



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

Inhoudstafel

Contents

Inhoudstafel.....	2
Inleiding: de GGZ-hervorming (KU Leuven, UCL en VUB).....	7
Wetenschappelijke evaluatie.....	7
Onderzoeksequipe KU Leuven LUCAS.....	9
1 Herstelgerichte zorg in verblijfsafdelingen en mobiele teams 2b.....	9
1.1 Methode	9
1.2 Resultaten.....	10
1.3 Conclusies en aanbevelingen.....	20
2 Werkbeleving bij hulpverleners	24
2.1 Methode	24
2.2 Resultaten.....	24
3 Participatie in de zorg en ervaringen van mantelzorgers.....	24
3.1 Methode	24
3.2 Resultaten.....	25
4 Participatie in de zorg van patiënten.....	25
4.1 Methode	25
4.2 Resultaten.....	26
5 Perspectieven voor 2016.....	26
6 Algemene conclusies en aanbevelingen	26
6.1 Aanbevelingen met betrekking tot diensten.....	27
6.1.1 Herstelbevorderende praktijken	27
6.1.2 Familieleden en vertrouwenspersonen	27
6.1.3 Lotgenotencontact en herstelwerkgroepen	27
6.1.4 Ervaringsdeskundigen als partners in de zorg(organisatie).....	27
6.2 Aanbevelingen voor het beleid.....	28
6.2.1 Monitoren van zorg	28
6.2.2 Vorming en training	28
Literatuurlijst.....	29
Onderzoeksequipe UCL-IRSS.....	30
I. Background	30
II. Suivi de la littérature scientifique internationale.....	33
1 Bibliographie 2014-2015	33

1.1	Continuité des soins, trajectoires de soins	33
1.2	Santé mentale et précarité sociale	34
1.3	Plans de traitement	35
1.4	Réhabilitation, rétablissement, recovery, intégration sociale	36
1.5	Désinstitutionnalisation, soins communautaires, réseaux de services	37
1.6	Méthodologies : collectes de données et instruments	39
1.7	Pairs-aidants, implication des usagers	39
1.8	Equipes mobiles, ACT	39
III.	Utilisation de services et réintégration sociale (Données 2014).....	40
1	L'utilisation des services sociaux par les usagers de la réforme.....	40
1.1	Introduction	40
1.2	Méthode	41
1.3	Résultats	43
1.3.1	Usage des services sociaux	43
1.3.2	Intégration sociale.....	43
1.4	Conclusion.....	45
	Références	46
2	Les modèles d'équipes mobiles de crise et assertives.....	47
2.1	Introduction	47
2.2	Méthode	48
2.2.1	Identification des indicateurs.....	48
2.2.2	Identification des services	48
2.3	Résultats	49
2.3.1	Description de l'échantillon	49
2.3.2	Accessibilité	50
2.3.3	Composition des équipes	53
2.3.4	Activités cliniques	54
2.4	Conclusions et discussion.....	56
	Références	57
3	Modèles de structuration des réseaux, continuité des soins et réinsertion sociale.....	59
3.1	Introduction	59
3.2	Méthode	60
3.3	Résultats	61
3.3.1	Caractéristiques structurelles des réseaux.....	61
3.3.2	Corrélations entre variables structurelles des réseaux.....	63

3.3.3	Analyse en cluster des réseaux.....	66
3.3.4	Corrélations entre variables structurelles, continuité des soins et intégration sociale des usagers.....	68
3.4	Conclusions et discussion.....	70
	Références.....	71
IV.	Suivi longitudinal minimal (données 2015).....	73
1	Introduction.....	73
2	Résultats descriptifs de l'enquête auprès des services en 2015.....	73
2.1	Description de l'échantillon.....	73
2.2	Composition des réseaux.....	75
2.3	Mise en œuvre des outils de la réforme.....	78
2.4	Discussion.....	78
V.	Conclusions et recommandations.....	79
	Onderzoeksequipe VUB-OPIH.....	83
3	Algemene inleiding.....	83
3.1	Achtergrond.....	83
3.2	Doelstelling.....	83
3.3	Netwerken.....	84
4	Methode.....	84
4.1	Dataverzameling.....	84
4.1.1	Gestructureerde vragenlijst.....	85
4.1.2	Face-to-face interviews met coördinatoren en promotoren.....	85
4.1.3	Focusgroep met netwerkpartners.....	85
5	Uitwerking van verschillende types activiteiten.....	87
5.1	Uitwerken kernactiviteiten van het programma.....	87
5.2	Uitwerken ondersteunende activiteiten.....	88
5.3	Gevolgen voor de partners.....	89
6	Geografische invulling van de netwerkregio's.....	90
6.1	Geografische dekking.....	90
6.2	Gevolgen voor de partners.....	93
6.2.1	Residentiële GGZ-partners.....	93
6.2.2	Huisartsen.....	94
6.2.3	Mobiele teams.....	94
6.3	Grootte van de netwerkregio.....	95
6.4	Doorverwijzen tussen regio's.....	96

6.5	Oriëntatie en hulpvragen van cliënten.....	96
6.6	Betrekken van (initiatieven van) lokale diensten/organisaties.....	96
7	De samenstelling van het netwerk	97
7.1	Het netwerk als geheel.....	97
7.1.1	Een nieuw type partner: de mobiele teams?.....	98
7.2	Het netwerk op functieniveau	98
7.2.1	functie- en themagroepen.....	98
8	Samenwerken in het netwerk.....	99
8.1	Betrokkenheid van de partners	99
8.1.1	Nood aan duidelijkheid over rol van de partners	99
8.1.2	Tijdsinvestering	100
8.1.3	Belang van een ‘trekkersfiguur’	100
8.1.4	Reden voor deelname	100
8.1.5	Ervaringsdeskundigheid in de netwerken.....	100
8.2	Cultuur en cultuurverschillen.....	101
8.3	Vertrouwen.....	102
8.3.1	Samenwerkingsgeschiedenis tussen partners.....	103
8.3.2	Verschillende netwerkniveau’s	103
8.3.3	Meerwaarde en belangen.....	103
9	Netwerkbestuur - ‘governance’.....	106
9.1	Het bestuursmodel	106
9.1.1	Bestuursstructuur – beschrijving van de complexiteit van het bestuursmodel... ..	106
9.1.2	Veranderingen in het bestuursmodel	108
9.1.3	Bestuursdeelname	108
9.2	Ervaringen van de netwerkpartners met het bestuursmodel.....	109
9.2.1	Betrokkenheid van de partners in het netwerkbestuur.....	109
9.2.2	Onduidelijke rolafbakening tussen de bestuursorganen	110
9.2.3	Brede participatie en het efficiëntie & effectiviteitsvraagstuk.....	111
9.2.4	Een attitude om te werken vanuit een netwerkvisie?.....	112
9.2.5	Het bindende karakter van netwerkbeslissingen	112
9.2.6	Machtsverhoudingen tussen partners.....	113
10	Faciliterende en remmende factoren bij de implementatie van het netwerk	115
10.1	de geografische uitrol.....	115
10.1.1	Visie op de geografische dekking van de netwerkregio	115
10.1.2	Het opdelen in subregio’s.....	1

10.1.3	(Zorg)aanbod in de regio.....	1
10.2	De uitwerking van activiteiten	1
10.3	Het realiseren van zorg voor iedereen.....	5
10.4	Relaties tussen partners.....	8
10.4.1	Betrokkenheid (partner-)organisaties.....	8
10.4.2	Integreren van bestaande initiatieven in netwerkactiviteiten.....	11
10.5	Het netwerkbestuur	12
10.5.1	Een gedeelde visie.....	12
10.6	De overheid.....	16
10.6.1	Regelgeving.....	18
10.6.2	Financiering.....	18
11	Discussie	20
11.1	De gebruikte methodologie.....	20
11.2	Geografische invulling van de netwerkregio	22
11.3	Betrokkenheid en engagement van de netwerkpartners.....	23
11.4	Inzetten op de ontwikkeling van een adequaat netwerkbestuur	24
11.5	Nadenken over geïntegreerde zorg	25
11.6	Monitoring en evaluatie van ontwikkelingen.....	26

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 de verblijfsduur 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 (Van Audenhove, C., 2005).

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. 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

Deze evolutie krijgt in België vorm door het hervormingsprogramma ‘naar een betere geestelijke gezondheidszorg (artikel 107)’ in opdracht van de overheid (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, de gemeenschappen en de gewesten). In 2011 kregen 10 projecten groen licht om van start te gaan. In 2013 kwamen er 9 projecten bij.

Door de FOD Volksgezondheid wordt een wetenschappelijke evaluatie van deze projecten ‘naar een betere GGZ’ voorzien. Hierbij wordt nagegaan in welke mate hun werking overeenstemt met de visie van het hervormingsprogramma. Dit onderzoek gebeurt in een samenwerkingsverband van drie wetenschappelijke equipes (KU Leuven LUCAS, UCL-IRSS en VUB-MESO). 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 MESO) 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: (1) patiënten : mate van herstel, de evolutie van de realisatie van sleutelementen in de zorg en de levenskwaliteit, sociale re-integratie, zorgcontinuïteit, ernst van psychosociale symptomen en socio-economische mogelijkheden bij patiënten; (2) diensten: de evolutie van herstelondersteunende zorg in verblijfsafdelingen voor lange duur en de 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 en (3) netwerken: Analyse van de geografische afbakening van het netwerk en de netwerksamenstelling.

In dit rapport wordt het opzet en de resultaten van de hieropvolgende evaluatiestudie 2015 toegelicht.

In 2015 werden vijf onderzoeksluiken uitgewerkt:

Onderzoeksluik **patiënten**, waarin volgende evaluatiecriteria aan bod komen:

- (1) de mate van participatie in de zorg van patiënten (KU Leuven LUCAS)
- (2) de levenskwaliteit, sociale re-integratie, zorgcontinuïteit, ernst van psychosociale symptomen en socio-economische mogelijkheden (inkomen, tewerkstelling, opleidingsniveau, enz.) bij patiënten (UCL-IRSS)

Onderzoeksluik **hulpverleners**, waarin volgende evaluatiecriteria aan bod komen:

- (1) werkbeleving bij hulpverleners (KU Leuven LUCAS)

Onderzoeksluik **mantelzorgers**, waarin volgende evaluatiecriteria aan bod komen:

- (1) participatie aan de zorg en ervaringen van mantelzorgers (KU Leuven LUCAS)

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

- (1) de mate van herstelgerichte zorg in verblijfsafdelingen en mobiele teams 2b (KU Leuven LUCAS)
- (2) Kwaliteit van de samenwerking, uitbouw van de deelaspecten van de hervorming, organisatie en bereikbaarheid van de diensten, werking van de mobiele teams, structuur van het zorgcircuit voor patiënten (UCL-IRSS)

Onderzoeksluik **netwerken**, waarin volgende evaluatiecriteria aan bod komen:

- (1) De geografische afbakening van het netwerk vanuit het perspectief van de netwerkcoördinatoren, -promotoren en de -partners (VUB OPIH)
- (2) Analyse van de verschillende bestuursmodellen en activiteiten ontwikkeld in de netwerken o.b.v. informatie verzameld via een vragenlijst
- (3) De ervaringen van de netwerkcoördinatoren, -promotoren en de -partners m.b.t. de netwerkcomplexiteit, de samenwerking in het netwerk en het netwerkbestuur, inclusief de rol van de netwerkcoördinator (VUB OPIH)

11 Nederlandstalige en 8 Franstalige projecten 'naar een betere GGZ' en een aantal controlegroepen deden mee aan de evaluatiestudie. We beoogden in elk project een representatieve steekproef van patiënten, hulpverleners en netwerkpartners te bekommen. De methode van datacollectie bestond uit gestandaardiseerde vragenlijsten en interviews. In dit rapport bespreken we achtereenvolgens de resultaten van de verschillende onderzoeksluiken per onderzoeksequipe. We sluiten het rapport af met enkele algemene conclusies en aanbevelingen.

Onderzoeksequipe KU Leuven LUCAS

Auteurs: Eva Helmer, Joke Vanderhaegen, Chantal Van Audenhove

1 Herstelgerichte zorg in verblijfsafdelingen en mobiele teams 2b

(Onderzoeksluik diensten)

1.1 Methode

Voor de evaluatiestudie 2015 beoogde LUCAS KU Leuven een Recovery Oriented Practices Index (ROPI) (Mancini & Finnerty, 2005) afname in intramurale afdelingen voor langverblijvers (verblijf van minstens gemiddeld zes maanden) in projecten Artikel 107 van de tweede lichting (n=11) alsook in mobiele teams 2b van de Vlaamse projecten Artikel 107 (N= 6). 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. 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. De score op elke dimensie is de totaalscore van de itemscores per dimensie.

Een algemene overzichtstabel van de scores per verblijfsafdeling en mobiel team 2b vindt u in onderstaande tabellen (tabellen 1,2 en 3) en Figuur 1 . Hierbij volgende aandachtspunten:

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

Elke afdeling of mobiel team waar een ROPI is afgenomen, kreeg nadien terugkoppeling aan de hand van een uitvoerig rapport. Telkens had het team de mogelijkheid om feedback te geven op dit verslag. Dit rapport biedt in een eerste deel algemene informatie over de afdeling of meobiel team. In een tweede deel volgt een toelichting over de Recovery Oriented Practices Index (ROPI); zowel algemene informatie als de concrete toepassing ervan binnen het team. Het derde deel beschrijft de resultaten van de ROPI afname binnen het team aan de hand van scores op de verschillende dimensies en items alsook een argumentatie voor deze scores. Tot slot volgt een samenvattend overzicht van de bevindingen van de ROPI afname met een aantal conclusies en

aanbevelingen om, indien het team dit wenst, nog verder in te zetten op de implementatie van herstelgerichte zorg binnen het team.

1.2 Resultaten

In 2 projecten bleek de ROPI afname in een afdeling voor langverblijvers niet mogelijk (ziekte of geen afdeling voor langverblijvers). In totaal bezocht LUCAS KU Leuven in 2015 dus 9 intramurale afdelingen voor langverblijvers en 6 mobiele teams 2b in projecten Artikel 107 van de tweede lichting.

Tabel 1. De ROPI-scores van negen verblijfsafdelingen

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Tegemoet komen aan basale zorgbehoeftes (/15)	10	10	10	9	13	11	10	10	11
Vaststellen van zorgbehoeftes	3	2	3	3	5	3	3	3	4
Basale zorg	4	4	3	3	4	4	4	4	4
Tijd en persoonlijke aandacht	3	4	4	3	4	4	3	3	3
Breed aanbod van diensten (/10)	6	5	6	5	9	6	7	6	7
Breed aanbod van diensten	4	3	4	3	5	3	3	4	4
Toegankelijkheid aanbod	2	2	2	2	4	3	4	2	3
Sociale contacten en participatie (/20)	8	8	12	11	13	11	9	8	13
Bevordering netwerkcontacten	2	2	3	3	4	2	2	2	3
Betrokkenheid omgeving	2	3	4	3	3	3	2	4	3
Maatschappelijke re-integratie	2	1	2	2	3	3	3	1	3
Stigmabestrijding	2	2	3	3	3	3	2	1	4
Medezeggenschap en participatiemogelijkheden (/10)	4	6	4	5	8	5	3	3	7
Medezeggenschap	2	4	3	3	4	3	2	1	4
Participatie in behandel- en begeleidingsplan	2	2	1	2	4	2	1	2	3
Zorg gebaseerd op de mogelijkheden van de patiënt (/15)	6	5	5	4	9	5	5	4	6
Vaststellen van wensen en kwaliteiten	2	3	3	2	5	3	2	2	2

Begeleidsdoelen gebaseerd op mogelijkheden	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2
Begeleidsdoelen gebaseerd op rollen	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2
Patiëntgerichtheid en keuzemogelijkheden (/10)	6	7	5	6	7	5	6	6	6	6	9	9
Visiedocumenten, jaarplannen en brochures	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	5	5
Variatie in zorgverlening	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	4	4
Zelfbepaling van de patiënt (/25)	13	11	14	14	14	20	11	11	11	9	14	14
Patiënt in regie	2	3	3	3	4	2	3	2	3	2	3	3
Ziektemanagement (illness management)	2	1	3	3	5	3	2	3	2	3	3	3
Financieel beheer	3	3	2	3	3	2	2	2	2	2	3	3
Terugdringen van dwangmaatregelen	5	2	5	3	4	3	3	3	3	1	4	4
Zelfbepaling in crisissituaties	1	2	1	2	4	1	1	1	1	1	1	1
Focus op herstel en ervaringsdeskundigheid (/25)	9	7	10	11	15	9	9	7	9	7	11	11
Visie op herstel	1	1	1	2	4	1	1	1	1	1	3	3
Ondersteuning persoonlijk herstelproces	2	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3
Inzet van ervaringsdeskundigen	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Deskundighedsbevordering	3	1	3	3	4	1	1	1	3	1	3	3
Herstelwerkgroepen en lotgenotencontact	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1

Tabel 2. De ROPI-scores van zes mobiele teams 2b

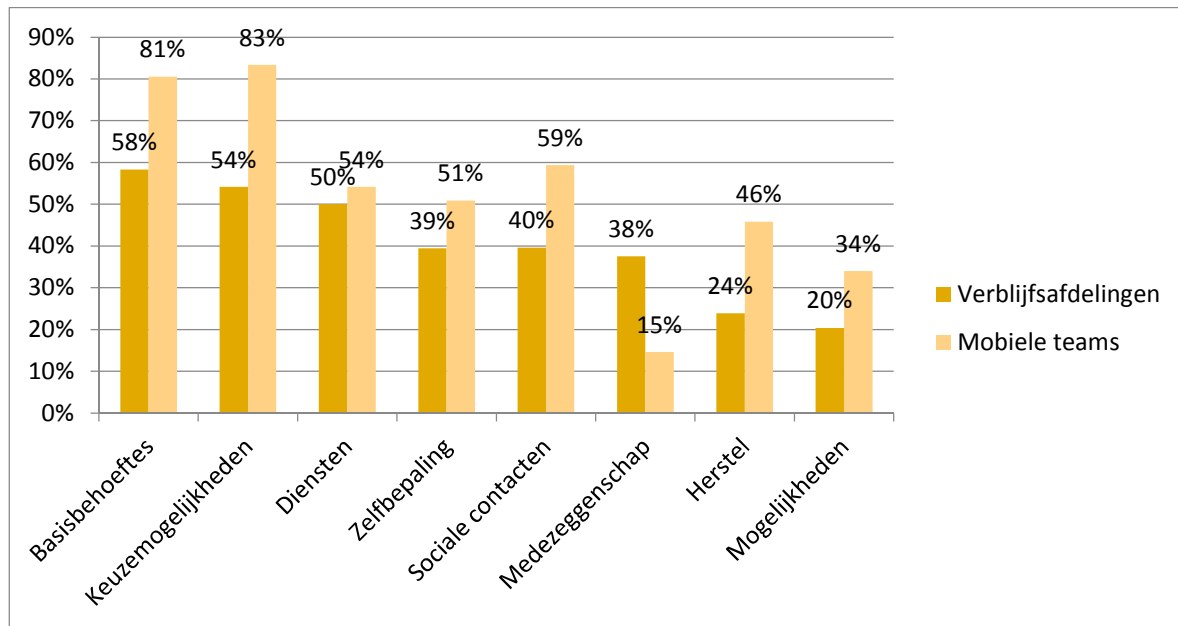
	A	B	C	D	E	F
Tegemoet komen aan basale zorgbehoeftes (/15)	14	13	12	11	13	13
Vaststellen van zorgbehoeftes	5	5	3	4	4	4
Basale zorg	5	4	5	4	4	5
Tijd en persoonlijke aandacht	4	4	4	3	5	4
Breed aanbod van diensten (/10)	7	5	7	6	6	7
Breed aanbod van diensten	4	3	4	3	3	4
Toegankelijkheid aanbod	3	2	3	3	3	3
Sociale contacten en participatie (/20)	13	14	14	13	15	12
Bevordering netwerkcontacten	3	3	4	3	4	3
Betrokkenheid omgeving	3	3	2	2	3	3
Maatschappelijke re-integratie	4	4	4	4	4	4
Stigmabestrijding	3	4	4	4	4	2
Medezeggenschap en participatiemogelijkheden (/10)	3	2	4	4	4	2
Medezeggenschap	1	1	1	1	2	1
Participatie in behandel- en begeleidingsplan	2	1	3	3	2	1
Zorg gebaseerd op de mogelijkheden van de patiënt (/15)	8	7	9	7	7	4
Vaststellen van wensen en kwaliteiten	4	3	3	3	3	2

