkom,A.J.L.M. (2013) Bridging the gap: using farms to enhance social inclusion of people with chronic mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* n/a.
- Knudsen,A.K., Harvey,S.B., Mykletun,A., & Overland,S. (2013) Common mental disorders and long-term sickness absence in a general working population. The Hordaland Health Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* **127**, 287-297.
- Luciano A, Bond GR, Drake RE. (2014) Does employment alter the course and outcome of schizophrenia and other severe mental illnesses? A systematic review of longitudinal research. *Schizophrenia Research* **159**, 312-321
- Marwaha,S., Durrani,A., & Singh,S. (2013) Employment outcomes in people with bipolar disorder: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* n/a.
- Mossabir R., Morris R., Kennedy A., Blickem C., Rogers A. (2014). A scoping review to understand the effectiveness of linking schemes from healthcare providers to community resources to improve the health and well-being of people with long-term conditions. *Health and Social Care in the Community* doi: 10.1111/hsc.12176
- Olesen,S., Butterworth,P., Leach,L., Kelaher,M., & Pirkis,J. (2013) Mental health affects future employment as job loss affects mental health: findings from a longitudinal population study. *BMC Psychiatry* **13**, 144.
- Pachucki,M.C., Ozer,E.J., Barrat,A., & Cattuto,C. (2014) Mental health and social networks in early adolescence: A dynamic study of objectively-measured social interaction behaviors. *Social Science & Medicine*.
- Raeburn,T., Schmied,V., Hungerford,C., & Cleary,M. (2014) Clubhouse model of psychiatric rehabilitation: How is recovery reflected in documentation? *International Journal of Mental Health Nursing* **23**, 389-397.



- Rise,M., Evensen,G., Moljord,I., Ro,M., Bjorgen,D., & Eriksen,L. (2014) How do patients with severe mental diagnosis cope in everyday life - a qualitative study comparing patients' experiences of self-referral inpatient treatment with treatment as usual? *Bmc Health Services Research* **14**, 347.
- Salkever,D. (2013) Social costs of expanding access to evidence-based supported employment: Concepts and interpretive review of evidence. *Psychiatric Services* **64**, 111-119.
- Salyers,M., Matthias,M., Sidenbender,S., & Green,A. (2013) Patient Activation in Schizophrenia: Insights from Stories of Illness and Recovery. *Adm Policy Ment Health* **40**, 419-427.
- Saraceno,B. & Zullino,D. (2013) Mental health and public health : An essential bond. *Revue Medicale Suisse* **9**, 1661-1663.
- Shanks,V., Williams,J., Leamy,M., Bird,V.J., Le Boutillier,C., & Slade,M. (2013) Measures of personal recovery: A systematic review. *Psychiatric Services* **64**, 974-980.
- Slade,M., Amering,M., Farkas,M., Hamilton,B., O'Hagan,M., Panther,G., Perkins,R., Shepherd,G., Tse,S., Whitley,R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry* **13**, 12-20.
- Smith,T.E., Easter,A., Pollock,M., Pope,L.G., & Wisdom,J.P. (2013) Disengagement from care: Perspectives of individuals with serious mental illness and of service providers. *Psychiatric Services* **64**, 770-775.
- Sousa,S.A., Corriveau,D., Lee,A.F., Bianco,L.G., & Sousa,G.M. (2013) The LORS-enabled dialogue: A collaborative intervention to promote recovery from psychotic disorders. *Psychiatric Services* **64**, 58-64.
- Whitley,R. & Denise Campbell,R. (2014) Stigma, agency and recovery amongst people with severe mental illness. *Social Science & Medicine* **107**, 1-8.
- Williams,V., Boyle,G., Jepson,M., Swift,P., Williamson,T., & Heslop,P. (2013) Best interests decisions: professional practices in health and social care. *Health & Social Care in the Community* n/a.
- Wilson-d'Almeida,K., Karrow,A., Bralet,M.C., Bazin,N., Hardy-Baylé,M.C., & Falissard,B. (2013) In patients with schizophrenia, symptoms improvement can be uncorrelated with quality of life improvement. *European Psychiatry* **28**, 185-189.
- Wisdom,J., Lewandowski,R.E., Pollock,M., Acri,M., Shorter,P., Olin,S.S., Armusewicz,K., Horwitz,S., & Hoagwood,K. (2014) What Family Support Specialists Do: Examining Service Delivery. *Adm Policy Ment Health* **41**, 21-31.
- Zimmermann,T., Puschmann,E., Ebersbach,M., Daubmann,A., Steinmann,S., & Scherer,M. (2014) Effectiveness of a primary care based complex intervention to promote self-management in patients presenting psychiatric symptoms: study protocol of a cluster-randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* **14**, 2.
- Zou,H., Li,Z., Nolan,M.T., Arthur,D., Wang,H., & Hu,L. (2013) Self-management education interventions for persons with schizophrenia: A meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing* **22**, 256-271.

## Désinstitutionnalisation, soins communautaires, réseaux de services

- Canvin K, Rugkåsa J, Sinclair J, Burns T. (2014). Patient, psychiatrist and family carer experiences of community treatment orders: qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* **49**, 1873-1882.
- Chow,W. & Priebe,S. (2013) Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. *BMC Psychiatry* **13**, 169.
- Cohen,A.N., Drapalski,A.L., Glynn,S.M., Medoff,D., Fang,L.J., & Dixon,L.B. (2013) Preferences for family involvement in care among consumers with serious mental illness. *Psychiatric Services* **64**, 257-263.
- Dlouhy,M. (2014) Mental health policy in Eastern Europe: a comparative analysis of seven mental health systems. *Bmc Health Services Research* **14**, 42.
- Giacco D, Luciano M, Del Vecchio V, Sampogna G, Slade M, Clarke E, et al. (2014). Desire for information of people with severe mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* **49**, 1883-1891.
- Huang,K. (2014) Knowledge Sharing in a Third-Party-Governed Health and Human Services Network. *Public Administration Review* n/a.
- Ibrahim,N., Michail,M., & Callaghan,P. (2014) The strengths based approach as a service delivery model for severe mental illness: a meta-analysis of clinical trials. *BMC Psychiatry* **14**, 243.
- Jun,G., Morrison,C., & Clarkson,P. (2014) Articulating current service development practices: a qualitative analysis of eleven mental health projects. *Bmc Health Services Research* **14**, 20.
- Leutz WN. Five laws for integrating medical and social services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly* 1999;77(1):77-+.
- Mackenzie,C., Keuskamp,D., Ziersch,A., Baum,F., & Popay,J. (2013) A qualitative study of the interactions among the psychosocial work environment and family, community and services for workers with low mental health. *BMC Public Health* **13**, 796.
- Marion-Veyron,R.+, Mebdouhi,N., Baumann,P.S., Thonney,J., Crespi,S., & Conus,P. (2013) Les premiers épisodes psychotiques : de l'importance du case management. *L'évolution Psychiatrique* **78**, 41-51.
- Mather,B., Roche,M., & Duffield,C. (2013) Disparities in treatment of people with mental disorder in non-psychiatric hospitals: a review of the literature. *Archives of Psychiatric Nursing*.
- McNiel,D.E., Gormley,B., & Binder,R.L. (2013) Leverage, the treatment relationship, and treatment participation. *Psychiatric Services* **64**, 431-436.
- Milward HB, Provan KG. Measuring network structure. *Public Administration* 1998;76(2):387-407.
- Mooney,L.R. & Lashewicz,B. (2013) Voices of care for adults with disabilities and/or mental health issues in Western Canada: what do families and agencies need from each other? *Health & Social Care in the Community* n/a.
- Morrissey JP, Calloway M, Bartko WT, Ridgely MS, Goldman HH, Paulson RI. Local mental health authorities and service system change: evidence from the Robert Wood Johnson program on chronic mental illness. *The Milbank quarterly* 1994;72(1):49-80.
- Morrissey JP, Tausig M, Lindsey ML. Community mental health delivery systems: A network perspective. *American Behavioral Scientist* 1985;28(5):704-20.

Morrissey JP. Integrating Service Delivery Systems for Persons with a Severe Mental Illness. In: Horwitz AV, Scheid TL, editors. A handbook for the study of mental health

Myklebust,L., Sorgaard,K., & Wynn,R. (2014) Local psychiatric beds appear to decrease the use of involuntary admission: a case-registry study. *Bmc Health Services Research* **14**, 64.

Nemoto,T., Niimura,H., Ryu,Y., Sakuma,K., & Mizuno,M. (2014) Long-term course of cognitive function in chronically hospitalized patients with schizophrenia transitioning to community-based living. *Schizophrenia Research*.

Nicaise P, Dubois V, Lorant V. Mental health care delivery system reform in Belgium: The challenge of achieving deinstitutionalisation whilst addressing fragmentation of care at the same time. *Health Policy* 2014;(0).

Nicaise P, Tulloch S, Dubois V, Matanov A, Priebe S, Lorant V. Using Social Network Analysis for Assessing Mental Health and Social Services Inter-Organisational Collaboration: Findings in Deprived Areas in Brussels and London. *Adm Policy Ment Health* 2013;40(4):331-9.

Nicaise,P., Dubois,V., & Lorant,V. (2014b) Mental health care delivery system reform in Belgium: The challenge of achieving deinstitutionalisation whilst addressing fragmentation of care at the same time. *Health Policy*.

O'Donoghue,B., Roche,E., Ranieri,V.F., Shannon,S., Crummey,C., Murray,J., Smith,D.G., O'Loughlin,K., Lyne,J.P., Madigan,K., & Feeney,L. (2013) Service users' perceptions about their hospital admission elicited by service user-researchers or by clinicians. *Psychiatric Services* **64**, 416-422.

Perry,B.L. & Pescosolido,B.A. (2014) Social network activation: The role of health discussion partners in recovery from mental illness. *Social Science & Medicine*.

Petersen,K.L., Nicholls,T.L., Groden,D., Schmitz,N., Stip,E., Goldner,E.M., Arnold,L.M., & Lesage,A. (2013) Redevelopment of tertiary psychiatric services in British Columbia: A prospective study of clinical, social, and residential outcomes of former long-stay inpatients. *Schizophrenia Research* **149**, 96-103.

Provan KG, Fish A, Sydow J. Interorganizational networks at the network level: A review of the empirical literature on whole networks. *Journal of Management* 2007;33(3):479-516.

Provan KG, Milward HB. Do networks really work? A framework for evaluating public-sector organizational networks. *Public Admin Rev* 2001 Jul;61(4):414-23.

Ref Type: Online Source

Ridley,J. & Hunter,S. (2013) Subjective experiences of compulsory treatment from a qualitative study of early implementation of the Mental Health (Care & Treatment) (Scotland) Act 2003. *Health & Social Care in the Community* n/a.

Riley,H., Hoyer,G., & Lorem,G.F. (2014) 'When coercion moves into your home', a qualitative study of patient experiences with outpatient commitment in Norway. *Health & Social Care in the Community* n/a.

Rugkåsa J, Dawson J, Burns T. (2014). CTOs: what is the state of the evidence? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* **49**, 1861-1871.

Rugkåsa J, Molodynski A, Yeeles K, Vazquez Montes M, Visser C, Burns T, for the OCTET Group. (2014). Community treatment orders: clinical and social outcomes, and a subgroup analysis from the OCTET RCT. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. DOI: 10.1111/acps.12373

Scharf, D.M., Eberhart, N.K., Schmidt, N., Vaughan, C.A., Dutta, T., Pincus, H.A., & Burnam, M.A. (2013) Integrating primary care into community behavioral health settings: Programs and early implementation experiences. *Psychiatric Services* **64**, 660-665.

Shen G, Snowden L. (2014). Institutionalization of deinstitutionalization: a cross-national analysis of mental health system reform. *International Journal of Mental Health Systems* **8**, 47.

Shepperd, S., Lannin, N.A., Clemson, L.M., McCluskey, A., Cameron, I.D., & Barras, S.L. (2013) Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

social contexts, theories, and systems. Cambridge: Cambridge University Press; 1999. p. 449-83.

Stegbauer, C., Goetz, K., Bauer, E., Bestmann, B., Ruprecht, T., Szecsenyi, J., & Bramesfeld, A. (2013) What contributes to good patient outcomes in the home treatment of the severely mentally ill: study protocol of a multi-centre analysis. *BMC Psychiatry* **13**, 283.

Swanson, J., Van Dorn, R.A., Swartz, M., Robbins, P.C., Steadman, H.J., McGuire, T.G., & Monahan, J. (2013) The Cost of Assisted Outpatient Treatment: Can It Save States Money? *American Journal of Psychiatry*.

Van Dorn, R.A., Desmarais, S.L., Petrila, J., Haynes, D., & Singh, J.P. (2013) Effects of outpatient treatment on risk of arrest of adults with serious mental illness and associated costs. *Psychiatric Services* **64**, 856-862.

Zangrilli, A., Ducci, G., Bandinelli, P., Dooley, J., McCabe, R., & Priebe, S. (2014) How do psychiatrists address delusions in first meetings in acute care? A qualitative study. *BMC Psychiatry* **14**, 178.

## Méthodologies : collectes de données et instruments

Druss, B.G., Ji, X., Glick, G., & von Esenwein, S.A. (2014) Randomized Trial of an Electronic Personal Health Record for Patients With Serious Mental Illnesses. *American Journal of Psychiatry*.

Dunn, E., Masyn, K., Yudron, M., Jones, S., & Subramanian, S.V. (2014) Translating multilevel theory into multilevel research: challenges and opportunities for understanding the social determinants of psychiatric disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* **49**, 859-872.

Green-Hennessy, S. (2013) Cochrane systematic reviews for the mental health field: Is the gold standard tarnished? *Psychiatric Services* **64**, 65-70.

Hoenders, R., Bos, E., Bartels-Velthuis, A., Vollbehr, N., van der Ploeg, K., de Jonge, P., & de Jong, J. (2014) Pitfalls in the Assessment, Analysis, and Interpretation of Routine Outcome Monitoring (ROM) Data: Results from an Outpatient Clinic for Integrative Mental Health. *Adm Policy Ment Health* **41**, 647-659.

Lauriks, S., de Wit, M., Buster, M., Arah, O., & Klazinga, N. (2014) Composing a Core Set of Performance Indicators for Public Mental Health Care: A Modified Delphi Procedure. *Adm Policy Ment Health* **41**, 625-635.

Munk-Jorgensen, P., Okkels, N., Golberg, D., Ruggeri, M., & Thornicroft, G. (2014) Fifty years' development and future perspectives of psychiatric register research. *Acta Psychiatrica Scandinavica* n/a.

Nuño-Solinís,R., Berraondo Zabalegui,I., Sauto Arce,R., San Martín-Rodríguez,L., & Toro Polanco,N. (2013) Development of a questionnaire to assess interprofessional collaboration between two different care levels. *International Journal of Integrated Care*; Vol 13, April-June 2013.

Olin,S.S., Williams,N., Pollock,M., Armusewicz,K., Kutash,K., Glisson,C., & Hoagwood,K. (2014) Quality Indicators for Family Support Services and Their Relationship to Organizational Social Context. *Adm Policy Ment Health* **41**, 43-54.

Perlman,C., Hirdes,J., Barbaree,H., Fries,B., McKillop,I., Morris,J., & Rabinowitz,T. (2013) Development of mental health quality indicators (MHQIs) for inpatient psychiatry based on the interRAI mental health assessment. *Bmc Health Services Research* **13**, 15.

Puschner,B., Neumann,P., Jordan,H., Slade,M., Fiorillo,A., Giacco,D., Egerhazi,A., Ivanka,T., Bording,M.K., Sorensen,H.O., Bar,A., Kawohl,W., Loos,S., & ,f.t.C.s.g. (2013) Development and psychometric properties of a five-language multiperspective instrument to assess clinical decision making style in the treatment of people with severe mental illness (CDMS). *BMC Psychiatry* **13**, 48.

Schrank,B., Bird,V., Tylee,A., Coggins,T., Rashid,T., & Slade,M. (2013) Conceptualising and measuring the well-being of people with psychosis: Systematic review and narrative synthesis. *Social Science & Medicine* **92**, 9-21.

Serene Olin,S., Kutash,K., Pollock,M., Burns,B., Kuppinger,A., Craig,N., Purdy,F., Armusewicz,K., Wisdom,J., & Hoagwood,K. (2014) Developing Quality Indicators for Family Support Services in Community Team-Based Mental Health Care. *Adm Policy Ment Health* **41**, 7-20.

Vrieze,S.I., Docherty,A., Thuras,P., Arbisi,P., Iacono,W.G., Sponheim,S., Erbes,C.R., Siegel,W., & Leskela,J. (2013) The electronic medical record is an invaluable clinical tool: Let's start using it. *Psychiatric Services* **64**, 946-949.

### Pairs-aidants, implication des usagers

El Enany,N., Currie,G., & Lockett,A. (2013) A paradox in healthcare service development: Professionalization of service users. *Social Science & Medicine* **80**, 24-30.

Farrelly,S. & Lester,H. (2014) Therapeutic relationships between mental health service users with psychotic disorders and their clinicians: a critical interpretive synthesis. *Health & Social Care in the Community* n/a.

Gillard,S., Edwards,C., Gibson,S., Owen,K., & Wright,C. (2013) Introducing peer worker roles into UK mental health service teams: a qualitative analysis of the organisational benefits and challenges. *Bmc Health Services Research* **13**, 188.

Happell,B., Byrne,L., McAllister,M., Lampshire,D., Roper,C., Gaskin,C.J., Martin,G., Wynaden,D., McKenna,B., Lakeman,R., Platania-Phung,C., & Hamer,H. (2013) Consumer involvement in the tertiary-level education of mental health professionals: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing* n/a.

Lloyd-Evans,B., Mayo-Wilson,E., Harrison,B., Istead,H., Brown,E., Pilling,S., Johnson,S., & Kendall,T. (2014) A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry* **14**, 39.

Newbigging K, Ridley J, McKeown M, Machin K, Poursanidou K. (2014). 'When you haven't got much of a voice': an evaluation of the quality of Independent Mental Health Advocate (IMHA) services in England. *Health Soc Care Community*, doi: 10.1111/hsc.12153



Pitt,V., Lowe,D., Hill,S., Prictor,M., Hetrick,S.E., Ryan,R., & Berends,L. (2013) Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane.Database.of Systematic.Reviews*.

Segal,S.P., Silverman,C.J., & Temkin,T.L. (2013) Self-stigma and empowerment in combined-CMHA and consumer-run services: Two controlled trials. *Psychiatric Services* **64**, 990-996.

Simpson,A., Flood,C., Rowe,J., Quigley,J., Henry,S., Hall,C., Evans,R., Sherman,P., & Bowers,L. (2014) Results of a pilot randomised controlled trial to measure the clinical and cost effectiveness of peer support in increasing hope and quality of life in mental health patients discharged from hospital in the UK. *BMC Psychiatry* **14**, 30.

Swarbrick,M.A. (2013) Wellness-oriented peer approaches: A key ingredient for integrated care. *Psychiatric Services* **64**, 723-726.

### Equipes mobiles, ACT

Cuddeback,G.S., Morrissey,J.P., Domino,M.E., Monroe-DeVita,M., Teague,G.B., & Moser,L.L. (2013) Fidelity to recovery-oriented ACT practices and consumer outcomes. *Psychiatric Services* **64**, 318-323.

Domino,M.E., Morrissey,J.P., & Cuddeback,G.S. (2013) The effectiveness of recovery-oriented ACT in reducing hospital use: Do effects vary over time? *Psychiatric Services* **64**, 312-317.

Fusar-Poli,P., Byrne,M., Badger,S., Valmaggia,L.R., & McGuire,P.K. (2013) Outreach and support in South London (OASIS), 2001-2011: Ten years of early diagnosis and treatment for young individuals at high clinical risk for psychosis. *European Psychiatry* **28**, 315-326.

Hannigan,B. (2013) 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* **93**, 212-219.

Hasselberg,N., Grawe,R., Johnson,S., Saltyte-Benth,J., & Ruud,T. (2013) Psychiatric admissions from crisis resolution teams in Norway: a prospective multicentre study. *BMC Psychiatry* **13**, 117.

Manuel,J.I., Appelbaum,P.S., Le Melle,S.M., Mancini,A.D., Huz,S., Stellato,C.B., & Finnerty,M.T. (2013) Use of intervention strategies by assertive community treatment teams to promote patients' engagement. *Psychiatric Services* **64**, 579-585.

McGrew,J.H., White,L.M., Stull,L.G., & Wright-Berryman,J. (2013) A comparison of self-reported and phone-administered methods of ACT fidelity assessment: A pilot study in Indiana. *Psychiatric Services* **64**, 272-276.

Morrissey,J.P., Domino,M.E., & Cuddeback,G.S. (2013) Assessing the effectiveness of recovery-oriented ACT in reducing state psychiatric hospital use. *Psychiatric Services* **64**, 303-311.

Smith,T., Appel,A., Donahue,S., Essock,S., Thomann-Howe,D., Karpati,A., Marsik,T., Myers,R., Sorbero,M., & Stein,B. (2014) Determining Engagement in Services for High-Need Individuals with Serious Mental Illness. *Adm Policy Ment Health* **41**, 588-597.

Vanderlip,E.R., Cerimele,J.M., & Monroe-DeVita,M. (2013) A comparison of assertive community treatment fidelity measures and patient-centered medical home standards. **64**, 1127-1133.



Vrije  
Universiteit  
Brussel

Project art. 107 – “Naar een betere GGZ”

## De ervaringen van netwerkpartners in interorganisatorische netwerken in de GGZ

Interimrapport 3 – December 2014

Vrije Universiteit Brussel  
Onderzoeksgroep OPIH  
Belinda Wijckmans, Stephanie Van der Donck en Mark Leys

## Inhoudstafel

|                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| Alfabetisch geordende lijst van gebruikte afkortingen & acroniemen ..... | 5  |
| 1 Algemene inleiding .....                                               | 6  |
| 1.1 Achtergrond.....                                                     | 6  |
| 1.2 Doelstelling.....                                                    | 7  |
| 1.3 Methode.....                                                         | 7  |
| 1.3.1 Interviews.....                                                    | 8  |
| Gesprekken met coördinatoren en promotoren .....                         | 8  |
| Gesprek met netwerkpartners.....                                         | 8  |
| 2 Geografisch werkingsgebied .....                                       | 10 |
| 2.1 Inleiding.....                                                       | 10 |
| 2.2 Geografische uitrol van de kernfuncties.....                         | 10 |
| 2.2.1 Contextuele factoren .....                                         | 11 |
| Beschikbaar aanbod en financiële middelen.....                           | 11 |
| Specifieke bekommernissen m.b.t. tot middelen en aanbod .....            | 12 |
| Toegankelijkheid en rechtvaardigheid .....                               | 13 |
| Cultuurverschillen.....                                                  | 13 |
| Stedelijkheidsgraad .....                                                | 14 |
| Regelgevend kader.....                                                   | 14 |
| Kernboodschappen.....                                                    | 14 |
| 2.3 Ervaringen van netwerkpartners. ....                                 | 15 |
| 2.3.1 Partner-overstijgend .....                                         | 15 |
| Verschillende partners, verschillende regionale gebieden .....           | 15 |
| Participatie in meerdere netwerken .....                                 | 15 |
| Concurrentie of competitiviteit .....                                    | 15 |
| 2.3.2 Ziekenhuizen.....                                                  | 16 |
| 2.3.3 Centra Geestelijke Gezondheidszorg.....                            | 16 |
| 2.3.4 Psychiatrisch verzorgingstehuis - Initiatieven beschut wonen.....  | 17 |
| 2.3.5 Verslavingszorg .....                                              | 17 |
| 2.3.6 Huisartsen .....                                                   | 17 |
| 2.3.7 Sociale sector .....                                               | 17 |
| Kernboodschappen.....                                                    | 18 |
| 3 Interorganisatorische netwerken .....                                  | 18 |
| 3.1 Inleiding.....                                                       | 18 |
| 3.2 Samenstelling van het netwerk.....                                   | 18 |
| 3.2.1 Complexiteit van het netwerk als geheel .....                      | 19 |
| 3.2.2 Complexiteit op functieniveau.....                                 | 19 |
| Kernboodschappen.....                                                    | 20 |



|        |                                                                                              |    |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.3    | Samenwerken: het proces .....                                                                | 20 |
| 3.3.1  | Elkaar beter leren kennen .....                                                              | 20 |
|        | Erkenning van de expertise van partners binnen het netwerk.....                              | 20 |
|        | Vertrouwen.....                                                                              | 21 |
| 3.3.2  | Verwachtingen .....                                                                          | 22 |
| 3.3.3  | Duidelijke rolafbakening.....                                                                | 22 |
|        | Positionering van netwerkpartners binnen de vijf functies .....                              | 23 |
| 3.3.4  | Betrekken van partners in netwerkactiviteiten.....                                           | 23 |
|        | Psychiaters en huisartsen.....                                                               | 24 |
|        | “Niet-GGZ”-sector .....                                                                      | 25 |
|        | GGZ-partners onderling.....                                                                  | 25 |
| 3.3.5  | Interne veranderingen voor deelnemende organisaties .....                                    | 25 |
|        | PVT's en IBW's .....                                                                         | 26 |
|        | PAAZ'en .....                                                                                | 26 |
|        | Psychiatrische ziekenhuizen .....                                                            | 26 |
| 3.3.6  | Cultuur en cultuurverschillen.....                                                           | 26 |
|        | Ziekenhuis vs ambulante hulpverlening .....                                                  | 26 |
| 3.3.7  | Invloed en macht.....                                                                        | 27 |
| 3.3.8  | Protectionisme .....                                                                         | 27 |
| 3.3.9  | Zorgcontinuïteit.....                                                                        | 28 |
|        | Doorverwijzen en draaideurpatiënten.....                                                     | 28 |
|        | Verzadiging van partners en mobiele teams.....                                               | 29 |
| 3.3.10 | Vermoeidheid .....                                                                           | 30 |
| 3.3.11 | Doelgroepen bereiken .....                                                                   | 30 |
| 3.3.12 | Beroepsgeheim .....                                                                          | 30 |
| 3.3.13 | Arbeidsorganisatorische consequenties .....                                                  | 31 |
|        | Kernboodschappen.....                                                                        | 32 |
| 4      | Netwerkbestuur .....                                                                         | 33 |
| 4.1    | Inleiding.....                                                                               | 33 |
| 4.2    | Het netwerkbestuur .....                                                                     | 33 |
| 4.2.1  | Veranderingen in het netwerkbestuur.....                                                     | 34 |
|        | Strategisch bestuur – veranderingen in de stuurgroep .....                                   | 34 |
|        | Strategische bestuursmodellen .....                                                          | 34 |
|        | Operationeel bestuur – functievoorzitters als brug naar het strategische niveau .....        | 35 |
|        | Meer gelaagde bestuursmodellen.....                                                          | 36 |
|        | Ervaringen van de partners met de structuur en de samenstelling van het netwerkbestuur ..... | 36 |
|        | Residentiële vs. ambulante en GGZ vs. “niet-GGZ” actoren .....                               | 36 |
|        | Kernboodschappen.....                                                                        | 37 |
| 4.3    | De praktijk van het besturen.....                                                            | 38 |

|       |                                                                                            |    |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.3.1 | De ontwikkeling en verspreiding van een netwerkidentiteit.....                             | 38 |
|       | Gedeelde visie & strategie .....                                                           | 38 |
| 4.3.2 | Communicatie.....                                                                          | 39 |
|       | Interne communicatie – horizontaal, verticaal en transversaal .....                        | 39 |
|       | Communicatie tussen de netwerkpartners.....                                                | 39 |
|       | Communicatie tussen stuurgroepen en werkgroepen en communicatie met “terreinwerkers” ..... | 40 |
|       | Communicatie tussen de functiewerkgroepen .....                                            | 40 |
|       | Externe communicatie .....                                                                 | 41 |
| 4.3.3 | Samen besturen .....                                                                       | 41 |
|       | Vertrouwen en betrokkenheid.....                                                           | 41 |
|       | Omgaan met meningsverschillen en conflicthantering.....                                    | 41 |
|       | Omgaan en beslissen over (financiële) middelen .....                                       | 42 |
| 4.3.4 | Besluitvorming.....                                                                        | 42 |
| 4.3.5 | Uitwerking van de kernfuncties.....                                                        | 43 |
|       | Integratie van de functies .....                                                           | 43 |
|       | Kernfunctie 1 .....                                                                        | 43 |
|       | Kernfuncties 2a & 2b.....                                                                  | 44 |
|       | Kernfunctie 3 .....                                                                        | 44 |
|       | Kernfunctie 4 .....                                                                        | 44 |
|       | Kernfunctie 5 .....                                                                        | 45 |
|       | Kernboodschappen.....                                                                      | 45 |
| 5     | De netwerkcoördinator(en) .....                                                            | 46 |
| 5.1   | De rol van de netwerkcoördinator(en) in het netwerkbestuur .....                           | 46 |
|       | Kernboodschappen.....                                                                      | 47 |
| 6     | Discussie.....                                                                             | 48 |
| 6.1   | Beperkingen van de gebruikte methodologie.....                                             | 48 |
| 6.1.1 | De volgende stappen in het onderzoek.....                                                  | 49 |
| 6.1.2 | Behoefte aan bijkomende wetenschappelijke ondersteuning.....                               | 49 |
| 6.2   | Nog geen duurzame netwerken - een projectbenadering.....                                   | 50 |
| 6.3   | Geografische uitrol van het project.....                                                   | 50 |
| 6.4   | Samenstelling van het netwerk.....                                                         | 52 |
| 6.5   | Netwerken besturen: “governance” .....                                                     | 52 |
| 6.5.1 | Rol van de netwerkcoördinator .....                                                        | 52 |
| 6.5.2 | Gedeelde visie.....                                                                        | 53 |
| 6.6   | Verwachtingen t.a.v. de overheid .....                                                     | 53 |
|       | Bibliografie.....                                                                          | 54 |
|       | Bijlagen .....                                                                             | 55 |

## Alfabetisch geordende lijst van gebruikte afkortingen & acroniemen

|            |                                                                                        |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| AZ         | Algemeen ziekenhuis                                                                    |
| CAW        | Centrum algemeen welzijnswerk                                                          |
| CGG        | Centrum voor geestelijke gezondheidszorg                                               |
| EPSI       | Eenheid voor psychiatrische spoedinterventie                                           |
| IBW        | Initiatieven beschut wonen                                                             |
| IMC        | Interministeriële conferentie                                                          |
| IO netwerk | Interorganisatorisch netwerk                                                           |
| FOD        | Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu |
| GGZ        | Geestelijke gezondheidszorg                                                            |
| LOK        | Lokale kwaliteitskring                                                                 |
| OCMW       | Openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn                                          |
| PAAZ       | Psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis                                            |
| PVT        | Psychiatrisch verzorgingstehuis                                                        |
| PZ         | Psychiatrisch ziekenhuis                                                               |
| PZT        | Psychiatrische zorg in de thuissituatie                                                |
| SEL        | Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg                                   |
| SSM        | Service de santé mentale (i.e. de Waalse tegenhanger van het CGG)                      |

# 1 Algemene inleiding

## 1.1 Achtergrond

Het programma 'naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken' heeft tot doel om, via de creatie van interorganisatorische zorgnetwerken binnen zelf afgebakende werkingsgebieden, het zorgaanbod beter aan te passen aan de noden en behoeften van (jong)volwassenen van 16 tot en met 65 jaar met (risico op) mentale kwetsbaarheid. Een beter aangepast zorgaanbod dient zorgcontinuïteit te bieden en te leiden tot een betere re-integratie van personen met een psychische kwetsbaarheid in de maatschappij. De zorgnetwerken dienen gerealiseerd te worden door reallocatie van bestaande middelen via artikel 107 en sluiten aan bij de doelstellingen van artikel 11 van de wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen:

“Art. 11: voor de toepassing van deze wet wordt verstaan onder: 1°. “netwerk van zorgvoorzieningen”: een geheel van zorgaanbieders, zorgverstrekkers, instellingen en diensten, die, wat de organieke wetgeving betreft, niet ressorteren onder de bevoegdheid van de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130 of 135 van de Grondwet en die samen voor een door hen nader te omschrijven doelgroep van patiënten en binnen een door hen te motiveren gebiedsomschrijving, één of meerdere zorgcircuits aanbieden, in het kader van een instellingsoverstijgende juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst; 2°. “zorgcircuit”: het geheel van zorgprogramma's en andere zorgvoorzieningen die wat de organieke wetgeving betreft, niet ressorteren onder de bevoegdheid van de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130 of 135 van de Grondwet, en worden georganiseerd door middel van een netwerk van zorgvoorzieningen, die de in 1°, bedoelde doelgroep of subdoelgroep achtereenvolgens kan doorlopen.”

“Art. 107: De Koning kan in specifieke financieringswijzen voorzien om, op experimentele basis en beperkt in de tijd, een prospectieve en programmeoriënteerde financiering van zorgcircuits en netwerken mogelijk te maken.”

Het algemene kader van de hervorming wordt weergegeven in de gids '*naar een betere GGZ*' (IMC Volksgezondheid, 2010). Dit algemene kader omschrijft de basisprincipes, vanuit vijf kernfuncties.

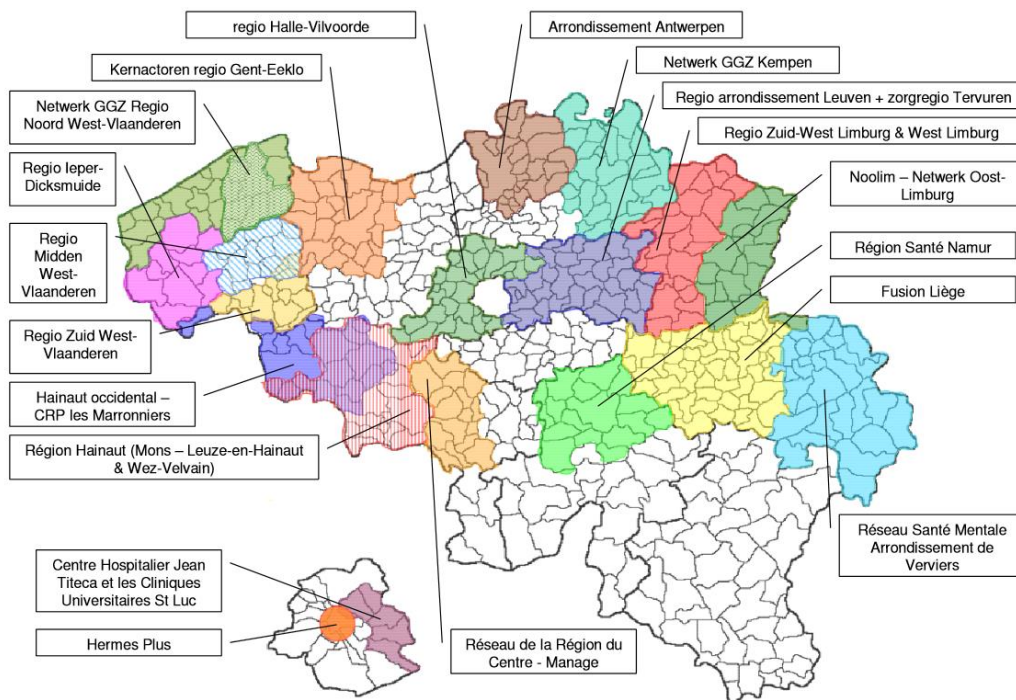
- Kernfunctie 1: activiteiten inzake preventie en promotie van de GGZ, vroegdetectie, screening en diagnosestelling
- Kernfunctie 2: ambulante intensieve behandelteams voor zowel personen met acute als chronische psychische problemen
- Kernfunctie 3: revalidatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie
- Kernfunctie 4: intensieve residentiële behandelunits voor zowel personen met acute als chronische psychische problemen wanneer een opname noodzakelijk is
- Kernfunctie 5: specifieke woonvormen waarin zorg aangeboden kan worden indien het thuismilieu of het thuisvervangend milieu hiertoe niet in staat is

(Gids '*naar een betere GGZ*', p.5, p.10-12)

De initiatiefnemers werken binnen dat kader hun netwerk uit binnen een zelf gekozen geografisch werkingsgebied.

Momenteel zijn er in België 19 initiatieven gestart: 2 Brusselse, 6 Waalse en 11 Vlaamse projecten. Figuur

1 geeft een overzicht van de spreiding van de projecten.



Figuur 1. Cartografie van de 19 Belgische projecten<sup>1</sup>

## 1.2 Doelstelling

Dit deel van het rapport focust op de vraag op welke wijze de projecten ervaringen hebben opgedaan bij de wijze waarop ze het netwerk en de samenwerkingsrelaties vormgeven en hoe ze te werk gaan bij de geografische uitrol van hun netwerk. Waar de eerste interimrapporten (Leys & De Roeck, 2012; Leys et al., 2013) de nadruk leggen op de planevaluatie, ligt de nadruk hier op de procesevaluatie, met bijzondere aandacht voor de ervaringen van de verschillende betrokken partners in het netwerk.

## 1.3 Methode

Voor een aantal projecten werd de “plananalyse” van de projecten die in de tweede ronde zijn gestart aangevuld op basis van documentenanalyse en interviews met netwerkcoördinatoren en promotoren (periode april 2014 tot juni 2014). (voor beschrijving methode zie Leys & De Roeck, 2012; Leys et al., 2013.)

In 2014 lag de nadruk op een analyse van de implementatie van het netwerk (door sommigen getypeerd als procesevaluatie, zie bijv. Swanborn (2007)). Onze benadering is sterk geïnspireerd door de uitgangspunten van Pawson & Tilley (2004) en Pawson (2013) die een pleidooi voeren voor “realist evaluation” waarin het dynamische samenspel tussen de randvoorwaarden (context) en de relaties en interacties tussen de spelers even cruciaal zijn als de gerealiseerde resultaten (outcome).

<sup>1</sup> <http://www.psy107.be/SiteFiles/Carto%20PSY107.juin2011.1a+1b+2%20new.pdf>

Dit deel probeert inzicht te krijgen in de ervaringen met de uitbouw van interorganisatorische netwerken, twee tot drie jaar na hun initiële opzet. Er wordt aandacht besteed aan faciliterende en belemmerende factoren voor het functioneren van het netwerk. De nadruk ligt op ervaringen met de ontwikkeling van het interorganisatorisch netwerk in functie van het geografisch werkingsgebied, de structuur en interactie binnen het netwerk, de netwerkcoördinatie en de rol van de netwerkcoördinator.

### 1.3.1 Interviews

#### *Gesprekken met coördinatoren en promotoren*

Een eerste idee over implementatie-ervaringen kregen we al op basis van de gesprekken met een aantal netwerkcoördinatoren en promotoren van de eerste cohorte projecten (zie Leys & De Roeck, 2012; Leys et al., 2013). Voor een aantal projecten uit de tweede cohorte moesten deze gesprekken begin 2014 nog gevoerd worden. Deze coördinatoren en promotoren werden in het eerste deel van het jaar bevraagd rond de opzet en uitrol van het netwerk en over welke interne en externe factoren volgens hen een impact hebben op de werking van het netwerk.

De werkwijze is identiek met degene die gehanteerd is in de eerste ronde. De coördinatoren en promotoren werden bevraagd in hun moedertaal in interviews die twee tot tweeënhalf uur duurden. Tijdens de interviews werd een semigestructureerde vragenlijst met algemene en project-specifieke topics als leidraad gebruikt, waarbij gestart werd met algemene, open vragen over de implementatie van het project in de regio. Stapsgewijs werden ook het geografisch werkingsgebied, netwerksamenstelling, samenwerking, netwerkcoördinatie, rol en functie van de netwerkcoördinator en de uitwerking van de kernfuncties bevraagd. De gesprekken werden opgenomen via digitale audiotapes. Naast de digitale geluidsopname werden ook notities genomen. Nadien werden de onderzoeksgegevens getranscribeerd en geanalyseerd.

#### *Gesprek met netwerkpartners*

De nadruk ligt op het achterhalen van reflecties en bedenkingen van de netwerkpartners. Die zijn verzameld via focusgroepen. Dit rapport is gebaseerd op focusgroepen bij 16 van de 19 projecten. 3 projecten worden pas aangesproken begin 2015.

De focusgroepen werden georganiseerd via de netwerkcoördinatoren. Via mail en telefonisch contact werd op voorhand duidelijk omschreven dat we vertegenwoordigers van kernpartners<sup>2</sup> aanwezig verwachtten op de focusgroep, maar dat andere netwerkpartners indien gewenst ook mochten deelnemen. Het was niet onze intentie om de promotoren en netwerkcoördinatoren te laten deelnemen aan het gesprek. De coördinatoren kregen de vraag om samen met de partners een voorkeursdatum met drie mogelijke alternatieven voor te stellen binnen de voorziene periode. Nadat een datum vastgelegd was, hebben we, op basis van de contactgegevens die we verkregen van de coördinatoren, de aanwezige partners een rechtstreekse uitnodiging gestuurd met verdere uitleg en de precieze doelstelling van de focusgroep. De Nederlandse en Franse introductie- en uitnodigingsbrieven zijn terug te vinden in bijlagen 1 en 2.

---

<sup>2</sup> Kernpartners hebben we omschreven als die partners die het project feitelijk aansturen en actief vorm geven

Tijdens de focusgroepen werd vooral gepeild naar de beleving en de ervaring van de partners: welke factoren ervaren de partners als faciliterend of als belemmerend voor de werking en de realisaties van het netwerk?

De focusgroepen werden gevoerd aan de hand van een topiclijst (zie bijlage 3). Vragen of topics werden waar nodig toegespitst op de specifieke kenmerken van een project, gebaseerd op informatie die we al ter beschikking hadden uit de eerdere interviews. Onderwerpen die in de focusgroepen aan bod kwamen, hadden betrekking op het geografisch werkingsgebied, het interorganisatorisch netwerk, de coördinatiestructuur, de rol van de netwerkcoördinator en de operationele uitwerking van de kernfuncties.

De focusgroepen vonden plaats in twee fasen in de periode van september 2014 tot december 2014, telkens op een door de projecten gekozen locatie. Het aantal aanwezige partners varieerde sterk van project tot project. De duur van de focusgroepen varieerde tussen anderhalf uur en tweeënhalf uur. Deelnemers werd verzekerd dat alle verkregen data geanonimiseerd zou worden. Deze groepsgesprekken werden opgenomen via een digitale geluidsrecorder en tegelijkertijd werden er notulen genomen. Om de onderzoeksgegevens te analyseren werden deze gesprekken in het Nederlands uitgeschreven, ook bij de Franstalige projecten. Nadien werd een thematische vergelijkende analyse uitgevoerd.

## 2 Geografisch werkingsgebied

### 2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk handelt over het de uitrol van de netwerken in het vooropgestelde geografisch werkingsgebied. Bij de uitwerking van hun project kregen de netwerken de kans om hun projectregio zelf af te bakenen. De keuzes en afwegingen die hierbij gemaakt zijn, werden besproken in het eerste interimrapport (Leys & De Roeck, 2012). In dit deel staan de ervaringen en visies van de netwerkpartners met de geografische uitbouw van de vijf functies centraal. Partners kunnen afkomstig zijn uit negen maatschappelijke sectoren: geestelijke gezondheidszorg (met een opdeling naar psychiatrische ziekenhuizen, PAAZ, CGG), algemene gezondheidszorg, welzijnssector, sector arbeid en vrije tijd, justitie, gehandicaptenzorg, niet-professionele sector, sector wonen en de sector onderwijs. De geografische uitbouw *per kernfunctie* werd tijdens de focusgroepen niet systematisch bevraagd. Het gaat om eerder algemene beschouwingen.

In het eerste deel van dit hoofdstuk hebben we het over de manier waarop de kernfuncties in de projectregio zijn uitgewerkt, zowel regionaal als subregionaal. Verder bespreken we de belangrijkste contextuele factoren die volgens de partners een grote impact hebben op de toegankelijkheid van zorg en de implementatie van de vijf functies.

### 2.2 Geografische uitrol van de kernfuncties

De meerderheid van de projecten kiest voor een gefaseerde uitwerking van de vijf kernfuncties. Projecten zijn overwegend begaan met het uitwerken en realiseren van kernfunctie 2. Een aantal projecten zet ook al in op andere kernfuncties en dan vooral kernfuncties 1 en 3.

Er zijn netwerken die al van bij de start een subregionale afbakening voor ogen hadden, maar er zijn ook netwerken die omwille van pragmatische redenen besloten hebben om de implementatie in subregio's uit te werken. Op basis van de gesprekken kunnen we drie types implementatiestrategieën identificeren:

- Regionale uitwerking van de mobiele teams met volledige dekking van het geografisch werkingsgebied
- Subregionale uitwerking van de mobiele teams met volledige dekking van het geografisch werkingsgebied
- Subregionale uitwerking van de mobiele teams met onvolledige dekking van het geografisch werkingsgebied.

Er is geen direct verband tussen de kenmerken van de regio (populatie, oppervlakte, stedelijkheidsgraad) en de gekozen strategie.

Op basis van de indicaties uit een aantal projecten streeft men er vooral naar om voor functie 3 een (aantal) voorziening(en) ter beschikking te stellen voor het hele afgebakende werkingsgebied (cfr een psychosociaal rehabilitatiecentrum en twee projecten investeerden in bestaande initiatieven rond vrije tijd en ontmoeting). (zie infra paragraaf 4.3.5 Uitwerking van de kernfuncties)

Bij enkele projecten kunnen we afleiden dat kernfuncties 4 en 5 voor de hele projectregio worden uitgewerkt, zij het dat de projecten het aanbod nog niet aan het concretiseren zijn. Enkele projecten inventariseren het bestaande zorgaanbod in hun regio en de hiaten om van daaruit de functies verder te ontwikkelen. Er worden contacten gelegd met partners binnen de betrokken sectoren en men leert



elkaars aanbod beter kennen, maar de projecten zijn nog bezig met de afstemming van de visie en de doelstellingen.

### 2.2.1 Contextuele factoren

In de gesprekken wordt een aantal factoren vermeld die de uitwerking van de vijf kernfuncties in de projectregio beïnvloeden.

#### *Beschikbaar aanbod en financiële middelen*

Het beschikbare aanbod van diensten in de regio en de financiële middelen worden systematisch vermeld als belangrijke determinanten voor de uitwerking van de kernfuncties.

De keuzes voor de uitwerking van de kernfuncties (in het bijzonder F2) worden geïnspireerd door de ongelijke spreiding van voorzieningen binnen de regio enerzijds en anderzijds de ingeschatte behoefte aan zorg. De wijze waarop met deze randvoorwaarden wordt omgegaan, verschilt:

- Een aantal projecten kiest om de kernfuncties eerst uit te werken in deelregio's met een grote behoefte aan zorg en een beperkt zorgaanbod (de hiaten). Sommigen werken eerst deze zones uit in functie van behoeften. Door de kernfuncties eerst op maat van de onderbedeelde regio's uit te bouwen, wordt aan hun noden voldaan zonder dat de uitwerking een kopie is van de operationalisatie in het beter bedeelde gebied. De vrees bestaat dat als eerst een model wordt uitgewerkt voor het beter bedeelde gebied, dit niet zomaar toepasbaar is voor het minder bedeelde gebied; dan zullen de lacunes en hiaten in het minder bedeelde gebied niet weggewerkt worden
- Andere projecten werken eerst op basis van het bestaande aanbod in de regio: ze werken de functies eerst uit in deelgebieden waar diensten historisch aanwezig zijn (vooral in functie van de zones waar bedden worden afgebouwd) en zullen op basis van de middelen die later vrijkomen beslissen welke andere regio's worden bediend.
- Eén project heeft de stap gezet om de rollen en opdrachten van partners in het netwerk op subregionaal niveau te herbepalen om het beschikbare aanbod te "optimaliseren". Daarbij hanteert men de redenering dat het netwerk het volledige spectrum van de opdrachten kan invullen via adequate doorverwijzing door lokale, subregionale samenwerking: door afspraken te maken rond doorverwijzing en door een bepaald deel van het zorgtraject op zich te nemen, kan de hele regio bediend worden met de beperkte resources die er zijn. Als er bijvoorbeeld een diagnostisch centrum in de buurt is, dan zal de diagnostiek aan hen overgelaten worden en kan het CGG zich op een ander deel van het zorgtraject concentreren.

Verder beïnvloeden de (beperkte) beschikbaarheid van financiële middelen mee de gemaakte keuzes zij het vanuit verschillende overwegingen. Bij de uitbouw van de mobiele teams (functie 2) zien we twee argumenten opduiken:

- Een aantal projecten kiest ervoor de financiële middelen in te zetten voor de uitbouw van de mobiele equipes in één of meerdere subregio's eerst met onvolledige dekking van het werkingsgebied, om eventueel in een later stadium uit te breiden naar de volledige projectregio. Men hanteert de logica: *"we gebruiken de middelen die we hebben uit de afbouw van de bedden, voor wat we kunnen"*. Wanneer er geen bijkomende middelen meer geboden worden, zien de partners het risico dat er geen mogelijkheden meer zijn om uit te breiden naar het volledige werkingsgebied.
- Andere projecten hebben ervoor geopteerd om de mobiele teams sowieso in te zetten in het volledige werkingsgebied.

Bij het aanwenden van de middelen zien we varianten:

- projecten die nauwelijks middelen hebben afkomstig van de afbouw van bedden,
- projecten die hun middelen verkrijgen uit de afbouw van bedden uit één ziekenhuis,
- projecten die middelen verwerven uit de afbouw van bedden in meerdere ziekenhuizen.

Meestal wordt een subregionale afbakening gemaakt rond de ziekenhuizen die middelen inbrengen (dus middelen blijven in se ziekenhuis-gebonden en subregio's worden gekozen in functie van de ziekenhuizen). De projecten met beperkte financiële middelen die de mobiele teams inzetten in de volledige projectregio bestrijken over het algemeen een kleine oppervlakte of een beperkt aantal inwoners.

Het werken in subregio's kan in de hand werken dat de facto "subnetwerken" ontstaan wat de coherentie van de netwerkaanpak en de beheersbaarheid van het netwerk op termijn bemoeilijkt. Projecten wijzen zelf op het risico van het werken in verschillende snelheden wanneer bepaalde functies eerst subregionaal in een beperkte regio geïmplementeerd worden. De uitbouw van de functies in de overige subregio's in een later stadium kan een vertragend effect hebben op het volledige netwerk.

### *Specifieke bekommernissen m.b.t. tot middelen en aanbod*

In projecten met minder middelen en minder aanbod van diensten stelt men zich de vraag hoe het model met de vijf kernfuncties in de toekomst verder uitgebreid kan worden als men op dit moment al kampt met een middelentekort. De partners vragen zich af of er sprake kan zijn van middelenherverdeling tussen de regio's om de hervorming door te kunnen zetten. Daaraan gekoppeld merken we ook de vrees binnen een aantal van deze projecten dat de overheid hen in een volgende fase van de hervorming zal vragen om nog meer bedden af te bouwen, want dat zou voor hen niet mogelijk zijn.

In twee projecten die het netwerk subregionaal uitrollen wordt de bezorgdheid geuit dat de beter bedeelde subregio's de minder bedeelde gebieden gaan overheersen, doordat er bij het nemen van beslissingen vooral rekening wordt gehouden met de regio's met een grote concentratie aan financiële middelen en organisaties. Daartegenover wordt dan gewezen op het feit dat de "beter bedeelde" of beter werkende subregio's getroffen zullen worden door een aanzuigeffect: deze regio's trekken de patiënten aan die nergens anders terecht kunnen. Alle 'moeilijkste' patiënten met een psychiatrische problematiek worden naar deze gebieden doorgestuurd, waardoor het risico bestaat dat zij op termijn geen andere patiënten meer kunnen aannemen.

In één project wijst men op potentiële coördinatieproblemen met bestaande zorgvormen, zoals de crisisbedden per provincie (EPSI) die ook ingebed zijn in ziekenhuizen die deel uitmaken van de netwerken: door de geografische netwerk-afbakening zouden deze zorgvormen potentieel niet meer toegankelijk zijn voor inwoners van een andere projectregio. Er moet in dat verband meer uitgeklaard worden wie wordt ingeschakeld voor welke problemen.

Projecten stellen zich ook de vraag of elk netwerk patiënten zal kunnen leiden naar de juiste dienst of voorziening, want niet alle netwerken beschikken over een aanbod voor alle doelgroepen. Het risico bestaat dat bepaalde patiëntengroepen nergens terecht kunnen voor hulp of begeleiding in de projectregio, met als gevolg dat deze patiënten alsnog uit hun persoonlijke leefwereld gehaald moeten worden om bij de gepaste hulpverlening terecht te komen. Dit risico geldt zowel op regionaal niveau tussen de regio's die de projecten bedienen als op subregionaal niveau binnen projecten.

Er wordt verder gewezen op het probleem van samenwerken tussen aangrenzende projectregio's. De

regioafbakening in de netwerken heeft mogelijk een invloed op de “bestaande natuurlijke patiëntenflows” of op de doorverwijzing van patiënten naar een ziekenhuis of organisatie in een andere projectregio als het gaat om een specifieke doelgroep of specifieke gespecialiseerde zorg.