Begeleidsdoelen gebaseerd op mogelijkheden	2	2	3	2	2	1
Begeleidsdoelen gebaseerd op rollen	2	2	3	2	2	1
Patiëntgerichtheid en keuzemogelijkheden (/10)	9	10	9	8	9	7
Visiedocumenten, jaarplannen en brochures	4	5	4	3	4	2
Variatie in zorgverlening	5	5	5	5	5	5
Zelfbepaling van de patiënt (/25)	17	14	13	14	12	15
Patiënt in regie	4	4	4	3	4	4
Ziektemanagement (illness management)	4	3	3	2	2	3
Financieel beheer	5	4	4	4	3	4
Zelfbepaling in crisissituaties	4	3	2	5	3	4
Focus op herstel en ervaringsdeskundigheid (/25)	12	15	12	10	22	14
Visie op herstel	2	1	2	3	3	2
Ondersteuning persoonlijk herstelproces	4	4	4	3	4	4
Inzet van ervaringsdeskundigen	1	4	1	1	5	1
Deskundigheidsbevordering	3	3	4	2	5	5
Herstelwerkgroepen en lotgenotencontact	2	3	1	1	5	2

Tabel 3. De minima, maxima en gemiddeldes van de ROPI-scores van verblijfsafdelingen en mobiele teams 2b

	Afdelingen			Mobiele teams 2b		
	Min	Max	Gem	Min	Max	Gem
Tegemoet komen aan basale zorgbehoeftes (/15)	9	13	10	11	14	13
Vaststellen van zorgbehoeftes	2	5	3	3	5	4
Basale zorg	3	4	4	4	5	5
Tijd en persoonlijke aandacht	3	4	3	3	5	4
Breed aanbod van diensten (/10)	5	9	6	5	7	6
Breed aanbod van diensten	3	5	4	3	4	4
Toegankelijkheid aanbod	2	4	3	2	3	3
Sociale contacten en participatie (/20)	8	13	10	12	15	14
Bevordering netwerkcontacten	2	4	3	3	4	3
Betrokkenheid omgeving	2	4	3	2	3	3
Maatschappelijke re-integratie	1	3	2	4	4	4
Stigma bestrijding	1	4	3	2	4	4
Medezeggenschap en participatiemogelijkheden (/10)	3	8	5	2	4	3
Medezeggenschap	1	4	3	1	2	1
Participatie in behandel- en begeleidingsplan	1	4	2	1	3	2
Zorg gebaseerd op de mogelijkheden van de patiënt (/15)	4	9	5	4	9	7

Hieronder vindt u in tabelvorm de gemiddelde scores per dimensie.



Figuur 1. Gemiddelde ROPI scores per dimensie

Voor de interpretatie van de scores beschrijven we de verschillende dimensies, met een nadruk op de vergelijking tussen de scores van de verblijfsafdelingen en de mobiele teams.

De verblijfsafdelingen scoren gemiddeld het hoogst op de dimensie **'tegemoet komen aan basale zorgbehoefes' (58%)**. Slechts één afdeling heeft een score van minder dan 3 op 5 op het item 'Vaststellen van zorgbehoefes'. Dit wil zeggen dat de andere afdelingen al goed op weg zijn naar een systematische vaststelling van de zorgbehoefes. Opvallend is dat nog niet alle afdelingen werken met een standaardinstrument, zoals de Zorgbehoefelijst, om de noden van de patiënt vast te stellen. Zo'n instrument garandeert een volledige dekking van de zorgbehoefes op alle relevante levensdomeinen. Eén verblijfsafdeling en twee mobiele teams behalen de maximale score van 5 op 5. Dit betekent dat de medewerkers van deze teams bij alle patiënten de zorgbehoefes op een systematische wijze vaststellen, met nadrukkelijk aandacht voor het patiëntperspectief. De andere mobiele teams behalen voor dit item een score van 3 of 4. Voor de items 'basale zorg' en 'tijd en persoonlijke aandacht' behalen alle afdelingen en mobiele teams een score van 3 t.e.m. 5. Net zoals voor het item 'vaststellen van zorgbehoefes' ligt de gemiddelde score van de mobiele teams hier één punt hoger dan deze van de verblijfsafdelingen. Zowel de afdelingen als de mobiele teams hebben voldoende aandacht voor de noden van patiënten op de gebieden huisvesting, maaltijden, medische zorg, uitkeringen en kleding. Aandachtspunten voor de verblijfsafdelingen zijn het creëren van meer mogelijkheden voor de patiënten om zelf te koken en het toegankelijker maken van de medische zorg binnen en buiten de instelling. Op het vlak van 'tijd en persoonlijke aandacht' wensen zowel patiënten van mobiele teams als verblijfsafdelingen meer tijd voor eens iets extra's, zoals een langer gesprek of een uitstapje.

'Patiëntgerichtheid en keuzemogelijkheden' is de dimensie waarop de mobiele teams gemiddeld hun hoogste score behalen (83%). Voor de verblijfsafdelingen staat deze dimensie op de tweede plaats (54%). Slechts één mobiel team scoort voor deze dimensie oranje (40-60%).

De andere mobiele teams behalen een groene score (60-100%). Gemiddeld scoren de verblijfsafdelingen lager op deze dimensie, met één afdeling in het groen, zes afdelingen in het oranje en twee afdelingen in het rood (0-40%). De voorsprong van de mobiele teams is vooral toe te schrijven aan de maximale score van 5 op 5 in alle mobiele teams op het item 'variatie in de zorgverlening'. In alle mobiele teams is de zorg zeer gevarieerd voor elke individuele patiënt. Dit uit zich in een persoonlijke benadering met individuele afspraken en een persoonlijk programma van begeleiding en behandeling. Er wordt telkens tegemoet gekomen aan de unieke behoeftes van de individuele patiënt. Dit vertaalt zich tevens voor vier van de zes mobiele teams in een goede score op het item 'Visiedocumenten, jaarplannen en brochures'. Dit wil zeggen dat de teamleden het belang van de eigen keuze van de patiënt expliciteren in hun teamdocumenten. Dit is minder het geval voor de verblijfsafdelingen, waar sommige afdelingen nog in het proces zitten van de uitbouw van een groepsgerichte naar een individuele begeleiding en behandeling.

Voor de dimensie '**breed aanbod van diensten**' behalen de mobiele teams en de verblijfsafdelingen een gemiddelde score van 54 en 50%. Alle afdelingen en teams scoren op het item 'breed aanbod van diensten' tenminste een 3 op 5. Dit betekent dat er voor patiënten diensten beschikbaar zijn op het gebied van medicatiebegeleiding, somatische gezondheid, werken en leren, dagbesteding, middelenmisbruik, op de familie gerichte behandeling en specifieke therapieën. Verblijfsafdelingen verliezen vaak punten op dit item omwille van het ontbreken van de mogelijkheid tot gezinsinterventies. Het ontbreekt mobiele teams vaak aan een aanbod (zelf aangeboden of doorverwijzing) van specifieke therapieën, zoals cognitieve gedragstherapie, sociale vaardigheidstrainingen of verliesverwerking. Voor het item 'toegankelijkheid aanbod' behalen vijf van de negen verblijfsafdelingen slechts een score van 2 op 5. De andere afdelingen scoren een 3 of 4. Voor de mobiele teams scoren vijf teams een 3 op 5 en één team een 2 op 5. Er is in verblijfsafdelingen vaak onvoldoende toeleiding naar het aanbod buiten het ziekenhuis. Een struikelblok voor mobiele teams is de ontoegankelijkheid van verschillende diensten, te wijten aan wachtlijsten of aan een slechte bereikbaarheid voor patiënten die niet in de buurt van een centrumstad wonen. Ook is een aanbod in de omgeving voor jongere patiënten eerder uitzondering dan regel.

Op de dimensie '**zelfbepaling van de patiënt**' scoren de verblijfsafdelingen gemiddeld 39% en de mobiele teams 51%. In de ROPI-afnames bij mobiele teams werd het item 'terugdringen van dwangmaatregelen' geschrapt. Dit omdat dit item in zijn huidige vorm niet bruikbaar is voor Belgische mobiele teams. Vier verblijfsafdelingen scoren op dit item een 4 of 5 op 5. Isolatie wordt in deze afdelingen haast niet meer toegepast. Indien dit toch gebeurt, dan volgen de medewerkers een gekend beleid waarin een zorgvuldige afweging en legitimatie van het gebruik van dwang en drang centraal staat. Vijf verblijfsafdelingen hebben voor dit item een score tussen 1 en 3 op 5. Dit betekent dat men niet altijd bewust omgaat met het toepassen van dwang of drang, of dat niet alle medewerkers vertrouwd zijn met het beleid hieromtrent. Voor het item 'patiënt in regie' scoren de mobiele teams iets hoger dan de verblijfsafdelingen. Patiënten van mobiele teams worden meer gestimuleerd om hun leven terug in eigen handen te nemen. Ook hebben zij meer zeggenschap over hun woonomgeving en over de keuze van behandeling. Mobiele teams hebben tevens een hogere score voor het item 'financieel beheer', met slechts één score van 3 op 5 en de andere scores telkens 4 of 5. In de verblijfsafdelingen schommelt de score tussen 2 en 3 op 5. Men biedt in verblijfsafdelingen minder hulpmiddelen aan om de financiële autonomie van de patiënt zo groot mogelijk te maken. Verder halen slechts drie van de negen verblijfsafdelingen een score hoger dan 1 op het item 'zelfbepaling van crisissituaties'. Dit wil

zeggen dat men in de andere zes afdelingen niet werkt met crisis- en/of signaleringsplannen voor alle patiënten voor wie dit van toepassing is. In haast alle mobiele teams gebeurt dit wel. Het ontbreken van de maximale score is hier vaak te wijten aan het uitblijven van een geregelde evaluatie van deze plannen. Het laatste item van deze dimensie betreft 'ziektenmanagement'. De scores van de mobiele teams situeren zich tussen 2 en 4 op 5, en deze van de verblijfsafdelingen tussen de 1 en 5 op 5. Haast alle afdelingen en teams bieden wel een vorm van psycho-educatie aan. In mobiele teams ontbreekt er evenwel vaak een structureel aanbod. In geen van de bevraagde afdelingen en teams werkte men met keuzehulpondersteuning, zoals bij shared decision making. Nergens stond ziektenmanagement expliciet in relatie tot herstel en empowerment van de patiënt.

Voor de dimensie '**sociale contacten en participatie**' scoren de mobiele teams gemiddeld 59% en de verblijfsafdelingen 40%. Opvallend zijn de scores van 1 t.e.m. 3 op 5 voor de verblijfsafdelingen op het item 'maatschappelijke re-integratie.' Vaak is er onvoldoende toeleiding naar diensten buiten het ziekenhuis. De mobiele teams scoren hier met een homogene score van 4 op 5 opmerkelijk beter. Deze teams zijn beter ingebed in het netwerk van partners en zien het als één van hun hoofdtaken om hun patiënten gericht toe te leiden naar zorgpartners en maatschappelijke organisaties in de buurt. De mobiele teams scoren gemiddeld ook hoger op het item 'stigmabestrijding'. Dit heeft vooral te maken met het zelf op poten zetten van acties om de beeldvorming over patiënten positief te beïnvloeden, zoals het geven van vormingen aan eerstelijnsdiensten of het uitnodigen van de buurt voor een kennismaking met de werking. Het ontbreekt haast alle teams en afdelingen aan een visiedocument over stigmabestrijding. Op het item 'betrokkenheid omgeving' scoren de verblijfsafdelingen een 2 t.e.m. 4 op 5 en de mobiele teams een 2 of 3 op 5. Nergens werden familieleden uitgenodigd voor de behandelplanbespreking. In haast geen van de afdelingen en mobiele teams werden naastbetrokkenen echt betrokken bij het herstelproces van de patiënt, door hierover in gesprek te gaan en afspraken te maken. Voor de 'bevordering van netwerkcontacten' scoren de mobiele teams een 3 of 4 en de verblijfsafdelingen schommelen tussen 2 en 4. Vijf van de negen verblijfsafdelingen scoren slechts een 2 op 5. Opvallend is het ontbreken in de meeste afdelingen en teams van de vaststelling van de wensen op dit gebied, en het uitblijven van het opstellen van hieraan gekoppelde doelstellingen in een begeleidingsplan.

Ook voor de dimensie '**medezeggenschap en participatiemogelijkheden**' hebben de verblijfsafdelingen een gemiddelde score van net onder de 40%. Dit is de dimensie waarop de mobiele teams de laagst gemiddelde score behalen, namelijk 15%. Deze lage score is vooral toe te schrijven aan het uitblijven van medezeggenschapsmogelijkheden voor patiënten op teamniveau. Nergens zijn patiëntenraden of tevredenheidsonderzoeken georganiseerd. Dit gebeurt wel in een heel aantal verblijfsafdelingen. Te vermelden is wel dat dit in slechts drie van de negen afdelingen ook effectief leidt tot zichtbare veranderingen op het gebied van wonen en leven op de afdeling. Vier van de zes mobiele teams en zeven van de negen verblijfsafdelingen behalen een score van 1 of 2 op 5 voor het item 'participatie in behandel- en begeleidingsplan'. De andere mobiele teams en afdelingen scoren een 3 of 4. Deze gemiddeld lage score duidt op de geringe inbreng van patiënten in hun eigen behandel- of begeleidingsplan. Het komt voor dat patiënten geen weet hebben van zo'n plan, of dat het plan volledig is opgesteld door de teamleden. Slechts weinig patiënten zijn zelf in het bezit van hun begeleidings- of behandelplan.

Op de dimensie **'focus op herstel en ervaringsdeskundigheid'** scoren de mobiele teams met 46% haast het dubbele van de gemiddelde score van 24% van de verblijfsafdelingen. Geen van de verblijfsafdelingen werkt met ervaringsdeskundigen of heeft hier een beleid rond opgesteld. Ook in de mobiele teams zijn slechts in twee werkingen ervaringsdeskundigen actief. In deze teams is het werken met ervaringsdeskundigen goed uitgebouwd, met duidelijkheid omtrent de taken en verantwoordelijkheden alsook de opleidingsmogelijkheden. Ook op het item 'herstelwerkgroepen en lotgenotencontact' scoren de verblijfsafdelingen laag, met een score van 1 of 2 op 5. Twee mobiele teams scoren hoger, namelijk 3 en 5 op 5. Dit wil zeggen dat het merendeel van de afdelingen en mobiele teams geen dergelijke groepen organiseert. Ook leidt men de patiënten niet actief toe naar een mogelijk bestaand aanbod hiervan in de omgeving. Op het vlak van 'deskundigheidsbevordering' werd er in het afgelopen jaar in drie verblijfsafdelingen geen deskundigheidsbevordering over herstel geboden aan de teamleden. In alle andere afdelingen en teams gebeurde dit wel, facultatief of aan een deel van de medewerkers. In één verblijfsafdeling en drie mobiele teams namen alle teamleden deel. In twee mobiele teams werd deskundigheidsbevordering over herstel ingeschreven in de jaarplannen. Behalve één afdeling, met een score van 2 op 5, behaalden alle afdelingen en mobiele teams een score van 3 of 4 op 5 op het item 'ondersteuning persoonlijk herstelproces'. Dit wil zeggen dat de meeste teamleden een attitude van hoop en optimisme uitstralen en werken aan een positief zelfbeeld van de patiënt. Opmerkelijk is dat in geen van de bevraagde afdelingen of teams het maken van een persoonlijk herstelverhaal structureel deel uitmaakte van de behandeling of begeleiding. In de teams waar dit wel gebeurde, kwam dit slechts sporadisch voor. Zes van de negen verblijfsafdelingen en één mobiel team had nog geen afdelingsvisie op herstel. In de andere teams en afdelingen had men dit wel en waren medewerkers op de hoogte van deze visie. In twee afdelingen en twee mobiele teams waren de medewerkers ook betrokken in de visieontwikkeling. In slechts één verblijfsafdeling waren ook de patiënten actief op de hoogte gesteld van de afdelingsvisie op herstel.

Met een gemiddelde score van 20% is de dimensie **'zorg gebaseerd op de mogelijkheden van de patiënt'** de laagst scorende dimensie voor de verblijfsafdelingen. De mobiele teams behalen hier een gemiddelde score van 34%. In één mobiel team scoort men 3 op 5 op de items 'begeleidingsdoelen gebaseerd op mogelijkheden' en 'begeleidingsdoelen gebaseerd op rollen'. In de verblijfsafdelingen en andere mobiele teams scoort men telkens 1 of 2. Dit wil zeggen dat het in het merendeel van de plannen ontbreekt aan concrete begeleidingsdoelen die gericht zijn op het benutten en versterken van mogelijkheden en kwaliteiten en aan doelen die gerelateerd zijn aan de verschillende rollen in het leven (werknemer, vrijwilliger, kunstenaar, vriend, buurman, moeder, dochter, etc). De scores voor het item 'vaststellen van wensen en kwaliteiten' bedragen 2 of 3 op 5, met uitzondering van een 4 voor één mobiel team en een 5 voor één verblijfsafdeling. In de meeste mobiele teams en verblijfsafdelingen ontbreekt een structurele vaststelling van de wensen en kwaliteiten van de patiënt, en hieraan gekoppelde acties.

1.3 Conclusies en aanbevelingen

Op basis van deze resultaten kunnen we concluderen dat zowel afdelingen voor langverblijvers als mobiele teams aandacht besteden aan een werking vanuit het principe van herstelondersteunende zorg. Mobiele teams staan al verder in de implementatie van herstelondersteunende praktijken. Er is echter nog ruimte voor verbetering.

Hieronder volgt een overzicht van conclusies en aanbevelingen volgens de acht ROPI dimensies. De dimensies zijn gerangschikt volgens het verschil in gemiddelde dimensiescores tussen verblijfsafdelingen en mobiele teams, waarbij we beginnen met de dimensie waar het verschil het grootst is:

Patiëntgerichtheid en keuzemogelijkheden ($\Delta= 29$)

Verblijfsafdelingen en mobiele teams verschillen het meest in de individuele aanpak van de zorgverlening. Terwijl in mobiele teams de zorg nauwkeurig is afgestemd op de individuele noden van de patiënt, spelen in veel verblijfsafdelingen het vaste programma en bepaalde routines nog een belangrijke rol.