Doorverwijzing van patiënten gebeurt vaak op basis van een samenwerkingsgeschiedenis tussen partners of op basis van de afstand en bereikbaarheid van een dienst of organisatie. Door de afbakening van de projectregio behoren bepaalde diensten of organisaties waar voordien vaak mee werd samengewerkt, nu soms tot een ander netwerk waarbij de vraag rijst of patiënten dan enkel aangewezen zijn op voorzieningen uit de nieuwe (cq andere) netwerken of nog gebruik mogen maken van voorziening die behoren tot een andere netwerk.

- Netwerkparters hebben het gevoel dat ze enkel ter beschikking mogen staan van de inwoners van het afgebakend geografisch werkingsgebied van het netwerk;
- De vrees bestaat dat bij een overload van patiënten voorzieningen deze zullen weigeren en eerder kiezen voor patiënten uit de eigen regio die opgevolgd worden door eigen mobiele teams. Als het patiënten zijn waar geen nazorg geboden kan worden of waar geen mobiele teams zijn, dan leeft bij de voorzieningen de vrees dat men niet meer van die patiënten af gaat geraken.

### *Toegankelijkheid en rechtvaardigheid*

De geografische (en subregionale) afbakening wordt door een aantal projecten als vrij artificieel ervaren, waarbij de vraag gesteld wordt of het nieuwe GGZ concept de toegankelijkheid van zorg voor iedereen kan vrijwaren.

Een aantal projecten geeft aan dat de strikte ‘artificiële’ geografische afbakening vanuit het perspectief van de patiënten kan leiden tot fundamentele onrechtvaardigheid. Niet alle patiënten hebben de ‘luxe’ om in een goed bedeelde regio te wonen. Met andere woorden: niet iedereen heeft dezelfde mogelijkheid om gepaste zorg te krijgen.

In het verhaal over toegankelijkheid komt het aspect mobiliteit frequent naar voor. Patiënten en hun familie zijn vaak afhankelijk van het openbaar vervoer om ergens te geraken en het bereiken van zorg wordt bemoeilijkt wanneer zij bijvoorbeeld maar eens per uur een bus kunnen nemen. Ook bij de mobiele teams zorgen de afstanden of de files soms voor problemen. Wanneer er maar één mobiel team is in grotere of zeer landelijke regio’s waar de patiënten ver uit elkaar wonen en lange afstanden afgelegd moeten worden, zijn deze equipes ongeveer 1/3 van hun tijd onderweg. Afstand speelt ook een grote rol in de uitwerking van kernfunctie 3. Bij psychosociale rehabilitatie is het belangrijk dat dagbesteding in de buurt aangeboden kan worden, zonder dat de patiënten zich te ver moeten verplaatsen. Het mobiliteitsprobleem leidt er dus soms toe dat niet alle patiënten bereikt worden, zowel o.w.v. het feit dat personen met een psychiatrische problematiek zelf moeilijk bij de zorgverleners geraken, als o.w.v. het feit dat de mobiele teams soms zeer lang onderweg zijn van de ene patiënt naar de andere. De verplaatsingskosten lopen op deze manier ook heel snel op. De projecten geven aan dat het belangrijk is dat dit efficiënt georganiseerd wordt wanneer de regio’s in de toekomst geformaliseerd worden.

### *Cultuurverschillen*

In drie projecten is duidelijk geworden dat subregionale cultuurverschillen een impact hebben op de wijze waarop moet (leren) samengewerkt worden. Dat kan variëren van verschillen in waarden, normen of gewoonten. Twee projecten verwijzen naar ideologische verschillen tussen partners, maar diep zijn we hier nog niet op ingegaan.

### *Stedelijkheidsgraad*

Projecten uit grootsteden worden geconfronteerd met de specifieke problemen van de grootstad. Bovendien gaat het om complexe netwerken wat de samenwerking op zich al compliceert.

### *Regelgevend kader*

In veel focusgroepen wordt gewezen op de complexiteit van de politieke beleidsniveaus en de verschillende regelgevende kaders die samenwerken niet altijd vergemakkelijken.

In sommige projecten wijzen CGG's erop dat het participeren aan de hervorming van de GGZ bemoeilijkt wordt door het regionale regelgevend kader (o.a. met betrekking tot het feit voor welke regio ze nu activiteiten moeten ontwikkelen). De Vlaamse CGG's stellen dat ze vanuit de Vlaamse overheid sterk worden aangemoedigd om deel te nemen, maar ze krijgen geen extra middelen om zich ten volle in te zetten voor de hervorming.

Bij de uitwerking van kernfunctie 5 blijft de onduidelijkheid rond de toekomstige regelgeving rond beschut wonen wegen, waardoor de projecten soms een afwachtende houding aannemen. Daarnaast wordt ook de verouderde regelgeving opnieuw aangehaald: er is meer nood aan individuele woonvormen en de bestaande collectieve woonvormen zijn slechts toereikend voor een beperkt aantal patiënten, waardoor sommige patiënten (o.a. patiënten met een dubbeldiagnose) niet opgenomen kunnen worden.

#### **KERNBOODSCHAPPEN**

**Er worden verschillende strategieën gehanteerd voor de uitrol van functie 2:**

- **Regionale uitwerking van de mobiele teams met volledige dekking van het geografisch werkingsgebied**
- **Subregionale uitwerking van de mobiele teams met volledige dekking van het geografisch werkingsgebied**
- **Subregionale uitwerking van de mobiele teams met onvolledige dekking van het geografisch werkingsgebied.**

**De keuzes voor een regionale uitrol van het netwerk worden sterk geïnspireerd door het aanwezige aanbod in (sub) regio's en door keuzen m.b.t. aanwending van beschikbare middelen**

**Projecten maken zich zorgen over de toegankelijkheid van zorgvoorzieningen in de minder bedeelde regio's en voor specifieke doelgroepen. De ervaringen doen vermoeden dat sommige patiënten worden geweigerd tussen (sub)regio's**

**Er worden potentiële spanningen gesignaleerd over de regionale organisatie van zorg mbt de rol van gespecialiseerde ziekenhuizen en -diensten en de coordinatie met initiatieven zoals EPSI**

**Subregionale cultuurverschillen hebben een impact op de wijze waarop moet (leren) samengewerkt worden**

**De complexiteit van de politieke beleidsniveaus en de onzekere, maar verwachte veranderingen, in regelgevende kaders bemoeilijken het uitwerken van de samenwerking op regionaal vlak**

## 2.3 Ervaringen van netwerkpartners.

In dit deel vatten we een aantal ervaringen van partners uit de projecten samen. We herhalen in dit verband dat niet alle sectoren bij elke focusgroep vertegenwoordigd waren.

### 2.3.1 Partner-overstijgend

#### *Verschillende partners, verschillende regionale gebieden*

Er duiken spanningsvelden op wanneer de afbakening van een regio door de netwerken niet overeenstemt met de regio's waarin de partners actief zijn. Vooral eerstelijnspartners – zoals CAW, huisartsen, CGGs – wiens werkingsgebied ruimer is dan de projectregio, ervaren moeilijkheden. Er stelt zich dan vooral een probleem rond (door)verwijzing of doorstroom van hun patiënten omdat het niet altijd mogelijk is ze in te bedden in een 107-netwerk.

In de gesprekken wordt er door sommige partners op aangedrongen de coördinatie van zorgregio's per type sector door de overheid te laten bewaken, in de hoop dat de regio's zo worden afgebakend dat ze zijn afgestemd op de lokale noden en karakteristieken en voor verschillende types voorzieningen helderheid scheppen voor wie ze werken.

In de gesprekken kwam ook het eerder gesignaleerde probleem van de 'blinde vlekken' in België aan bod. Voorlopig is het Belgisch grondgebied door de 19 projecten lang niet volledig bediend. In verschillende netwerken stelt men zich de vraag wat er met de afgebakende werkingsgebieden zal gebeuren wanneer er beslist wordt om de hervorming over heel België te laten plaatsvinden. Zullen de bestaande projectregio's behouden worden of zullen er veranderingen optreden wanneer er bijkomende projecten worden opgezet?

#### *Participatie in meerdere netwerken*

Omdat de werkingsgebieden van de netwerkpartners niet altijd overeenstemmen met de afgebakende projectregio's, participeren sommige partners in meerdere netwerken. Deze partners geven aan dat het vermoeiend is en dat het veel tijd vraagt om in verschillende netwerken actief te zijn. Ten eerste omdat er vaak vergaderd wordt en ten tweede omdat de projecten vaak verschillen in hun manier van werken: men hanteert verschillende visies en er moeten verschillende procedures gevolgd worden. Het feit dat de partners niet in elk netwerk dezelfde functie opnemen en dus afwisselend actief zijn op strategisch of operationeel niveau, maakt het nog ingewikkelder.

#### *Concurrentie of competitiviteit*

Afbakening van werkingsgebieden brengt spanningen met zich mee, zowel tussen als binnen netwerken. Er wordt gewezen op territoriale concurrentie tussen regio's en (sub)regio's. De spanningen treden op wanneer de patiënten niet op dezelfde manier bejegend worden (cfr zorgaanpak). Een bijzonder probleem duikt op wanneer men de keuzevrijheid van de patiënten wil vrijwaren en ook de (sub)regionale werking van een mobiel team. De garantie van keuzevrijheid kan conflicterend zijn met de afbakening van regiogrenzen voor mobiele teams.

(Sub)regionale concurrentie kan er toe leiden dat diensten of organisaties verkiezen om bepaalde patiëntengroepen of patiënten uit andere (sub)regio's niet meer op te nemen, omdat ze nadien niet meer terug gestuurd kunnen worden als er geen na- of thuiszorg voorzien is. Deze patiënten blijven dan opgenomen, waardoor andere patiënten de kans tot opname ontnomen wordt. Het reële risico dat door de

partners wordt gezien is dat men gaat zeggen “eigen volk eerst”. Om deze spanningen te vermijden willen partners dat er meer heldere richtlijnen of afspraken gemaakt worden rond het kunnen en mogen volgen van patiënten buiten het eigen werkingsgebied of met betrekking tot het overdragen van patiënten aan een andere mobiele equipe.

Ook de werkingsgebieden van projecten kunnen elkaar overlappen, met soms moeilijke discussies tussen netwerken als gevolg. Dergelijke territoriumconflicten zouden vooral bij de opzet van de netwerken en de mobiele equipes opgedoken zijn, maar er zou een spontane evolutie zijn geweest naar hanteerbare afspraken of het naast elkaar werken zonder structurele afspraken, vooral ook omdat de werklast van de mobiele teams gaandeweg is toegenomen.

### 2.3.2 Ziekenhuizen

Werken in een afgebakende regionale zone doet vooral vragen rijzen in de sectorafbakening van de (psychiatrische) ziekenhuizen. Over het algemeen is men het erover eens dat (gespecialiseerde) ziekenhuizen of ziekenhuisdiensten nog steeds patiënten moeten kunnen opvangen van buiten de eigen netwerkregio. Er bestaat redelijke eensgezindheid dat voor gespecialiseerde zorg tussen de netwerken supra-regionaal kan worden samengewerkt.

- In één project gaat de vertegenwoordiger van een PZ er niet mee akkoord dat de verantwoordelijkheid voor een patiënt enkel gebaseerd wordt op het principe van de zone waaruit hij of zij komt. Hij vindt dat PZ'en een opdracht hebben die netwerkregio-overschrijdend is.
- In één PZ wijst men op het bestaande risico om enkel personen uit de geografische regio op te nemen als gevolg van de afbouw van bedden. In deze regio met een beperkt PZ-aanbod, is de vraag veel groter dan het aantal beschikbare bedden, waardoor eerder geopteerd wordt voor de opname van iemand uit de projectregio, waarvan men weet dat hij/zij nadien opgevolgd kan worden door een mobiel team.

Een vertegenwoordiger van een PAAZ-dienst merkt op dat de uitbouw van de netwerken en mobiele teams en door de creatie van het (sub)regionaal zorgnetwerk precies toelaat dat patiënten vaker thuis behandeld worden en op die manier de opdracht van de PAAZ in het zorgcontinuüm positief beïnvloedt.

### 2.3.3 Centra Geestelijke Gezondheidszorg

Hoewel de werkingsgebieden voor partners uit de ambulante zorg niet altijd overeenstemmen met de afgebakende projectregio, vindt men het wel positief dat een multisectoriële samenwerking ontstaat op loco-regionaal vlak.

Zoals eerder al aangehaald wijzen vertegenwoordigers van CGG's op het probleem dat ze door de omschrijving van het werkingsgebied van het CGG in verschillende netwerken participeren. Er stelt zich volgens hen ook het probleem dat patiënten die zich bij het CGG aanmelden mogelijk niet in het netwerk kunnen worden doorverwezen als die buiten de projectgrenzen wonen.

In dat verband wijst een vertegenwoordiger van een Waalse SSM op een paradox: aan de ene kant lijkt het logisch om zorg te bieden in de nabijheid van de woonomgeving, maar aan de andere kant mag de organisatie zich niet afsluiten voor andere patiënten, want iedereen heeft recht op gepaste zorg. Een territoriale verantwoordelijkheid van SSM's is in een lokaal zorgaanbod te voorzien, maar ook een zekere flexibele aanpak hebben is nodig om de zorgcontinuïteit te kunnen garanderen, ook voor patiënten van buiten de eigen regio. De ervaring in de eerste jaren van de uitrol van het project leert nu al dat patiënten niet altijd worden opgenomen in een SSM in een andere regio wanneer de patiënt verhuist.



### 2.3.4 Psychiatrisch verzorgingstehuis - Initiatieven beschut wonen

Ook in IBW's wordt over het algemeen positief gereageerd op het principe dat bruggen tussen de verschillende organisaties binnen de projectregio worden gelegd. Maar ook hier worden knelpunten gesignaleerd.

In twee projecten wordt er door vertegenwoordigers van PVT en IBW op gewezen dat patiënten vóór het project 107 gemakkelijker in een andere voorziening terecht konden, bijvoorbeeld wanneer er wachtlijsten in de eigen instelling waren. Nu is dat moeilijker wanneer die voorzieningen waar een natuurlijke samenwerking mee bestond, in een andere regio gesitueerd zijn.

In één project zijn PVT-partners van mening dat een netwerk open moet staan voor iedereen en niet enkel voor de inwoners van het werkingsgebied. Wonen is een basisrecht; patiënten moeten kunnen kiezen waar ze willen wonen.

### 2.3.5 Verslavingszorg

Het programma 'naar een betere GGZ' heeft in het laatste jaar ook aangestuurd om openingen te creëren naar de verslavingszorg. Een aantal partners uit de verslavingszorg die zijn ingestapt rapporteren door die participatie indicaties dat een betere toegang wordt verkregen tot diensten en organisaties in de regio waar voordien niet mee werd samengewerkt. In een grootstedelijk projecten wordt erop gewezen dat het niet noodzakelijk duidelijker is bij welke partners ze terecht kunnen, maar dat heeft meer te maken met de complexiteit van het netwerk, dan met de regio-afbakening op zich.

### 2.3.6 Huisartsen

De uitspraken over de huisartsen werden in de focusgroep gebracht of verwoord door andere partners dan de huisartsen zelf.

Huisartsen ontvangen in veel gevallen ook patiënten van buiten de projectgrenzen. Net zoals andere partners moeten huisartsen als gevolg van de geografische afbakening soms relaties onderhouden met meerdere netwerken om hun patiënten op de best mogelijke manier te oriënteren.

De zorgregionale insteek kan een negatieve impact hebben op de relatie met de huisartsen, omdat niet alle patiënten met mentale kwetsbaarheid opgevangen worden. Om te vermijden dat huisartsen bepaalde patiënten niet kunnen doorverwijzen naar netwerkpartners, vindt één project het raadzaam om de hervorming zo snel mogelijk over heel België uit te rollen, zodanig dat de 'blinde vlekken' verdwijnen en iedereen betrokken kan worden. In een ander project vinden de partners het belangrijk om de huisartsen te betrekken bij het sector-overschrijdend nadenken over de organisatie van de GGZ.

In bepaalde projecten wordt erop gewezen dat de samenwerking met "maisons médicales" soms makkelijker verloopt dan met individuele huisartsen omdat zij strikte territoria als een belangrijke voorwaarde zien om zorgcontinuïteit te kunnen bieden. De "maisons médicales" hebben onderling ook de afspraak dat ze elkaars patiënten altijd zullen overnemen wanneer in één van deze centra geen patiënten meer opgenomen kunnen worden of wanneer patiënten verhuizen naar een andere regio.

### 2.3.7 Sociale sector

Zoals hierboven al aangehaald, bemoeilijkt het werken in een geografische projectregio ook de inbreng van CAW's die zelf niet werken volgens dezelfde regio-indeling als het netwerk, waardoor bepaalde patiënten op basis van hun woonplaats wel of niet terecht kunnen bij de participerende partners.

## **KERNBOODSCHAPPEN**

**Er ontstaan mogelijke coördinatieproblemen in het zorg leveren aan patiënten als de “zorgregio’s die individuele partners bedienen niet overeenstemmen met de zorg(sub)regio die het netwerk heeft afgebakend: hier wordt verwezen naar huisartsen, (gespecialiseerde) ziekenhuizen, CGG, CAW, OCMW, PVT en IBW die erop wijzen dat doorverwijzen van patiënten naar andere regio’s moeilijker lijkt te worden binnen de hervorming. Die spanning houdt ook verband met het feit dat nog niet heel België is bediend door netwerken.**

**Er leeft bezorgdheid dat netwerken uit historisch minder bedeelde regio’s in termen van voorzieningen en middelen blijvend met een capaciteits- en middelenachterstand zullen geconfronteerd blijven.**

**De subregionale uitwerking van netwerken houdt een gevaar in dat verschillende subregio’s heel verschillende snelheden hebben en dat grote verschillen zullen ontstaan tussen subregio’s in eenzelfde netwerk.**

**Er zou een soort territoriale concurrentie kunnen ontstaan tussen subregio’s binnen netwerken als de inhoudelijke zorgbenadering niet coherent en consistent is.**

## **3 Interorganisatorische netwerken**

### **3.1 Inleiding**

Dit hoofdstuk beschrijft de ervaringen van de organisaties die deel uitmaken van een interorganisatorisch netwerk. Wij vetrekken vanuit de volgende werkdefinitie van een interorganisatorisch netwerk (vergelijk O’Toole, 1997; Turrini et al., 2010; Popp, MacKean, Casebeer, Milward, & Lindstrom, 2013):

“Een geïnstitutionaliseerde samenwerking van meerdere autonome organisaties die bewust is opgericht met het oog op het realiseren van een gemeenschappelijke doelstelling omdat individuele organisaties alleen de vooropgestelde maatschappelijke doelstellingen niet kunnen realiseren.” (Leys et al., 2013)

In het eerste deel focussen we ons op de structuur van het netwerk. We bespreken eventuele veranderingen in de samenstelling van het netwerk en gaan dan over naar de ervaringen van de partners met het werken in de huidige netwerkstructuur. In het tweede deel belichten we een aantal aspecten die de samenwerking beïnvloeden.

### **3.2 Samenstelling van het netwerk**

Netwerkcomplexiteit wordt gedefinieerd als het aantal partners binnen het netwerk en de mix van maatschappelijke sectoren waaruit deze partners afkomstig zijn. Hoe groter het aantal partners binnen het netwerk en hoe sterker de mix van maatschappelijke sectoren, hoe complexer het netwerk. (zie Leys et al., 2013; Mitchell & Shortell, 2000; Schumaker, 2002).

We willen erop wijzen dat we de verschuivingen binnen de netwerken enkel bespreken op basis van zelfrapportage en we zijn ons er van bewust dat we mogelijk niet alle veranderingen hebben gecoverd omwille van methodologische beperkingen van onze onderzoeksstrategie.



### 3.2.1 Complexiteit van het netwerk als geheel

In verschillende netwerken zijn nieuwe partners opgenomen. De meest geciteerde nieuwe partners zijn de patiëntenverenigingen en/of ervaringsdeskundigen en partners uit de verslavingszorg.

De vermelde achterliggende redenen om de verslavingszorg aan boord te nemen zijn: (i) er is een verband tussen verslaving en psychiatrische problematiek, (ii) er is in het geografisch werkingsgebied weinig uitgewerkt rond verslavingszorg en (iii) de FOD heeft aanbevolen om verslavingszorg mee te betrekken bij het project.

- In verschillende netwerken worden sociale diensten (OCMW's), familieorganisaties, SEL en organisaties uit de sector tewerkstelling mee aan boord genomen.
- Eén netwerk is uitgebreid met PZT-dienst en een PZ.
- Eén project heeft de vereniging voor personen met een handicap mee aan boord genomen, omdat daar op terrein ook al een tijd mee werd samengewerkt.
- In twee netwerken zijn nu ook partners opgenomen die werken rond interneringstrajecten.
- Eén project heeft een huisarts aangeworven die een brugfunctie moet vormen tussen het netwerk en de huisartsen in het geografisch werkingsgebied, omdat deze beroepsgroep vaak moeilijk te betrekken is. Deze aangenomen huisarts zou ook alle LOK's in de regio bezoeken om iedereen op de hoogte te brengen van het project.

De behoefte om nieuwe partners op te nemen gaat in veel gevallen hand in hand met het uitwerken van andere functies dan F2.

In geen enkel project zouden er de voorbije jaren partners vertrokken zijn, maar er worden wel veelvuldige indicaties gegeven dat het lastig is om alle mogelijk partners even gemotiveerd en betrokken te houden. Er wordt vooral op gewezen dat de betrokkenheid vergroot als partners ook in zekere mate hun behoeften en belangen in het netwerk gerealiseerd zien, vooral omdat de (tijds)investering groot is en het werk moet gecombineerd worden met het werk in de eigen organisatie.

Een groot netwerk wordt door de partners van enkele projecten als positief ervaren, want het maakt het moeilijker voor één partner om de wet te stellen. In deze netwerken halen respondenten aan dat grootte de legitimiteit van het netwerk versterkt. Een groot netwerk brengt volgens de partners echter ook enkele nadelen met zich mee. Voor de medewerkers op het terrein is het soms moeilijker om te weten wie te contacteren in welke situatie. Bovendien bestaat het risico op immobilisme wanneer te veel partners mee de richting van het netwerk bepalen, waarbij een middenweg gezocht moet worden tussen enerzijds het te veel willen inperken van verschillende meningen, identiteiten, etc., waardoor partners zich miskend kunnen voelen en anderzijds het te weinig willen inperken van verschillende visies waardoor men met te veel verschillende standpunten rekening moet houden. (zie ook hoofdstuk besturen)

Verder zien we dat specifieke ervaringen op het operationele niveau een impact kunnen hebben op de retentie van partners. In één project is er aangehaald dat bepaalde partners uit het netwerk zouden stappen indien bepaalde andere partners niet aan het patiëntenoverleg mochten deelnemen (bijv. betrokken worden bij patiëntenoverleg is voor sommige partners deontologisch moeilijk in een project, in die mate dat sommige partners dreigen met eruit te stappen).

### 3.2.2 Complexiteit op functieniveau

Er hebben zich evenmin fundamentele verschuivingen voorgedaan op functieniveau. Netwerken introduceren nieuwe partners eerder pragmatisch naarmate meer functies worden opgepakt. We hebben

geen indicaties dat er partners zijn uitgestapt. Veel projecten werken nauwelijks vanuit een geïntegreerde visie op de vijf functies. Het gevolg is dat de facto per functie aparte subnetwerkjes worden gecreëerd, die op hun beurt zelfs subregionaal worden uitgewerkt.

## **KERNBOODSCHAPPEN**

**De samenstelling van de netwerken is weinig fundamenteel bijgestuurd**

**Partners worden over het algemeen “pragmatisch” toegevoegd naarmate meer aandacht gaat naar de uitwerking van nieuwe functies**

### **3.3 Samenwerken: het proces**

#### **3.3.1 Elkaar beter leren kennen**

Over het algemeen komt uit de gesprekken naar voor dat een belangrijke winst van het project in de eerste jaren is dat sectoren en partners elkaar “leren kennen”. Het netwerk draagt er in dit stadium vooral toe bij dat partners beter zichtbaar zijn en dat men “gezichten kan kleven” zowel op het strategische niveau als op het werkveld. Op die manier kan ook een directe dialoog starten over taak- en rolafspraken. Maar alles gebeurt pragmatisch en (zeer) stapsgewijs. Organisaties in de zorg blijken bijzonder weinig van elkaar te kennen. Op dit moment is één van de grootste winsten de betere bekendheid tussen GGZ- en niet-GGZ-partners, alsook tussen residentiële en ambulante psychiatrische hulpverlening. Door elkaar te leren kennen kan gewerkt worden aan eventuele misvattingen over de wijze waarop gewerkt wordt en kan beter worden doorverwezen naar de partners die de adequate zorg kunnen aanbieden.

Hoewel het elkaar leren kennen als zeer positief wordt ervaren komt uit de gesprekken naar voor dat er nog een lange weg is te gaan en dat er “op het terrein” nog niet veel effecten van te zien zijn. Iedereen wijst er op dat men op dit vlak nog maar in het prille stadium zit. Het reflexmatig beroep doen op de complementariteit van de verschillende diensten binnen de regio om samen met de patiënt het zorgtraject op te nemen is nog maar in een beperkt aantal projecten aanwezig. Slechts een beperkt aantal netwerken heeft de bestaande lacunes en noden in het zorgaanbod in kaart gebracht, om de betrokken netwerkpartners een duidelijke rol te geven om complementariteit en subsidiariteit in een regio te kunnen vormgeven.

#### *Erkenning van de expertise van partners binnen het netwerk*

In verschillende projecten horen we vanuit de patiëntenverenigingen en/of ervaringsdeskundigen dat hun expertise stapsgewijs een plaats krijgt in het netwerk. Er wordt naar hen geluisterd en er wordt ook echt rekening gehouden met de aanbevelingen die ze doen en de standpunten die ze innemen. De belangrijkste problemen die in dit verband optreden is het leren omgaan met het perspectief en de taal van waaruit over zorg wordt gepraat.

Het aanvaarden van de expertise en inbreng van verschillende partners is in sommige projecten nog een werkpunt.

- Sommige projecten pleiten voor een heterogeniteit in het aanbod en werkprincipes van verschillende partners en pleiten voor een acceptatie van ieders expertise: in deze benadering denkt men zorg op maat te kunnen bieden zonder alles in standaard zorgpakketten te gieten. Het respecteren van ieders

benaderingswijze is een voorwaarde om een gediversifieerd aanbod te kunnen bieden. Het netwerk hoopt er zo voor te zorgen dat heel diverse partners zo actief betrokken blijven bij het netwerk, zonder dat zij hun eigenheid moeten veranderen. Dat betekent ook dat er overlap kan zijn in het aanwezige zorgaanbod, maar omdat niet iedereen op dezelfde manier werkt wordt die diversiteit eerder als een meerwaarde dan als een inefficiëntie ervaren.