Aanbevelingen:

- Het stimuleren van verblijfsafdelingen om de eigen keuze van de patiënt als leidend principe in de zorgverlening te hanteren. Zowel afdelingen als mobiele teams kunnen dit opnemen in hun visiedocumenten en brochures.

Medezeggenschap en participatiemogelijkheden ($\Delta= 23$)

Mobiele teams bieden aan patiënten geen mogelijkheden tot medezeggenschap omtrent werking en beleid. De meeste verblijfsafdelingen organiseren wel patiëntenraden en/of tevredenheidsenquêtes. In slechts weinig afdelingen leidt dit ook effectief tot zichtbare veranderingen in het beleid en het wonen en leven op de afdeling. Op het vlak van de begeleidings- en/of behandelplannen is de inbreng van patiënten laag.

Aanbevelingen:

- Het installeren van patiëntenraden en tevredenheidsenquêtes, en hierbij de inbreng van patiënten niet beperken tot kleine, praktische veranderingen. Het zou verder een meerwaarde betekenen om patiëntgestuurde begeleidings- en/of behandelplannen te implementeren in de werking van de teams.

Tegemoet komen aan basale zorgbehoeftes ($\Delta= 23$)

Het ontbreekt in een aantal verblijfsafdelingen aan een systematische vaststelling van de zorgbehoeftes van patiënten. Het effectief tegemoet komen aan deze zorgbehoeftes vindt wel plaats, zowel in verblijfsafdelingen als in mobiele teams. Patiënten van beide zorgvormen geven evenwel aan behoefte te hebben aan meer tijd en persoonlijke aandacht.

Aanbevelingen:

- Het aanbevelen van een systematische vaststelling van zorgbehoeftes aan de hand van gestandaardiseerde meetinstrumenten, zoals bijvoorbeeld de Visie op Zorg.

Focus op herstel en ervaringsdeskundigheid ($\Delta= 22$)

Slechts twee mobiele teams hebben ervaringsdeskundigen opgenomen in hun werking en slechts één mobiel team verwees patiënten door naar een herstelwerkgroep. De meeste personeelsleden hebben gedurende het afgelopen jaar deskundigheidsbevordering over herstel genoten. In het merendeel van de afdelingen en mobiele teams ervaren de patiënten de

hulpverleners als hoopvol en optimistisch. Een expliciete teamvisie over herstel bestaat in de meeste mobiele teams maar in slechts een derde van de verblijfsafdelingen.

Aanbevelingen:

- Het aanbieden van een systematische vorming over herstel en herstelondersteunende zorg voor de teamleden, alsook het leren werken met ervaringsdeskundigen. Dit vereist nieuwe attitudes en vaardigheden van de teamleden.
- Het aanbieden en ondersteunen van bijscholings- en bekwamingsmogelijkheden voor ervaringsdeskundigen.
- Patiënten stimuleren bij het opzetten van en deelnemen aan herstelwerk- en lotgenotengroepen.

Sociale contacten en participatie ($\Delta = 19$)

Mobiele teams leiden hun patiënten opmerkelijk beter toe naar externe diensten en maatschappelijke organisaties. Ook investeren zij meer in de bevordering van sociale netwerkcontacten. In beide zorgvormen worden familieleden nog niet structureel betrokken bij de behandeling en begeleiding. Op het vlak van stigmabestrijding scoren de mobiele teams beter in de positieve beïnvloeding van de algemene beeldvorming over personen met een psychische kwetsbaarheid.

Aanbevelingen:

- Het stimuleren van verbindingen tussen verblijfsafdelingen en maatschappelijke organisaties, zoals sociale huisvestingsdiensten, onderwijsinstellingen, arbeidsreïntegratiebureau's of (sport)verenigingen. Deze sterke samenwerking kan (ex-)patiënten stimuleren om hun gewone rollen in het leven (terug) op te nemen.
- Het integreren van modellen zoals het Evidence Based Individual Placement and Support model (IPS) voor een optimale integratie van (ex-)patiënten op de arbeidsmarkt.
- Het stimuleren van een beleid rond stigma en het opzetten van acties tegen stigmatisering van patiënten.
- Betrekken van familieleden als volwaardige partners in de zorg.

Zorg gebaseerd op de mogelijkheden van de patiënt ($\Delta = 14$)

Zowel mobiele teams als verblijfsafdelingen werken niet met behandel- en/of begeleidingsplannen die concrete doelstellingen, hanteerbaar voor de patiënt, bevatten. Dit hangt samen met het ontbreken van een systematische vaststelling van wensen en kwaliteiten, waar effectieve acties of doelstellingen aan gekoppeld worden.

Aanbevelingen:

- Het stimuleren van verblijfsafdelingen om gebruik te maken van begeleidings- of behandelplannen waarin aandacht is voor de rollen, de mogelijkheden en de wensen van de patiënt.
- Het gebruik van gestandaardiseerde instrumenten stimuleren om de wensen en kwaliteiten van de patiënten systematisch in kaart te brengen, zo bijvoorbeeld via een Strengths Assessment.

Zelfbepaling van de patiënt ($\Delta= 12$)

In meer dan de helft van de verblijfsafdelingen past men het gebruik van dwang en drang nog niet toe volgens een beleid waarin een zorgvuldige legitimatie en overweging hiervan centraal staat. Op het vlak van financieel beheer heeft men in mobiele teams meer oog voor het maximaliseren van de financiële autonomie van de patiënt. Alle mobiele teams werken met crisisplannen, terwijl dit voor twee derde van de verblijfsafdelingen nog onbekend terrein is. Verblijfsafdelingen bieden dan weer wel meer psycho-educatie aan. Nergens hanteert men keuzehulpondersteuning voor de patiënten.

Aanbevelingen:

- Het stimuleren om gebruik te maken van instrumenten en methodes om de zelfbepaling van de patiënten te verbeteren, bijvoorbeeld: Shared Decision Making, het overlegmodel, of driegesprekkenmodel voor indicatiestelling, beslissingshulpen of decision aids.
- Het gebruik maken van crisis- en/of signaleringsplannen en deze regelmatig samen met de patiënt evalueren en zo nodig aanpassen.

Breed aanbod van diensten ($\Delta= 4$)

Het minst verschillen verblijfsafdelingen en mobiele teams in het scala aan diensten die men aanbiedt aan de patiënten, gaande van medicatiebegeleiding tot het bestrijden van middelenmisbruik. Het ontbreekt mobiele teams echter vaak aan een aanbod van specifieke therapieën. Verblijfsafdelingen kunnen nog meer inzetten op het bieden van ondersteuning bij het koken en bij de toeleiding naar medische zorg. Beide zorgvormen kampen met de ontoegankelijkheid van bepaalde externe diensten, of met het niet bestaan van een gepast aanbod in de regio.

Aanbevelingen:

- Het stimuleren tot het investeren in netwerkrelaties tussen diverse zorgpartners en maatschappelijke organisaties. Dit is onder andere mogelijk door deze partners te betrekken bij het teamoverleg.

2 Werkbeleving bij hulpverleners

(onderzoeksluik hulpverleners)

2.1 Methode

Voor de bevraging over werkbeleving bij hulpverleners hanteerden we een zelf geconstrueerde vragenlijst. Deze vragenlijst bestond uit de Utrechts Burn-out Schaal (UBOS) en de Job Satisfaction Scale (JSS). De hulpverleners hadden de keuze om de vragenlijst online of via pen en papier in te vullen.

We vroegen aan acht diensten per project Artikel 107 om deel te nemen. De netwerkcoördinator was vrij om hiertoe per zorgvorm één dienst te selecteren:

- Een Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) en een dienst buiten de GGZ (functie 1)
- Een mobiel team 2A en 2B (functie 2)
- Een dienst met Riziv-conventie (functie 3)
- Een Psychiatrisch Ziekenhuis (PZ) en een Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis (PAAZ) (functie 4)
- Een Initiatief Beschut Wonen (functie 5)

Per dienst beoogde we de deelname van 10 of het maximum aantal tewerkgestelde hulpverleners. Immers, niet alle diensten hebben 10 hulpverleners tewerkgesteld waardoor het niet in elke dienst mogelijk was de vooropgestelde 10 hulpverleners te rekruteren voor bevraging.

2.2 Resultaten

Om tijdsefficiëntie en een goede respons van vragenlijsten te garanderen, gebeurde de volledige dataverzameling reeds in 2015. De periode van datacollectie in de elf Nederlandstalige projecten Artikel 107 liep van 1 september t.e.m. 15 november 2015.

De periode van datacollectie in de acht Franstalige projecten Artikel 107 liep van 15 oktober t.e.m. 31 december 2015.

3 Participatie in de zorg en ervaringen van mantelzorgers

(onderzoeksluik mantelzorgers)

3.1 Methode

Participatie van mantelzorgers in het zorgtraject van patiënten is van groot belang. Dit impliceert ook dat men oog moet hebben voor de ervaring, noden en belasting van mantelzorgers in hun rol (Vermeulen, B et al, 2015). Voor de bevraging over participatie aan de zorg en ervaringen van mantelzorgers hanteerden we een zelf geconstrueerde vragenlijst. Deze vragenlijst bestond uit de GGZ-thermometer, de Positieve Ervaringschaal (PES) en de EDIZ-plus. De mantelzorgers konden de vragenlijst via pen en papier invullen en hadden de mogelijkheid om de ingevulde vragenlijst te verzenden via een gratis retourenveloppe.

We vroegen aan acht diensten per project Artikel 107 om deel te nemen. De netwerkcoördinator was vrij om hiertoe per zorgvorm één dienst te selecteren:

- Een Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) en een dienst buiten de GGZ (functie 1)
- Een mobiel team 2A en 2B (functie 2)
- Een dienst met Riziv-conventie (functie 3)
- Een Psychiatrisch Ziekenhuis (PZ) en een Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis (PAAZ) (functie 4)
- Een Initiatief Beschut Wonen (functie 5)

Per dienst beoogde we de deelname van 10 mantelzorgers.

3.2 Resultaten

Om tijdsefficiëntie en een goede respons van vragenlijsten te garanderen, gebeurde de volledige dataverzameling reeds in 2015. De periode van datacollectie in de elf Nederlandstalige projecten Artikel 107 liep van 1 september t.e.m. 15 november 2015.

De periode van datacollectie in de acht Franstalige projecten Artikel 107 liep van 15 oktober t.e.m. 31 december 2015.

4 Participatie in de zorg van patiënten

(onderzoeksluik patiënten)

4.1 Methode

Voor de bevraging over participatie in de zorg van patiënten hanteerden we de GGZ-thermometer. Dit instrument werd bijgevoegd in de zelf geconstrueerde vragenlijst van de onderzoeksequipe UCL-IRSS. Bedoeling was om van elk project Artikel 107 patiënten uit de volgende zorgvormen te includeren:

- Een Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) en een dienst buiten de GGZ (functie 1)
- Een mobiel team 2A en 2B (functie 2)
- Een dienst met Riziv-conventie (functie 3)
- Een Psychiatrisch Ziekenhuis (PZ) en een Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis (PAAZ) (functie 4)
- Een Initiatief Beschut Wonen (functie 5)

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,...)
 - o 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

4.2 Resultaten

De datacollectie werd georganiseerd door de onderzoeksequipe UCL-IRSS. Deze data zijn verwacht na 21 december 2015.

5 Perspectieven voor 2016

Het verzamelen van de gevraagde data (patiënten, mantelzorgers, hulpverleners) over de verschillende projecten Art 107 gaat gepaard met een hoge workload. Dit omvat het informeren van de projecten (informatiesessies, versturen van mails en beantwoorden van vragen), aanstellen van netwerk- en referentiepersonen, het indienen van de aanvragen bij de ethische comités van de betrokken diensten,...Om tijdsefficiënt te werk te gaan en een hoge reponse rate te garanderen, heeft LUCAS KU Leuven in 2015 dan ook volledig ingezet op het verzamelen van de data (bevraging patiënten, hulpverleners, mantelzorgers) en het afnemen van de ROPI's in de mobiele teams en verblijfsafdelingen van de nieuwe projecten Art 107.

De onderzoekers gingen ervan uit dat een nieuw budget beschikbaar zou zijn om de data-analyse en -rapportering verder te zetten in 2016.

De eerstvolgende stappen hierbij zouden zijn:

- Volledige analyse van de data (Vlaamse en Waalse projecten) patiënten (deel LUCAS KU Leuven)
- Volledige analyse van de data (Vlaamse en Waalse projecten) hulpverleners
- Volledige analyse van de data (Vlaamse en Waalse projecten) mantelzorgers
- Integratie van de ROPI data van de evaluatiestudie 2014 en 2015
- En de analyse van de relatie tussen deelaspecten van de studie.

De werktijd voor deze analyse en rapportering bedraagt +/- 6 maanden (FTE onderzoeker).

6 Algemene conclusies en aanbevelingen

Op basis van de resultaten van de onderzoeksluiken binnen de evaluatiestudie (2015) waarvoor LUCAS KU Leuven verantwoordelijk was, volgen hierbij enkele aanbevelingen die betrekking hebben op de diensten, op het beleid en voor verder wetenschappelijk onderzoek (2016).

6.1 Aanbevelingen met betrekking tot diensten

6.1.1 Herstelbevorderende praktijken

We stellen vast dat er reeds vele goede praktijken van herstelgericht werken bestaan. Maar er is nog veel ruimte voor noodzakelijke verbetering.

Aanbevelingen:

Aan de hand van de ROPI was het mogelijk om goede praktijken in kaart te brengen, maar tevens om een kritische blik te werpen op de praktijken op het vlak van herstelgericht werken binnen teams voor langdurige GGZ en mobiele teams 2b. Op tal van punten is herstelgericht werken nog niet gerealiseerd en is er ruimte voor verbetering. De ROPI draagt er toe bij dat teams zich sterker bewust worden over de sterktes en tekorten en dat men sneller tot consensus komt over de prioriteiten op het vlak van verbetering. Bijgevolg raden we aan om ROPI-afnames op regelmatige tijdstippen mogelijk te maken door bij voorkeur externe, onafhankelijke instanties.

6.1.2 Familieleden en vertrouwenspersonen

Familieleden en vertrouwenspersonen zijn idealiter volwaardige partners binnen de zorg. Betrokkenheid van familieleden (bij de behandeling) wordt door patiënten als belangrijk ervaren, doch niet altijd als voldoende gerealiseerd.

Aanbevelingen:

Familieleden en vertrouwenspersonen kunnen actief betrokken worden in de zorg door hen voldoende en begrijpbare informatie aan te bieden, bijvoorbeeld aan de hand van psycho-educatie. Ook kan worden ingezet om hen uit te nodigen op vergaderingen, hun mening te vragen met betrekking tot het behandelplan.

6.1.3 Lotgenotencontact en herstelwerkgroepen

Uit het onderzoek blijkt dat er een niet gelenigde nood bestaat aan lotgenotencontacten en herstelwerkgroepen.

Aanbevelingen:

Het is wenselijk dat de GGZ bijdraagt tot het inrichten en helpen organiseren van contact tussen lotgenoten en van herstelwerkgroepen. Lotgenotencontact en herstelwerkgroepen kunnen mee ondersteund worden door organisaties voor patiënten- en familievertegenwoordigers (Similes, Psytoyons, Uilenspiegel). Een (regelmatige) aanwezigheid van hulpverleners of een terugkoppeling op het netwerkcomité is aangewezen. Ook ervaringsdeskundigen kunnen hier een rol in spelen.

6.1.4 Ervaringsdeskundigen als partners in de zorg(organisatie)

Ervaringsdeskundigen bieden een cruciale meerwaarde in de organisatie van zorg op maat. Op dit moment blijft het inzetten van ervaringsdeskundigen ondermaats.

Aanbevelingen:

Ervaringsdeskundigen kunnen op verschillende manieren binnen de hulpverlening worden ingeschakeld. Zij kunnen diverse rollen opnemen zoals bijvoorbeeld begeleider bij psycho-educatie of bij herstelwerkgroepen. Ook kunnen ze een rol spelen in de ondersteuning (en organisatie) van de zorg zelf. Er is nood aan erkende en kwalitatieve opleidingen voor ervaringsdeskundigen, maar ook van een duidelijk mandaat en financieringskader. De netwerken zijn het best geplaatst om een beleid uit te werken rond het inschakelen van ervaringsdeskundigen.

6.2 Aanbevelingen voor het beleid

6.2.1 Monitoren van zorg

Om de continuïteit van zorg voor mensen met ernstige en langdurige psychische problemen op een kwalitatieve wijze te ondersteunen en te garanderen, is een continue monitoring en registratie van noden, functioneren en interventies wenselijk. De data die hierbij verzameld worden zouden tegelijk bruikbaar moeten zijn voor de registratie, benchmarking en voor onderzoeksdoeleinden.

Aanbevelingen:

We pleiten voor een informatica-systeem dat betrouwbaar en efficiënt is en dat de privacy van de patiënt en zijn familie garandeert zoals bijvoorbeeld de InterRAI Community Mental Health. Het is van belang dat een dergelijk systeem op een goede wijze wordt geïntroduceerd en geëvalueerd. Belangrijk is dat een dergelijk systeem feedback oplevert die relevant en bruikbaar is voor de hulpverleners die het werk van de registratie uitvoeren. Het inzetten van een data-nurse of kwaliteitsbewaker die in het werkveld de registratie ondersteunt en na afloop zorgt voor de feedback, zou zeker een meerwaarde betekenen.

6.2.2 Vorming en training

De innovaties in de GGZ gaan gepaard met nieuwe attitudes, kennis en vaardigheden op het terrein. Niet alle werknemers in de GGZ zijn al mee in deze evoluties. Er is vraag vanuit het veld naar training van de benodigde competenties van professionals in het vormgeven en de uitbouw van herstelondersteunende zorg. Het vormingsaanbod is momenteel versnipperd en gaat niet gepaard met een evaluatie over de verworven competenties. De kwaliteit van zorg is immers inherent verbonden aan de competenties van hulpverleners.

Aanbevelingen:

Vormingen moeten voldoende oog hebben voor het verbreden van de competenties in de zorg binnen de samenleving, participatie, herstel, volwaardig burgerschap etc.. Het is van belang dat de nodige nieuwe competenties op een systematische wijze verworven worden en dat ze aansluiten bij de wetenschappelijke kennis hierover. De vorming kan best ook open staan voor ervaringsdeskundigen en patiënten- en familievertegenwoordigers.

Literatuurlijst

- Baert, S. (2008). De zoektocht naar geschikte meetinstrumenten voor het ontwikkelen van uitkomstenkompassen. *Deel 5. In de VVGG-reeks: Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen*. Gent: VVGG.
- De Boer, A.H., Oudijk, D., Broese van Groenou & M.I. Timmermans, J.M. (2012). Positieve ervaringen door mantelzorg: constructie van een schaal. *Tijdschr. Gerontol. Geriatr.* 43, 243-254.
- De Boer, A., Oudijk, D., Timmermans, J. & Pot, A.M. (2012). Ervaren belasting door mantelzorg: constructie van de EDIZ-plus. *Tijdschr. Gerontol. Geriatr.* 43, 77-88.
- 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.
- Mancini, A.D., & M.T. Finnerty (2005). Recovery Oriented Practices Index (unpublished). New York: New York State Office of Mental Health.
- Trimbos Instituut Nederland
- 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.
- Vermeulen, B., Lauwers, H., Spruytte, N. & Van Audenhove, C. (2015) Experiences of family caregivers for persons with severe mental illness: an international exploration. Leuven: LUCAS KU Leuven/EUFAMI

Onderzoeksequipe UCL-IRSS

Auteurs : Adeline Gard, Pablo Nicaise, Vincent Lorant

I. Background

Depuis 2010, une vaste réforme de l'organisation des soins de santé mentale est en cours en Belgique. La mise en œuvre de cette réforme, dénommée « *Vers de Meilleurs Soins en Santé Mentale* » et aussi connue sous le nom d'« *Article 107* », a été accompagnée depuis 2011, d'une recherche-évaluation menée en consortium par trois équipes universitaires, à la **KUL (LUCAS)**, à l'**UCL (IRSS)** et à la **VUB**. Ce rapport présente les résultats de cette recherche-évaluation en 2015, pour la partie dévolue à l'équipe de l'IRSS-UCL.