- Andere projecten leggen meer de nadruk op complementariteit van expertise (meer dan heterogeniteit<sup>3</sup>). Het erkennen van expertise en een uitgaan van de eigen grenzen kan er toe leiden dat men sneller beroep zal gaan doen op partners die in bepaalde activiteiten gespecialiseerd zijn. Het erkennen van de expertise geeft de partners binnen het netwerk een eigen rol, waardoor ze echt onderdeel uitmaken van het geheel.

In een aantal gesprekken komt expliciet aan bod dat het erkennen van expertise van bepaalde partners nu een heikel punt is. Vooral niet-GGZ-partners voelen zich soms miskend: de woonzorgpartners of andere sociale diensten worden volgens sommige projecten niet erkend in het kunnen detecteren van een crisissituatie. Dit gebrek aan erkenning belemmert de opbouw van het vertrouwen tussen de partners.

- PAAZ'en hebben vaak al jarenlange ervaring met het bieden van hulpverlening via outreaching, maar niet elk psychiatrisch ziekenhuis wil luisteren naar deze ervaringen. Dit wekt de indruk bij sommige PAAZ-partners dat zij als minder belangrijk worden gezien als netwerkpartner.
- In één project positioneert het ziekenhuis zich als de kernpartner die zelf kan en wil blijven bepalen hoe er gewerkt moet worden. Het ziekenhuis vindt niet dat partners uit de ambulante sector hen iets kunnen leren.

### *Vertrouwen*

Het vertrouwen groeit, mede doordat men elkaar beter leert kennen. Vertrouwen heeft een belangrijk invloed op het samenwerken. De gesprekken leren dat een verschil bestaat tussen vertrouwen op bestuursniveau (cfr ook infra) en vertrouwen tussen de partners op het werkveld.

Het vertrouwen tussen partners wordt opgebouwd wanneer men op elkaar kan rekenen voor ondersteuning, en het heen- en terugverwijzen na een tijdelijke overname van de patiënt.

Verder groeit het vertrouwen als de visie op zorgverstrekker tussen de partners wordt gedeeld. Als men weet dat partners werken in dezelfde "filosofie" wordt het makkelijker patiënten te laten doorstromen tussen partners; andersom leert de ervaring dat het vertrouwen beschadigd wordt wanneer de zorgbenadering van patiënten verschilt. In de meeste netwerken is voor het opbouwen van onderling vertrouwen tussen partners nog een lange weg af te leggen.

Tussen de partners die al een samenwerkingsgeschiedenis hebben, is het vertrouwen het grootst. De voorgeschiedenis van samenwerken tussen partners wordt in verscheidene projecten gezien als een goede basis om op verder te bouwen, omdat er gewerkt wordt met mensen die gekend zijn. Het netwerk is vooral een middel om de samenwerking te intensifiëren en om (nog) meer mensen in het verhaal van samenwerking actief te betrekken.

---

<sup>3</sup> Heterogeniteit en complementariteit sluiten elkaar overigens niet uit

Tezelfdertijd speelt het risico dat binnen een netwerk verschillen ontstaan tussen “oudgedienden” die elkaar al kennen en “nieuwkomers”. (bijv. in het werk zullen de actoren nog altijd sneller beroep doen op de partners uit hun eigen oorspronkelijke informele netwerk, dan op de partners uit het gehele netwerk).

### 3.3.2 Verwachtingen

Individuele verwachtingen van partners over de meerwaarde van het netwerk en de verwachtingen van het netwerk als geheel sluiten niet altijd bij elkaar aan. Dit kan een bron van spanning zijn omdat het netwerk niet alle individuele verwachtingen (meteen) kan opvangen.

- In bepaalde projecten heeft men het gevoel dat de partners verwachten dat het netwerk alle knelpunten zal oplossen. Verschillende sectoren bij wie het werken met psychiatrische patiënten niet hun kerntaak is, zouden naar het netwerk kijken om al deze problemen op te lossen. Ook de PAAZ'en hebben soms zeer hoge verwachtingen van het netwerk om de psychiatrische begeleiding te optimaliseren.

Er wordt in dit proces gewezen op het “ongeduld” van sommige partners om de sector te hervormen – en dan vooral om hun eigen problemen op te vangen. Bovendien zijn de partners zelf vaak grote organisaties met veel medewerkers op het terrein die meer tijd nodig hebben om iedereen op de hoogte te brengen van de hervorming en de verwachtingen en doelstellingen van het netwerk dan kleinere organisaties.

Er wordt in dat verband ook op gewezen dat niet iedereen altijd voldoende beseft dat de hervorming niet alleen een hervorming is van de psychiatrische sector, maar van de hele GGZ en ook andere sectoren.

De ervaring met het uitwerken van F2 leert dat ook de verwachtingen van partners onderling kunnen verschillen rond de mobiele teams. Dat kan tot frustraties en spanningen leiden. Het maken van goede afspraken en de afstemming tussen de mobiele equipes en de netwerkpartners is dus cruciaal.

- In sommige interviews is er op gewezen dat het gevaar bestaat dat mobiele crisisteams worden gebruikt als middel om patiënten te laten opnemen op de crisiseenheid van een ziekenhuis, vanuit onmacht bij ambulante hulpverleners of hulpverleners op een spoedafdeling om de patiënten toch de gepaste zorg te kunnen bieden.
- Er wordt op gewezen dat soms niet realiseerbare verwachtingen opduiken. Bijvoorbeeld het vooraf aan huis gaan bij elke gedwongen opname is voor de mobiele teams onmogelijk vanuit een gebrek aan middelen.

### 3.3.3 Duidelijke rolafbakening

Het afbakenen van duidelijke rollen en taken kan een positief effect hebben op de samenwerking en verkleint het risico op concurrentie en competitiviteit tussen de netwerkpartners. Toch merken we dat deze rol- of taakafbakening in verschillende projecten ontbreekt of nauwelijks aanwezig is. Projecten die afspraken hebben rond de rollen en de taken van partners, verklaren dat het gemakkelijker is om te weten wie te contacteren in welke situatie.

Partners duiden in alle gesprekken op het belang van een heldere definiëring van ieders taak en rol: (i) samenwerking wordt bemoeilijkt wanneer partners niet weten welke rol zij opnemen binnen het netwerk, (ii) onduidelijke taakverdeling of rolafbakening kan er ook toe leiden dat organisaties hun verantwoordelijkheid niet opnemen en (iii) het risico bestaat dat organisaties dubbele rollen opnemen, waardoor opnieuw concurrentie of competitiviteit kan ontstaan.

Binnen dat algemene principe zien we dat er in de praktijk ook nog onduidelijkheden of meningsverschillen bestaan over wie welke rol kan gaan invullen.

### *Positionering van netwerkpartners binnen de vijf functies*

Uit de interviews komt naar voor dat een aantal partners vindt dat ze mogelijk meer en anders kunnen betrokken worden (in onderdelen van het netwerk):

- In verschillende netwerken wordt door de CGG's aangehaald dat zij sterk gesolliciteerd worden om functie 1 op zich te nemen, terwijl deze kernfunctie volgens hen maar deels aansluit bij hun werking. De werking van CGG's is breder dan functie 1; zij vinden dus dat ze ook in andere functies thuishoren.
- In één netwerk wordt een casemanager uit een ziekenhuis naar eigen mening te weinig betrokken bij de uitwerking van functie 2. De casemanager werkt al jaren outreachend en vindt dat er te weinig beroep wordt gedaan op deze kennis en ervaring.
- Eén netwerk kaart aan dat de werking van alle partners waarvan werken met personen met een psychiatrische of GGZ-problematiek niet tot de kerntaak behoort, ruimer is dan de activiteiten die binnen kernfunctie 1 uitgevoerd moeten worden, hoewel zij vaak de partners zijn die deze functie op zich moeten nemen.
- Familieverenigingen vinden het belangrijk om in elke functie betrokken te worden – wat nog niet altijd het geval is – aangezien zij instaan voor de families.
- Partners uit de verslavingszorg vinden dat zij niet binnen één functie gepositioneerd kunnen worden; ze hebben betrekking op elke kernfunctie. Deze partners hebben in één netwerk het gevoel dat ze over het algemeen te weinig betrokken worden.
- Uit de interviews komt naar voor dat sociale diensten en CAW's vaak nog zoeken naar hun positie.
- Enkele andere netwerken hebben bedenkingen bij de positie van IBW's, in die zin dat zij betrokken zijn bij kernfunctie 5, maar dat hun opdracht deels lijkt te overlappen met de opdracht van de 2b-teams. Het is niet voor iedereen duidelijk wat het inhoudelijke verschil is tussen een begeleider beschut wonen en een begeleider van het 2b-team. Deze functies hebben begeleidingsinhoudelijk een grote overlap, wat de vraag doet rijzen of het twee aparte functies moeten zijn.
- In een netwerk rijst de vraag of de reguliere zorg behoort tot functie 1 of tot functie 4.

Het niet weten waar zich te positioneren kan vermoeidheid creëren bij de partners, waardoor zij kunnen afhaken. Duidelijke rolafbakening kan dit voorkomen.

### **3.3.4 Betrekken van partners in netwerkactiviteiten**

De vraag of alle belangrijke partners voor het ontwikkelen van de kerntaken aan boord zijn, wordt tijdens de focusgroepen meestal bevestigend beantwoord. Er is zelfs een ontwikkeling dat organisaties die werken rond interneringstrajecten, de verslavingszorg, rond kinderen en jongeren of ouderenzorg de ontwikkelingen van het netwerk te willen volgen, om eventueel in een later stadium meer betrokken te worden in de samenwerkingsverbanden.

- Eén project wijst expliciet op het belang van de betrokkenheid van niet-GGZ-actoren, zeker met het oog op preventie en vroegdetectie van kwetsbare doelgroepen. De hervorming van de GGZ zou de louter "GGZ- of psychiatriologica" moeten openbreken.

In de meeste netwerken wordt aangehaald dat het een hele zoektocht is om de mix van partners en partijen in het verhaal te betrekken, zowel op strategisch als op het operationele niveau.

- Een (meer landelijk) project is van mening dat het makkelijker is om patiënten- en familieorganisaties actief te betrekken in een stedelijke dan in een landelijke context, omdat er een grotere mogelijkheid zou zijn om actief mee te werken.
- Eén project vermeldt een goede samenwerking met organisaties uit de culturele sector, hoewel zij geen samenwerkingsovereenkomst getekend hebben en ze ook niet officieel deel uitmaken van het netwerk.
- In één interview wijst men erop dat een netwerk idealiter opgericht wordt met partners die zelf vragen om te mogen deelnemen. Organisaties die het gevoel hebben dat ze echt een meerwaarde kunnen betekenen voor het netwerk zullen ook eerder de intrinsieke motivatie hebben om zich volledig in te zetten.

Er wordt wel op een aantal specifieke problemen gewezen van bepaalde te betrekken zorgverstrekkers.

### *Psychiaters en huisartsen*

Over het algemeen ervaren de netwerken het meeste problemen om de huisartsen en de psychiaters actief te betrekken. Omdat aan de meeste focusgroepen geen psychiaters of huisartsen hebben deelgenomen, komt deze informatie van de overige partners.

Er worden verschillende verklaringen gegeven. Sommigen wijzen enerzijds op weerstand tegen de hervorming of anderzijds een gebrek aan interesse. De weerstand wordt vooral opgemerkt in regio's waar ziekenhuizen doorheen de geschiedenis altijd centraal stonden en waar men het gevoel heeft dat men via de hervorming van de GGZ de psychiatrie wil de-medicaliseren. In de analyse van de gesprekspartners wordt:

- de individualistische beroepscultuur (ook bij huisartsen) gekoppeld aan de vrees dat artsen aan beroepsautonomie zullen inboeten door het netwerk.
- gewezen op het feit dat psychiaters nog zijn gesocialiseerd in de houding '*mijn afdeling en mijn patiënten*' die het moeilijk maakt hen te betrekken in het netwerkdenken.

Andere verklaringen zijn dat sommige psychiaters inkomensverlies vrezen door de beddenafbouw en de druk om anders te gaan werken.

- In één project verwijst een CGG naar het feit dat de CGG-psychiaters niet snel geneigd zijn om outreaching te doen, ten eerste omdat hun vervoersonkosten niet gedekt worden en ten tweede omdat zij bij consultaties bij een andere dienst of organisatie aan een lagere nomenclatuur betaald worden. Dus ook op deze manier kan het financiële luik een belemmerende factor zijn.
- De prestatiefinanciering bemoeilijkt het volgens velen om artsen (psychiaters en huisartsen) actief in dit verhaal te engageren. Het werken in een netwerk brengt financiële onzekerheid mee; op dit ogenblik zitten er in het financieringssysteem ook weinig prikkels om huisartsen en psychiaters te betrekken op bestuursniveau van het netwerk (cfr hun aanwezigheid te realiseren).

Sommige psychiaters verzetten zich ook vanuit intrinsieke motieven tegen de uitgangspunten van vermaatschappelijking.

- Eén project wijst op de weerstand tegen het feit dat zorgverstrekkers zich moeten aanpassen aan de patiënt, in plaats van de patiënt die zich aan de institutionele structuur moet aanpassen.

Er wordt ook herhaaldelijk verwezen naar het probleem van medische verantwoordelijkheid voor de patiënt, wat bij sommige psychiaters tot onzekerheid en bij anderen tot principiële weerstand leidt.



Op het operationele niveau is in de afgelopen periode de meeste ervaring opgedaan met de uitwerking van de mobiele teams. In sommige netwerken waar een vlotte samenwerking is, lijken de huisartsen de meerwaarde van de teams vooral te zien als zij weten naar wie ze patiënten kunnen doorverwijzen. De samenwerking lijkt soms moeilijker in regio's waar meerdere mobiele equipes actief zijn en waar niet wordt gewerkt met één centraal aanmeldnummer, dus waar de huisartsen veel moeilijker weten waar ze terecht kunnen.

Hoewel de samenwerking tussen de clinici al verbeterd is, blijkt uit de gesprekken dat het nog niet hun eerste reflex is om samen te werken. Doorverwijzing gebeurt wel, maar het samen opnemen van het zorgtraject staat nog niet op punt.

### *“Niet-GGZ”-sector*

Volledige betrokkenheid bij het netwerk is moeilijker voor partners bij wie geestelijke gezondheid niet de kernopdracht is. Deze organisaties hebben een doelgroep die ruimer is dan of verschillend is van personen met een psychiatrische problematiek. In sommige netwerken geven bepaalde van deze partners expliciet aan dat ze enkel in het netwerk zijn gestapt vanuit de regionale behoefte en de vraag om in te stappen en niet noodzakelijk vanuit intrinsieke interesse voor het project.

### *GGZ-partners onderling*

De samenwerking tussen PZ'en en de PAAZ'en verloopt niet in alle projecten even vlot. PAAZ'en en PZ'en opereren in een verschillende logica en hebben niet altijd gelijklopende belangen: een PAAZ opereert in de logica van een algemeen ziekenhuis terwijl de psychiatrische ziekenhuizen vorm hebben gekregen in een andere benadering. Vandaag ontstaat competitie en concurrentie tussen deze voorzieningen om een plaats te behouden of af te dwingen in het zorglandschap. PAAZ'en staan ook minder onder druk omdat er veel mindere nadruk ligt op afbouw van A-bedden (en A-bedden worden in financieringstermen ook gezien als “beter gefinancierde bedden”).

- Eén stedelijke netwerk ervaart een grote vooruitgang in de samenwerking tussen de GGZ en belendende sectoren, maar niet in samenwerking tussen de GGZ-actoren door concurrentie en gebrek aan onderling vertrouwen. De samenwerking zou verder bemoeilijkt worden door het feit dat bepaalde voorzieningen de voorbije jaren hun kerntaken hebben uitgebreid, zonder overleg met de overige partners om de eigen voorziening te positioneren in de markt: bijv. expertise in een bepaald zorgonderdeel ontwikkelen, eigenlijk in competitie met andere instellingen, waardoor men zeker is van een bepaalde rol en positie binnen het netwerk.

Psychiatrische ziekenhuizen voelen zich soms aangesproken alsof de overheid de bestaande ziekenhuiszorg beoordeelt als ‘slecht’. Daaruit kan de indruk ontstaan dat opname in een ziekenhuis sowieso slecht zou zijn of dat psychiatrische ziekenhuizen in de toekomst zullen moeten verdwijnen.

- In verscheidene projecten blijven de partners wijzen op het belang en het nut van een opname. Ze zijn zich ervan bewust dat een hospitalisatie vrijheidsberovend is, maar in sommige situaties is een opname noodzakelijk om hulp en verlichting te brengen. Het is voor de projecten soms alleen nog een stuk zoeken naar een manier om het te faciliteren, zodat de impact van de opname zo gering mogelijk is.

### **3.3.5 Interne veranderingen voor deelnemende organisaties**

Het instappen in een netwerk zorgt voor veranderingen in de werkwijze van de partners die deel

uitmaken van het netwerk. Uit de gesprekken komen een aantal ontwikkelingen.

### *PVT's en IBW's*

In sommige projecten wijzen vertegenwoordigers van PVT's en IBW's erop dat de aanwezigheid van de mobiele equipes er voor zorgt dat bepaalde patiëntengroepen minder worden aangemeld nu ze opgevolgd worden door de mobiele teams. Tezelfdertijd vrezen zij een paradoxaal effect voor de PVT's en de IBW's omdat die door de "extra ontslagen" na de afbouw van de ziekenhuisbedden een de toename van wachtlijsten verwachten.

In BW verblijven soms personen die eerder de langdurige zorg van PVT nodig hebben, terwijl bepaalde patiënten uit een PVT voldoende zelfredzaam zijn om in de maatschappij te gaan wonen. De hervorming heeft mee gezorgd voor deze bewustwording, waardoor de partners gaan bekijken op welke manier hieraan tegemoet gekomen kan worden.

### *PAAZ'en*

Om zorgcontinuïteit te kunnen bieden zijn PAAZ'en bezig met het reflecteren over de manier waarop de duur van de opname en het ontslag onafhankelijk gemaakt kunnen worden van de reactiviteit van de mobiele teams.

### *Psychiatrische ziekenhuizen*

PZ'en rapporteren dat patiëntengroepen die voordien niet of moeilijk bereikt werden meer worden opgenomen. Voor deze nieuwe opnames wordt meer gewerkt in termen van een zorgtraject op te zetten, terwijl de patiënt en de omgeving even tot rust kunnen komen.

Partners wijzen erop dat de hervorming niet noodzakelijkerwijs leidt tot een kortere ligduur binnen de ziekenhuizen; er zijn indicaties dat het opnemen van een veranderd doelpubliek soms leidt tot een langere opnameduur wanneer de problematiek zwaarder is of wanneer de mogelijkheden op een nazorgtraject beperkter zijn. Door moeilijke doorstroom wordt ook door één netwerk geduid op het mogelijke risico dat de opnameduur ook in het dagziekenhuis zal verlengen wanneer nazorg moeilijk of niet mogelijk is.

Voor PZ'en heeft verminderde beddenscapaciteit gevolgen voor het personeel. De PZ'en hebben hun werking vooral toegelegd op de langdurig zorgbehoevende patiënten, waarvan de begeleiding vaak rustiger verloopt. Het personeel is vertrouwd met die manier van werken, maar wanneer de patiëntenpopulatie evolueert en men meer te maken krijgt met crisissen en acute opvang, moeten ook de medewerkers daar op een gepaste manier op kunnen inspelen. De zorgzwaarte neemt toe en moet opgevangen kunnen worden. Daaraan gekoppeld waarschuwt men voor het risico dat relatief weinig personeel zorg moet verlenen aan personen met een ernstigere of complexere problematiek dan voorheen.

### **3.3.6 Cultuur en cultuurverschillen**

In de vorige rapporten is al geduid dat cultuurverschillen de samenwerking beïnvloeden. De ervaringen met het samenwerken illustreren dat deze verschillen belangrijk zijn.

### *Ziekenhuis vs ambulante hulpverlening*

Het cultuurverschil tussen de residentiële en de ambulante sector wordt binnen de netwerken voelbaar. Hulpverlening in de psychiatrische ziekenhuizen wordt omschreven als een aparte cultuur, zeer domein-



of doelgroep-georiënteerd binnen een piramidale structuur. Deelnemers aan de gesprekken wijzen erop dat het tijd vraagt om te schakelen naar een gedeelde netwerkcultuur. Vooral ziekenhuizen worstelen daarmee omdat zij binnen de hervorming mogelijk het meest hun benaderingswijze moeten omschakelen. Netwerk-denken en vermaatschappelijking vraagt een andere attitude ten opzichte van de patiënten. De medewerkers in een ziekenhuis hebben de patiënt steeds benaderd vanuit wat hij/zij *niet* kan en benaderen de patiënten niet integraal in zijn dagelijks functioneren; naast het diagnosticeren en behandelen van problemen hebben zij minder de gewoonte om verder te bouwen op de “potentie” van patiënten. Er wordt op gewezen dat de cultuur van sommige ziekenhuizen nog niet helemaal afgestemd is om de patiënt “in context” te begrijpen en van daaruit een ondersteuningsstrategie te ontwikkelen: de nadruk ligt nog zeer sterk op het individu met zijn probleem. Dat geldt ook voor de ziekenhuisverpleegkundigen. Zij hebben vaak geen idee wat het betekent te werken in de thuissituatie van patiënten, waardoor zij moeilijk het totaalbeeld kunnen schetsen. Er wordt in een aantal projecten wel op gewezen dat, door expertise uit te wisselen met ambulante sectoren, de mentaliteitswijziging in sommige ziekenhuizen al in gang is gezet.

- Enkele projecten stellen dat vooral tussen de eerstelijnspartners een gedeelde visie tot stand komt. Partners, vooral betrokken binnen functie 1, zouden zich herkennen in veel actiepunten, waardoor ze gemakkelijker tot een gemeenschappelijke betekenisgeving kunnen komen. De visie van enkele behandelaars zou al fundamenteel veranderd zijn, in die zin dat ze de mensen vanuit hun “kracht” gaan bekijken om hen te helpen.

### 3.3.7 Invloed en macht

In enkele netwerken worden de machtsposities van enerzijds de ziekenhuizen, anderzijds die van de GGZ-partners als ‘logisch’ beschreven. Het gaat om een hervorming van de GGZ, waarin vooral ook deze actoren betrokken zijn. Zij nemen volgens de meeste partners een centrale positie in binnen de vermaatschappelijking van de zorg. Toch beginnen de andere partners en sectoren zich steeds meer te profileren, waardoor het moeilijker wordt voor de GGZ-partners om de macht te behouden.

Op basis van de focusgroepen kunnen we afleiden dat er een directe relatie bestaat tussen de inbreng van middelen en de machtspositie van partners. (Zie ook “netwerkbestuur”). De ziekenhuizen die bedden afbouwen en dus de middelen inbrengen zouden in de praktijk meer macht hebben dan partners die enkel tijd en energie kunnen investeren.

- Overigens wordt ook erkend dat ziekenhuizen soms ook veel verantwoordelijkheden opnemen in het netwerk. Ziekenhuizen springen in om een mogelijk middelentekort in het netwerk op te vullen. Deze partners hebben er ook alle belang bij dat het netwerk goed functioneert en evolueert, want financieel kan het heel wat implicaties hebben voor de promotor-organisaties wanneer het netwerk vastloopt of uit elkaar valt.

In enkele projecten hebben psychiaters zoveel macht dat ze de voortgang van het netwerk blokkeren.

### 3.3.8 Protectionisme

In sommige netwerken worstelen sommige partners met hun positionering als aparte organisatie binnen het netwerk en binnen het hervormingsmodel. De hervorming en het netwerk-denken kan als bedreiging worden gezien voor de eigen organisatie. Enerzijds pleiten daarom een aantal spelers over heldere rol- en taakafspraken waarin de participerende organisaties erkend blijven. Anderzijds is er ook de vraag over de financiële middelen: enkele organisaties vrezen op termijn als individuele partner middelen te verliezen

t.o.v. (partners uit) het netwerk. Uit een soort defensieve reflex kiest men er dan liever voor om de middelen niet in het netwerk te investeren.

- Eén project wijst op het potentiële risico wanneer een persoonsgebonden budget geïntroduceerd zou worden waarbij patiënt en zijn familie zelf beslissen van welke begeleiding ze gebruik maken. Als de financiering van het netwerk via dit model zou worden vormgegeven zou dit volgens de betrokkene ertoe leiden dat partners hun eigen organisatie gaan promoten om zoveel mogelijk patiënten aan te trekken, waardoor onderlinge concurrentie en competitiviteit binnen het netwerk vergroot worden. Samenwerken en netwerking zou bedreigd kunnen worden door de stimuli die in een financieringssysteem zijn ingebed.

Bij veel individuele organisaties leeft een zekere angst om de eigen identiteit te verliezen door participatie aan het netwerk. Sommige organisaties blijven vooral bezig met het verdedigen van hun eigen belangen en het draaiende houden van hun eigen organisatie. De reflex om te bekijken wat het netwerk voor de organisatie kan betekenen is groter dan te kijken wat de organisatie voor het netwerk kan betekenen. De ervaringen in de beginperiode leren dat het samenwerken een zoektocht is naar een evenwicht tussen het behoud van eigen identiteit en autonomie en het samen verwezenlijken van initiatieven. Verschillende malen is erop gewezen dat organisaties zullen terugplooiën op zichzelf wanneer de meerwaarde van netwerkparticipatie ook voor de eigen organisatie niet zichtbaar is.

Voor de psychiatrische ziekenhuizen in het bijzonder speelt onzekerheid over hun toekomstige rol. In sommige projecten heeft men het gevoel dat men de psychiatrie wil de-medicaliseren. Als (vertegenwoordigers) van ziekenhuizen zich aangevallen voelen, gaan ze zich terugplooiën op zichzelf in plaats van zich open te stellen voor het netwerk.

### 3.3.9 Zorgcontinuïteit

Hoewel men werkt aan continuïteit zijn er nog tal van cruciale problemen waar de hervorming volgens de geïnterviewden nog geen oplossing voor biedt. Ondanks het feit dat partners zeer blij zijn dat ze elkaar leren kennen, is er nog een lange weg te gaan om een echte netwerkgedachte te realiseren.