La réforme évaluée est un programme de grande ampleur. Elle concerne l'ensemble du territoire belge, elle est soutenue par l'ensemble des niveaux de pouvoir concernés par ce domaine (Fédéral et entités fédérées) réunis au sein de la Conférence Interministérielle Santé Publique, et elle mobilise tous les services et praticiens concernés par les soins et l'accompagnement social dans le domaine large de la santé mentale.

Entre 2011 et 2013, le processus de recherche a été constitué d'une période préparatoire, au cours de laquelle ont tout d'abord été sélectionnés les objectifs de la réforme sur lesquels l'évaluation devait porter et les indicateurs qui permettaient de les mesurer. Ces objectifs et indicateurs ont été sélectionnés en tenant compte à la fois des attentes multiples des pouvoirs politiques commanditaires de l'étude et porteurs de la réforme, des acteurs de soins et d'accompagnement social impliqués dans la réforme, et de l'état des connaissances scientifiques en la matière. Il a ensuite fallu élaborer tout le dispositif technique de mise en œuvre du programme de recherche : sélection d'outils et de méthodes, processus d'échantillonnage, composition des instruments et élaboration de plates-formes informatiques de recueil de données (en ce compris les étapes de traduction anglais-français-néerlandais et d'anonymisation/codage des données), sollicitation des Comités d'Ethique appropriés et communication avec l'ensemble des acteurs amenés à collaborer au processus de collecte de données et de recherche. Cette période s'est terminée, en 2013, par une phase d'étude de faisabilité, dont l'objectif principal était d'évaluer la qualité de la mise en œuvre du dispositif, y compris la charge de travail pour les professionnels et les usagers, et la pertinence scientifique du dispositif d'évaluation.

Le dispositif finalisé d'évaluation a ainsi été mis en œuvre à partir de 2014. Premièrement, il comporte un certain nombre de niveaux d'étude, qui ont été traités grâce à des enquêtes séparées dévolues à l'une ou à l'autre des équipes universitaires. On peut mentionner :

-Le niveau des usagers : étudié par les équipes de l'UCL et de la KUL ;

-Le niveau des proches et aidants naturels des usagers : étudié par la KUL ;

-Le niveau des soignants et intervenants sociaux : étudié par la KUL ;

-Le niveau des divers services de soins et d'accompagnement social : étudié par l'UCL ;

-Le niveau des réseaux d'équipements de soins et des circuits de soins (modalités organisationnelles qui sont au cœur du dispositif de réforme) : étudié par l'UCL et la VUB ;

-Le niveau des territoires et spécificités territoriales sur lesquels ces réseaux développent leurs activités : étudié par la VUB ;

-Enfin, le niveau du système de soins de santé mentale dans son ensemble : qui est le niveau auquel s'adresse *in fine* la réforme et qui est étudié par la mise en commun des travaux portant sur les autres niveaux.

Deuxièmement, l'évaluation de la réforme, au travers de ces diverses enquêtes, porte simultanément sur des éléments de structure (ex. les services qui sont impliqués dans les réseaux, la structuration et la gouvernance de ces réseaux, les profils d'usagers concernés...), des éléments de processus (ex. les échanges d'information entre services, la qualité de la collaboration entre prestataires, le niveau de qualité de vie ou de continuité de soins perçue par les usagers, la mise en œuvre des outils de la réforme...), et des éléments de résultat. C'est dans cette catégorie que l'on peut placer les grandes finalités de la réforme telles qu'énoncées par le « *Guide vers de meilleurs soins en santé mentale* » :

-La désinstitutionalisation, ou la mise en place de formules de soins ambulatoires alternatives à l'hospitalisation ;

-La décatégorisation, ou la mise en place de soins intégrés via la collaboration au sein des réseaux et circuits de soins ;

-L'inclusion, ou le soutien à la réadaptation et la réhabilitation sociales ;

-L'intensification des soins au sein des hôpitaux, c'est-à-dire l'utilisation des structures hospitalières pour les soins aigus et intensifs, à l'occasion de séjours limités en nombre et en durée ;

-et la consolidation des projets-pilotes de délivrance de soins, en particulier le développement des soins mobiles.

Troisièmement, l'évaluation de la réforme concernant ses effets, le dispositif d'évaluation vise une dimension comparative. Ainsi, le dispositif d'évaluation est longitudinal, avec des données similaires collectées en 2014 et en 2015, de sorte à mesurer une évolution. Le dispositif d'évaluation contient aussi un groupe de contrôle territorial, soit l'inclusion dans les enquêtes de données en provenance de zones non-couvertes par les réseaux de la réforme, de sorte à mesurer d'éventuelles différences entre zones couvertes et zones non-couvertes. Enfin, le dispositif d'évaluation contient un groupe de contrôle temporel, en tenant compte de différences éventuelles entre les 10 réseaux qui ont été activés dès 2012, et les 9 réseaux qui ont activés à partir de 2013.

En tenant compte de ces objectifs, modalités, et niveaux d'étude, les autorités ont assigné trois spécifications à l'équipe de l'IRSS-UCL, et ce sont ces objets d'étude qui sont rapportés ici :

-(I) Un suivi de la littérature scientifique portant sur le domaine d'étude ;

-(II) Une mesure de l'utilisation de services par les usagers et des effets de la réforme sur la réinsertion sociale des usagers ;

-(III) Un suivi longitudinal minimal des résultats intermédiaires de 2014.

Dans le deuxième chapitre, on trouvera donc une bibliographie des articles scientifiques publiés en 2015 en relation avec les différentes dimensions affectées par la réforme (Délivrable I). Dans le troisième chapitre, on abordera divers éléments en relation avec les usagers et les services autour de la question de l'utilisation des services et des réseaux en vue de contribuer à la réinsertion sociale (Délivrable II). Principalement, on abordera l'accessibilité et l'utilisation des services d'accompagnement social par les usagers de la psychiatrie, le modèle de développement des équipes mobiles, et les modèles de structuration des réseaux de services. Il s'agit d'analyses approfondies sur base des données collectées en 2014. Enfin, dans le quatrième chapitre, on présentera une sélection de résultats descriptifs obtenus lors des collectes de données de 2015 selon le format des résultats équivalents obtenus en 2014 (Délivrable III).

II. Suivi de la littérature scientifique internationale

1 Bibliographie 2014-2015

1.1 Continuité des soins, trajectoires de soins

- Angell, B. & Bolden, G. B. 2015. Justifying medication decisions in mental health care: Psychiatrists' accounts for treatment recommendations. *Social Science & Medicine*, 138, 44-56.
- Benzer, J., Cramer, I., Burgess, J., Mohr, D., Sullivan, J. & Charns, M. 2015. How personal and standardized coordination impact implementation of integrated care. *BMC Health Services Research*, 15, 448.
- Cutcliffe, J. R., Santos, J. C., Kozel, B., Taylor, P. & Lees, D. 2015. Raiders of the Lost Art: A review of published evaluations of inpatient mental health care experiences emanating from the United Kingdom, Portugal, Canada, Switzerland, Germany and Australia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(5), 375-385.
- Duhig, M., Gunasekara, I. & Patterson, S. 2015. Understanding readmission to psychiatric hospital in Australia from the service users' perspective: a qualitative study. *Health & Social Care in the Community*, [advance].
- Fukui, S., Matthias, M. & Salyers, M. 2015. Core Domains of Shared Decision-Making During Psychiatric Visits: Scientific and Preference-Based Discussions. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(1), 40-46.
- Giacco, D., Bird, V. J., McCrone, P., Lorant, V., Nicaise, P., Pfennig, A., Bauer, M., Ruggeri, M., Lasalvia, A., Moskalewicz, J., Welbel, M. & Priebe, S. 2015. Specialised teams or personal continuity across inpatient and outpatient mental healthcare? Study protocol for a natural experiment. *BMJ Open*, 5.
- Hepworth, I. & McGowan, L. 2015. Understanding the Management of People Seeking Voluntary Psychiatric Hospitalization Who Do Not Meet the Criteria for Inpatient Admission: A Qualitative Study of Mental Health Liaison Nurses Working in Accident and Emergency Departments in the North of England. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(1), 26-32.
- Isobel, S., Foster, K. & Edwards, C. 2015. Developing family rooms in mental health inpatient units: an exploratory descriptive study. *BMC Health Services Research*, 15, 238.
- Jacobs, R., Gutacker, N., Mason, A., Goddard, M., Gravelle, H., Kendrick, T. & Gilbody, S. 2015. Determinants of hospital length of stay for people with serious mental illness in England and implications for payment systems: a regression analysis. *BMC Health Services Research*, 15, 439.
- Kilbourne, A., Goodrich, D., Nord, K., Van Poppelen, C., Kyle, J., Bauer, M., Waxmonsky, J., Lai, Z., Kim, H., Eisenberg, D. & Thomas, M. 2015. Long-Term Clinical Outcomes from a Randomized Controlled Trial of Two Implementation Strategies to Promote Collaborative Care Attendance in Community Practices. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(5), 642-653.
- Mascia, D., Angeli, F. & Di Vincenzo, F. 2015. Effect of hospital referral networks on patient readmissions. *Social Science & Medicine*, 132, 113-121.

- Lloyd-Evans, B., Sweeney, A., Hinton, M., Morant, N., Pilling, S., Leibowitz, J., Killaspy, H., Tanskanen, S., Totman, J., Armstrong, J. & Johnson, S. 2015. Evaluation of a community awareness programme to reduce delays in referrals to early intervention services and enhance early detection of psychosis. *BMC Psychiatry*, 15, 98.
- Loos, S., Arnold, K., Slade, M., Jordan, H., Vecchio, V., Sampogna, G., Süveges, Á., Nagy, M., Krogsgaard Bording, M., Østermark Sørensen, H., Rössler, W., Kawohl, W. & Puschner, B. 2015. Courses of helping alliance in the treatment of people with severe mental illness in Europe: a latent class analytic approach. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(3), 363-370.
- Mossabir, R., Morris, R., Kennedy, A., Blickem, C. & Rogers, A. 2015. 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 & Social Care in the Community*, 23(5), 467-484.
- Pattyn, E., Verhaeghe, M. & Bracke, P. 2015. The gender gap in mental health service use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(7), 1089-1095.
- Raine, R., Nic A'Bhaird, C., Xanthopoulou, P., Wallace, I., Ardron, D., Harris, M., Barber, J., Prentice, A., Gibbs, S., King, M., Blazeyby, J., Michie, S., Lanceley, A., Clarke, A. & Livingston, G. 2015. Use of a formal consensus development technique to produce recommendations for improving the effectiveness of adult mental health multidisciplinary team meetings. *BMC Psychiatry*, 15, 143.
- Raitakari, S., Haahtela, R. & Juhila, K. 2015. Tackling community integration in mental health home visit integration in Finland. *Health & Social Care in the Community*, [advance].
- Sercu, C., Pattyn, E. & Bracke, P. 2015. Exploring Identity Dynamics in Mental Help-Seeking Trajectories: An Ethnographic Study Among Inpatient Service Users of Two Belgian Psychiatric Hospitals. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(2), 114-119.
- Slade, E. & Goldman, H. 2015. The Dynamics of Psychiatric Bed Use in General Hospitals. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(2), 139-146.
- Smith-Merry, J., Gillespie, J., Hancock, N. & Yen, I. 2015. Doing mental health care integration: a qualitative study of a new work role. *International Journal of Mental Health Systems*, 9, 32.
- Tucker, S., Brand, C., Wilberforce, M., Abendstern, M. & Challis, D. 2015. Identifying alternatives to old age psychiatry inpatient admission: an application of the balance of care approach to health and social care planning. *BMC Health Services Research*, 15, 267.
- Waters, A., Sands, N., Keppich-Arnold, S. & Henderson, K. 2015. Handover of patient information from the crisis assessment and treatment team to the inpatient psychiatric unit. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(3), 193-202.

1.2 Santé mentale et précarité sociale

- Holmstrand, C., Bogren, M., Mattisson, C. & Bradvik, L. 2015. Long-term suicide risk in no, one or more mental disorders: the Lundby Study 1947–1997. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 132(6), 459-469.
- Johnson, S., Wibbels, E. & Wilkinson, R. 2015. Economic inequality is related to cross-national prevalence of psychotic symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(12), 1799-1807.

Thienpont, L., Verhofstadt, M., Van Loon, T., Distelmans, W., Audenaert, K. & De Deyn, P. P. 2015. Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study. *BMJ Open*, 5.

1.3 Plans de traitement

Bee, P., Price, O., Baker, J. & Lovell, K. 2015. Systematic synthesis of barriers and facilitators to service user-led care planning. *British Journal of Psychiatry*, 207(2), 104-114.

Brooks, H., Sanders, C., Lovell, K., Fraser, C. & Rogers, A. 2015. Re-inventing care planning in mental health: stakeholder accounts of the imagined implementation of a user/carer involved intervention. *BMC Health Services Research*, 15, 490.

Henderson, C., Farrelly, S., Moran, P., Borschmann, R., Thornicroft, G., Birchwood, M., Crimson, T., Joshua & Study, G. 2015. Joint crisis planning in mental health care: the challenge of implementation in randomized trials and in routine care. *World Psychiatry*, 14(3), 281-283.

Kemp, K., Zelle, H. & Bonnie, R. J. 2015. Embedding Advance Directives in Routine Care for Persons With Serious Mental Illness: Implementation Challenges. *Psychiatric Services*, 66(1), 10-14.

Nicaise, P., Soto, V. E., Dubois, V. & Lorant, V. 2015. Users' and Health Professionals' Values in Relation to a Psychiatric Intervention: The Case of Psychiatric Advance Directives. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(4), 384-393.

Ruchlewska, A., Kamperman, A., Van der Gaag, M., Wierdsma, A. & Mulder, N. L. 2015. Working Alliance in Patients with Severe Mental Illness Who Need a Crisis Intervention Plan. *Community Mental Health Journal*, [advance].

Simpson, A., Hannigan, B., Coffey, M., Jones, A., Barlow, S., Cohen, R., Vseteckova, J., Faulkner, A. & Haddad, M. 2015. Study protocol: cross-national comparative case study of recovery-focused mental health care planning and coordination (COCAPP). *BMC Psychiatry*, 15, 145.

Thom, K., O'Brien, A. J. & Tellez, J. J. 2015. Service user and clinical perspectives of psychiatric advance directives in New Zealand. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(6), 554-560.

Zelle, H., Kemp, K. & Bonnie, R. J. 2015. Advance Directives for Mental Health Care: Innovation in Law, Policy, and Practice. *Psychiatric Services*, 66(1), 7-9.

Zelle, H., Kemp, K. & Bonnie, R. J. 2015. Advance directives in mental health care: evidence, challenges and promise. *World Psychiatry*, 14(3), 278-280.

1.4 Réhabilitation, rétablissement, recovery, intégration sociale

- Almerie Muhammad, Q., Okba Al Marhi, M., Jawoosh, M., Alsabbagh, M., Matar Hosam, E., Maayan, N. & Bergman, H. 2015. Social skills programmes for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online] : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009006.pub2/abstract>.
- Baker, A. E. Z. & Procter, N. G. 2015. 'You Just Lose the People You Know': Relationship Loss and Mental Illness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(2), 96-101.
- Crotty, M., Henderson, J., Ward, P., Fuller, J., Rogers, A., Kralik, D. & Gregory, S. 2015. Analysis of social networks supporting the self-management of type 2 diabetes for people with mental illness. *BMC Health Services Research*, 15, 257.
- Gewurtz, R., Cott, C., Rush, B. & Kirsh, B. 2015. How Does Outcome-Based Funding Affect Service Delivery? An Analysis of Consequences Within Employment Services for People Living With Serious Mental Illness. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(1), 19-28.
- Gilmer, T. P., Stefancic, A., Henwood, B. F. & Ettner, S. L. 2015. Fidelity to the Housing First Model and Variation in Health Service Use Within Permanent Supportive Housing. *Psychiatric Services*, 66(12), 1283-1289.
- Girón, M., Nova-Fernández, F., Mañá-Alvarenga, S., Nolasco, A., Molina-Habas, A., Fernández-Yañez, A., Tabarés-Seisdedos, R. & Gómez-Beneyto, M. 2015. How does family intervention improve the outcome of people with schizophrenia? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(3), 379-387.
- Hamilton, S., Szymczynska, P., Clewett, N., Manthorpe, J., Tew, J., Larsen, J. & Pinfold, V. 2015. The role of family carers in the use of personal budgets by people with mental health problems. *Health & Social Care in the Community*, [advance].
- Henwood, B., Derejko, K.-S., Couture, J. & Padgett, D. 2015. Maslow and Mental Health Recovery: A Comparative Study of Homeless Programs for Adults with Serious Mental Illness. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(2), 220-228.
- Kapadia, D., Brooks, H. L., Nazroo, J. & Tranmer, M. 2015. Pakistani women's use of mental health services and the role of social networks: a systematic review of quantitative and qualitative research. *Health & Social Care in the Community*, [advance].
- Knaeps, J., Neyens, I., Donceel, P., Van Weeghel, J. & Van Audenhove, C. 2015. Beliefs of Vocational Rehabilitation Counselors About Competitive Employment for People With Severe Mental Illness in Belgium. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 58(3), 176-188.
- Knaeps, J., Neyens, I., Van Weeghel, J. & Van Audenhove, C. 2015. Counsellors' focus on competitive employment for people with severe mental illness: an application of the theory of planned behaviour in vocational rehabilitation programmes. *British Journal of Guidance and Counselling*, [advance].
- Le Boutillier, C., Slade, M., Lawrence, V., Bird, V., Chandler, R., Farkas, M., Harding, C., Larsen, J., Oades, L., Roberts, G., Shepherd, G., Thornicroft, G., Williams, J. & Leamy, M. 2015. Competing Priorities: Staff Perspectives on Supporting Recovery. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(4), 429-438.
- McGurk, S. R., Mueser, K. T., Xie, H., Welsh, J., Kaiser, S., Drake, R. E., Becker, D. R., Bailey, E., Fraser, G., Wolfe, R. & McHugo, G. J. 2015. Cognitive Enhancement Treatment for People

- With Mental Illness Who Do Not Respond to Supported Employment: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, 172(9), 852-861.
- Moran, V. & Jacobs, R. 2015. Comparing the performance of English mental health providers in achieving patient outcomes. *Social Science & Medicine*, 140, 127-135.
- Nelson, G., Patterson, M., Kirst, M., MacNaughton, E., Isaak, C. A., Nolin, D., McAll, C., Stergiopoulos, V., Townley, G., MacLeod, T., Piat, M. & Goering, P. N. 2015. Life Changes Among Homeless Persons With Mental Illness: A Longitudinal Study of Housing First and Usual Treatment. *Psychiatric Services*, 66(6), 592-597.
- Perry, B. L. & Pescosolido, B. A. 2015. Social network activation: The role of health discussion partners in recovery from mental illness. *Social Science & Medicine*, 125, 116-128.
- Reupert, A., Maybery, D., Cox, M. & Scott Stokes, E. 2015. Place of family in recovery models for those with a mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(6), 495-506.
- Rodolpho, J. R. C., Hoga, L. A. K., Reis-Queiroz, J. & Jamas, M. T. 2015. Experiences and Daily Life Attitudes of Women With Severe Mental Disorders: Integrative Review of Associated Factors. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(4), 223-235.
- Sandhu, S., Arcidiacono, E., Aguglia, E. & Priebe, S. 2015. Reciprocity in therapeutic relationships: A conceptual review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(6), 460-470.
- Sin, J., Jordan Cheryl, D., Barley Elizabeth, A., Henderson, C. & Norman, I. 2015. Psychoeducation for siblings of people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online].
- Webber, M., Reidy, H., Ansari, D., Stevens, M. & Morris, D. 2015. Enhancing social networks: a qualitative study of health and social care practice in UK mental health services. *Health & Social Care in the Community*, 23(2), 180-189.
- Weiden, P. J. 2015. Helping Patients With Mental Illness Get Back to Work. *American Journal of Psychiatry*, 172(9), 817-819.
- Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Norton, S., Pesola, F. & Slade, M. 2015. Development and evaluation of the INSPIRE measure of staff support for personal recovery. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(5), 777-786.