- In de interviews wordt gewezen op het feit dat denken in termen van loco-regionaal aanbod van zorg invloed heeft op het denken rond de patiënt. Bijv. als er toch een opname plaatsvindt, is het belangrijk dat de patiënt niet te veel uit zijn context gehaald wordt.
- Eén netwerk vindt dat er door de creatie van het netwerk verbindingen gemaakt kunnen worden tussen verschillende eerder geïnitieerde initiatieven rond zorgcontinuïteit die de overheid heeft gestimuleerd. Door dit project heeft men een overzicht gemaakt van deze initiatieven en de mogelijke relaties ertussen, waardoor het duidelijker wordt op welke partners en projecten beroep gedaan kan worden in bepaalde situaties.
- De mobiele teams lijken, op basis van de gesprekken, te kunnen bijdragen tot zorgcontinuïteit. Ze trachten herstelgericht te werken en betrekken verschillende zorgpartners in het zorgproces. Het feit dat deze equipes echt in de thuisomgeving van de patiënten komen en de context kunnen beleven en inschatten bevordert de continuïteit.

### *Doorverwijzen en draaideurpatiënten*

De transities tussen diensten of organisaties blijven een heikel punt.

- Patiënten vertrekken ondanks het netwerk nog vaak uit het ziekenhuis zonder dat er een concreet nazorgtraject uitgewerkt is. De verklaring is dat de tijd om een ontslag voor te bereiden niet altijd

wordt genomen. Ontslagen in ziekenhuizen gebeuren ook in functie van de “noodwendigheden” van de dienst (bedbezetting, etc.) met als gevolg dat patiënten geen integrale trajectbegeleiding krijgen.

- De PAAZ'en ervaren soms dat, hoewel de opnameduur verkort moet worden, patiënten langer verblijven omdat er geen doorstroom mogelijk is. In dat verband valt het op dat sommige PAAZ'en nadenken over een nazorgtraject onafhankelijk van de mobiele teams om de duur van opname en het ontslag van de patiënten te reduceren: met ander woorden, er lopen nog veel parallelle initiatieven.
- In de overgang van hospitalisatie naar zinvolle dagbesteding worden veel hiaten gesignaleerd. Het risico bestaat dat patiënten te lang in ziekenhuizen blijven omdat er ofwel geen thuiszorg geboden kan worden, ofwel omdat er geen zinvolle dagbesteding is. Voor personen met een psychiatrische problematiek blijkt het haast onmogelijk te zijn om door te stromen naar de reguliere arbeidsmarkt.
- Op klinisch niveau is het blijkbaar ook niet altijd duidelijk tot wie de partners zich moeten of kunnen richten voor bepaalde problematieken.

In gesprekken wordt erop gewezen dat de ervaring leert dat eerstelijnspartners soms te snel gaan doorverwijzen naar residentiële partners als het werk in de eerste lijn te zwaar dreigt te worden. Op dat ogenblik vervullen de mobiele teams niet hun echte opdracht om mensen thuis te houden. Niet onbelangrijk is dat de gesprekken leren dat dat de eerste lijn soms geen andere optie meer ziet dan een hospitalisatie: als de patiënten met een psychiatrische problematiek te lang zonder hulpverlening in de samenleving verblijven, is hun problematiek soms te ernstig en te complex om nog ambulant te begeleiden.

Op het terrein kunnen doorverwijzingen van moeilijke patiënten een aanleiding zijn voor conflicten, wanneer de moeilijkste patiënten telkens opnieuw bij een bepaalde partner terecht komen. Deze gespannen doorverwijzingen vinden niet enkel plaats op netwerkniveau: ook binnen de organisaties zelf is soms bemiddeling nodig bij een doorverwijzing van de ene behandelafdeling naar de andere.

### *Verzadiging van partners en mobiele teams*

Sommige partners en mobiele teams bereiken hun limieten. Patiënten ‘loslaten’ is soms noodzakelijk en het wordt vanuit de overheid ook verwacht dat de patiënten doorstromen, maar in veel sectoren heerst toch het gevoel “we mogen de patiënt niet loslaten”. Soms is het loslaten van patiënten niet mogelijk: als er geen alternatieven geboden kunnen worden. Mobiele equipes – vooral de 2b-teams – hebben volgens de respondenten op dit moment vaak hun limieten bereikt.

Enkele projecten proberen via uitstroom en selectieve instroom het dichtslippen tegen te gaan, terwijl partners in andere projecten trachten om meer en betere synergiën te creëren tussen organisaties en binnen de kernfuncties. Als dagactiviteitencentra in F3 of een dagziekenhuis uit F4 mee ingeschakeld kunnen worden, kunnen opnames eventueel vermeden worden en worden de mobiele teams deels ontlast. Om intensifiëring van zorg te realiseren moeten de andere functies ook uitgewerkt zijn. De partners zien dus het belang in van het geheel van de functies: zorgcontinuïteit kan niet geboden worden wanneer de functies los van elkaar gezien worden.

Partners wijzen erop dat vandaag de “randvoorwaarden voor de eerste lijn” om de doelstellingen van de hervorming te realiseren, niet ingevuld zijn. De eerstelijnspartners krijgen door de vermaatschappelijking van de zorg meer werk en patiënten toegewezen, maar ze krijgen geen extra middelen om het werk uit te voeren. Bij de andere partners zijn ook niet voldoende beschikbare middelen om de eerste lijn volledig te ondersteunen. Op deze manier zullen ook de eerstelijnspartners snel aan hun grenzen zitten en zullen ook daar wachtlijsten gecreëerd worden. Er zijn al waardevolle initiatieven opgezet vanuit de eerste lijn, vooral rond functie 1, maar het gebrek aan middelen blijft een structureel probleem om het zodanig uit te

bouwen als men voor ogen heeft.

Men is zich ervan bewust dat het onrealistisch is om te verwachten dat alle partners uit de eerste lijn specialisten zullen worden, maar als de mobiele teams hun expertise delen en ook de mogelijkheid bieden tot bijstand in situaties waarin het nodig is, creëert dit verschillende voordelen: (i) eerstelijnspartners weten op wie ze kunnen rekenen voor ondersteuning in moeilijke situaties, (ii) de mobiele teams kunnen patiënten gemakkelijker loslaten in de richting van de eerste lijn en (iii) als de eerste lijn de kennis en de mogelijkheden heeft om gepaste zorg te bieden, kan eventueel een opname vermeden worden.

### 3.3.10 Vermoeidheid

Binnen verschillende netwerken vinden we indicaties dat er vermoeidheid begint op te treden bij sommige (vertegenwoordigers van) partners.

Vermoeidheid treedt op bij de terreinwerkers wanneer ze in het werkveld geen concrete effecten opmerken van de geïmplementeerde functies. Wanneer de partners het nut van de hervorming niet kunnen zien, beginnen ze zich af te vragen of het nog wel de moeite waard is om zoveel tijd en energie te investeren in het project.

Voor de partners die altijd al het werk op zich nemen, is het heel vermoeiend om actief en betrokken te blijven. De partners in het werkveld die vooruit willen en echt gemotiveerd zijn geraken vermoeid wanneer de andere veldwerkers moeilijk te motiveren zijn.

Er wordt ook gewezen op de tijdsinvesteringen die dergelijke complexe interventie vraagt en de frustraties die soms gepaard gaan met het feit dat heel veel lagen uit de zorg en buiten de zorg mee moeten genomen worden. Bovendien speelt de onzekerheid over wat de overheid nu precies zal doen in deze beweging een aantal projecten parten

### 3.3.11 Doelgroepen bereiken

De zorgnetwerken stellen dat ze erin slagen om patiëntengroepen ter bereiken die voordien niet of nauwelijks bereikt werden. Het opnemen van deze personen kan ook tijdelijk rust bieden, zowel voor de patiënt zelf als voor zijn of haar omgeving. De opname creëert tijd voor stabilisering bij de patiënt en biedt ook de tijd om een behandeltraject op punt te stellen zodat zorgcontinuïteit inderdaad voorzien kan worden.

Bepaalde doelgroepen met een ernstige, complexe, chronische aandoening of patiënten met een psychose vallen echter nog steeds uit de boot omdat na hospitalisatie er voor deze personen bijna geen aansluitend traject. De naadloosheid van zorg voor deze doelgroepen is dus nog een groot knelpunt.

Dakloze personen lijken een moeilijke doelgroep te zijn voor nazorg:

### 3.3.12 Beroepsgeheim

Een discussie blijft spelen rond delen van patiënteninformatie, beroepsgeheim en de transparantie van het patiëntenoverleg. De ethische vraag waar veel projecten mee worstelen is: “moet er volledige transparantie zijn?” De meeste partners zijn van mening dat er een middenweg gezocht moet worden tussen welke informatie doorgegeven wordt en aan wie, waarbij de patiënt zelf mee moet kunnen beslissen.

Naast de ethische kwestie wordt ook het gebrek aan ICT ondersteunde communicatiemiddelen

opgenoemd als een belemmerend element. Het zorgtraject van patiënten zal pas optimaal zijn wanneer informatie op elk moment beschikbaar is voor de betrokken partners. In het weekend of 's avonds is het niet altijd evident om informatie te bekomen.

### 3.3.13 Arbeidsorganisatorische consequenties

In sommige mobiele teams zijn mensen aangesteld vanuit verschillende organisaties (dus niet door het netwerk). Dat betekent dat er in sommige equipes die zijn aangesteld door het netwerk, medewerkers zitten met verschillende arbeidscontracten en andere arbeidsvoorwaarden. Naar samenwerking en concurrentiegevoel toe heeft dit een negatieve impact.

Voor de medewerkers van de mobiele teams is het niet altijd duidelijk aan wie ze nu eigenlijk moeten rapporteren (wie is hun “baas”); het werkgeverschap voor de medewerkers is niet altijd duidelijk. Het netwerk mag zelf geen werknemers aannemen, dus het is ook soms onduidelijk aan wie ze verantwoording moeten afleggen.

## **KERNBOODSCHAPPEN**

**De centrale meerwaarde van het initiëren van de netwerken is dat partners elkaar leren kennen. Het is verassend om vast te stellen hoe weinig diverse spelers van elkaar kennen: zowel wat ze aanbieden als de wijze waarop ze ondersteuning bieden.**

**Het elkaar leren kennen is een noodzakelijke voorwaarde om plaats te geven aan de expertise die verschillende types partners kunnen inbrengen.**

**De cultuurverschillen tussen organisaties, beroepen en sectoren maken dat er behoorlijk wat tijd moet gestoken worden in wederzijdse aanpassing.**

**De tijd die het vraagt om elkaar te leren kennen zorgt tezelfdertijd soms voor frustraties omdat concrete realisatie er naar de ervaring van vooral terreinwerkers soms bij inschiet.**

**Bij bepaalde (vertegenwoordigers van) partners groeit het risico op vermoeidheid en verlies aan betrokkenheid om de hervorming vorm te geven.**

**Het is moeilijk om psychiaters en huisartsen actief in het verhaal te betrekken o.w.v. verschillende redenen: enerzijds de financiering van deze beroepen, maar bij sommige psychiaters speelt ook gebrek aan betrokkenheid, weerstand.**

**De machtsverhoudingen tussen de spelers worden niet in alle netwerken als evenwichtig ervaren: in de meeste netwerken wordt de hervorming gezien als een “ggz” beweging en vinden meer “perifere” partners het logisch dat zij de drijvende kracht zijn, hoewel dit ook tot frustratie kan leiden.**

**De machtsverhoudingen (ook tussen de “GGZ-spelers”) worden geassocieerd met het beschikken en beheersen van de financiële middelen die komen uit de beddenafbouw.**

**De ontwikkeling en uitwerking van een netwerk kan ook de competitie en concurrentie tussen partners aanwakken omdat individuele partners zich protectionistisch opstellen of omdat ze zich sterker als autonome identiteit willen profileren t.o.v. partners uit het netwerk.**

**Zorgcontinuïteit van patiënten wordt in de huidige situatie mogelijk gehypothekeerd omdat mobiele teams en instellingen geconfronteerd worden met een verzadigingseffect: Dit is ook het gevolg van het feit dat netwerken zelden de mobiele teams hebben uitgewerkt als een schakel in het geheel van functies.**

**Ethische vragen over informatie delen en beroepsgeheim blijven de samenwerking bemoeilijken.**

**In het bijzonder m.b.t. mobiele teams duiken op het werkterrein arbeidsorganisatorische problemen op (m.b.t. arbeidsvoorwaarden, -omstandigheden en -verhoudingen) waar een antwoord moet worden op gevonden.**

## 4 Netwerkbestuur

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we dieper in op het netwerkbestuur als een bijzondere component van netwerkcoördinatie. Meer specifiek gaan we kijken naar welke ervaringen de partners hebben met de manier waarop de netwerken actief aangestuurd of bestuurd worden.

We onderscheiden in analytische zin – en voorlopig op een zeer algemene manier – het strategische van het operationele bestuur. Strategisch bestuur slaat op beslissingen die o.a. te maken hebben met het uittekenen van de krijtlijnen van het netwerk, de (toekomstige) strategische visie, de organisatieprincipes, het beheer en de inzet van de middelen van het netwerk (financieel, materieel en personeel). Operationele beslissingen hebben vaak te maken met concrete samenwerkingsafspraken, het afstemmen van werkmethodes tussen organisaties, enz. (Leys & De Roeck, 2012; Leys et al., 2013). Verder bouwend op de vorige interimrapporten en aangevuld met de informatie die we verkregen uit de focusgroepen met de verschillende netwerkpartners staan we stil bij de rol en ervaringen van verschillende bestuursorganen in de netwerken.

In de netwerken wordt een heel uiteenlopende terminologie gebruikt voor de bestuursorganen: ‘Stuurgroep’, ‘netwerkcomité’ of ‘beleidsgroep’ zijn slechts enkele voorbeelden. Op basis daarvan zijn vergelijkingen tussen netwerken niet altijd gemakkelijk zijn. Bovendien dekt dezelfde term niet altijd dezelfde lading. Om de consistentie in dit rapport te bewaren, gebruiken we de termen ‘stuurgroep’ en, indien van toepassing, ‘dagelijks bestuur’ voor de organen die (mede) instaan voor de strategische beslissingen van het netwerk.

Het operationeel bestuur op netwerkniveau is in deze onderzoeksrunde nauwelijks aan bod gekomen. In de volgende fase van het onderzoek moeten zowel de structuur als de werking van de verschillende operationele bestuursorganen op netwerk- en functieniveau nog verder uitgediept worden. Maar toch zijn bepaalde aspecten aan bod gekomen. Voor het operationeel bestuur is de vergelijking tussen de netwerken zo mogelijk nog moeilijker omdat er grote verschillen zijn wat het aantal operationele bestuursorganen betreft en hun precieze functie. Bovendien kan er een onderscheid gemaakt worden tussen het operationeel bestuur op netwerk- en op functieniveau. In de meeste focusgroepen is er wel gesproken over de operationele bestuursorganen rond de verschillende kernfuncties, die we in dit rapport ‘functiegroepen’ zullen noemen.

### 4.2 Het netwerkbestuur

Het aantal strategische en operationele bestuursorganen in een netwerk, hun precieze samenstelling en hun onderlinge (hiërarchische) verhouding kan leiden tot een meer of minder complex *coördinatiemodel* (Leys & De Roeck, 2012; Leys et al., 2013).

- Netwerken met een minder complex coördinatiemodel hebben weinig hiërarchische tussenniveaus en meestal slechts een beperkt aantal ‘bestuursorganen’.
- Netwerken met complexere coördinatiemodellen hebben vaak meerdere hiërarchische bestuurslagen en –organen per laag en voorzien daarnaast soms overkoepelende (thematische) overlegstructuren die in verschillende mate actief betrokken worden bij het strategisch of operationeel besturen van het netwerk.



#### 4.2.1 Veranderingen in het netwerkbestuur

Door de band genomen, over alle netwerken heen, zijn er weinig veranderingen gemeld in het netwerkbestuur. Een aantal netwerken is wel uitdrukkelijk geconfronteerd met de werkbaarheid van het oorspronkelijk geformuleerde coördinatiemodel, en hier en daar hebben netwerken enkele aanpassingen doorgevoerd. Na de eerste jaren van activiteit zoeken netwerken naar de juiste balans tussen betrokkenheid (subjectief (*commitment*) en objectief (*involvement*)) van de partners en een efficiënte werking van de stuurgroep.

##### *Strategisch bestuur – veranderingen in de stuurgroep*

Wat het strategisch bestuur betreft, zien we zowel voorbeelden van stuurgroepen waarin het aantal bestuursleden recentelijk ingekrompen werd als een stuurgroep die uitgebreid werd. De redenen om de aanpassingen door te voeren zijn volledig gegrond in de ervaringen en de ontwikkeling van het netwerk.

- Enkele netwerken met een complexe netwerkstructuur die oorspronkelijk een bestuursmodel hadden waarin veel verschillende – zo niet alle – partners vertegenwoordigd waren in de stuurgroep, hebben aanpassingen doorgevoerd. Door het aantal partners in de stuurgroep te verminderen, gepaard met aanpassingen in het operationeel bestuur (zie verder paragraaf ‘Operationeel bestuur – functievoorzitters als brug naar het strategische niveau’), zoekt men naar een efficiënter en effectiever strategisch bestuur. De ervaring wijst uit dat vergadertijd voor deelnemers te groot werd om met alle partners gezamenlijk te beslissen over alles wat men in het netwerk wil verwezenlijken. In deze netwerken zijn de partners (en soms ook dezelfde personen) betrokken in één of meerdere operationele werkgroepen waardoor de vergaderdruk enorm hoog was.
- Een eerder eenvoudig en klein netwerk met vooral GGZ-partners, heeft de stuurgroep uitgebreid met vertegenwoordigers uit “niet-GGZ” actoren naarmate het netwerk de focus langzaam van functie 2 naar de andere kernfuncties heeft verschoven. Die beweging is hand in hand gegaan met een introductie van een meer gelaagd bestuursmodel. Om te vermijden dat deze uitgebreide stuurgroep een ‘log bestuursapparaat’ zou worden, werd een dagelijks bestuur in het leven geroepen waarin de oorspronkelijke kernpartners zetelen en waarin de vergaderingen van de stuurgroep worden voorbereid.

##### *Strategische bestuursmodellen*

Er wordt in de praktijk gewerkt met vier “ideaaltypische” strategische bestuursmodellen (vergelijk o.a. Provan & Kenis, 2007). Deze bestuursmodellen zijn niet ‘statisch’: netwerkbesturen evolueren en kunnen verschuiven over deze types. Bovendien kan een netwerk op verschillende niveaus van het bestuur (bv. operationeel vs. strategisch) verschillende varianten combineren.

In het eerste model, het **participatieve model**, zijn in de stuurgroep *alle* formele partners vertegenwoordigd. Alle partners worden betrokken bij de strategische discussies en besluitvorming. Een opvallende vaststelling is dat in deze netwerken de patiënten- en familieverenigingen vaker mee vertegenwoordigers zijn.

Andere netwerken hebben naast een stuurgroep een dagelijks bestuur. Dit dagelijks bestuur is in feite een kerngroep van actoren, vaak komende uit de stuurgroep en samengesteld uit de netwerkpromotor(en), de netwerkcoördinator en eventueel aangevuld met nog één of enkele andere partner(s). Hier is sprake van een gelaagd strategische bestuursmodel, wat de opstap vormt naar de andere ideaaltypes.



In model 2, een **gedeconcentreerd model**, bereidt het dagelijks bestuur de vergaderingen en de agendapunten van de stuurgroep voor maar de volledige stuurgroep bediscussieert alle punten inhoudelijk en neemt de uiteindelijke beslissingen.

In het **gedelegeerde model** (model 3) en het **gecentraliseerde model** (model 4)– neemt het dagelijks bestuur de facto de strategische beslissingen neemt. Het verschil tussen beiden ligt voornamelijk in de mate van betrokkenheid van de stuurgroep in het beslissingsproces. In het gedelegeerde model wordt de stuurgroep vooraf geconsulteerd en/of om advies gevraagd over de te nemen beslissingen en achteraf communiceert het dagelijks bestuur hen wat hun finale besluit is. In het gecentraliseerde model neemt het dagelijks bestuur de beslissingen en wordt de stuurgroep op de hoogte gebracht.

Figuur 2: Overzicht en kenmerken van verschillende strategische bestuursmodellen

| Model 1<br>'participatief'                                                                              | Model 2<br>'gedeconcentreerd'                                                                                | Model 3<br>'gedelegeerd'                                                             | Model 4<br>'gecentraliseerd'                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Stuurgroep (SG), waarin alle formele partners (Ps) zetelen, neemt alle strategische beslissingen</b> | Dagelijks bestuur (DB*), waarin een beperkt aantal formele Ps zetelen, bereidt de vergadering van de SG voor | DB* neemt, na eventuele consultatie met de SG, de facto de strategische beslissingen | DB* neemt de facto alle strategische beslissingen |
|                                                                                                         | SG bediscussieert punten die voorbereid werden en neemt de uiteindelijke beslissing                          | SG wordt geconsulteerd (= adviserende functie) en geïnformeerd over de beslissingen  | SG wordt enkel geïnformeerd over de beslissingen  |

\* Vaak samengesteld uit promotor(en), de netwerkcoördinator en eventueel nog één of meerdere GGZ-actoren

### *Operationeel bestuur – functievoorzitters als brug naar het strategische niveau*

De meest opvallende wijziging in het bestuursmodel heeft te maken met de groepen die de functies uitwerken. Naast netwerken die het eerder al deden, zijn er netwerken die het afgelopen jaar overgestapt zijn naar 'gebruik' van functievoorzitters. Via het aanstellen van de functievoorzitters, die zowel een operationele als een strategische rol opnemen, en een meer omlijnde taakafbakening van zowel de stuurgroep als de functiegroepen, probeert men de werking van het netwerkbestuur te verbeteren en tegelijk toch zoveel mogelijk partners betrokken te houden (of te krijgen). Functievoorzitters sturen de functiegroepen aan en zetelen ook in de stuurgroep. Ze moeten o.a. verslag uitbrengen over de stand van zaken en voortgang van het werk in de functiegroepen en eventuele beslissingen vanuit de stuurgroep mee terug nemen naar de functiegroep.

In een aantal projecten krijgen de functiegroepen gedeconcentreerde, soms gedecentraliseerde, bevoegdheden. Functievoorzitters (samen met enkele andere leden van de functiegroepen) bereiden dossiers voor en er wordt getracht consensueel voorstel uit te werken dat dan vervolgens wordt voorgelegd aan de stuurgroep.

### *Meer gelaagde bestuursmodellen*

In andere netwerken zien we sporen van een meer-dimensioneel bestuursmodel opduiken: Complexe netwerken die van bij aanvang een voornamelijk participatieve bestuursbenadering hadden, lijken nu eerder in de richting van een meer gelaagd strategisch bestuursmodel te gaan gecombineerd met een participatief model op het operationele niveau. Het aanpassen van het bestuursmodel gaat gepaard met een poging tot duidelijkere rolomschrijving van de verschillende bestuursorganen.

### *Ervaringen van de partners met de structuur en de samenstelling van het netwerkbestuur*

Over het algemeen stellen we vast dat in complexere netwerken met een participatief bestuursmodel vooral de actoren die niet uit de gezondheidszorg of die uit de niet-professionele sector komen erg positief reageren dat ze mee geïnformeerd of gehoord worden of zelfs mee kunnen beslissen. Dat hebben we hoger in een andere vorm al gesignaleerd (zie paragraaf 'Erkenning van de expertise van partners binnen het netwerk') De partners voelen zich meer betrokken in het netwerk en zijn sneller 'mee' in het hele 'hervormings-verhaal' wat volgens hen de uitrol van het netwerk op het terrein zou vergemakkelijken.

Anderzijds geeft men ook toe dat in een model waarin "*iedereen over alles praat en beslist*" discussies vaak erg langzaam en moeilijk verlopen omdat men met zoveel verschillende visies en standpunten rond de tafel zit en een consensus moet zien te bereiken. Dat kan op termijn ook tot demotivatatie en vermoeidheid leiden.

- Een gekoppeld fenomeen is gesignaleerd in die netwerken waar de stuurgroep is uitgebreid met nieuwe partners: daar duikt het fenomeen op van de "twee snelheden" Enerzijds zijn er de partners die van bij aanvang betrokken waren bij de aansturing van het netwerk en goed 'mee' zijn in het hervormings- en netwerkverhaal. Anderzijds komen er nieuwe partners bij die hun plaats nog moeten zoeken en die niet noodzakelijk (al) op dezelfde golflengte zitten als de partners die al langer betrokken zijn. Dit kan ervoor zorgen dat men – althans tijdelijk – met verschillende snelheden in het bestuur zit en dat er een aantal zaken misschien zelfs opnieuw in vraag gesteld zullen worden, wat tot frustraties en frictie kan leiden tussen de netwerkpartners.

Vanuit het perspectief van de partners zien we, globaal over de netwerken heen, een aantal spanningen of (potentiële) 'breuklijnen' opduiken. Veel van deze aspecten zijn hoger al besproken in paragraaf 3.3)

### **RESIDENTIËLE VS. AMBULANTE EN GGZ VS. "NIET-GGZ" ACTOREN**

Hoewel niet overal even uitgesproken, zet een zekere spanning tussen de residentiële en de ambulante partners enerzijds, en de GGZ en "niet-GGZ" partners anderzijds zich in alle netwerken ook op bestuursniveau door. Hierbij worden een aantal redenen aangehaald:

- Een machtsonevenwicht in het bestuur als gevolg van de controle over financiële middelen via de afbouw van psychiatrische bedden; de psychiatrische ziekenhuizen komen, gewild of ongewild, centraal te staan in het netwerkbestuur (zie ook de paragraaf 'Omgaan en beslissen over (financiële) middelen' verder in de tekst).
- De ambulante sector stelt zich protectionistisch op tegenover het ziekenhuis dat ambulant gaat werken ('waar houden ambulante partners hun plek in dit veranderende landschap?'). Sommige ambulante dienstverleners vrezen dat ze nog meer activiteiten in handen moeten geven van de ziekenhuizen. Het grootste probleem waar naar verwezen wordt heeft, naast het bewaren van posities, te maken met het verschil in organisatie- en werkcultuur.
- Partners uit de ambulante sector komen regelmatig niet opdagen (bewust of onbewust) op

overlegmomenten, zeker in netwerken met een meer gelaagd, minder participatief bestuursmodel waarbij ambulante of “niet-GGZ” partners het gevoel krijgen dat de psychiatrische ziekenhuizen de regie niet – of onvoldoende – uit handen willen geven.