1.5 Désinstitutionnalisation, soins communautaires, réseaux de services

- Docherty, M. & Thornicroft, G. 2015. Specialist mental health services in England in 2014: overview of funding, access and levels of care. *International Journal of Mental Health Systems*, 9(1), 34.
- Domino, M. E., Wells, R. & Morrissey, J. P. 2015. Serving Persons With Severe Mental Illness in Primary Care-Based Medical Homes. *Psychiatric Services*, 66(5), 477-483.
- Eklund, M. & Markström, U. 2015. Outcomes of a Freedom of Choice Reform in Community Mental Health Day Center Services. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(6), 664-671.
- Furber, G., Segal, L., Leach, M., Turnbull, C., Procter, N., Diamond, M., Miller, S. & McGorry, P. 2015. Preventing mental illness: Closing the evidence-practice gap through workforce and services planning. *BMC Health Services Research*, 15.

- Grard, A., Nicaise, P. & Lorant, V. 2015. Evaluation de la réforme « Vers de meilleurs soins en santé mentale » – Résultats 2014. *Acta Psychiatrica Belgica*, 115(1), 40-49.
- Longpré, C. & Dubois, C. A. 2015. Implementation of integrated services networks in Quebec and nursing practice transformation: Convergence or divergence? *BMC Health Services Research*, 15.
- Lorant, V., Grard, A. & Nicaise, P. 2015. Implementing a Nation-Wide Mental Health Care Reform: An Analysis of Stakeholders' Priorities. *Community Mental Health Journal*, [advance].
- Mundt, A. P., Chow, W. S., Arduino, M., Barrionuevo, H., Fritsch, R., Giralá, N., Minoletti, A., Mitkiewicz, F., Rivera, G., Tavares, M. & Priebe, S. et al. 2015. Psychiatric hospital beds and prison populations in south america since 1990: Does the penrose hypothesis apply? *JAMA Psychiatry*, 72(2), 112-118.
- Nakanishi, M., Niimura, J., Tanoue, M., Yamamura, M., Hirata, T. & Asukai, N. 2015. Association between length of hospital stay and implementation of discharge planning in acute psychiatric inpatients in Japan. *International Journal of Mental Health Systems*, 9, 23.
- Orfanos, S., Banks, C. & Priebe, S. 2015. Are group psychotherapeutic treatments effective for patients with schizophrenia? A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(4), 241-249.
- Pantziaras, I., Fors, U. & Ekblad, S. 2015. Innovative training with virtual patients in transcultural psychiatry: The impact on resident psychiatrists' confidence. *PLoS ONE*, 10.
- Richard-Lepouriel, H., Weber, K., Baertschi, M., Digiorgio, S., Sarasin, F. & Canuto, A. 2015. Predictors of Recurrent Use of Psychiatric Emergency Services. *Psychiatric Services*, 66(5), 521-526.
- Smyth, N., Siriwardhana, C., Hotopf, M. & Hatch, S. 2015. Social networks, social support and psychiatric symptoms: social determinants and associations within a multicultural community population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(7), 1111-1120.
- Strand, J., Olin, E. & Tidefors, I. 2015. Mental health professionals' views of the parents of patients with psychotic disorders: a participant observation study. *Health & Social Care in the Community*, 23(2), 141-149.
- Stulz, N., Nevely, A., Hilpert, M., Bielinski, D., Spisla, C., Maeck, L. & Hepp, U. 2015. Referral to Inpatient Treatment Does not Necessarily Imply a Need for Inpatient Treatment. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(4), 474-483.
- Suka, M., Yamauchi, T. & Sugimori, H. 2015. Relationship between individual characteristics, neighbourhood contexts and help-seeking intentions for mental illness. *BMJ Open*, 5.
- Valdes-Stauber, J. & Kilian, R. 2015. Is the level of institutionalisation found in psychiatric housing services associated with the severity of illness and the functional impairment of the patients? A patient record analysis. *BMC Psychiatry*, 15, 215.
- Valenti, E., Banks, C., Calcedo-Barba, A., Bensimon, C., Hoffmann, K.-M., Pelto-Piri, V., Jurin, T., Mendoza, O., Mundt, A., Rugkasa, J., Tubini, J. & Priebe, S. 2015. Informal coercion in psychiatry: a focus group study of attitudes and experiences of mental health professionals in ten countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(8), 1297-1308.

Weller, B. E., Faulkner, M., Doyle, O., Daniel, S. S. & Goldston, D. B. 2015. Impact of Patients' Psychiatric Hospitalization on Caregivers: A Systematic Review. *Psychiatric Services*, 66(5), 527-535.

Wheeler, C., Lloyd-Evans, B., Churchard, A., Fitzgerald, C., Fullarton, K., Mosse, L., Paterson, B., Zugaro, C. G. & Johnson, S. 2015. Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 15, 74.

1.6 Méthodologies : collectes de données et instruments

Krägeloh, C. U., Czuba, K. J., Billington, D. R., Kersten, P. & Siegert, R. J. 2015. Using Feedback From Patient-Reported Outcome Measures in Mental Health Services: A Scoping Study and Typology. *Psychiatric Services*, 66(3), 224-241.

Robotham, D., Mayhew, M., Rose, D. & Wykes, T. 2015. Electronic personal health records for people with severe mental illness; a feasibility study. *BMC Psychiatry*, 15, 192.

Robotham, D., Riches, S., Perdue, I., Callard, F., Craig, T., Rose, D. & Wykes, T. 2015. Consenting for contact? Linking electronic health records to a research register within psychosis services, a mixed method study. *BMC Health Services Research*.

1.7 Pairs-aidants, implication des usagers

Brown, L. D. & Townley, G. 2015. Determinants of Engagement in Mental Health Consumer-Run Organizations. *Psychiatric Services*, 66(4), 411-417.

Croft, B. & Isvan, N. 2015. Impact of the 2nd Story Peer Respite Program on Use of Inpatient and Emergency Services. *Psychiatric Services*, 66(6), 632-637.

Gillard, S., Holley, J., Gibson, S., Larsen, J., Lucock, M., Oborn, E., Rinaldi, M. & Stamou, E. 2015. Introducing New Peer Worker Roles into Mental Health Services in England: Comparative Case Study Research Across a Range of Organisational Contexts. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(6), 682-694.

Lawn, S. 2015. Integrating service user participation in mental health care: what will it take? *International Journal of Integrated Care*, 16(4), 015.

Nelson, G., MacNaughton, E., Curwood, S. E., Egalité, N., Voronika, J., Fleury, M.-J., Kirst, M., Flowers, L., Patterson, M., Dudley, M., Piat, M. & Goering, P. 2015. Collaboration and involvement of persons with lived experience in planning Canada's At Home/Chez Soi project. *Health & Social Care in the Community*, [advance].

Ostrow, L. & Hayes, S. L. 2015. Leadership and Characteristics of Nonprofit Mental Health Peer-Run Organizations Nationwide. *Psychiatric Services*, 66(4), 421-425.

Tambuyzer, E. & Van Audenhove, C. 2015. Is perceived patient involvement in mental health care associated with satisfaction and empowerment? *Health Expectations*, 18(4), 516-526.

1.8 Equipes mobiles, ACT

Aubry, T., Tsemberis, S., Adair, C. E., Veldhuizen, S., Streiner, D., Latimer, E., Sareen, J., Patterson, M., McGarvey, K., Kopp, B., Hume, C. & Goering, P. 2015. One-Year Outcomes of a Randomized Controlled Trial of Housing First With ACT in Five Canadian Cities. *Psychiatric Services*, 66(5), 463-469.

Bromley, E., Mikesell, L., Armstrong, N. & Young, A. 2015. "You Might Lose Him Through the Cracks": Clinicians' Views on Discharge from Assertive Community Treatment. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(1), 99-110

Rollins, A. L., McGrew, J. H., Kukla, M., McGuire, A. B., Flanagan, M. E., Hunt, M. G., Leslie, D. L., Collins, L. A., Wright-Berryman, J. L., Hicks, L. J. & Salyers, M. P. 2015. Comparison of Assertive Community Treatment Fidelity Assessment Methods: Reliability and Validity. *Administration and Policy in Mental Health*. [advance].

III. Utilisation de services et réintégration sociale (Données 2014)

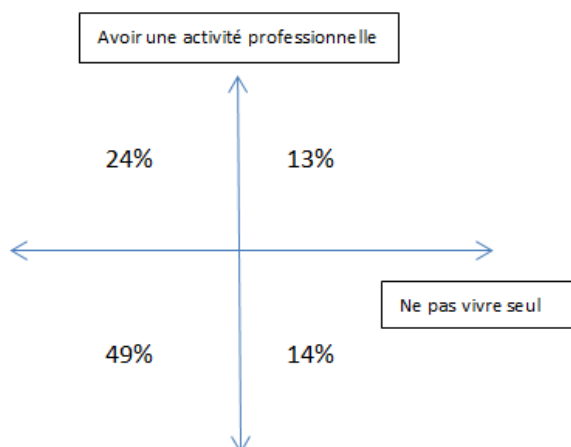
1 L'utilisation des services sociaux par les usagers de la réforme

1.1 Introduction

Un des objectifs de la réforme *Vers de meilleurs soins de santé mentale* est l'intégration sociale des usagers dans la communauté. Deux aspects de l'intégration sociale sont particulièrement importants : les contacts sociaux et l'activité professionnelle. Dans l'échantillon de patients sévères chroniques et complexes collecté en 2014, l'intégration sociale des usagers atteignait des taux particulièrement bas (Rapport de recherche 2014, UCL, p72, tableau n°32).

A titre d'exemple, on citera que la taille moyenne des ménages des usagers s'élevait à 1,3 personnes (Rapport de recherche 2014), alors qu'elle atteint 2,3 personnes dans la population générale (IWEPS, 2013). Cette mesure souligne l'isolation familiale des usagers. Dans le même ordre d'idées, 32% des usagers n'avaient eu aucun contact avec un ami la semaine précédant l'enquête, ce qui souligne la faible intégration sociale de ces patients.

Figure 1 Intégration sociale selon deux axes: Famille et Emploi



Un autre axe de l'intégration sociale des patients est l'emploi (Priebe, 1999). En effet, l'activité professionnelle apporte un sentiment d'utilité au monde, permet de structurer le quotidien et apporte des contacts sociaux supplémentaires. Dans notre échantillon de patients, si l'on additionne les patients ayant un emploi traditionnel (14%) à ceux en atelier protégé (22%), on obtient un taux d'emploi de 36%, alors qu'il est proche de 60% dans la population générale (IWEPS, 2013). La figure 1 ci-dessous nous permet de situer notre échantillon de patients sur les

deux axes de l'intégration familiale et par l'emploi. On observe que seuls 13% de l'échantillon est pleinement intégré sur ces deux axes, alors qu'un usager sur deux (49%) vit seul et n'a pas d'activité professionnelle.

Néanmoins, si l'intégration sociale des usagers est faible, elle pourrait être améliorée via l'usage de services sociaux. Plusieurs études internationales ont déjà observé le rôle positif de services d'intégration par le logement, comme par exemple avec les programmes *Housing First* (Padgett, 2006) ou par l'emploi, comme avec les programmes de placement individualisé de type *IPS* (Drake, 1996 ; Bond, 2012 ; Hoffmann, 2014). Néanmoins, ces services spécialisés, ne sont pas accessibles à l'ensemble des usagers. De plus, le nombre de ces initiatives est très limité sur le territoire belge. En revanche, dans toutes les zones couvertes par les projets 107, des services généralistes, c'est-à-dire accessibles à l'ensemble de la population, sont présents.

Une revue de la littérature qui concerne l'usage de services par les patients chroniques complexes et sévères suggère que la désinstitutionalisation a pu conduire à une augmentation de l'hostilité envers les patients souffrant d'un trouble sévère (Becker, 2006). De plus, une récente revue de la littérature européenne a montré que les services sociaux étaient disponibles mais peu accessibles aux groupes sociaux marginalisés souffrant de troubles de la santé mentale (Priebe, 2013; Welbel, 2013). Dans la plupart des projets 107, ils sont même intégrés comme membres à part entière des réseaux de services. Cependant, à notre connaissance, aucune étude belge ne s'est penchée sur l'usage de ces services sociaux généralistes par les patients belges chroniques, complexes et sévères. Dans ce chapitre nous étudions l'intégration sociale des usagers enquêtés en interrogeant le mettant en perspective avec leur utilisation des services sociaux.

1.2 Méthode

En 2014, nous avons récolté des données sur 1270 patients belges sévères chroniques et complexes dont 15% faisaient partie du groupe de contrôle. Dans ce chapitre, où nous mettons en corrélation des données de structure des réseaux (SNA) et des données des usagers, nous excluons les usagers du groupe de contrôle de l'analyse, car nous n'avons pas récolté de données sur la structure de leur réseau de professionnels.

Nous les avons également interrogés sur leur usage de services sociaux durant les six mois précédant l'enquête. Plus précisément, les questions concernaient l'usage de services de logement, d'aide à l'emploi, de formation, de services administratifs, de bénévolat, sportifs, culturels ou encore de clubs thérapeutiques. Nous avons ainsi élaboré une échelle d'usage des services sociaux selon la diversité des types de services utilisés. L'échelle s'étend donc de 0 (aucun service social utilisé ces six derniers mois) à 8 (si tous les types de services sociaux ont été visités dans cette période).

Ces résultats ont été mis en corrélation avec la mesure de l'intégration sociale des patients. Pour rappel, nous avons utilisé l'échelle SIX (Priebe 1999), un indicateur simple spécialement développé pour ce type d'usager, qui rapporte sur une échelle de six points, la situation sociale des usagers en termes d'emploi (2/6), de logement (2/6), d'intégration sociale et familiale (2/6).

Enfin, à l'aide du questionnaire service, nous avons également pu mesurer la centralité des services sociaux au sein des réseaux 107.

Table 1. Analyses descriptives (%) et association (X²) entre les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et de réseau des usagers interrogés et leur utilisation des services sociaux. Evaluation de la réforme Vers de meilleurs soins de santé mentale, Belgique, 2014, N=1019

	Service Logement (%)	Service Formation (%)	Service d'emploi (%)	Service administratif (%)	Service de sport (%)	Service culturel (%)	Service de bénévolat (%)	Nombre de services sociaux utilisés (moyenne, F)
SEXE (X², p value)					4.8*		3.7*	
Femmes	15.1	6.4	15.3	42.4	10.5	11.1	16.8	1.4
Hommes	14.8	6.6	16.8	41.5	15.2	12.1	12.4	1.5
AGE (F, p value)		47.8**	66.6**	8.4*	18.6**			45.4**
< 30 ans	17.7	18.7	30.2	39.2	19.4	13.7	13.7	1.9
30-44 ans	16	6.6	24.5	48.5	16.2	13.4	13.5	1.7
45-59 ans	13.8	3.7	10.5	39.9	11.2	11.2	15.8	1.4
60 + ans	13.7	1.4	2.2	36.2	4.3	8.7	14.3	1.2
DIAGNOSTIC (F, p value)	13.4*	12.0*						
Schizophrénie ou psychose	10.8	6.1	15.3	36.6	15.1	13.4	15.2	1.5
Trouble de l'humeur	14.4	3.8	15.9	40.6	12.7	14.9	11.6	1.3
Trouble liés à une assuétude	17.6	5	11.2	48.1	12.7	8.7	15	1.4
Trouble de la personnalité	23	9.4	18.8	49.3	12.3	11.5	17.3	1.7
Trouble anxieux	8.6	3.3	21.7	36.2	13.8	15.2	13.3	1.6
Autre	15.6	11.1	20	40.8	9.9	7.4	15.9	1.5
Sévérité des symptômes psycho-sociaux (HoNOS (/48)) (F, p value)								
<7	15.1	6.9	15.3	39.5	11.3	11.9	15.6	1.5
7à11	12.8	6.3	17.3	39.2	13.7	11	13.8	1.4
12à15	16.8	9.2	18.8	40.7	12.2	9.7	15.4	1.5
16+	15.7	4	14.7	48.4	14.5	14.6	13.6	1.6
Intégration sociale (SIX (/6))	14.3**			14.2**				26.3*
Faible	16	6	14	46.4	12	12.5	11.5	1.6
Moyenne	9.3	5.9	18.5	33.3	11.8	10.7	16.7	1.2
Elevée	20.1	7.9	17.4	45.1	15.3	12.2	16.7	1.7
Hospitalisation au cours des 6 derniers mois						4*		
Non	13.4	6.6	17.5	39.5	13.8	13.8	15.5	1.5
Oui	16.8	5.8	15.2	44.7	12.3	9.6	12.8	1.4
Proportion de services sociaux dans le réseau			8.8*					
<13	16.3	9.1	21.1	41.4	9.2	8.6	16.7	1.4
13-17	15.8	4.5	18.4	42.6	12.7	13.6	14.8	1.5
17-22%	15.6	7.3	14.6	43.1	13.2	11.1	15	1.5
>22%	12.6	6.9	10.8	41.5	15.7	11.7	10.4	1.4
Centralité des services sociaux dans le réseau	7.9*		10.2*	2.9	11.7*	20*	4.5*	2.4*
Faible centralité	12.4	6.1	14	41.1	18	20.0	15.1	1.6
Centralité moyenne-basse	13	7	11.7	39.6	14.2	11.28	10.8	1.4
Centralité moyenne-haute	20.8	4.6	19.8	46.6	12.4	8.3	17	1.6
Forte centralité	14.7	7.6	20.1	40.9	8.1	8.7	15.9	1.4
TOUS N (%)	146 (15%)	66 (6,5%)	160 (16.4%)	425 (41.8%)	127 (13.1%)	120 (12%)	149 (14,6%)	1,5

*p<0,05; **p<0,01

1.3 Résultats

1.3.1 Usage des services sociaux

En moyenne, les usagers avaient eu recours à 1,5 service social au cours des six derniers mois (table 2). Les services les plus fréquentés étaient les services administratifs (41%). Pour les autres types de services, la proportion d'utilisateurs variait de 6% à 16%.

Les patients les plus jeunes utilisaient un nombre plus important de services sociaux ; comparés aux autres classes d'âges, ils fréquentaient davantage les services d'emploi, de formation et de sport. Ce dernier type de service était particulièrement utilisé par les usagers de sexe masculin.

Le lien entre usage des services sociaux et intégration sociale des patients suivait une courbe en U : les usagers avec un niveau d'intégration bas ou élevé utilisaient plus de services sociaux que ceux avec un niveau intermédiaire (voir table 1).

1.3.2 Intégration sociale

Au total, le niveau d'intégration sociale des usagers était faible (3.08/6). Les femmes de notre échantillon avaient un niveau d'intégration sociale plus élevé, de même que les usagers entre 30 et 45 ans (table 2).

Les patients schizophrènes ou psychotiques étaient au contraire les moins intégrés socialement, de même que les usagers ayant les symptômes les plus sévères. Au niveau des réseaux, on observe que dans les réseaux où la proportion de services sociaux est la plus faible, le niveau d'intégration des usagers est le plus élevé. Au contraire, au plus les services sociaux occupent une place centrale¹ dans le réseau, au plus le niveau d'intégration sociale des usagers était élevé. Cette opposition souligne que c'est moins le nombre de partenaires sociaux qui importerait mais bien leur implication comme membres-clés du réseau.

Le rôle de la centralité des services sociaux sur l'intégration sociale des usagers fut confirmé dans nos analyses multivariées, qui contrôlait nos résultats par l'âge, le sexe, le niveau de sévérité des symptômes et le diagnostic du patient ($R=0,23$; $p<0,001$).

¹ Au plus les services sociaux étaient cités par les autres services membres du réseau comme partenaires (dans l'envoi, la réception, l'échange d'information sur les usagers et les rencontres organisationnelles), au plus ils avaient un niveau de centralité élevé.

Table 2. Statistiques descriptives du SIX (moyenne) et coefficient association (X^2 , Anova) entre les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et de réseau des usagers. Evaluation de la réforme Vers de meilleurs soins en santé mentale, Belgique, 2014, N=1019

		SIX (moyenne (/6))	
SEXE (X^2, p value)			<u>13.9**</u>
	Femmes	3,25	
	Hommes	2,92	
AGE (F, p value)			<u>6.8**</u>
	< 30 ans	2,76	
	30-44 ans	3,27	
	45-59 ans	3,17	
	60 + ans	2,63	
DIAGNOSTIC (F, p value)			<u>8.1</u>
	Schizophrénie ou psychose	2,68	
	Trouble de l'humeur	3,47	
	Trouble liés à une assuétude	3,01	
	Trouble de la personnalité	3,23	
	Trouble anxieux	3,17	
	Autre	3,08	
Sévérité des symptômes psycho-sociaux (HoNOS (/48)) (F, p value)			<u>5.8</u>
	<7	3,06	
	7à11	3,28	
	12à15	3,27	
	16+	2,76	
Hospitalisé au cours des six derniers mois (F, p value)			<u>13.2**</u>
	Non	3,25	
	Oui	2,9	
Proportion de services sociaux dans le réseau (F, p value)			<u>7.25**</u>
	<13	3,29	
	13-17	3,19	
	17-22%	3,06	
	>22%	2,71	
Centralité des services sociaux dans le réseau (F, p value)			<u>13.7**</u>
	Faible centralité	2.82	
	Centralité moyenne-basse	2.95	
	Centralité moyenne-haute	3,28	
	Forte centralité	3,51	
TOUS		3,08	
*p<0,05; **p<0,001			

1.4 Conclusion

L'usage des services sociaux par les usagers du 107 est faible : en moyenne les usagers avaient visité 1.5 service social au cours des six mois précédant notre enquête. Mis à part les services administratifs qui avaient été utilisés par 42% de notre échantillon, la fréquentation des services sociaux ne dépassait pas 16%. On notera que le recours aux services sociaux, tels que le CPAS ou l'administration de biens, est souvent un passage obligatoire pour l'utilisateur, plus qu'une option en vue d'améliorer l'intégration sociale. Le recours aux services sociaux était également plus important pour les usagers très peu intégrés socialement, ou au contraire, très bien intégrés socialement : les individus dans une situation intermédiaire étant moins utilisateurs de ces services.

Ces résultats nous apprennent que la configuration des réseaux 107 peut jouer un rôle déterminant dans l'intégration sociale des usagers, qui est un objectif-clé de la réforme. En effet, dans les réseaux où les services sociaux étaient les plus centraux, l'intégration sociale des usagers était plus élevée (3.5/6 contre 2.8/6 dans les réseaux où les services sociaux étaient les moins centraux).

Pour conclure, nous suggérons une plus grande implication des services sociaux au cœur des réseaux 107 : en effet, si la proportion de services sociaux dans les réseaux n'est pas associée avec l'intégration sociale des usagers, la centralité de ces services dans les réseaux semble jouer un rôle-clé.

Références

- Bond, G. R., Drake, R. E. & Becker, D. R. 2012. Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry*, 11(1), 32-39.
- Becker T., Kilian R. 2006. Psychiatric services for people with severe mental illness across eastern Europe: what can be generalized from current knowledge about differences in provision, costs and outcomes of mental health care? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(Suppl. 429),9-16.
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Becker, D. R., Anthony, W. A. & Clark, R. E. 1996. The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 391-399.
- 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*, 171(11), 1183-1190.
- IWEPS – Institut Wallon de l’Evaluation, de la Prospective et de la Statistique. 2013. Les chiffres-clés de la Wallonie, 13, 231 p.
- Padgett, D. K., Gulcur, L. & Tsemberis, S. 2006. Housing first services for people who are homeless with co-occurring serious mental illness and substance abuse. *Research on Social Work Practice*, 16(1), 74-83.
- Priebe, S., Matanov, A., Barros, H., Canavan, R., Gabor, E., Greacen, T., Holcnerová, P., Kluge, U., Nicaise, P., Moskalewicz, J., Díaz-Olalla, J. M., Straßmayr, C., Schene, A. H., Soares, J. J. F., Tulloch, S. & Gaddini, A. 2012. Mental health-care provision for marginalized groups across Europe: findings from the PROMO study. *The European Journal of Public Health*. 2013, 23(1), 97-103
- Priebe, S., Watzke, S., Hansson, L. & Burns, T. 2008. Objective social outcomes index (SIX): A method to summarise objective indicators of social outcomes in mental health care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(1), 57-63.
- Rapport de recherche 2014 – Grard, A., Nicaise, P., Helmer, E., Vanderhaegen, J., Van der Donck, S., Wijckmans, B., Lorant, V., Leys, M., Van Audenhove, C. Evaluation de la réforme « Vers de meilleurs soins de santé mentale », 302 p.
- Welbel, M., Matanov, A., Moskalewicz, J., Barros, H., Canavan, R., Gabor, E., Gaddini, A., Greacen, T., Kluge, U., Lorant, V., Esteban Peña, M., Schene, A. H., Soares, J. J. F., Straßmayr, C., Vondráčková, P. & Priebe, S. 2013. Addiction treatment in deprived urban areas in EU countries: Accessibility of care for people from socially marginalized groups. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 20(1), 74-83.

2 Les modèles d'équipes mobiles de crise et assertives

2.1 Introduction

La réforme *Vers de meilleurs soins en santé mentale* a introduit une nouvelle modalité organisationnelle de soins en vue de contribuer à ses objectifs : les équipes mobiles. Elles sont regroupées au sein de la Fonction 2 du programme de réforme, qui en distingue deux types : les équipes mobiles dites « de crise » (EM2a), et les équipes mobiles dites « chroniques », ou « assertives » (EM2b). Elles ont pour vocation de délivrer des soins à domicile, en vue « d'explorer une nouvelle forme de soins en santé mentale plus rapidement accessibles aux personnes et de leur offrir des soins adaptés là où elles vivent » (Guide, p. 10). Toutefois, le programme de réforme ne précise pas les conditions et modalités opérationnelles de fonctionnement de ces équipes mobiles, laissant à chaque projet local de réseau de déterminer la place et les pratiques de ces équipes. C'est pourquoi nous présentons dans cette partie une analyse des modèles développés par ces services dans le cadre de la réforme. En effet, plusieurs types de services sont regroupés dans la Fonction 2 du programme de réforme : les nouvelles équipes mobiles EM2a et EM2b, mais aussi d'autres services ambulatoires mobiles, tels que les services de soins psychiatriques à domicile (SPAD) qui existaient avant la réforme, ou encore d'autres équipes mobiles spécifiques ou d'initiative locale. Or, ces différents types de service s'adressent à des personnes ayant des problématiques différentes, qui appellent des modalités organisationnelles spécifiques, et peuvent dès lors avoir un effet différencié sur les objectifs de la réforme, notamment en termes d'intégration sociale.

En particulier, nous voulons évaluer dans quelle mesure il existe un modèle unifié de fonctionnement des équipes mobiles de la réforme, ou à tout le moins, deux modèles, l'un pour les équipes « de crise » et l'autre pour les équipes « assertives », puis mesurer la fidélité de ces modèles éventuels à leurs équivalents développés dans d'autres pays. En effet, de tels modèles ont été évalués, et leurs apports, notamment en matière de qualité des soins dans la communauté, d'intégration sociale et de continuité de soins ont été démontrés (Dieterich, 2010 ; Irving, 2009 ; Murphy, 2012). Toutefois, les performances d'un système de soins de santé dépendent en partie de la façon dont les services de soins sont définis et organisés. Le respect de ces bonnes pratiques est un déterminant majeur des performances des services de soins (Drake, 2009 ; Latimer 1999 ; Mc Grew 1995 ; McHugo 1999 ; Teague, 1998) Or, en pratique, « *la diversité par rapport aux modèles de bonnes pratiques est la norme, et la fidélité l'exception* » (Rollins, 2015). Il est donc possible qu'en s'éloignant du modèle original, ou en étant repris dans un système différent, l'apport des équipes mobiles s'éloigne de leurs résultats attendus.

En matière de santé mentale, les principaux modèles de services ambulatoires mobiles s'adressant aux problématiques chroniques sont l'*Assertive Outreach Model* (Wetheridge 1982, Wetheridge 1991), le *Case Management Model* (Intaglia, 1982, Dieterich, 2010), et l'*Assertive Community Treatment* (Stein, 1980). Tandis que le modèle de services ambulatoire mobile s'adressant aux situations de crise est le *Crisis Resolution Team* (Lloyd-Evans, 2014). Nous utiliserons en particulier ces deux derniers modèles pour évaluer la fidélité des équipes mobiles développées en Belgique, EM2a et EM2b.

2.2 Méthode

2.2.1 Identification des indicateurs

Les échelles de fidélité des deux modèles mentionnés ci-dessus, le modèle *Crisis Resolution* (CR) pour les équipes mobiles de crise (EM2a) et le modèle *Assertive Community Treatment* (ACT) pour les équipes mobiles assertives (EM2b), sont basées sur un ensemble d'indicateurs, dont certains ont été repris dans le questionnaire destiné aux services de la recherche « *Vers de meilleurs soins en santé mentale* ». Ces indicateurs sont donc ceux qui sont utilisés pour évaluer la fidélité des équipes mobiles belges aux modèles de référence. La table 3 présente cette sélection d'indicateurs, et les valeurs attendues pour ceux-ci.

2.2.2 Identification des services

L'identification des équipes mobiles de crise (EM2a) et des équipes mobiles assertives (EM2b) a été réalisée sur base de la classification des services selon les fonctions : toutes ces équipes font partie de la Fonction 2. Elle a ensuite été approfondie en collaboration avec les coordinateurs de réseau. En effet, les services identifiés dans la fonction 2 sont les équipes mobiles, mais aussi d'autres services de soins à domicile. Ceux-ci sont identifiés dans les tableaux qui suivent sous l'appellation « Autres F2 ».

Table 3 – Indicateurs de bonnes pratiques des modèles de services ambulatoires mobiles : Assertive Community Treatment (ACT) et Crisis Resolution Treatment (CRT)

INDICATEUR	CRT	ACT
ACCESSIBILITE		
<i>Accessibilité horaire</i>	24h/24, 7jours/7	24h/24, 7jours/7
<i>Modalités d'accès</i>	Facilement accessible	n.p
Critères d'inclusion explicites	n.p	Oui
COMPOSITION DE L'EQUIPE		
<i>Psychiatre</i>	1ETP*/30usagers	1ETP*/100usagers
<i>Infirmier</i>	Oui	2ETP*/100usagers
<i>Autres (psychologues, assistant sociaux, etc.)</i>	Oui	Oui
<i>Expert d'expérience</i>	Oui	Oui
ACTIVITES CLINIQUES		
<i>Case load</i>	n.p	25 usagers/14ETP
<i>Client review</i>	n.p	Journalière
<i>Activité clinique du chef de service</i>	n.p	Oui
<i>Taux d'inclusion de nouveaux usagers</i>	n.p	Faible
<i>Fréquence des contacts usagers</i>	Elevée	Elevée
AUTRES CARACTERISTIQUES		
<i>Hospital early discharge</i>	Oui	Oui
<i>Gatekeeping</i>	Oui	Oui
<i>Community-based service</i>	Oui	Oui

*ETP : équivalent temps plein

n.p : Non précisé

2.3 Résultats

Conformément aux variables reprises dans la table 3, nous présentons tout d'abord une description de l'échantillon de services, puis nous présenterons les résultats en termes d'accessibilité, de composition des équipes, et d'activités cliniques.

2.3.1 Description de l'échantillon

La table 4 présente la population de services identifiés comme F2A, F2B, et Autres F2, et leur participation à l'enquête service 2014. On voit aisément que les équipes mobiles de la réforme ont bien participé à l'étude.

Table4. Taux de participation des services ambulatoires mobiles selon le type de service, Belgique, 2014 (N= 89 services)

VARIABLES	Population	Echantillon	Participation
	N = 89	n= 67	Moyenne (%)
Type de service			
<i>EM2a</i>	20	16	80
<i>EM2b</i>	25	22	88
<i>Autres F2</i>	44	29	66

La table 5 présente la répartition de l'échantillon par région.

Table 5. Répartition des services ambulatoires mobiles selon la région, Belgique, 2014 (n=67)

VARIABLES	EM2a	EM2b	Autres F2	Total
	n = 16	n= 22	n= 29	n=67
Régions				
<i>Flandre</i>	7	13	7	27
<i>Wallonie</i>	7	7	18	32
<i>Bruxelles</i>	2	2	4	8

On observe d'abord qu'en termes absolus, la Wallonie compte le plus grand nombre de services ambulatoires mobiles. Si on se concentre sur les services EM2a et EM2b, on observe qu'en Wallonie et à Bruxelles il y a une parité entre ces deux types de service, alors qu'en Flandre, il y a (presque) deux fois plus de services EM2b (chroniques) que de services EM2a. En revanche, la

Wallonie compte un plus grand nombre de services ambulatoires mobiles autres. On peut formuler l'hypothèse que la réforme a été l'occasion pour les régions de mettre à niveau l'offre de soins ambulatoires mobiles.

La table 6 présente l'auto-identification des services ambulatoires mobiles aux différentes fonctions de soins définies dans le cadre de la réforme. Pour rappel, les services pouvaient se déclarer actifs dans plusieurs fonctions

Table 6. Appartenance auto-déclarée des services à une ou plusieurs fonctions selon le type de service, Belgique, 2014 (n= 67 services)

VARIABLES	EM2a (n=16)	EM2b (n=22)	Autres F2 (n=29)
<i>Fonction 1</i>	0	5	8
<i>Fonction 2</i>	16	21	18
<i>Fonction 3</i>	0	5	7
<i>Fonction 4</i>	0	0	0
<i>Fonction 5</i>	0	2	6

On observe que les services EM2a s'identifient tous et exclusivement à la Fonction 2. En revanche, les services EM2b, qui s'identifient aussi massivement à la Fonction 2, ont plus tendance à se déclarer actifs dans d'autres fonctions : principalement au niveau des activités de santé mentale primaire (Fonction 1), et de réhabilitation (Fonction 3). Enfin, on observe une plus grande variété encore au niveau des autres services ambulatoires mobiles : si une majorité de ceux-ci s'identifie bien active dans la Fonction 2, on voit que ces équipes s'identifient, dans une proportion équivalente à celle des EM2b, aux activités des Fonction 1 et 3, et aussi aux activités de la Fonction 5, décrite comme celle des formules résidentielles de longue durée pour les patients qui ne peuvent se satisfaire des soins délivrés dans la communauté. Ces constats semblent consistants avec les missions globales de ces services : les équipes EM2a sont celles qui développent une pratique essentiellement mobile et intensive, alors que les EM2b doivent pratiquer une offre de soins qui prend aussi en compte d'autres besoins des patients : besoins de santé physique, besoins sociaux, besoins de santé mentale à plus long terme. L'implication déclarée de services « Autres F2 » dans les activités de la Fonction 5 s'explique probablement par la présence de Services Psychiatriques A Domicile (SPAD) dans ce sous-groupe. En effet, les SPAD travaillent notamment en partenariat avec les Initiatives d'Habitations Protégées (IHP), services de la Fonction 5.

2.3.2 Accessibilité

L'accessibilité des services ambulatoires mobiles peut être décrite à travers plusieurs indicateurs : la disponibilité horaire, les modalités d'accès des services (ex. avec ou sans rendez-vous), et les critères d'inclusion. La table 7 décrit l'accessibilité horaire des services ambulatoires mobiles. Les services ambulatoires mobiles de crise ou assertifs, selon les modèles de référence utilisés, sont censés être accessibles en permanence, c'est-à-dire 24h/24 et 7j/7

(Lloyd-Evans, 2014 ; Teague, 1998). Cependant, il faut rappeler que le guide de la réforme ne fixe pas de norme quant à cette caractéristique.

Table 7. Accessibilité horaire des services ambulatoires mobiles, Belgique, 2014 (n=67)

VARIABLES	EM2a (n=16)	EM2b (n=22)	Autres F2 (n=29)
<i>Accessibilité 24h/24, 7jours/7</i>	9	0	5
<i>Accessibilité le weekend</i>	14	9	9
<i>Accessible en dehors des heures de bureau habituelles (9-17h)</i>	15	16	15
<i>Référence vers un autre service en dehors des périodes d'accessibilité</i>	11	12	19

Du côté des EM2a, on observe que seule la moitié des services déclare être accessible en permanence. La très grande majorité d'entre eux sont toutefois accessibles le weekend et en dehors des heures habituelles de bureau. Un nombre important d'entre eux ont aussi prévu une référence des usagers vers un autre service en dehors des périodes d'accessibilité.

Du côté des EM2b, aucun ne déclare être accessible en permanence. Une partie d'entre eux est accessible le weekend, et plus largement en dehors des heures habituelles de bureau. La moitié prévoit un renvoi des patients vers d'autres services en dehors des périodes d'accessibilité. Enfin, pour ce qui concerne les autres services ambulatoires mobiles, certains sont accessibles en permanence.

Ainsi, en termes d'accessibilité horaire, on voit que seule une partie des EM2a et quelques services autres sont conformes aux modèles CRT ou ACT.