- De focus op kernfunctie 2 waardoor vooral “niet-GGZ” partners zich minder direct betrokken (en aangesproken) voelden in de activiteiten van het netwerk. Toch overheerst in projecten waar de focus langzaam verschuift naar de andere kernfuncties nog steeds het gevoel dat enkel GGZ-actoren het verhaal inkleuren
- Een versnipperde eerstelijnszorg. Partners uit de eerstelijnszorg (o.a. de huisartsen) zijn niet alleen moeilijk te betrekken in het netwerkbestuur maar, waar dit wel het geval is, vertegenwoordigen ze niet altijd een bredere achterban. Daarnaast speelt ook het gegeven dat niet alle mogelijke regionaal relevante partners (uit niet-GGZ) zijn betrokken. Hierdoor ontstaan soms frustraties wanneer er bijvoorbeeld verschillende OCMW's of CAW's in de regio gevestigd zijn, die niet noodzakelijk allemaal mee aan tafel zitten in het netwerkbestuur.
- De (toenemende) spanning tussen het psychiatrisch ziekenhuis (PZ) en de psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis (PAAZ). in enkele netwerken was PAAZ bv. nog maar recent toegetreden of actief binnen stuurgroep wegens spanningen. PAAZ rapporteert in meerde netwerken dat ze (het gevoel hebben) dat ze bewust buiten het verhaal worden gehouden .
- Een zekere weerstand t.a.v. de hervorming bij sommige psychiaters en/of de medische raad (zie ook paragraaf 'Psychiaters en huisartsen') zorgt er eveneens voor dat er in een aantal netwerken geen clinici actief in het netwerkbestuur zijn betrokken. Hierdoor heerst er in het bestuur een gevoel dat men geblokkeerd wordt omdat een cruciale partner voor het slagen van de hervorming niet mee aan boord is.

## **KERNBOODSCHAPPEN**

**Er zijn er weinig veranderingen in de samenstelling netwerkbestuur.**

**Er is over het algemeen weinig reflectie over een effectief en efficiënt bestuursmodel van een netwerk**

**Een aantal netwerken is uitdrukkelijk geconfronteerd met de werkbaarheid van het oorspronkelijk geformuleerde coördinatiemodel: hier en daar zijn enkele aanpassingen doorgevoerd, meestal een beweging naar een gedeconcentreerde of gedecentraliseerde bestuursaanpak.**

**Op bestuursniveau doen zich (soms onuitgesproken) spanningen voor tussen enerzijds CGG en ziekenhuizen onderling, anderzijds tussen de ambulante en residentiële sector.**

**Er wordt gerapporteerd over een breuk tussen het operationele niveau (het terrein) en het strategische niveau (het bestuur) in de netwerken.**

## 4.3 De praktijk van het besturen

In deze paragraaf bekijken we eerst hoe het netwerkbestuur een rol speelt in het ontwikkelen en verspreiden van een netwerkidentiteit, een gedeelde visie en strategie, en in het opbouwen en bestendigen van de onderlinge relaties tussen de netwerkpartners. In de volgende delen bespreken we een aantal coördinatie aspecten die vermeld worden en die het besturen kunnen vergemakkelijken of bemoeilijken.

### 4.3.1 De ontwikkeling en verspreiding van een netwerkidentiteit

Binnen het algemeen overheidskader moet het netwerk een strategische (en door de partners gedeelde) visie ontwikkelen over de wijze waarop de hervorming vorm krijgt. Met andere woorden de netwerken moeten een maatschappelijk omschreven opdracht invullen. Dat betekent dat het netwerk doelstellingen m.b.t. de vijf kernfuncties en de integratie ervan moet formuleren en de uitwerking ervan moet expliciteren. In de netwerkliteratuur wordt gesuggereerd dat een netwerk effectiever is als zowel interne als externe stakeholders weten waarvoor het netwerk staat (Mitchell & Shortell, 2000). Het brengt ons bij de “identiteit” van een netwerk. In dit deel staan we stil in welke mate het netwerkbestuur bijdraagt tot de ontwikkeling van een “gedeelde cultuur” en een heldere visie van waaruit het netwerk haar activiteiten ontplooit. We beschrijven ook de mate waarin netwerkpartners zich betrokken voelen bij de ontwikkeling van visie en de implementatie ervan.

#### *Gedeelde visie & strategie*

Alle netwerken hebben een (strategische) visie, althans op papier. Er worden op vraag van de overheid strategische plannen geschreven. Het gevolg kan zijn dat deze taak vooral wordt ingevuld als “externe” verplichting meer dan als een intrinsieke drijfveer. Desalniettemin vormt een strategisch plan met heldere doelstellingen, hier en daar aangevuld met jaarlijkse actieplannen waarin concrete acties met een taakverdeling en deadlines opgenomen zijn, in sommige projecten een reële leidraad voor degenen die het netwerk aansturen. De partners erkennen echter dat de nadruk in de plannen zeer sterk ligt op het uitrollen van operationele activiteiten.

Heel wat partners geven tijdens de focusgroepen aan dat de visie zowel van het programma als van het netwerk, ten eerste, niet altijd door iedereen gekend is en, ten tweede, dat zelfs als de visie gekend is, deze niet noodzakelijk volledig gedeeld wordt door alle netwerkpartners. Er wordt bijzonder weinig discussie over gevoerd: in de meeste gevallen wordt het netwerk vooralsnog gezien als een project (en niet als een duurzaam geïnstitutionaliseerd netwerk). Er wordt wel verwezen naar het feit dat de huidige hervorming structureel zou kunnen zijn, maar het is te weinig duidelijk welke richting alles nu echt zal aannemen. Door deze “projectmatige” insteek focust het bestuur zich de facto veel op heel praktische, operationele problemen meer dan op het ontwikkelen van een visie of identiteit. De bestuursorganen leggen zich vooral toe op het opvolgen van de concrete implementatie, zoals de uitrol van de mobiele teams (functie 2). De discussies tijdens stuurgroep-vergaderingen zijn vooral een eerder pragmatisch inspelen op het operationele aspect van het netwerk en de barrières die men hierin ondervindt.

Deze vaststelling betekent echter niet dat sommige netwerken het potentiële belang van een gedeelde en expliciete visie ervan niet inzien. In de opstartfase is er in bepaalde projecten wel in algemene termen over gereflecteerd of zijn er teksten gemaakt, maar ze worden niet als dagelijks referentiepunt gebruikt. In de meeste netwerken is een strategische visie uitgewerkt door slechts één of enkele mensen (bv. de

netwerkcoördinator).

- In eerder complexe netwerken waar men met verschillende partners rond de tafel zit die voordien geen echte historiek van samenwerken kenden zit men vaak nog in een fase van wederzijdse verkenning. De partners leren in de eerste plaats elkaar en elkaars werking kennen en proberen gemeenschappelijke grond te vinden via een brede maatschappelijke visie m.b.t. het centraal stellen van de patiënt in een evolutie naar een meer ‘vermaatschappelijke zorg’.
- In minder complexe netwerken, en voornamelijk met partners die voordien al regelmatig samenwerkten, wordt iets meer gemeenschappelijk gewerkt aan strategisch netwerk-denken. Deze netwerken zijn vaak (aan)gedreven door enkele kernpartners – al dan niet onder leiding van de promotor(en) en de netwerkcoördinator die vaak het projectdossier hebben uitgeschreven.

#### 4.3.2 Communicatie

In veel netwerken wordt gewezen op het feit dat de communicatie tussen wat gebeurt in de bestuursorganen en de “achterban” van de leden van de autonome partners een problematisch punt is.

Bovendien verloopt de communicatie tussen de verschillende geledingen die het netwerk aansturen niet altijd optimaal. De interne communicatie kan in verschillende richtingen moeilijk verlopen: (i) horizontaal tussen netwerkpartners binnen stuur- en functiegroepen, (ii) verticaal tussen de stuur- en functiegroepen en verder naar de mensen die instaan voor de dagelijkse werking op het terrein, en (iii) transversaal over de verschillende functiegroepen heen.

##### *Interne communicatie – horizontaal, verticaal en transversaal*

##### COMMUNICATIE TUSSEN DE NETWERKPARTNERS

De horizontale communicatie tussen de netwerkpartners wordt op het eerste zicht als het minst problematisch ervaren. Binnen de stuurgroep en/of elke functiegroep hebben de partners over het algemeen het gevoel dat ze voldoende open en transparant kunnen communiceren. Zoals hoger al vermeld, betekent dit niet dat men werkt vanuit een gedeelde uitgekristalliseerde visie, maar kan het overleg zich beperken tot het elkaar informeren over wat individuele partners doen en zouden kunnen bijbrengen in de activiteiten.

- In netwerken waarin men elkaar voordien niet of nauwelijks kende, ervaren partners het elkaar leren kennen al als een hele stap vooruit vergeleken met hoe het voordien was.
- In netwerken waar er spanningen of conflicten heersen tussen sommige kernpartners vermijden de partners soms het expliciteren van visie en strategie. Een aantal partners geeft zeer duidelijk aan dat organisaties hun belangen willen terugvinden in de visie van het netwerk maar toch durft men vaak niet doorpraten over waar eventuele ‘pijnlijke’ verschilpunten liggen.
- In netwerken die meer gecentraliseerd worden aangestuurd, ervaren sommige partners een verschil tussen wat “officieel” op de tafel ligt tijdens stuurgroepen en wat er in de praktijk in de werking buiten de stuurgroep gebeurt door een of een beperkt aantal partners.
- In netwerken waar ooit inspanningen zijn geleverd om een gedeelde visie te ontwikkelen, toetst men niet systematisch af of deze visie moet bijgestuurd, genuanceerd of aangepast worden op basis van ervaringen. Daar komt nog bij dat een visie die ooit op papier is gesteld niet noodzakelijk een ‘doorleefde visie’ is voor de partners.

In een aantal gesprekken kwam naar boven dat dezelfde woorden voor verschillende partners een andere betekenis hebben. Daardoor kunnen soms verschillende beelden of verwachtingen ontstaan bij het

gebruik van bepaalde begrippen. Meestal duiken dergelijk verschillen in visie en benaderingen in de praktijk op. Als partners dan geen mogelijkheid hebben om hun standpunt en visie in te brengen in het netwerk vergoot het risico op conflicten of op het feit dat bepaalde partners betrokkenheid verliezen.

#### COMMUNICATIE TUSSEN STUURGROEPEN EN WERKGROEPEN EN COMMUNICATIE MET “TERREINWERKERS”

In de verticale communicatie tussen de stuurgroep en werkgroepen enerzijds en de mensen op het terrein anderzijds worden breuklijnen gesignaleerd.

In zo goed als alle focusgroepen werd aangekaart hoe moeilijk het is voor vertegenwoordigers van een organisatie in het netwerk om ook andere mensen binnen hun eigen organisaties mee in beweging te krijgen. Met andere woorden, de mensen die zich actief inzetten in de stuurgroepen en operationele functiegroepen zijn wel op de hoogte van wat er gebeurt, maar de achterban van de eigen organisaties geraakt niet geïnformeerd. Vertegenwoordigers in de stuur- en operationele functiegroepen geven in dat verband aan dat het niet altijd mogelijk is om iedereen uit de eigen moederorganisatie systematisch te informeren over het lopende initiatief.

In heel wat netwerken wordt geklaagd over een kloof tussen het strategische (stuurgroep) en het operationele (het terrein) niveau. Een kloof die volgens sommigen steeds breder wordt omdat stuurgroepleden elkaar onderling heel geregeld zien maar veel minder contact hebben met de mensen op het terrein: Terreinwerkers hebben het gevoel dat er niet naar hen geluisterd wordt of dat er niet voldoende gefocust wordt op concrete doelstellingen. Bij hen ontstaat het beeld dat er tijd verspild wordt aan ‘blabla’ en onvoldoende aan concrete initiatieven op het terrein.

- Voor terreinwerkers en zorgprofessionals die in de periferie van de activiteiten werken blijft het moeilijker om te weten wat de hervorming en het netwerk precies is en waar men naartoe wil.
- Daarbovenop komt het gegeven dat men tot overeenstemming komt op strategisch niveau, maar dat de zorgverstrekkers op het terrein helemaal niet volgen of overeenkomen over de te volgen benadering.
- Terreinwerkers hebben vaak een pragmatische insteek met betrekking tot dagelijkse problemen. Ze hebben hierdoor soms het gevoel dat er niet naar hen geluisterd wordt (men spreekt bijvoorbeeld van ‘top-down implementatie’ van het netwerk of dat men vocabulaire hanteert dat niet toegankelijk is voor de terreinwerkers). Men moet volgens hen verder gaan dan enkel praten en overleggen, er is ook concrete samenwerking op het terrein nodig, want anders gaan sommige partners vermoeid geraken en afhaken. Veel strategische barrières zouden bovendien overwonnen kunnen worden indien de stuurgroep beter zou luisteren naar de concrete problemen op het terrein en die dan omkaderen.
- Beslissingen die genomen zijn in strategische organen worden soms niet uitgevoerd op het terrein; er wordt gewoon doorgewerkt zoals voorheen.

#### COMMUNICATIE TUSSEN DE FUNCTIEWERKGROEPEN

Zoals eerder in dit hoofdstuk al aan bod kwam, is er over het algemeen van een geïntegreerde visie over de kernfuncties heen weinig sprake. De informatie die we hebben m.b.t. de **transversale** communicatie over de verschillende functiegroepen heen gaat vooral over de opvolging van het implementeren van de verschillende kernfuncties en de besluitvorming hieromtrent. De leden van de respectievelijke functiegroepen zijn over het algemeen vooral gefocust op de operationele uitwerking van de kernfunctie waarrond ze werken. Over het algemeen gaat men ervan uit dat alle informatie uit de functiegroepen uiteindelijk moet samenkomen in de stuurgroep die het geïntegreerd kader moet behouden en eventueel ook de finale goedkeuring geeft. In een aantal netwerken probeert men deze link te maken via de



functievoorzitters, waarvan eerder in dit hoofdstuk sprake, in sommige andere netwerken ziet men hierin ook een rol voor de netwerkcoördinator weggelegd.

### *Externe communicatie*

Een aantal netwerken ontwikkelt communicatiestrategieën met verschillende instrumenten: een website, folders, presentaties op verschillende gelegenheden of jaarlijks georganiseerde reflectiedagen die openstaan voor een ruimer publiek.

Toch is de algemene vaststelling dat de hervorming en de netwerken 'art. 107' op het terrein (bijna) louter gekend zijn als 'de mobiele teams', die het meest concreet vorm krijgen en in het oog springen. Zorgverstrekkers zelf stellen de term '107' nog vaak gelijk met de mobiele teams. Ook de lokale media focussen zich vooral op de mobiele teams en nauwelijks op de hervorming als geheel systeem.

Netwerken die al iets verder staan in de implementatie van de andere kernfuncties geven aan dat ze langzaamaan signalen zien dat de beeldvorming kan veranderen is. Men beseft over het algemeen wel dat er nog heel wat werk is aan de externe communicatie m.b.t. de hervorming en de netwerkidentiteit.

- Hier en daar maken vooral psychiatrische ziekenhuizen zich zorgen over het beeld dat wordt gecreëerd dat de residentiële setting "slecht" is en dat de vermaatschappelijking van zorg, aangedreven door de mobiele teams, een miraculeus antwoord is op alles. Dat beeld kan ook tot spanningen leiden bij terreinwerkers (die op zich al niet veel details weten over het programma). Er werd herhaaldelijk op gewezen dat sommige patiënten met een langdurige en complexe problematiek waarschijnlijk nooit naar de samenleving zullen kunnen terugkeren. Er werd ook aangehaald dat in de maatschappij zelf niet altijd een draagvlak is om bepaalde patiënten op te vangen.

### **4.3.3 Samen besturen**

#### *Vertrouwen en betrokkenheid*

In het vorige deel hebben we het al gehad over het opbouwen van vertrouwen. Diezelfde trend vertaalt zich ook op bestuursniveau.

Over het algemeen wordt er heel veel overlegd in de netwerken, d.w.z. dat men op heel geregelde tijdstippen met de verschillende netwerkpartners rond de tafel zit. Los van de kritiek die men soms verwoordt op het aantal overlegmomenten ('vergaderlast'), ervaart men deze bijeenkomsten op zich wel als positief. Het feit dat de partners elkaar leren kennen ervaart men als een enorm succes en een belangrijke cultuuromslag die er dankzij de hervorming gekomen is. Toch wordt nog altijd gewezen op het feit dat ook op bestuursniveau organisaties met een eigen agenda aan de tafel zitten en dat het 'netwerkdelen' nog wat in de weg gestaan wordt door het 'organisatie-denken'.

Als er zich vertrouwen ontwikkelt, is dat vooral tussen de individuen die effectief samen rond de tafel zitten. In de diverse geledingen van de verschillende organisaties (die vertegenwoordigd worden door die bepaalde individuen) die deel uitmaken van het netwerk moet vaak nog een lange weg worden afgelegd.

#### *Omgaan met meningsverschillen en conflicthantering*

In minder complexe netwerken, waarin de kernpartners al langer hebben samengewerkt, en waarin een zeker vertrouwen heerst tussen de partners en in de hervorming, lijkt men minder geneigd om moeilijke of gevoelige kwesties uit de weg te gaan. Men probeert in dialoog te gaan met elkaar, bilateraal of met de

hele groep, maar men respecteert elkaars positie en men is bereid om een moeilijke kwestie tijdelijk te laten rusten zodat het niet tot een breekpunt kan uitgroeien of de werking van het netwerk gaat blokkeren.

In netwerken waarin minder of geen onderling vertrouwen bestaat tussen partners, is er meer sprake van conflict-vermijdend gedrag.

- In uitzonderlijke gevallen is het wantrouwen tussen sommige partners zo groot dat men weigert met elkaar rond de tafel te zitten. Psychiaters zijn in een aantal netwerken niet vertegenwoordigd in het netwerkbestuur omwille van fundamentele of principiële tegenstand.

### *Omgaan en beslissen over (financiële) middelen*

De inzet van de beschikbare financiële middelen is over het algemeen een heel gevoelige kwestie en potentieel een bron van conflict, niet in het minst omdat ook die gelinkt is aan bepaalde machtsverhoudingen binnen het netwerk (zie hoger). Psychiatrische ziekenhuizen die bedden afbouwen verwerven door die afbouw van bedden en de vrijgekomen middelen hoe dan ook een belangrijke positie binnen het netwerkbestuur. Het debat over die financiële middelen loopt heel verschillend tussen de types netwerken: in de meeste netwerken blijven de middelen “toegewezen” aan die actor die bedden heeft afgebouwd. Met in het achterhoofd dat in sommige projecten meerdere ziekenhuizen of afdelingen participeren, zorgt dit ervoor dat de middelendiscussie zeer verschillend wordt aangepakt. In slechts een beperkt aantal projecten worden de middelen in de “collectiviteit” van het netwerk gezet.

- In dat verband lijkt een ontwikkeling ingezet dat in netwerken waar er meer vertrouwen heerst tussen de partners, men minder ingaat op de vraag welke partners wel of geen middelen inbrengen en dat men vaker transparant en open tracht te discussiëren over waar en op welke manier men de beschikbare middelen zou inzetten. Dit zijn vaak de minder complexe en kleinere netwerken, waar de beschikbare middelen vrij beperkt zijn.
- In sommige netwerken waar spanningen of machtsconflicten heersen tussen bepaalde kernpartners is een discussie over de middelen een taboe. In de stuurgroep wordt er niet gerept over financiën, zelfs niet over de extra middelen die vanuit de overheid komen, omdat de partners menen dat geldkwesties een (potentiële) bron van conflict kunnen zijn.
- Andere netwerken proberen de transparantie rond middelenverdeling te vergroten bijvoorbeeld door het creëren van een werkgroep ‘financiën’ waarin partners zitten die financiële middelen inbrengen.

#### **4.3.4 Besluitvorming**

Over het algemeen worden beslissingen hetzij in de stuurgroep, hetzij in het dagelijks bestuur genomen. Meestal gebeurt dit in consensus. Bijna nergens is er sprake van een stemmingsprocedure rond een bepaalde kwestie, men vindt het veel belangrijker om de zaken zodanig te bediscussiëren dat men tot een compromis kan komen waarin alle partners zich tot op zekere hoogte kunnen vinden. In sommige projecten vermijdt men op bepaalde aspecten een discussie ten gronde en laat men beslissingen impliciet over aan bepaalde spelers of organen. Het effect daarvan is potentieel dat niet alle partners zich “mede-eigenaar” van het netwerk voelen.

- In netwerken waarin het vertrouwen tussen de partnerorganisaties nog moet groeien of waar er bepaalde (machts)conflicten spelen, zijn de stuurgroepvergaderingen eerder moment van overleg en informatie-uitwisseling dan echte beslissingsorganen.



- Sommige vertegenwoordigers in de stuurgroepen vinden overigens de stuurgroep een orgaan waar “men geïnformeerd wordt” over de ontwikkelingen, zonder dat zij de behoefte voelen om mede-eigenaar te worden van het netwerk.
- Soms zijn bepaalde kwesties op voorhand informeel bilateraal afgetoetst en worden de beslissingen reeds ‘in de coulissen’ voorbereid. De bestuursvergadering is dan veeleer een communicatiekanaal.

Verder wordt gesignaleerd dat het niet altijd duidelijk is met welk mandaat vertegenwoordigers van de partners in de stuurgroep zetelen. Niet alle partners rond de tafel hebben een mandaat gekregen vanuit hun organisatie om bepaalde beslissingen te nemen. Hierdoor moeten zij steeds eerst terugkoppelen naar hun eigen achterban wat voor vertraging kan zorgen in het besluitvormingsproces en soms tot frustraties kan leiden bij de andere partners, zeker wanneer bepaalde genomen opties opnieuw in vraag worden gesteld.

#### 4.3.5 Uitwerking van de kernfuncties

##### *Integratie van de functies*

In de meeste projecten werd in de afgelopen periode te weinig aandacht besteed aan de integratie van de vijf kernfuncties. De afgelopen periode werd vooral ingezet op de mobiele teams in functie 2 (F2). Stapsgewijs worden functies 1 en 3 wel uitgewerkt in een aantal netwerken. Wat de implementatie in de praktijk betreft, zijn functies 4 en 5 het minst ver ontwikkeld en blijft de uitwerking voorlopig beperkt tot het leggen van contacten en het afstemmen van visies.

Functies worden redelijk onafhankelijk van elkaar en stapsgewijs uitgewerkt en zelden ingevuld vanuit een totaalkader.

- Een uitzondering is mogelijk te vinden in een beperkt aantal minder complexe netwerken met weinig middelen of voorzieningen waar men iets meer probeert in te zetten op een geïntegreerde functiebenadering, maar de informatie hierover is in dit stadium niet eenduidig.

Het **risico** bestaat daardoor dat het netwerk de facto “verkokert” in allerlei initiatieven (en subnetwerken) rond functies, en dat een aantal problemen dreigen te ontstaan die mogelijk vermeden kunnen worden bij een integrale aanpak.

- De nadruk ligt in de meeste netwerken tot nu toe op de operationele uitrol van functie 2 (en dan vaak voornamelijk functie 2b). In een aantal netwerken zit men daar echter ondertussen aan de maximale caseload en doordat men deze functie niet aan de andere kernfuncties gelinkt heeft, is er geen uitstroom-scenario voorzien.
- De focus verschuift stilaan van functie 2 naar andere functies. Hierdoor gaan ook andere partners een belangrijkere rol beginnen spelen maar zij zijn niet altijd vertegenwoordigd in het strategisch bestuur. Hierdoor voelen sommige partners zich uitgesloten en ontstaan spanningen of frustraties omdat ze graag mee de regie in handen willen nemen.

##### *Kernfunctie 1*

Het is voor de netwerken niet altijd duidelijk waarop de focus in F1 moet liggen met als gevolg dat er nog veel praatwerk nodig is. Netwerken die hierop al inzetten nemen ook erg verschillende initiatieven; het varieert van bv. vormingssessies ontwikkeld voor de eerstelijnspartners, de integratie van eerstelijnspsychologische functie en een telefonische psychiatrische consultfunctie tot een

oriënteringsfunctie om patiënten naar de juiste zorg te oriënteren of bepaalde initiatieven rond destigmatisering en beeldvorming van de GGZ.

Eén van de meest vermelde barrières in deze functie is het gepercipieerde gebrek aan middelen en aan ondersteuning voor de eerstelijnszorg. Bovendien werken er veel “niet-GGZ” partners mee in deze functie. Hun focus is in de eerste plaats niet op GGZ gericht en hun werking dus ook veel ruimer dan de activiteiten die ze binnen deze functie ontwikkelen, wat de uitwerking van een agenda soms bemoeilijkt.

- Een paar netwerkbesturen signaleren dat bepaalde ideeën die in theorie zijn uitgewerkt, in de praktijk niet (goed) blijken te werken. Ze moeten dan opnieuw gaan aftoetsen bij de partners en bijsturen wat de implementatie soms vertraagt.

### *Kernfuncties 2a & 2b*

Een vaststelling is dat de mobiele teams op redelijk wat plaatsen ondertussen (bijna) aan hun maximale caseload zitten. De partners zelf verklaren dit ‘succes’ vaak als een signaal dat er grote nood was aan dergelijke teams. Anderzijds kan dit er misschien ook op wijzen dat de bestuursleden geen duidelijke inclusiecriteria of een geïntegreerde visie hebben uitgedacht.

Naast het feit dat een aantal netwerken aan de limieten komen qua caseload van vooral de mobiele 2b-teams, hebben de belangrijkste barrières vooral te maken met de niet optimale doorstroom van patiënten van het crisisteam naar het langdurig team. Bovendien vraagt een aantal partners zich af of de federale overheid de samenstelling van de mobiele teams gaat normeren. In een aantal netwerken vindt men het bijvoorbeeld misschien belangrijk dat er steeds een psychiater aanwezig is wanneer men uitrukt, terwijl dit in andere netwerken niet noodzakelijk het geval is.

Tot slot stellen we vast dat wanneer er meerdere mobiele teams actief zijn in een netwerk, deze in netwerken met een sterke subregionale werking soms volledig naast elkaar werken, met verschillende procedures en inclusiecriteria en zonder wederzijds overleg, terwijl men in netwerken waarin men regionaal werkt de werking van de mobiele teams veel meer op elkaar afstemt, in enkele gevallen wordt er zelfs een gemeenschappelijk aanmeldnummer gehanteerd.

### *Kernfunctie 3*

In verschillende projecten zijn de psychosociale rehabilitatiecentra ondertussen operationeel of zal dit in de nabije toekomst het geval zijn. Daarnaast zijn er nog een aantal andere concrete initiatieven, zoals een draaiboek rond arbeid of de aanwerving van een jobcoach voor trajectbegeleiding of van rehabilitatiemanagers. Toch blijft het vaak zoeken naar welke partners er betrokken kunnen (of zouden moeten) worden bij het partneroverleg en welke informatie aan wie doorgegeven wordt. Vooral in projecten waar weinig aanbod is voor arbeid en vrije tijd, blijken de rehabilitatiecentra snel volzet te zijn. In stedelijke regio's met een groter aanbod is dit iets minder.

Een barrière die in het kader van functie 3 (F3) regelmatig wordt aangehaald, is de ethische kwestie rond het (gedeeld) beroepsgeheim: welke partner krijgt toegang tot welke informatie? In sommige netwerken is dit een erg gevoelige kwestie die hier en daar zelfs tot conflicten (of conflict-vermijdend) gedrag leidt. Een ander moeilijk punt dat over de implementatie van F3 gaat, is de soms moeilijke doorstroom van hospitalisatie naar zinvolle dagbesteding en de doorstroom naar de reguliere arbeidsmarkt.

### *Kernfunctie 4*

De meeste netwerken zijn nog niet zo ver geraakt, wat de praktische implementatie van functie 4 (F4)

betreft. De partners zitten veelal nog in een fase van wederzijdse verkenning waarin ze ook nadenken over de huidige en (potentieel) toekomstige functie van de ziekenhuizen. Het wordt vaak ook beschouwd als de 'interne keuken' van de ziekenhuizen waarover andere partners moeilijk kunnen meebeslissen, hoewel sommigen hier wel de meerwaarde van zien. Enkele netwerken zijn gestart met de inventarisatie van het bestaande zorgaanbod (en de hiaten erin) of werken succesvol met het 'bed-op-recept'. De netwerken proberen tegemoet te komen aan de verwachtingen van de hervorming: er wordt nagedacht over zorgintensifiëring, ontslagmanagement en in sommige projecten ook over een crisiseenheid.

De netwerkpartners kaartten regelmatig aan dat men op barrières stoot in de uitwerking van deze functie omdat er nood is aan een aangepaste regelgeving voor de ziekenhuizen.

### *Kernfunctie 5*

Globaal genomen, is er m.b.t. functie 5 (F5) niet veel geconcretiseerd. Net zoals in F4 zitten de partners die in F5 betrokken zijn vaak nog in een verkennende fase en proberen ze vooral samen na te denken over wat de partnerorganisaties en het netwerk voor elkaar kunnen betekenen. In slechts één of twee netwerken is er wel sprake van enkele concrete 'huisvestingsinitiatieven' die mogelijk een oplossing bieden voor het huisvestingsprobleem.

De partners klagen vooral het gebrek aan middelen en aan aangepaste wetgeving voor de uitwerking van F5 aan. Niettemin geven ze ook toe dat een zaken, waarvoor geen extra middelen nodig zijn, zoals het in kaart brengen van het profiel van bewoners voor PVT of IBW of voor een centrale intake, wel al uitgewerkt zouden kunnen worden.

### **KERNBOODSCHAPPEN**

**Op bestuursniveau doen zich (soms onuitgesproken) spanningen voor tussen enerzijds CGG en ziekenhuizen onderling, anderzijds tussen de ambulante en residentiële sector.**

**Over het algemeen wordt weinig gewerkt vanuit een "gedeelde" visie en identiteit: partners geven vaak hun eigen definitie waar het netwerk voor staat en naar toewil.**

**Het ontbreekt in dit stadium van de ontplooiing van de netwerken aan een geïntegreerde strategie voor de uitrol van de vijf functies: er is een tendens om de hervorming als tijdelijk project en pragmatisch aan te pakken. De onzekerheid over de richting die de overheid eventueel in de toekomst uit wil speelt hierin een rol**

**De ervaring van het besturen leert dat de interne en externe communicatie in dergelijke netwerkconstructie een heel moeilijk punt is. Communicatie tussen strategische en operationele lijnen en communicatie met de buitenwereld wordt nochtans als cruciaal gezien voor het uitrollen van het netwerk**

**Vertrouwen tussen partners wordt gezien als cruciaal. Toch wordt nog altijd gewezen op het feit dat op bestuursniveau organisaties met een eigen agenda aan de tafel zitten en dat het 'netwerkdelen' nog wat in de weg gestaan wordt door het 'organisatie-denken'**

**De inzet van de beschikbare financiële middelen is over het algemeen een heel gevoelige kwestie en potentieel een bron van conflict, niet in het minst omdat ook die gelinkt is aan bepaalde machtsverhoudingen binnen het netwerk**

## 5 De netwerkcoördinator(en)

Het vorige interimrapport besteedde al aandacht aan de positie van de netwerkcoördinator als onderdeel van de netwerkcoördinatie. Er is stilgestaan bij types en stijlen van leiderschap en vier types van coördinatoren, gaande van een sterke leider tot een administrator. Er is in dat rapport al verwezen naar de persoonlijke vaardigheden of ervaring van de coördinator en op de rol en taken die ze opnemen in het netwerk (Leys et al., 2013). In deze fase van het onderzoek hebben we kort de vraag gesteld hoe de netwerkpartners de rol van de netwerkcoördinatoren ervaren en wat ze van die functie verwachten. Tijdens het groepsgesprek kwamen een aantal algemene aspecten naar boven die in deze fase niet in de diepte zijn uitgewerkt.

### 5.1 De rol van de netwerkcoördinator(en) in het netwerkbestuur

De netwerkcoördinatoren spelen zowel een rol in het strategische als in het operationeel bestuur. Ze volgen alle stuurgroepvergaderingen – en vaak die van de functiegroepen ook – mee op, maken en verspreiden de verslagen en volgen de implementatie van ‘het project’ op.

Door de band genomen zijn de partners heel tevreden over de netwerkcoördinatoren. Zeker in netwerken waarin de coördinator(en) nauw samenwerken met de stuurgroep en een goede band lijken te hebben met de promotor(en) zien de partners hen als een onmisbare schakel in het netwerk. Meestal worden ze beschreven als ondersteunende figuren die een belangrijke rol spelen in het samenbrengen van de verschillende partners en de opbouw van vertrouwen tussen partners. Zij worden ook gezien als degenen die de ‘netwerkgedachte’ stimuleren en de partners enthousiasmeren. Tijdens één van de focusgroepen zeiden de netwerkpartners letterlijk dat er zonder coördinator geen netwerk zou zijn.

In sommige projecten waar er spanningen of conflicten heersen tussen bepaalde netwerkpartners zijn de meningen niet altijd onverdeeld positief, hoewel dit vooral te maken lijkt te hebben met de manier waarop de coördinator(en) met dergelijke spanningen of conflicten omgaan. Veel speelt de perceptie van “neutraliteit” van de netwerkcoördinator, waar sommige partners erg aan hechten, een rol.

- In sommige netwerken ontstaat ook weerstand bij stuurgroepleden die het gevoel hebben dat de overheid erop aanstuurt om er een directeursfunctie van te maken, en de coördinator dan als het ware als ‘leider’ van het netwerk zou fungeren. Dit kan volgens de leden van de stuurgroep niet de bedoeling zijn, de beslissingsmacht moet hoe dan ook bij de stuurgroep blijven liggen.

Tot slot zijn zo goed als alle netwerken het erover eens dat het takenpakket dat nu terechtkomt bij de “project”coördinator te omvangrijk is om door één persoon te laten invullen. Er wordt een lange lijst gemaakt bij de vraag welke rol de netwerkcoördinator nu precies inneemt, en vaak een nog langere lijst als gevraagd wordt wat de rol van de coördinator zou moeten zijn. De netwerkcoördinatoren worden in alle netwerken gezien als diegenen die het geheel bij elkaar moeten houden, *“de cement tussen de verschillende geledingen”*. Een intermediaire figuur, of ‘linking pin’, ook tussen het strategische en het operationele niveau, die alle informatie uit stuur- en functiegroepen en andere eventuele ad hoc werkgroepen moet samenbrengen en terugkoppelen. Anderzijds zien de netwerkpartners de netwerkcoördinatoren vooral ook als degenen die ‘het project 107’ opvolgt en die de link legt met de federale overheid. Hij/zij wordt vooral gezien als iemand die alles moet coördineren maar niet mag aansturen.

### **KERNBOODSCHAPPEN**

**De netwerk coördinator wordt door alle partners erkend als een cruciale verbindende persoon voor de realisatie van het netwerk**

**De ervaring leert dat de netwerk coördinatoren overbelast kunnen raken door de hoeveelheid taken die ze uitvoeren, en meer nog als de verwachtingen ten opzichte van de coördinatoren worden opgelijst**

## 6 Discussie

In dit rapport wordt verslag gedaan van de implementatie-ervaringen van interorganisatorische netwerken. In de vorige tussentijdse rapporten over dit onderwerp verzamelden we ervaringen van de netwerkcoördinatoren en –promotoren, terwijl dit rapport de ervaringen van netwerkpartners tracht samen te vatten. De inzichten die komen uit het werkveld kunnen helpen om kritische reflectie te houden over de huidige stand van zaken m.b.t. netwerkontwikkeling.

### 6.1 Beperkingen van de gebruikte methodologie

Voor deze studie verzamelden we de gegevens via focusgroepen bij 16 van de 19 netwerken. Drie focusgroepen staan gepland begin 2015. De drie netwerken die nog bevestigd moeten worden zijn geen selectieve groep, in die zin dat het om netwerken zou gaan die specifieke kenmerken hebben. Hoewel we dus niet kunnen zeggen dat we alle inzichten uit alle netwerken hebben gevat, kunnen we op basis van de huidige analyse wel aangeven dat het gros van ervaringen, problemen en thema's die bij de implementatie van het netwerk in een regio spelen zijn opgenomen. De transversale analyse leert dat er heel wat gemeenschappelijke ervaringen zijn.

Een tweede methodologische beperking heeft te maken met een potentiële vertekening van de resultaten door de samenstelling en deelname van partners aan de focusgroepen. Het aantal deelnemers per focusgroep verschilde per netwerk van 1 (!) tot 20. De samenstelling van de focusgroepen varieerde van enkel een kleine groep strategische kernpartners in sommige focusgroepen tot een veel bredere groep waarin ook operationele partners en terreinwerkers waren vertegenwoordigd.

Hoewel we vooraf duidelijke algemene instructies meegaven aan de netwerkcoördinator dat we zeker de kernpartners, en mits eventuele uitbreiding ook andere partners uit de stuurgroepen wilden betrekken, waren het de coördinatoren die contacten legden met de deelnemers voor de focusgroep. Wij hebben als onderzoekers m.a.w. geen zicht op de concrete selectie en mobilisatie van deelnemers uit de projecten.

Verder zijn we er ons van bewust dat degenen die zich aangemeld hebben voor het gesprek mogelijk de meest “bereidwillige” vertegenwoordigers van partnerorganisaties waren.

Tot slot werd er aanvankelijk expliciet gevraagd dat de netwerkcoördinatoren en promotoren niet zouden deelnemen aan de focusgroepen. Ten eerste, omdat zij eerder al geïnterviewd waren in de vorige fase van het onderzoek en, ten tweede, omdat we de andere netwerkpartners voldoende ruimte wilden geven om hun ervaringen in alle openheid en vrijheid te delen. Dit criterium werd later versoepeld wat de promotoren betrof, aangezien de promotor vaak ook als kernpartner optreedt binnen het netwerk en hun ervaringen zeker meegenomen moeten worden. In bijna de helft van de focusgroepen nam de promotor uiteindelijk toch deel aan het gesprek.

De intrinsieke methodologische sterkte en beperkingen van een focusgroep als dataverzamelingstechniek gaan we hier niet uitvoerig bespreken. Omdat niet elke focusgroep bevestigd is met hetzelfde team van moderatoren en observatoren (soms was de promotor van het onderzoeksproject aanwezig, soms niet) en omdat de interviewers Nederlandstalig zijn kan het zijn dat in bepaalde gesprekken minder diep is ‘gegraven’. Wanneer we de gegevens transversaal analyseren en op basis van de uitkomsten van die analyse zijn we er wel van overtuigd dat we de centrale tendensen gecapteerd hebben.

De gesprekken in de schoot van sommige netwerken hebben “op zich” in een aantal netwerken een impact gehad. Het feit dat de onderzoekers bepaalde aspecten in de diepte met partners gingen bevragen, heeft in

de hand gewerkt dat de partners zelf geïnteresseerd geraakten in aspecten waar ze vroeg minder bij stonden of heeft hen doen ervaren dat het hen aan expertise ontbreekt. In sommige projecten is de focusgroep een directe aanleiding geweest om een vraag te stellen voor coaching. In die zin is het effect van de gesprekken geweest dat we aanleunen bij actieonderzoek.

### 6.1.1 De volgende stappen in het onderzoek

In de volgende fase van het onderzoek zullen we meer verdiepend ingaan op volgende aspecten.

- De verdere ervaringen met de regionale uitrol van de projecten zullen blijvend opgevolgd worden. Vooral de ontwikkelingen met betrekking tot de subregionale uitrol *binnen* projecten, de potentiële spanningen die ontstaan tussen (sub)regio's over de toewijzing en toegang van voorzieningen en de wijze waarop eventueel beslissingen op gemeenschaps- en gewestniveau de netwerkontwikkeling beïnvloeden zullen we verder opvolgen. In dit verband zullen we in het bijzonder stilstaan bij de vraag op welke manieren de integrale benadering van de vijf functies gerealiseerd wordt.
- De verschillende types netwerken die beginnen te ontstaan. In de netwerkliteratuur worden verschillende types netwerken geïdentificeerd. (cfr. losse verbanden, consortia, tijdelijk coalities, allianties, informele samenwerking, enz.) Dergelijke typologieën gaan in op de onderlinge afhankelijkheid van partners, de mate van integratie van activiteiten, de formalisatie van de binding van een aantal leden en het tijdspectief waarin netwerken met elkaar in zee gaan. We zullen deze types analyseren tegen de kenmerken van het “institutioneel veld” waarin deze samenwerkingen vorm krijgen. Op dit ogenblik vinden we tal van indicaties dat veel verschillende visies leven over wat nu de “netwerkgedachte” zou moeten zijn. Als we niet beter begrijpen in welke mate er sprake is van divergerende dan wel convergerende visies op wat een netwerk zou moeten zijn, lopen we het risico dat België op termijn geconfronteerd zal worden met zeer heterogene manieren van aanpakken en vormen van begeleiding.
- Er is verder inzicht vereist in de wijze waarop bestuursmodellen, rekening houdend met de context waarin netwerken zich ontwikkelen, bijdragen tot effectieve netwerken. We zullen hier dus dieper op ingaan: bijzondere aandacht zal worden besteed aan de potentiële rol van diverse bestuursorganen. De opdeling in strategische en operationele bestuursorganen kan van de huidige netwerken potentieel een complex en onoverzichtelijk kluwen maken. We zullen nagaan op welke wijze men erin slaagt om, in termen van bestuur, de omslag maakt van een “project” naar een duurzaam netwerk dat locoregionaal instaat voor kwaliteitsvol aanbod van zorg. We zullen dieper ingaan op de vraag over wat “kern” en meer periferie-actoren worden in de realisatie van het netwerk en de wijze waarop een homogene dan wel heterogene samenstelling van de verschillende bestuurslagen de efficiëntie en effectiviteit van een netwerk beïnvloedt. We zullen zeker onderzoeken in welke mate de uitrol van “de facto” subnetwerken of subregionale netwerken de werking eventueel beïnvloedt.
- De rol van de netwerkcoördinator, als integraal onderdeel van het coördinatie- en bestuursmodel, en de analyse van de competenties die hiervoor vereist zijn.

### 6.1.2 Behoeft aan bijkomende wetenschappelijke ondersteuning

Tot slot willen we nog aandacht vragen voor twee aspecten die grondiger onderzoek verdienen naar aanleiding van indicaties die uit dit deel van het onderzoek komen:

- Onderzoek naar de arbeidsorganisatorische gevolgen en de wijzen waarop arbeidsvoorwaarden en omstandigheden kunnen geoptimaliseerd worden in een netwerkmodel verdient de nodige



aandacht: er zijn mogelijk indicaties dat ook op dit vlak weerstanden zouden kunnen ontstaan “op het terrein” als we niet beter begrijpen wat op dit vlak gebeurt. Het gaat hier om een studie naar de brede mix van beroepsbeoefenaars die betrokken worden in het samenwerken rond de patiënt en op welke manier daar arbeidsorganisatorische regelingen getroffen kunnen worden. De netwerken zelf hebben bv. vragen over welke types arbeidscontracten gebruikt moeten worden voor de aanstelling van de mobiele equipes of wie nu precies deze medewerkers contractueel kan aanwerven.

- Een aspect dat ook meer onderzoek verdient en waar we al herhaaldelijk op gewezen hebben betreft de vraag naar de prikkels (incentives) die in de huidige complexe financiering zijn ingebouwd en die de netwerkvorming belemmeren dan wel beïnvloeden. In het verlengde daarvan zou een dieper gravende studie naar kosten en budgetallocatie binnen netwerken, niet alleen onderzoeksmatig maar ook voor alle actoren in het werkveld zeker van nut zijn. Eén van de meest gesignaleerde barrières voor de verdere uitrol van het voorgestelde model met de vijf functies is het veronderstelde gebrek aan middelen. De meeste netwerken kijken hiervoor naar de overheid om hen van extra middelen te voorzien. Er zijn heel weinig voorbeelden van netwerken die de reflex hebben om zelf op een alternatieve en/of creatieve manier de beschikbare middelen te realloceren.

## 6.2 Nog geen duurzame netwerken - een projectbenadering

Op dit ogenblik worden de netwerken nog overwegend uitgerold als projecten met een tijdelijke financiering: de spelers begrijpen dat het gaat om een leertraject en begrijpen dat dit leertraject moet worden doorlopen. Dit heeft echter als gevolg dat partners de oefening die nu gebeurt soms nog teveel zien als een initiatief “naast” de reguliere geïnstitutionaliseerde aanpak. Het is echter opvallend dat sommige partners overtuigd zijn dat België op weg is naar een structurele hervorming van de geestelijke gezondheidszorg, maar dat het kader nog niet precies genoeg is om daar voluit op in te zetten. De projectervaringen leren dat er nog tal van onbeantwoorde vragen zijn.

Binnen die “projectbenadering” wordt het netwerk vooral pragmatisch en vanuit praktische operationele kwesties (in het bijzonder met betrekking tot de mobiele teams) uitgewerkt. Het risico bestaat op die manier dat er sprake is van een eerder gefragmenteerde aanpak van ad hoc projecten rond kernfuncties maar dat een structurele verandering in de richting van een vermaatschappelijkte zorg via netwerking nog niet aan de orde is. Hoewel er al initiatieven zijn ontwikkeld binnen sommige functies, werkt men nog onvoldoende vanuit een integratie van voorzieningen over de vijf functies. Hierdoor stoten de netwerken nu op verschillende barrières of geraken ook strategische netwerkpartners stilaan (over)vermoeid omdat ze het gevoel hebben dat ze altijd en overal mee betrokken moeten zijn.

## 6.3 Geografische uitrol van het project

Er is in dit stadium van de realisatie van het programma een grondig debat nodig over de geografische organisatie van ons zorgsysteem. De hervorming betreft zoveel spelers en bestuurslagen dat een debat gevoerd moet worden over de wijze waarop de *public health* doelstellingen via een regionaal georganiseerde netwerkstrategie niet meer louter pragmatisch kunnen worden ingevuld. Als dat debat nu niet wordt opgepikt loopt men het risico geen structurele hervorming te kunnen inzetten. De geografische uitrol van de hervorming in België en binnen de projecten moet minder “pragmatisch” en minder vanuit een “pilotprojectenperspectief” worden benaderd. Er is behoefte aan een uitgekristalliseerde visie over hoe een land of een aantal sectoren wil omgaan met het aanbieden van types voorzieningen op lokaal, subregionaal, regionaal en nationaal niveau. Daarin speelt de vraag hoe regio’s met elkaar omgaan, hoe



men omgaat met basisgezondheidszorg en gespecialiseerde voorzieningen, hoe men de vrije keuze van de patiënten binnen zorgtrajecten kan vrijwaren en hoe men voldoende kwalitatief aanbod kan en wil garanderen in afgebakende zones.

We zien nu dat door het “projectkarakter” het langetermijnperspectief in de uitrol en visieontwikkeling van netwerken en regio’s niet wordt opgepikt. De pragmatische aanpak start in de meeste projecten niet vanuit de behoefte van de populatie, maar vanuit de bestaande zorgvoorzieningen in de subregio’s. De huidige ontwikkelingen leren dat er een reëel risico ontstaat dat er zich in de toekomst de facto een kluwen van subregio’s en subnetwerken ontwikkelt (o.a. per functie en per subnetwerk), met elk hun eigen doelstellingen en agenda. Er ontstaan nu al spanningen en discussies over grensgebieden, overdracht van patiënten tussen regio’s, spanningen tussen meer bedeelde en minder bedeelde regio’s, enz. Het mogelijk ongewenste effect om deze discussie niet op te nemen op langere termijn is dat er zich een probleem ontwikkelt wat betreft de toegankelijkheid en de kwaliteit van zorgaanbod in de geestelijke gezondheidszorg voor burgers. (vgl. Leys et al., 2013)

Het debat moet zich dus niet beperken tot een discussie over de regionale keuze binnen en tussen bestaande netwerken, maar ook voor de toekomstige uitrol van het programma in heel België. Als er gestreefd wordt naar een structurele hervorming, zullen de gebieden die nog niet bediend worden moeten worden ingevuld. De richting die men op dit vlak uit wil moeten nu bekend gemaakt worden door de overheid, in samenspraak met de sector: het is een sociologische realiteit dat wanneer bepaalde netwerken zich nestelen en institutionaliseren, het moeilijker wordt om het kader achteraf te hertekenen en bij te sturen.

Projecten en projectpartners beginnen zich er ook vragen over te stellen, omdat ze geconfronteerd worden met problemen als er “regio-overschrijdend” gewerkt moet worden. De huidige onvolledige dekking van het Belgische grondgebied speelt vooral de netwerken die grenzen aan de ‘gaten in het geografische landschap’ parten. De netwerkpartners vragen zich dan ook geregeld af of en op welke manier de bestaande projectregio’s uitgebreid zullen (moeten) worden. Dit kan hetzij door nieuwe netwerken te ontwikkelen in de regio’s die momenteel nog niet bedekt zijn, hetzij door de bestaande netwerken te laten uitbreiden naar een grotere projectregio. Uitbreiding naar een groter geografisch werkingsgebied met de huidige partners en middelen zal voor veel netwerken erg moeilijk zijn aangezien zij nu al kampen met een middelentekort, of niet aanvaardbaar omdat veel regio’s zich georganiseerd hebben rond “natuurlijke” partners. We weten dat keuzes voor regio’s en netwerken in de pilootfase ingegeven zijn door opportuniteitsoverwegingen en vaak op basis van historische allianties.

Wanneer nieuwe partners ‘toetreden’, betekent het dat alle netwerkpartners opnieuw een kennismakings- en vertrouwensopbouwproces zullen moeten doorlopen. We hebben al kunnen observeren hoeveel tijd dit in beslag kan nemen in de netwerken waarin geen historiek van samenwerken bestond tussen de partners. Bovendien kan de participatie van nieuwe partners bedreigend zijn voor de rollen die de bestaande netwerkactoren opnemen – zeker wanneer het om actoren gaat die een gelijkaardig aanbod hebben – en kan het concurrentiegevoel opnieuw de kop opsteken.

Tot slot bestaat op deze manier een reëel risico van netwerken die op twee snelheden werken: de partners die al geruime tijd aan boord zijn vs. de nieuw bijgekomen partners die alle leerprocessen nog moeten doorlopen. Dit kan tot frustraties leiden in de beide ‘kampen’, zoals we geleerd hebben uit netwerken die recent hun bestuursmodel hebben gereorganiseerd. Het lijkt aangewezen dat beleidsmakers zich hiervan bewust zijn wanneer zij nadenken over de mogelijke scenario’s voor de verdere uitbreiding van het model naar vermaatschappelijke zorg over het hele Belgische grondgebied.

## 6.4 Samenstelling van het netwerk

Uit de literatuur weten we dat netwerken een goede balans moeten vinden tussen grootte en samenstelling van sectoren om effectiever te zijn (Van Herck & Van de Cloot, 2013; Zakocs & Edwards, 2006). Netwerken waar belangrijke spelers of sectoren ontbreken zullen meer barrières ondervinden bij de uitwerking van de vijf kernfuncties, zeker wanneer blijkt dat gepaste zorg ontbreekt om alle zorgbehoeften (van vroegdetectie tot gespecialiseerde zorg voor bepaalde groepen) op te vangen. Omdat weinig netwerken bezig zijn met een echt geïntegreerde aanpak van de vijf functies, bestaat het risico dat de zoektocht naar een optimale mix van zorgaanbod in het netwerk verloren gaat. In de evolutie van het afgelopen jaar vinden we nauwelijks indicaties dat de oefening van ‘mapping’ van types zorgvoorzieningen wordt verder gezet. Het lijkt erop dat in sommige netwerken de functies zullen worden ingevuld met de partners die nu aan boord zijn. Rekening houdend met het feit dat niet alle (sub-)regio’s kunnen beschikken over alle voorzieningen duikt hier een potentieel toekomstig probleem op.

De literatuur toont aan dat partners meer gemotiveerd en betrokken blijven wanneer ze hun belangen en interesses terugvinden in de visie, werking en doelstellingen van het netwerk. Om een duurzaam netwerk te ontwikkelen, is het van belang dat alle partners het gevoel hebben dat ze baat hebben bij hun lidmaatschap (Williams, 2005). We hebben voorlopig geen indicaties dat er partners afhaken, maar het commitment van sommige partners – vaak partners die verder van de GGZ af staan – zou wel eens verloren kunnen gaan als het netwerk niet in staat is om aan te tonen wat de meerwaarde is van het netwerk. In de verhalen van de focusgroepen zijn sporen te vinden dat de scheiding tussen “kern” en “perifere” partners (vaak organisatie van buiten de GGZ) te groot wordt, waardoor ook het gevoel van betrokkenheid afneemt.

## 6.5 Netwerken besturen: “governance”

De manier waarop een netwerk aangestuurd wordt krijgt in de literatuur steeds meer aandacht omdat bepaalde netwerken “doelgericht” in het leven worden geroepen om bepaalde doelstellingen te realiseren. Dit in tegenstelling tot natuurlijke netwerken. Netwerken worden al te vaak bestudeerd vanuit het perspectief van de partners, zonder oog te hebben voor het netwerk als “entiteit” (zie ook Provan en Kenis, 2007). De netwerken in het programma “naar een betere GGZ” zijn doelgerichte netwerken. De netwerkliteratuur leert dat in de ontwikkeling naar een meer duurzaam en structureel interorganisatorisch netwerk men op een bepaald moment de stap moet zetten naar een meer geïnstitutionaliseerde vorm van netwerkbestuur.