La table 8 décrit les modalités d'accès aux services ambulatoires mobiles. Il s'agit de savoir si l'accès au service se fait à l'occasion d'une consultation ou d'une permanence, et si celle-ci est sur rendez-vous ou non. On notera que ces modalités d'accès sont hiérarchisées dans une logique de seuils de plus en plus restrictifs : les services accessibles par permanence sans rendez-vous ont l'accessibilité la plus large, alors que les services ayant mis en place un processus d'admission avec rendez-vous ont l'accessibilité la plus réduite. On notera aussi que les modèles de référence ne précisent pas les modalités d'accès préférentiels, tout au plus le modèle CRT, qui sert de référence aux EM2a, prévoit que ces équipes doivent être facilement accessibles. Par ailleurs, on a demandé aux services s'ils avaient établi des critères d'inclusion explicites, ce qui est une modalité organisationnelle correspondant aux modèles ACT et CRT.

Table 8. Modalités d'accès aux services ambulatoires mobiles, Belgique, 2014 (n=67)

VARIABLES	EM2a (n=16)	EM2b (n=22)	Autres F2 (n=29)
<i>Accès par permanences ou consultations sans rdv</i>	10	5	8
<i>Consultations avec rdv</i>	10	5	10
<i>Rendez-vous d'admission ou première consultation sans rendez-vous</i>	1	2	2
<i>Rendez-vous d'admission ou première consultation avec rendez-vous</i>	7	19	23
<i>Critères d'inclusion explicites</i>	12 ²	18 ³	3 ⁴

Du côté des EM2a, les modalités de consultation sans et avec rendez-vous, et de processus d'admission sans rendez-vous, ont été déclarées de manière équivalente. On observe que la majorité de ces équipes, mais pas toutes, ont défini des critères d'inclusion explicites. Ces résultats semblent témoigner d'une certaine hétérogénéité des pratiques, mais qui s'explique peut-être par l'hétérogénéité des situations rencontrées.

Du côté des EM2b, c'est la modalité d'accès *a priori* la plus restrictive qui est la plus mentionnée. On voit que ceci correspond également aux pratiques des autres types de services ambulatoires mobiles. Toutefois, la grande majorité de ces services déclare avoir explicitement défini leurs critères d'inclusion.

En conclusion sur l'accessibilité, on peut voir une certaine hétérogénéité des pratiques, tant en ce qui concerne les équipes mobiles « de crise » (EM2a) que les équipes mobiles « assertives » (EM2b). Il apparaît globalement que les EM2a ont mis en place des modalités d'accès relativement larges, même si elles n'ont pas toutes fait le choix d'une accessibilité maximale 24h/24, 7j./7. Les modalités d'accès à ces équipes sont variables. Les EM2b, quant à elles, montrent de la flexibilité horaire en termes d'accès, mais ont pour la plupart choisi des modalités plus restrictives. Ces modalités de fonctionnement semblent correspondre à celles que l'on retrouve dans les autres types de services ambulatoires mobiles.

² 2 valeurs manquantes

³ 2 valeurs manquantes

⁴ 26 valeurs manquantes

2.3.3 Composition des équipes

La table 9 décrit le type de professionnels actifs dans les services ambulatoires mobiles. Les modèles de référence, ACT et CRT, suggèrent tous deux que les équipes de soins doivent être pluridisciplinaires et conseillent qu'elles incluent un « expert d'expérience » (ou pair aidant).

Sans surprise, toutes les équipes mobiles créées à l'occasion de la réforme incluent des psychiatres. Toutes les EM2a incluent également des psychologues et du personnel infirmier. Un peu plus surprenant, toutes les EM2b ne déclarent pas avoir du personnel infirmier et des psychologues. La constatation vaut aussi pour les travailleurs sociaux : ils sont présents dans la grande majorité des équipes mobiles, mais non dans toutes. Si la majorité des EM2a disposent aussi de personnel administratif, cela ne semble être le cas que pour un tiers des EM2b. En revanche, seules quelques équipes assertives disposent de juristes. La diversité de profils semble plus importante dans les équipes assertives, ainsi que pour les autres types de services ambulatoires mobiles. On note que les médecins généralistes ou orientés vers les problèmes de santé physique sont peu courants.

Table 9. Types de professionnels actifs dans les services ambulatoires mobiles, Belgique, 2014 (n=67)

VARIABLES	EM2a (n=16)	EM2b (n=22)	Autres F2 (n=29)
<i>Personnel administratif</i>	10	8	6
<i>Juristes</i>	0	1	0
<i>Médecins (santé physique)</i>	1	2	2
<i>Psychiatres</i>	16	22	16
<i>Psychologues/Psychothérapeutes</i>	16	18	23
<i>Personnel infirmier/autres paramédicaux</i>	16	20	15
<i>Assistants sociaux/autres travailleurs sociaux</i>	15	20	23
<i>Expert d'expérience</i>	1 ⁵	5 ⁶	1 ⁷

Enfin, la présence d'experts d'expérience dans ces équipes reste marginale, et plus courante dans les équipes à caractère assertif que dans les équipes de crise. On constate donc que tous les

⁵ 7 valeurs manquantes

⁶ 2 valeurs manquantes

⁷ 26 valeurs manquantes

services ambulatoires mobiles sont pluridisciplinaires, même si celle-ci est plus étendue dans les équipes assertives. Le concept d’y associer des experts d’expérience est en développement.

Les professionnels cliniciens peuvent être amenés à participer aux visites à domicile. La table 10 montre le nombre de services qui ont déclaré avoir au moins un psychiatre, un psychologue, un infirmier, ou un travailleur social qui se déplacent à domicile. Ceci est également un critère de bonne pratique, notamment pour les équipes assertives.

Du côté des EM2a, toutes les équipes de visite à domicile contiennent des infirmiers, des psychologues, et des travailleurs sociaux. Il est intéressant de constater que toutes ne déclarent pas avoir un psychiatre qui se déplace à domicile.

Du côté des EM2b, ce sont la plupart du temps des travailleurs sociaux qui se déplacent à domicile, souvent accompagnés d’infirmiers et de psychologues. Là aussi, moins de services déclarent avoir un psychiatre qui se déplace à domicile. Cette dernière modalité est cependant essentielle pour la fidélité au modèle ACT (McHugo, 1999).

Table 10. Cliniciens se déplaçant à domicile selon le type de service ambulatoire mobile, Belgique, 2014 (n=67)

VARIABLES	EM2a (n=16) ⁸	EM2b (n=22)	Autres F2 (n=29) ⁹
<i>Psychiatre</i>	11	11	1
<i>Infirmier psychiatrique</i>	15	18	1
<i>Psychologue</i>	15	18	3
<i>Travailleur social</i>	14	21	3

2.3.4 Activités cliniques

La table 11 présente des indicateurs sur l’activité clinique des services ambulatoires mobiles. Il s’agit de la médiane du nombre d’usagers suivis et de la médiane du nombre de visites à domicile correspondant aux 6 mois ayant précédé l’enquête. Par souci de lisibilité, ces nombres sont ramenés à une valeur mensuelle.

⁸ 1 valeur manquante

⁹ 26 valeurs manquantes

Table 11. Indicateurs d'activité des services ambulatoires mobiles : nombre de nouveaux usagers suivis, et nombre de visites à domicile effectuées durant 6 mois, Belgique, 2014 (n=67)

VARIABLES	EM2a (n=16)	EM2b (n=22)	Autres F2 (n=29)
	Médiane [P25 ; P75]	Médiane [P25 ; P75]	Médiane [P25 ; P75]
<i>Nombre de nouveaux usagers</i>	200 [115 ; 253] ¹⁰	125 [54 ; 175] ¹¹	11 [5 ; 98] ¹²
<i>Par mois</i>	33	21	2
<i>Nombre de visites à domicile</i>	685 [268 ; 1250] ¹⁰	1500 [1200 ; 2412] ¹¹	540 [120 ; 938] ¹²
<i>Par mois</i>	114	250	90

Au vu de la durée des durées attendue des prises en charges, qui serait de 6 à 8 semaines pour les CRT (servant de modèle aux EM2a), et à caractère illimité pour les ACT (servant de modèle aux EM2b), on devrait observer un turnover de patients nettement plus important dans les premières, en regard des secondes. C'est effectivement le cas, même si au cours de la période d'étude, le nombre de nouveaux usagers dans les EM2b est assez élevé. Il est assez probable que ce nombre de nouveaux usagers soit amené à diminuer avec le temps. Pour rappel, on s'attend à ce que le taux d'inclusion de nouveaux usagers dans les EM2b soit faible.

Le nombre de visites à domicile est plus difficile à interpréter car il concerne aussi bien les nouveaux usagers que des usagers pris en charge depuis plus longtemps par les services concernés. Si les EM2a sont conformes à leur modèle, on peut s'attendre à ce que ce nombre d'usagers dans la file active soit proche du nombre de nouveaux usagers. Dès lors, le ratio de visites à domicile par patient serait proche de 3. En revanche, ce ratio ne peut être calculé pour les EM2b sur base des nouveaux patients. On constate cependant que ces équipes ont moins de nouveaux patients, mais plus de visites à domicile. Ceci est cohérent avec les modèles mis en place. Les chiffres obtenus pour les autres services ambulatoires mobiles sont non-significatifs, puisqu'ils ne concernent que 3 services sur 29.

La table 12 présente d'autres indicateurs de bonnes pratiques des services ambulatoires mobiles, principalement des équipes assertives : la discussion régulière des cas cliniques en équipe (*client review*), qui suggérée quotidienne dans le modèle ACT ; l'implication du chef de services dans les activités cliniques ; et la prise en charge d'usagers en fin d'hospitalisation pour en faciliter la sortie (*early discharge*). Une autre caractéristique, le *gatekeeping*, c'est-à-dire l'évaluation des usagers pour lesquels une hospitalisation est requise et la tentative de trouver

¹⁰ 1 valeur manquante

¹¹ 1 valeur manquante

¹² 26 valeurs manquantes

des alternatives, n'a pas directement été évaluée dans le questionnaire service. Toutefois, une question portait aussi sur l'action des équipes mobiles en vue de la transition vers l'admission hospitalière.

Table 12. Indicateurs d'activité des services ambulatoires mobiles : application des recommandations de bonnes pratiques, Belgique, 2014 (n=67)

VARIABLES	EM2a (n=16)	EM2b (n=22)	Autres F2 (n=29)
<i>Client review</i>	15	21	19
<i>Activité clinique du chef de service</i>	12	17	14
<i>Early discharge</i>	11	19	3
<i>Transition à l'admission</i>	13	19	3

La grande majorité des EM2a et EM2b déclarent avoir ces activités. On constate une grande différence entre l'activité de l'ensemble des équipes mobiles vis-à-vis des transitions hospitalières (admissions et sorties) en comparaison avec les autres types de services ambulatoires mobiles. L'implication du chef de services dans les activités de soins est aussi moins répandue dans ces services. Probablement cela s'explique par le lien organisationnel privilégié que la réforme a mis en place entre les hôpitaux et les équipes mobiles.

2.4 Conclusions et discussion

La réforme *Vers de Meilleurs Soins en Santé Mentale* a permis d'étendre l'offre en soins ambulatoires mobiles de santé mentale en Belgique : création de services dédiés aux problématiques aiguës grâce aux équipes mobiles de crise (EM2a), et extension des équipes mobiles pour problématiques chroniques grâce aux équipes mobiles « assertives » (EM2b), dont le profil semble s'approcher des autres services ambulatoires mobiles préexistants à la réforme.

Il semble que, d'après les différents indicateurs observés, ces deux types de services ont effectivement développé des activités en concordance avec leurs missions. En revanche, la fidélité de ces équipes aux modèles existant dans d'autres pays et relevés comme des standards dans la littérature scientifique, le modèle des *Crisis Resolution Teams* (CRT) pour les EM2a et le modèle *Assertive Community Treatment* (ACT) pour les EM2b, est relative. Si l'on observe bien une adhésion forte à certaines caractéristiques (définition de critères d'inclusion, multidisciplinarité des équipes...), d'autres s'éloignent de ces modèles.

Premièrement, cela concerne l'accessibilité horaire des services ambulatoires mobiles : alors que les CRT sont supposées être accessibles en permanence, la majorité des EM2a pratique une politique plus restrictive. Dans une moindre mesure, les EM2b semblent également assez restrictives en termes d'accessibilité horaire. Si un certain niveau de restriction peut se justifier pour l'inclusion de nouveaux usagers, il faut cependant que ces équipes soient aisément accessibles pour leurs usagers habituels.

Deuxièmement, la participation des psychiatres aux visites à domicile n'est pas généralisée, et cela dans les deux types d'équipes. Or, cette caractéristique est explicitement mise en exergue dans les deux modèles. C'est un aspect qui pourrait être développé.

Troisièmement, la participation d'experts d'expérience (pairs aidants) reste relativement marginale pour l'ensemble des services ambulatoires mobiles. C'est également une pratique qui pourrait être amenée à se développer.

Enfin, on observe un taux d'inclusion de nouveaux usagers assez élevé dans les EM2b, ce qui s'éloigne assez nettement, a priori, du modèle ACT. On peut sans doute expliquer ce phénomène par la jeunesse de ces services au moment de la période d'étude.

Ces écarts de fidélité aux modèles ne peuvent en aucun cas être interprétés comme de mauvaises pratiques. Ils peuvent notamment s'expliquer, soit par l'approche bottom-up du programme de réforme ayant laissé à chaque projet local le soin de développer son propre projet, soit comme des adaptations aux conditions locales ou au système belge de santé mentale. Ils peuvent encore s'expliquer, comme pour le taux élevé d'inclusion de nouveaux patients auprès des EM2b, par la jeunesse des équipes. Il sera fort intéressant d'étudier l'évolution de ces pratiques grâce aux données collectées en 2015. Un élément-clé sera très certainement l'évolution de ce taux d'inclusion de nouveaux patients dans les EM2b. En effet, une caractéristique majeure des équipes mobiles assertives est leur capacité à maintenir un caseload relativement bas (de l'ordre d'1 clinicien pour 10 patients). Si le taux d'inclusion de nouveaux patients devait rester élevé, les EM2b risqueraient de ne plus être à même de répondre à leurs missions.

Deux limites peuvent être mentionnées pour cette partie d'étude : la fidélité des équipes mobiles à leurs modèles standards a ici été estimée à partir d'un nombre limité d'indicateurs. Cette fidélité pourrait, à l'avenir, faire l'objet d'une évaluation plus approfondie. En outre, il faudrait investiguer à l'avenir le profil des usagers des équipes mobiles, afin de voir si celui-ci se distingue de celui des usagers d'autres services, et d'évaluer à terme les apports de ces nouvelles équipes.

Références

- Dieterich, M., Irving, C. B., Park, B. & Marshall, M. 2010. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD007906.
- Drake, R. E., Bond, G. R., & Essock, S. M. (2009). Implementing evidence-based practices for people with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(4), 704–713.
- Intagliata J. 1982. Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of case management, *Schizophrenia Bulletin*, 8, 655-674p.
- Irving, C. B., Adams, C. E. & Rice, K. 2009. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD001087.
- Latimer, E. (1999). Economic impacts of assertive community treatment: A review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 443–454.

- Lloyd-Evans B. & Johnson S. 2014. The Core CRT Fidelity Scale, Available online <http://www.ucl.ac.uk/core-study/workstream-01/fidelity-scale-final-pdf>
- McGrew, J. H., & Bond, G. R. (1995). Critical ingredients of assertive community treatment: Judgments of the experts. *Journal of Mental Health Administration*, 22, 113–125.
- McHugo, G. J., Drake, R. E., Teague, G. B. & Xie, H. 1999. Fidelity to assertive community treatment and client outcomes in the New Hampshire dual disorders study. *Psychiatric Services*, 50(6), 818-824.
- Rollins, A. L., McGrew, J. H., Kukla, M., McGuire, A. B., Flanagan, M. E., Hunt, M. G., Leslie, D. L., Collins, L. A., Wright-Berryman, J. L., Hicks, L. J. & Salyers, M. P. 2015. Comparison of Assertive Community Treatment Fidelity Assessment Methods: Reliability and Validity. *Administration and Policy in Mental Health*, [advance].
- Stein, L. I. & Test, M. A. 1980. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37(4), 392-397.
- Teague, G. B., Bond, G. R. & Drake, R. E. 1998. Program fidelity in Assertive Community Treatment: Development and Use of a Measure. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2), 216-232.
- Test, M. A. & Stein, L. I. 1980. Alternative to mental hospital treatment. III. Social cost. *Archives of General Psychiatry*, 37(4), 409-412.
- Witheridge T.F. 1991. The “active ingredients” of assertive outreach, Psychiatric Outreach to the Mentally Ill. *New Directions for Mental Health Services*, 52, 47–64.
- Witheridge T.F., Dincin J., Appleby L. 1982. Working with the most frequent recidivists: A total team approach to assertive resource management, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 5, 9-11.

3 Modèles de structuration des réseaux, continuité des soins et réinsertion sociale

3.1 Introduction

Comme cela a déjà été présenté dans des rapports précédents, les modalités de mise en œuvre du programme de réforme, basée sur une stratégie bottom-up et des recommandations générales à développer dans des projets locaux, a donné lieu à une grande diversité de réseaux, en termes de types de services, de structuration des relations entre partenaires des réseaux, ou de mécanismes de gouvernance. Or, la recherche scientifique tend à montrer que toutes les structures de réseaux ne sont pas équivalentes dans leur capacité à faire face à des besoins de patients aux profils différents, à faciliter certains types d'opérations (comme la continuité des soins), ou encore à être opérationnels avec diverses modalités de gouvernance (centralisée ou partagée, par exemple).

On peut par exemple relever que la collaboration entre partenaires d'un réseau est facilitée lorsque le nombre de partenaires est limité et homogène (Mitchell, 2000). En outre, les petits réseaux rendent la collaboration plus aisée dans le cadre d'une gouvernance partagée entre tous les membres du réseau. Ceci est effectivement le type de gouvernance qui a été suggéré par le programme de réforme (Guide, 2010). Pourtant, la problématique de la continuité des soins pour patients psychiatriques chroniques et complexes engendre la nécessité d'un réseau plus grand en termes de partenaires, et plus diversifié en termes d'offre. Bien que la littérature scientifique ne puisse actuellement conclure sur la structure d'un réseau optimal pour des patients aux besoins multiples et complexes (Turrini 2010), on sait que dans les réseaux de plus grande taille, on voit apparaître des phénomènes de fragmentation (sous-réseaux) et de centralisation (acteurs centraux, qui peuvent devenir les leaders du réseau) (Leutz, 1999 ; Provan, 1998).

De la même manière, la coordination au sein d'un réseau est affectée par le nombre de partenaires et par la structure du réseau. Mais ces éléments sont aussi affectés par la complexité des tâches à réaliser en réseau, comme par la mesure dans laquelle les partenaires du réseau sont plutôt homogènes en termes d'offre, ou au contraire plutôt complémentaires (Mitchell, 2000). Notamment, la coordination peut être soutenue soit par une grande densité de contacts entre partenaires, soit par la position centrale d'un partenaire qui coordonne les activités de l'ensemble du réseau (Morrissey, 1994 ; Leutz, 1999). La coordination par densité est mieux adaptée pour des besoins de continuité de soins longitudinale (entre partenaires intervenant successivement), et convient mieux pour des patients ayant une certaine autonomie : elle facilite la multiplication des trajectoires de soins possible et ainsi, s'adapte au besoin d'individualisation des parcours. A l'inverse, la coordination centralisée est mieux adaptée pour des besoins de continuité transversale (entre partenaires intervenant ensemble), et convient ainsi mieux pour des patients moins stables et plus démunis en termes de ressources disponibles et d'accessibilité (Provan, 1995 ; Provan 2001).