We zien dat tussen de netwerken het bestuursmodel sterk kan variëren. Die verschillen ontstaan niet vanuit een beredeneerde insteek. Slechts enkele netwerken zijn zich in de afgelopen periode meer bewust vragen gaan stellen over het aansturen van het netwerk als entiteit, maar het gaat om reflecties die eerder een reactie zijn op problemen die worden ervaren, meer dan een ware “visie”. Bestuursorganen worden enigszins ad hoc, organisch en vanuit praktische overwegingen geïntroduceerd: gekoppeld daaraan zien we dat netwerken beginnen te worstelen met informatiedoorstroom, communicatie en de integratie van de verschillende activiteiten niveaus: er ontwikkelen zich, om het metaforisch uit te drukken, bestuursbenaderingen waarin *‘de voet niet meer weet wat de hand doet’*.

### 6.5.1 Rol van de netwerkcoördinator

Over het algemeen, hebben de netwerkpartners nog niet altijd een duidelijk beeld van welke rol de netwerkcoördinatoren nu precies zouden moeten innemen in de netwerken. Idealiter moeten ze zowel leiderschaps- als managementkwaliteiten bezitten maar mogen ze zelf niet aansturen. Opvallend is ook

dat, hoewel ze in sommige netwerken wel meer ingebed zijn in de stuurgroep of het dagelijks bestuur of een soort ‘duobaan’ vormen met bv. de netwerkpromotor, ze vaak weinig worden omkaderd. De hervorming naar een betere GGZ, via de ontwikkeling van de netwerken, is nochtans een heel complexe interventie en het is belangrijk de vraag te stellen of het op termijn nog wel haalbaar blijft dat de netwerkcoördinatoren dit allemaal op zich nemen. Het lijkt zeker aan te bevelen dat de bestuursleden, samen met de coördinatoren, goed uitdenken op welke manier de functie van coördinator zich moet verhouden t.a.v. de andere bestuursorganen, welke rol en taken hij/zij hierin moet opnemen en hoe hij/zij hierin ondersteund zal worden door de andere bestuursorganen.

### 6.5.2 Gedeelde visie

Over het algemeen vinden we in de netwerken weinig indicaties van een visie en strategie die gekend zijn en gedeeld worden door *alle* netwerkpartners. Zelden is het voor allen al echt duidelijk waarvoor het netwerk staat en waar men gezamenlijk met het netwerk naartoe wil. Hoewel de meeste netwerken wel een visie op papier hebben, wordt die zeker nog niet gedeeld en ‘doorleefd’ door alle partners. Discussies, zelfs binnen het strategisch bestuur, zijn hierdoor vaak erg ad hoc doordat ze eerder geleid worden door operationele problemen op het terrein. In de meest extreme vorm vinden we hier netwerken waarin de partnerorganisaties verenigd zijn onder een minimale vorm van associatie. Van enige gezamenlijke strategische visie of aansturing is in deze gevallen in de praktijk weinig of geen sprake. (dit houdt overigens sterk verband met de projectmatige benadering)

## 6.6 Verwachtingen t.a.v. de overheid

De onduidelijkheid over de toekomst van de hervorming wordt vaak aangekaart als een belangrijke randvoorwaarde om de netwerken structureel uit te rollen. Dit geeft aanleiding tot onzekerheid en structurele beslissingen worden daardoor niet genomen totdat er vanuit de overheid een krachtig signaal komt dat het hier wel degelijk over een structurele en fundamentele hervorming gaat. Velen geven aan dat de overheid een duidelijk(er) kader zou moeten creëren, dat de regelgeving aangepast moet worden (bv. omtrent de financieringsmechanismen van de psychiaters, de deontologische regels m.b.t. de communicatie rond de patiënt of de regelgeving omtrent PVT's en beschut wonen) en dat er voldoende middelen voorzien moeten worden, ook voor de eerste- en tweedelijnszorg.

Over het algemeen aanvaardt men het principe van de bottom-up insteek in het programma, maar onder de huidige omstandigheden wordt er teveel onzekerheid ervaren. Er is een algemene vraag naar een verhelderende omkadering – gecreëerd in dialoog met de sector en op basis van wat men tot nu toe geleerd heeft uit de verschillende projecten - waarbinnen de netwerken zichzelf verder kunnen ontwikkelen, eventueel via vooropgestelde streefdoelen die vastgelegd worden in een kaderovereenkomst met de netwerken. Men vreest dat als men op dit moment bepaalde richtingen inslaat, er later mogelijk reglementeringen zullen volgen die deze werkwijze opnieuw zullen hypothekeren. Er leeft de vrees dat de overheid een bepaalde netwerkstructuur en werkwijze zal “opleggen” en dat bepaalde werkwijzen die nu worden opgezet dan opnieuw gewijzigd zullen moeten worden. Indien er een duidelijker kader is, wordt duidelijk wat er van de netwerken verwacht wordt maar krijgen zij zelf nog voldoende vrijheid om binnen dat kader te beslissen op welke manier zij deze doelstellingen willen halen, rekening houdende met hun eigen specificiteit en omgevingsfactoren.

De ambigue houding van de regionale overheden speelt voor een aantal partners ook een rol om zich te engageren in dit traject (vooral eerstelijnszorg). Zij wijzen erop dat de discussie over de bevoegdheidsverdeling die nu in België op stapel staat een splijtzwam wordt in het netwerk indien deze ambivalentie niet uitgeklaard wordt. Ze pleiten dan ook voor duidelijkere interministeriële afspraken.

## Bibliografie

- IMC Volksgezondheid . (2010). Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken. Opgehaald van <http://psy107.be/site/site.asp?id=23&lv=2>
- Leys, M., & De Roeck, G. (2012). Interimrapport 1. Een comparatieve analyse van het interorganisatorisch netwerkontwerp van 10 projecten (klasse 1a). Onderzoeksgroep OPIH, Vrije Universiteit Brussel.
- Leys, M., De Roeck, G., & Lodewyckx, T. (2013). *De realisatie van interorganisatorische netwerken. Interimrapport 2*. Onderzoeksgroep OPIH, Vrije Universiteit Brussel.
- Mitchell, S. M., & Shortell, S. M. (2000). The Governance and Management of Effective Community Health Partnerships: A Typology for Research, Policy, and Practice. *The Milbank Quarterly*, 78(2), 241-289.
- O'Toole, L. J. (1997). Treating Networks Seriously: Practical and Research-Based Agendas in Public Administration. *Public Administration Review*, 57(1), 45-52.
- Pawson, R. (2013). *The Science of Evaluation. A realist Manifesto*. Opgehaald van [http://books.google.be/books?hl=nl&lr=&id=4lPgb6gtPTIC&oi=fnd&pg=PP2&dq=pawson+2013+evaluation&ots=vBg8ESmhc3&sig=xD16FvNteKLwpkuo-rTqbQy-\\_o#v=onepage&q=pawson%202013%20evaluation&f=false](http://books.google.be/books?hl=nl&lr=&id=4lPgb6gtPTIC&oi=fnd&pg=PP2&dq=pawson+2013+evaluation&ots=vBg8ESmhc3&sig=xD16FvNteKLwpkuo-rTqbQy-_o#v=onepage&q=pawson%202013%20evaluation&f=false)
- Pawson, R., & Tilley, N. (2004). *Realist Evaluation*. Opgehaald van [http://www.communitymatters.com.au/RE\\_chapter.pdf](http://www.communitymatters.com.au/RE_chapter.pdf)
- Popp, J. K., MacKean, G., Casebeer, A., Milward, H. B., & Lindstrom, R. (2013). Inter-organizational networks: A critical review of the literature to Inform practice.
- Provan, K. G., & Kenis, P. (2007). Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18, 229-252.
- Schumaker, A. M. (2002). Interorganizational Networks: Using a Theoretical Model to Predict Effectiveness of Rural Health Care Delivery Networks. *Journal of Health and Human Services Administration*, 3, 371-406.
- Swanborn, P. (2007). *Evalueren*. Den Haag: Boom Uitgevers Den Haag.
- Turrini, A., Cristofoli, D., Frosini, F., & Nasi, G. (2010). Networking Literature About Determinants of Network Effectiveness. *Public Administration*, 88(2), 528-550.
- Van Herck, P., & Van de Cloot, I. (2013). Hoe gezond is de geestelijke gezondheidszorg in België? De feiten achter de mythen. Itinera Institute.
- Williams, T. (2005). Cooperation by design: structure and cooperation in interorganizational networks. *Journal of Business Research*, 58, 223-231.
- Zakocs, R. C., & Edwards, E. M. (2006). What Explains Community Coalition Effectiveness? A Review of the Literature. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(4), 351-361.

## **Bijlagen**

## Bijlage 1: Voorbeeld introductiebrief 1<sup>e</sup> ronde focusgroepen

### Nederlandstalige versie

BETREFT Wetenschappelijk onderzoek projecten “naar een betere GGZ” (artikel 107)

Geachte coördinator,

In kader van het onderzoek naar de uitwerking van het GGZ-netwerk binnen “artikel 107” werden reeds twee gesprekken gehouden met u en de projectpromotoren, waarbij de nadruk werd gelegd op de wijze waarop het projectvoorstel en de eerste realisaties van het project tot stand gekomen zijn (zie interimrapporten op [www.psy107.be](http://www.psy107.be) (rubriek wetenschappelijk onderzoek, literatuurstudie en onderzoeksresultaten)).

In dit stadium willen we een groepsgesprek met vertegenwoordigers van verschillende betrokken partners plannen, om na te gaan welke evolutie het project intussen doorgemaakt heeft en wat de ervaringen zijn van de partners in het netwerk.

Als gesprekspartner wensen we die personen uit te nodigen die vanuit hun organisatie concrete ervaring hebben met de uitwerking van het netwerk, liefst personen uit directie- of kaderfuncties. We zouden graag minstens de “kernpartners” uit het netwerk rond de tafel krijgen; indien mogelijk vertegenwoordigers van alle partners. In dit stadium gaat de interesse niet zozeer naar de operationele zorgteams. De coördinatoren en promotoren nemen in principe niet deel aan dit gesprek.

Elk gesprek zal idealiter bestaan uit 10-12 deelnemers. Indien het aantal potentiële deelnemers te groot wordt, zullen we het gesprek opsplitsen in meerdere focusgroepen. Het gesprek zal ongeveer twee uren in beslag nemen.

We wensen deze focusgroep te plannen in de periode van 22 september 2014 tot en met 17 oktober 2014, op een locatie die door jullie wordt voorgesteld. Omdat het niet altijd eenvoudig is om iedereen samen te krijgen, hebben we bij andere projecten de focusgroep laten plaatsvinden gekoppeld aan een vergadering van de stuurgroep.

Omdat we in deze periode verschillende projecten bezoeken, stellen we voor dat u een voorkeursdatum met mogelijk drie alternatieven doorstuurt tussen 22 september en 17 oktober. Zodra een datum is vastgelegd, vragen we dat u ons de lijst van potentiële deelnemers en hun emailadres doorgeeft. Wij zullen dan nog een aparte mail versturen naar deze deelnemers met meer details over de doelstellingen van dit gesprek.

Indien u nog verdere vragen heeft, aarzel dan niet om contact op te nemen met de wetenschappelijk medewerkers van het project, Stephanie Van der Donck of Belinda Wijckmans. Dit kan telefonisch (02/477 49 01) of via e-mail: [svddonck@vub.ac.be](mailto:svddonck@vub.ac.be) of [bwijckma@vub.ac.be](mailto:bwijckma@vub.ac.be).

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. Mark Leys

Projectcoördinator “naar een betere GGZ” – VUB

## Franstalige versie

OBJET| Recherche scientifique des projets « Vers de meilleurs soins en santé mentale » ("Article 107")

Cher coordinateur,

Dans le cadre de la recherche sur l'élaboration du réseau de soins en santé mentale « article 107 », nous avons déjà mené deux conversations avec vous et les promoteurs. Celles-ci portaient spécifiquement sur la manière dont la proposition de projet et les premières décisions avaient été mises en œuvre (cf. les rapports intermédiaires sur [www.psy107.be](http://www.psy107.be), rubrique recherche scientifique, étude de littérature et résultats de recherche).

Pour l'évaluation 2014 de la réforme, nous souhaiterions mettre en place des focus groupes avec les représentants des différents partenaires concernés. Les thèmes abordés seront l'évolution du projet et les expériences des partenaires du réseau.

Autour de la table, nous souhaiterions inviter des représentants de services ou organisations qui ont pris une part active dans l'élaboration du réseau, de préférence occupant des fonctions de gestion ou de direction. Nous souhaiterions rencontrer *au moins* les partenaires de noyau autour de la table; si possible, tous les partenaires. Dans cette phase de la recherche, notre intérêt ne se porte plus tellement sur les équipes de soins opérationnelles. Les coordinateurs et les promoteurs ne prennent en principe pas part à cette conversation.

Chaque conversation se composera idéalement de 10 à 12 participants. Si le nombre des participants potentiels est trop élevé, nous organiserons plusieurs focus groupes. La conversation durera environ deux heures.

Nous souhaiterions réaliser ce focus groupe pendant la période du 22 septembre au 17 octobre 2014, à l'endroit qui vous convient le mieux. Comme il n'est pas toujours facile de réunir tout le monde, d'autres projets ont décidé de consacrer une réunion du comité de pilotage à ce focus groupe.

Nous allons visiter plusieurs projets au cours de cette courte période de temps : c'est pourquoi nous vous proposons de nous envoyer une date préférentielle ainsi que trois alternatives possibles entre le 22 septembre et le 17 octobre. Dès que la date de ce rendez-vous aura été fixé, nous vous demandons de nous envoyer une liste des participants potentiels et leurs adresses e-mail. Nous enverrons alors un e-mail aux participants reprenant les objectifs de ce focus groupe.

Si vous avez encore des questions, n'hésitez pas à contacter les collaboratrices scientifique du projet, Stephanie Van der Donck ou Belinda Wijckmans, soit par téléphone (02/477 49 01), ou par e-mail : [svddonck@vub.ac.be](mailto:svddonck@vub.ac.be) or [bwijckma@vub.ac.be](mailto:bwijckma@vub.ac.be).

Cordialement,

Prof. dr. Mark Leys

Coordinateur du projet « vers de meilleurs soins en santé mentale » - VUB

## Bijlage 2: Voorbeeld uitnodigingsbrief 1<sup>e</sup> ronde focusgroepen

### Nederlandstalige versie

BETREFT: Wetenschappelijk onderzoek “naar een betere GGZ” (artikel 107)

Beste,

U bent uitgenodigd om deel te nemen aan een focusgroep in het kader van het wetenschappelijk onderzoek “naar een betere GGZ”. Zoals afgesproken zal dit gesprek doorgaan op [datum] om [uur] op volgende locatie: [adres].

Het doel van dit gesprek is in te gaan op **uw ervaringen als netwerkpartner** met de realisatie en werking van het interorganisatorische netwerk. We willen beter begrijpen wat de **faciliterende en belemmerende factoren** voor het functioneren van het netwerk zijn voor u als netwerkpartner. Naast het perspectief van de coördinatoren en promoteren willen we ook de ervaringen van de partners in het netwerk inventariseren.

Het gesprek zal ongeveer twee uur duren en zal gemodereerd worden door de wetenschappelijke equipe van de Vrije Universiteit Brussel.

Indien u vragen hebt of indien u niet kunt deelnemen, aarzel dan niet om contact op te nemen met Stephanie Van der Donck of Belinda Wijckmans. Dit kan telefonisch op het nummer 02/477.49.01 of via e-mail: [svddonck@vub.ac.be](mailto:svddonck@vub.ac.be) of [bwijckma@vub.ac.be](mailto:bwijckma@vub.ac.be).

We danken u alvast voor uw bereidheid om deel te nemen aan dit onderzoek en kijken uit naar uw bijdrage.

Met vriendelijke groeten,

Stephanie Van der Donck, Belinda Wijckmans en Mark Leys

Projectteam “naar een betere GGZ” – OPIH Vrije Universiteit Brussel



## Franstalige versie

OBJET: Recherche scientifique « Vers de meilleurs soins en santé mentale » (“Article 107”)

Madame, Monsieur,

Vous êtes invit(e)s à participer à un focus groupe dans le cadre de la recherche scientifique « Vers de meilleurs soins en santé mentale ». Comme convenu, cette discussion de groupe sera organisée le [date] à [heure] à l'adresse suivante : [adresse].

Le but du focus groupe est de discuter de **votre expérience, en tant que partenaire du réseau**, concernant la mise en œuvre et le fonctionnement du réseau 107. Nous aimerions mieux comprendre quels sont, selon vous, **les facteurs qui favorisent ou freinent le bon fonctionnement** du réseau. Outre les points de vue des coordinateurs et promoteurs, nous souhaitons cerner les expériences des partenaires du réseau.

La discussion durera environ deux heures et sera modérée par l'équipe scientifique de la Vrije Universiteit Brussel.

N'hésitez pas à contacter Stephanie Van der Donck ou Belinda Wijckmans, si vous ne pouviez pas assister à cette réunion, ou si vous souhaitez recevoir quelque information complémentaire. Nous sommes joignables par téléphone au 02/477.49.01 ou par e-mail: [svddonck@vub.ac.be](mailto:svddonck@vub.ac.be) ou [bwijckma@vub.ac.be](mailto:bwijckma@vub.ac.be).

Nous vous remercions par avance pour votre participation à cette recherche et nous nous réjouissons déjà de votre contribution.

Veillez recevoir nos plus cordiales salutations,

Stephanie Van der Donck, Belinda Wijckmans en Mark Leys

Equipe du projet « Vers de meilleurs soins en santé mentale » – OPIH Vrije Universiteit Brussel

## Bijlage 3: Topiclijst focusgroepen

### Nederlandstalige versie

Fiche X: Achtergrond (Wat weten we al van dit project o.b.v. eerdere rapportering?)

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| Gesprekspartners            |  |
| Locatie                     |  |
| Datum van focusgroep        |  |
| Tijdstip (gepland)          |  |
| Moderator                   |  |
| Observator(en)              |  |
| Gespreksduur (totaal reëel) |  |

- Geografisch werkingsgebied (alg. kenmerken (sub-)regio's + uitrol functies + informatie uit vorige dataverzamelingsrondes)
- Netwerkstructuur: (alg. kenmerken netwerkstructuur + horizontale & verticale integratie)
- Coördinatiemodel: (alg. kenmerken coördinatiemodel)
- Netwerkcoördinator: (informatie m.b.t. de NC)

#### GEOGRAFISCH WERKINGSGEBIED

- Geografische uitrol van het project:
  - Wat speelt er op vlak van de geografische uitrol van het project?
  - In welke mate zijn er territoriale veranderingen gebeurd in de werking van de partners door in te stappen in het netwerk?
- Territoriale concurrentie/competitiviteit:
  - Is er sprake van territoriale concurrentie/competitiviteit?
  - In welke mate zijn er interne spanningen tussen netwerkpartners omtrent de territoriale afbakening?

#### INTERORGANISATORISCH NETWERK

- Netwerkstructuur – configuratie en complexiteit:
  - Visie van partners over invloed van huidige samenstelling op de werking en ontwikkeling van het netwerk?
- Subnetwerken:
  - Aanwezigheid van subnetwerken (vb. werkgroepen per kernfuncties) en integratie van deze subnetwerken in het grotere netwerk?
  - Aanwezigheid van informele bilaterale samenwerkingen tussen partners (vb. o.b.v. voortgezette historische samenwerking) – “klikjes”?
- Samenwerking:
  - Wat verloopt er goed in minder goed volgens de netwerkpartners en waarom?

- Is er sprake van interne concurrentie/competitiviteit tussen partners?
  - Wat is de rol van de netwerkcoördinator in de samenwerking volgens de partners?
- Gedeelde betekenisgeving en cultuur:
  - In welke mate is er sprake van “een netwerk” met gedeelde visie, doelstellingen en verwachtingen?
  - In welke mate zijn de partners betrokken bij het netwerk?
- Vertrouwen:
  - Op netwerkniveau: in welke mate ‘geloven’ de partners in vermaatschappelijking van de zorg en de hervorming?
  - Op organisatorisch niveau: in welke mate hebben de partners vertrouwen in elkaar?
- Invloed en macht:
  - Ervaren de partners een verschil in zeggenschap of positie binnen het netwerk?
  - Wie heeft inspraak in de beslissingen i.v.m. de beschikbare middelen?
- Conflict:
  - Waarover gaan eventuele conflicten in het netwerk?
  - Hoe worden die conflicten aangepakt en wat is volgens de partners daarin de rol van de netwerkcoördinator?

#### GOVERNANCE: NETWERKCOÖRDINATIE EN ROL VAN DE NETWERKCOÖRDINATOR

- Coördinatiemodel:
  - In welke mate is het coördinatiemodel gekend bij en werkbaar volgens de partners?
  - In welke mate hechten de partners belang aan formalisatie?
- Besturen:
  - In welke mate zijn de partners tevreden over het bestuur van het netwerk?
  - In welke mate zijn de partners betrokken – ‘involved’ en ‘committed’ – in het aansturen van het netwerk?
- Coördinatiemechanismen (vergadering, bilateraal overleg, richtlijnen, protocollen, etc.):
  - Hoe tevreden zijn de partners met de coördinatiemechanismen en waar zitten volgens de partners de knelpunten?
- Besluitvorming:
  - In welke mate zijn de besluitvormingsmechanismen volgens de partners effectief?
- Communicatie:
  - Is er binnen het netwerk volgens de partners sprake van effectieve communicatie?
- Rol van de netwerkcoördinator:
  - Hoe zien de partners de rol van de netwerkcoördinator binnen het netwerk?
  - Wat verwachten de partners van de netwerkcoördinator?
  - Over welke competenties moet de netwerkcoördinator volgens de partners beschikken?

#### OPERATIONELE UITWERKING VAN DE KERNFUNCTIES:

- Operationele uitwerking:
  - Hoe loopt volgens de partners de uitwerking van de kernfuncties?
  - Worden de vooropgestelde doelen volgens de partners bereikt?
  - In welke mate ervaren de partners eigen inspraak en betrokkenheid in de operationele uitwerking van de kernfuncties?
- Resources:
  - Zijn de middelen volgens de partners toereikend voor (verdere) ontwikkeling van het

netwerk?

- Is het project volgens de partners 'inventief' m.b.t. de inzet van de beschikbare middelen?

## Franstalige versie

Fiche X: Achtergrond (Wat weten we al van dit project o.b.v. eerdere rapportering?)

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| Gesprekspartners            |  |
| Locatie                     |  |
| Datum van focusgroep        |  |
| Tijdstip (gepland)          |  |
| Moderator                   |  |
| Observator(en)              |  |
| Gespreksduur (totaal reëel) |  |

- Geografisch werkingsgebied (alg. kenmerken (sub-)regio's + uitrol functies + informatie uit vorige dataverzamelingsrondes)
- Netwerkstructuur: (alg. kenmerken netwerkstructuur + horizontale & verticale integratie)
- Coördinatiemodel: (alg. kenmerken coördinatiemodel)
- Netwerkcoördinator: (informatie m.b.t. de NC)

### DOMAINE D'ACTIVITÉ GÉOGRAPHIQUE

- L'implémentation géographique du projet
  - Qu'est-ce qui se passe en termes de l'implémentation géographique du projet?
  - Qu'est-ce que cela signifie dans la pratique pour les partenaires?
- La concurrence/compétitivité:
  - Est-ce qu'il y a de la concurrence/compétitivité territoriale avec d'autres projets 107 ?
  - Est-ce qu'il y a des tensions entre partenaires concernant l'implémentation géographique ?

### RÉSEAU INTER-ORGANISATIONNEL

- La structure du réseau : configuration et complexité
  - Quelle est la vision des partenaires sur l'impact de la structure sur le fonctionnement et développement du réseau ?
- Les sous-réseaux :
  - La présence de sous-réseaux (e.g. groupes de travail par fonction) et intégration de ces sous-réseaux dans le réseau en totalité ?
  - La présence des collaborations bilatérale informelles entre partenaires (e.g. sur base d'une collaboration historique)
- La collaboration :
  - À vos avis qu'est ce qui va bien et moins bien ? Et pourquoi?
  - Est-ce qu'il y a de la concurrence/ compétitivité interne entre partenaires ?
  - Quelle est le rôle du coordinateur dans la collaboration entre partenaires ?
- Le sens commun & culture partagée :
  - Dans quel sens existe-t-il un réseau avec une vision commune et des objectifs et attentes

partagés?

- Sont tous les partenaires également impliqués? Pourquoi pas ?
- La confiance :
  - Au niveau du réseau : dans quelle mesure on a de la confiance dans l'évolution vers des soins communautaires et la réforme ?
  - Au niveau organisationnel : dans quelle mesure on a de la confiance dans les autres partenaires ?
- L'influence et pouvoir :
  - Est-ce que les partenaires vivent une différence de pouvoir ou position dans le réseau ?
  - Quels partenaires sont impliqués dans les décisions concernant les ressources disponibles ?
- Les conflits :
  - Quels sont des sources de conflits dans le réseau ?
  - Existe-t-il des mécanismes pour faire face à cela et quel est le rôle du coordinateur ?

#### GOVERNANCE: COORDINATION DU RÉSEAU ET LE RÔLE DU COORDINATEUR

- Le model de gouvernance :
  - La connaissance et la faisabilité du model ?
  - Quelle importance les partenaires attachent à la formalisation de la collaboration ?
- La gestion :
  - Degré de satisfaction sur la gestion du réseau ?
  - Mesure dans laquelle les partenaires sont impliqués et commis dans la gestion du réseau ?
- Mécanismes de coordination (réunions, règlements, protocoles, consultations bilatérales, etc.) :
  - Satisfaction sur les mécanismes de coordination et quels sont les barrières ?
- Mécanismes de décision :
  - Dans quelle mesure les mécanismes de décision sont effectifs ?
- Communication :
  - Est-ce qu'il y a une communication effective dans le réseau ?
- Rôle du coordinateur :
  - Quelle est la vision des partenaires concernant le rôle du coordinateur ?
  - Quelles sont leurs attentes du coordinateur ?
  - Quelles compétences sont nécessaires pour le coordinateur ?

#### LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE DES FONCTIONS

- L'exécution opérationnelle :
  - Comment est la mise en œuvre des différents fonctions ?
  - Est-ce que les objectifs sont atteints ?
  - Est-ce que les partenaires sont impliqués dans l'exécution opérationnelle? Ont-ils une voix/leur mot à dire ?
- Ressources :
  - Est-ce que les ressources sont suffisantes pour (la poursuite) du développement du réseau ?
  - Est-ce que le projet est inventif concernant l'utilisation des ressources disponibles?