C'est pourquoi il a été suggéré qu'une forme optimale de réseau pourrait être celle où un acteur central coordonne un ensemble de sous-réseaux denses (Provan, 1998 ; Turrini, 2010). Cette suggestion a été globalement corroborée par une évaluation qualitative de 25 réseaux de santé

(non-spécifiques à la santé mentale) (Shortell, 2002). Toutefois, il existe toujours peu d'évaluations quantitatives consistantes à ce sujet. Un article récent a montré que les réadmissions hospitalières étaient moins fréquentes lorsqu'un réseau de services ambulatoires entourait un hôpital central (Mascia, 2015). Une autre étude montre que, paradoxalement en apparence, un réseau centralisé offre une plus grande diversité de services (Bazzoli, 1999). Mais ces deux dernières études sont elles-mêmes centrées sur l'offre de soins hospitalière.

Ainsi, la tâche de déterminer un modèle de réseau optimal qui puisse simultanément soutenir l'offre de soins communautaires, intensifier l'utilisation des soins hospitaliers, faciliter la continuité des soins, et contribuer à la réhabilitation sociale des usagers, est un défi majeur ; rien n'indique d'ailleurs que la poursuite de ces objectifs simultanément soit possible (Nicaise, 2014). Toutefois, la recherche scientifique indique que les variables structurelles d'un réseau sont d'une certaine manière corrélées entre-elles, et que certaines configurations sont plus favorables à certains objectifs. Dès lors, un examen plus approfondi de la structure des 19 réseaux de la réforme devrait permettre de distinguer quelles configurations auraient été favorisées, et ainsi, d'estimer le rapport entre ces structures et les objectifs de la réforme.

3.2 Méthode

La partie du questionnaire service proposant de déclarer les liens existant entre les services d'un réseau sur le plan de leurs relations cliniques (échanges de patients, échanges d'informations), de leurs relations organisationnelles (contacts de gouvernance au sein du réseau), et des partenariats privilégiés dans la mise en œuvre des 5 fonctions de soins proposées par le programme de la réforme, a pour vocation de permettre l'analyse de la structuration des réseaux. Pour rappel, en 2014, nous avons présenté, dans le rapport intermédiaire de recherche, les tendances générales de la structuration des réseaux autour d'un réseau « moyen », ou réseau-type. Ce réseau-type, pour les relations à caractère clinique, montrait un profil dans lequel :

- La densité globale des liens était proche de 15% ;

- Tous les services, répartis en fonctions, avaient déclaré des liens avec toutes les fonctions, apparaissant ainsi hétérophiles de manière absolue, même si les services des fonctions 1, 3 et 4 avaient comme premiers partenaires d'autres services de la même fonction, soit montrant une homophilie relative ;

- En moyenne, les services les plus fréquemment cités pour les relations cliniques étaient les services de la fonction 4, les services de la fonction 5 étaient globalement moins souvent cités ;

- Enfin, les services de la fonction 4 apparaissaient comme les partenaires prioritairement cités pour les services des fonctions 2 et 5 ; en y ajoutant le phénomène d'homophilie relative mentionné ci-dessus, les services hospitaliers apparaissaient comme des partenaires privilégiés pour l'ensemble des fonctions.

Maintenant, afin de réaliser une analyse plus approfondie de la structuration des 19 réseaux de services, nous avons calculé un ensemble de variables qui capturent ces structures. Il s'agit tout d'abord de la taille des réseaux, mesurée au nombre de services partenaires (des « nœuds » dans la terminologie des réseaux), ainsi que la répartition de ces partenaires par fonction et types de

services. Afin de rendre compte de la diversification des fonctions et des types de services au travers des réseaux, un indice de dissimilarité a été calculé. Il s'agit ensuite de la densité de liens déclarés entre services ; du niveau de centralisation globale du réseau, qui correspond à la tendance d'un réseau à concentrer des liens sur un service ou un petit nombre de services ; et de la centralité des types de services les plus importants.

Enfin, nous avons calculé des indicateurs d'homophilie, soit la tendance des services à déclarer préférentiellement des liens à d'autres services similaires ; de *clustering*, soit la tendance à voir apparaître des sous-réseaux denses au sein du réseau ; de réciprocité, soit la tendance des services à se citer mutuellement ; et de multiplicité, soit la tendance à avoir des structures de réseau similaires sur des relations différentes, telles que l'envoi de patients, la réception de patients, et l'échange d'informations à propos de patients.

Dans les analyses qui suivent, nous avons tout d'abord cherché à voir de quelle manière ces différents indicateurs étaient corrélés entre eux. Ensuite, nous avons réalisé une analyse en clusters, afin d'élaborer une typologie des réseaux ayant globalement des caractéristiques similaires. Enfin, nous avons essayé d'identifier les indicateurs structurels qui pouvaient significativement être corrélés aux mesures de continuité des soins (Adair, 2003, 2005 ; Joyce 2010) et d'intégration sociale (Priebe, 2008) obtenues à l'occasion de l'enquête sur les usagers sélectionnés par ces réseaux.

3.3 Résultats

3.3.1 Caractéristiques structurelles des réseaux

La table 13 présente les moyennes, écarts-types, minima et maxima des caractéristiques structurelles des 19 réseaux telles que mesurées en 2014. La première partie de la table montre clairement la grande diversité de réseaux en termes de taille et de composition. Ainsi, la taille des réseaux en 2014 oscille entre 11 et 116 services (moyenne, 51). On voit par ailleurs les écarts importants qui existent au niveau de la proportion des types de services représentés. Par exemple, en moyenne, les services les plus représentés sont les services sociaux (21%). Toutefois, ils sont totalement absents d'un réseau, et représentent jusqu'à 66% des services dans un autre réseau. Les Maisons de Soins Psychiatriques et les équipes mobiles sont les types de services dont la proportion est la plus stable pour l'ensemble des réseaux, les premières étant cependant peu nombreuses.

Au niveau des caractéristiques de structure, on voit également des écarts importants en matière de densité des liens, de centralisation, et dans une moindre mesure, de *clustering*. En termes d'homophilie, les quatre types de services repris dans le tableau (services de santé générale, services sociaux, équipes mobiles et unités psychiatriques hospitalières) apparaissent hétérophiles en moyenne (valeurs négatives).

Table 13. Networks structure descriptive statistics, study of Belgian mental health networks, 2014 (n=19).

Network structure	Mean	Std	Min	Max
-------------------	------	-----	-----	-----

Network structure	Mean	Std	Min	Max
Composition				
<i>Total number of services</i>	51.5	31.3	11.0	116.0
<i>Primary care (%)</i>	12.8	7.2	2.0	27.3
<i>Community mental health (%)</i>	10.8	7.5	1.0	32.8
<i>Mobile teams (%)</i>	10.0	3.7	4.9	18.2
<i>Rehabilitation services (%)</i>	11.6	5.6	0.0	25.5
<i>Social services (%)</i>	20.9	16.3	0.0	66.0
<i>Psychiatric wards (%)</i>	17.1	10.0	3.3	34.4
<i>Sheltered accomodation (%)</i>	10.2	5.9	1.5	23.5
<i>Nursing homes (%)</i>	3.5	3.5	0.0	9.8
<i>Other (%)</i>	3.1	4.6	0.0	16.7
<i>Dissimilarity index (%)</i>	25.4	8.2	13.4	42.2
Centralisation-Density				
<i>In-degree normalized</i>	11.1	4.6	3.4	21.1
<i>Degree centralisation (%)</i>	24.8	19.5	3.7	89.3
<i>Betweenness centralisation (%)</i>	9.8	6.8	2.6	32.6
<i>Density (%)</i>	48.9	13.7	25.7	78.6
<i>Clustering (%)</i>	64.1	10.0	46.8	83.4
<i>Diameter (degree)</i>	2.9	0.5	2.0	4.0
<i>Average distance (degree)</i>	1.5	0.2	1.2	1.8

<i>Network structure covariates</i>	Mean	Std	Min	Max
<i>Homophily (Coleman index)</i>				
<i>Primary care (-1,1)</i>	-0.3	0.4	-1.0	0.2
<i>Social services (-1,1)</i>	-0.2	0.3	-1.0	0.1
<i>Mobile teams (-1,1)</i>	-0.3	0.4	-1.0	0.2
<i>Psychiatric wards (-1,1)</i>	-0.3	0.4	-1.0	0.1
<i>Reciprocity (%)</i>	48.3	8.7	32.6	63.0
<i>Multiplexity %</i>	74.9	7.9	54.5	89.8

3.3.2 Corrélations entre variables structurelles des réseaux

La table 14 et les figures 2a et 2b montrent les corrélations entre variables structurelles des réseaux. On savait déjà que la densité des liens est inversement et fortement corrélée à la centralisation. On peut constater que cette corrélation s'observe bien pour les 19 réseaux étudiés. En outre, plusieurs autres corrélations significatives apparaissent. Ainsi, la centralisation est positivement et fortement corrélée à la taille du réseau : plus un réseau est grand, plus il tend à être centralisé. La densité est inversement et très fortement corrélée à la distance, et positivement corrélée à la réciprocité, ce qui est logique. Autre association importante, la densité apparaît également très positivement corrélée au *clustering* : plus la densité est élevée, plus on tend à voir apparaître des sous-réseaux denses. Le *clustering* est lui-même positivement et très fortement corrélé à la réciprocité. Enfin, il y a des corrélations positives entre les mesures d'homophilie : lorsqu'un type de service est homophile, les autres tendent à l'être également. Cette corrélation est particulièrement significative en ce qui concerne l'homophilie des équipes mobiles et l'homophilie des services sociaux. Autrement dit, plus les services sociaux tendent à avoir des contacts entre eux, plus les équipes mobiles tendent également à avoir des contacts entre elles.

Même si la plupart de ces corrélations sont évidentes d'un point de vue conceptuel, elles ont des conséquences importantes pour la structuration des réseaux. Ainsi, outre le fait qu'il soit difficile d'avoir en même temps un réseau avec des liens entre tous les membres du réseau et un haut niveau de centralisation, on voit apparaître le fait que ces mesures de densité et de centralité sont liées à la taille du réseau : plus un réseau est grand, plus il tend à être centralisé, et donc moins il tend à être dense. En outre, plus un réseau est grand, moins il est réciproque, et moins il y a de chances d'avoir des sous-régions denses. Enfin, plus un réseau est grand, et plus il y a une tendance à l'homophilie, particulièrement en ce qui concerne les équipes mobiles ; cette homophilie va elle-même de pair avec l'homophilie des services sociaux.

Table 14. Correlations between network structure variables, study of Belgian mental health networks, 2014 (n=19).

Network covariate	v2	v3	v4	v5	v6	v7	v8	v9	v10	v11	v12	v13	v14
v1 - Number of services	-.160	.59**	.76***	-.06	-.68**	0.41	0.64**	-.63**	-.17	0.60**	0.55*	-.52*	-.09
v2 - Dissimilarity index (%)	0.13	-.12	-.30	0.36	-.28	-.35	0.28	-.69**	0.35	0.22	0.38	-.31	
v3 - In-degree std (%)		0.65**	-.55*	-.19	0.11	0.10	-.05	0.26	0.70**	0.65**	-.03	-.05	
v4 - Degree centralisation (%)			-.09	-.72***	0.35	0.65**	-.59**	0.20	0.44	0.55*	-.55*	0.06	
v5 - Betweenness centralisation (%)				-.31	0.25	0.52*	-.37	0.06	-.47*	-.65**	-.41	0.30	
v6 - Density (%)					-.66**	-.90***	0.94***	-.10	-.03	-.25	0.86***	-.12	
v7 - Diameter (degree)						0.71***	-.67**	-.03	-.00	0.07	-.39	0.08	
v8 - Average distance (degree)							-.83***	0.12	0.04	0.05	-.69**	0.17	
v9 - Clustering (%)								0.07	0.08	-.14	0.86***	-.02	
v10 - Coleman index, primary care (-1,1)									0.06	-.06	-.14	0.44	
v11 - Coleman index, mobile teams (-1,1)										0.71***	0.13	-.13	
v12 - Coleman index, social services (-1,1)											-.10	-.33	
v13 - Reciprocity (%)													-.11
v14 - Multiplexity std													

Correlation significant at: *5%, **1%, ***1%

Figure 2a: Correlations between network structure variables – number of nodes, density, centralisation, reciprocity, clustering, distance, and multiplexity; study of Belgian mental health networks, 2014 (n=19)

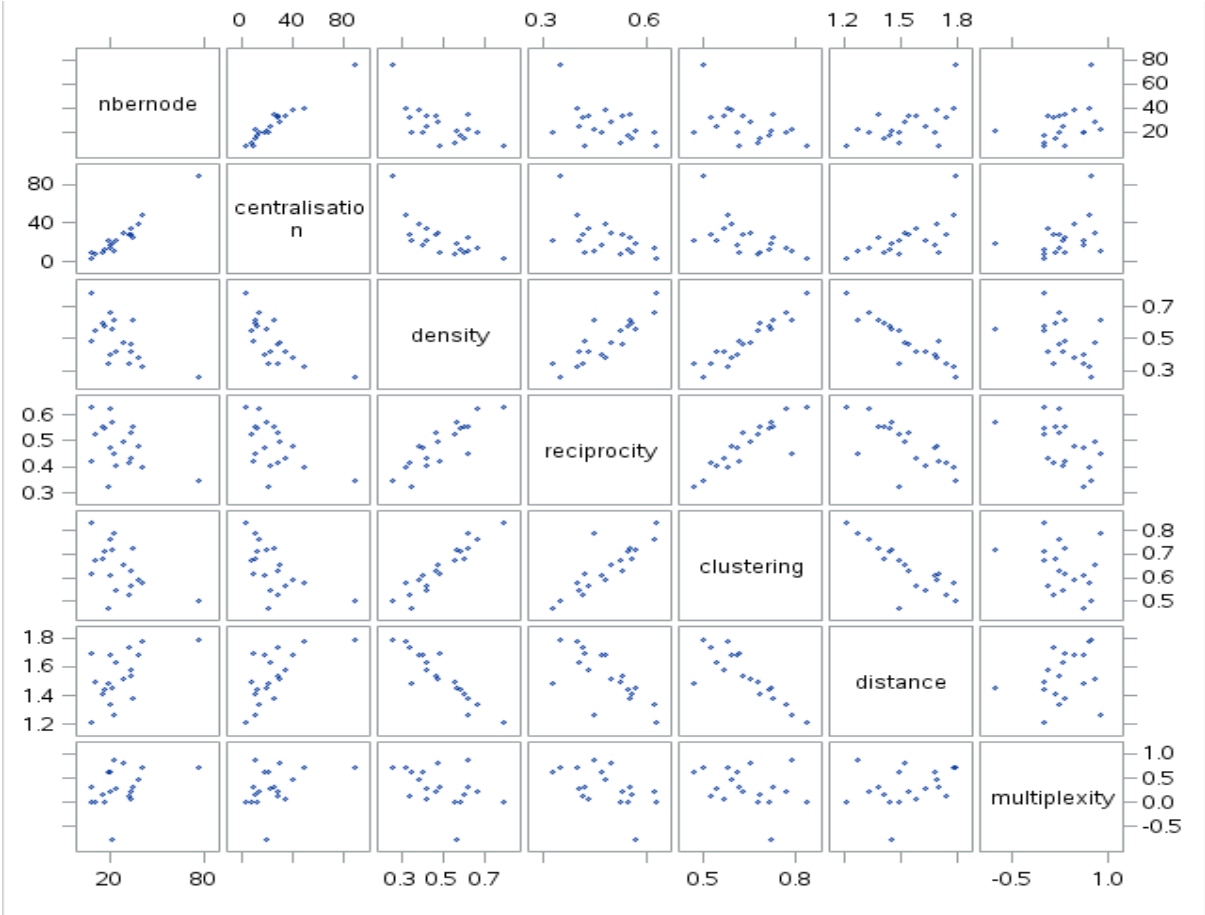
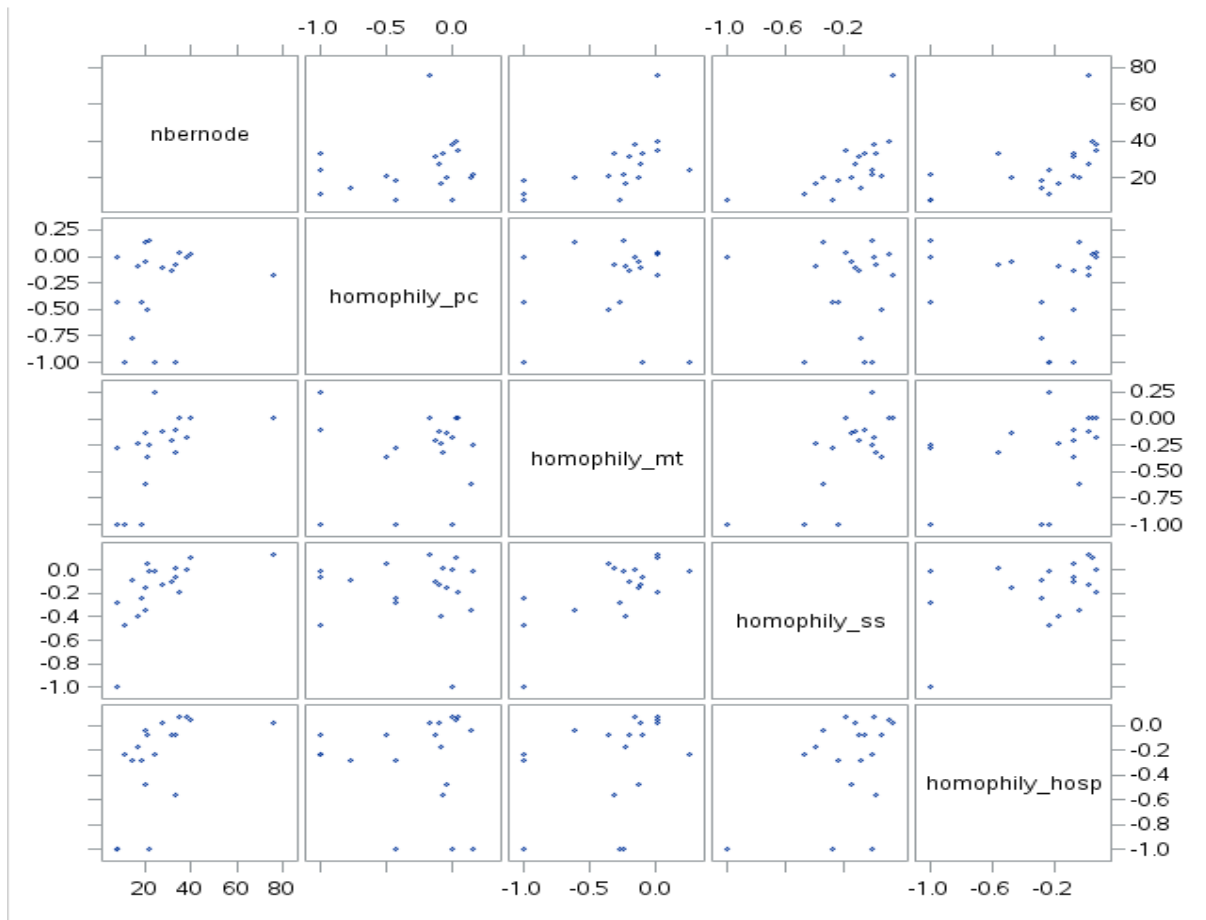


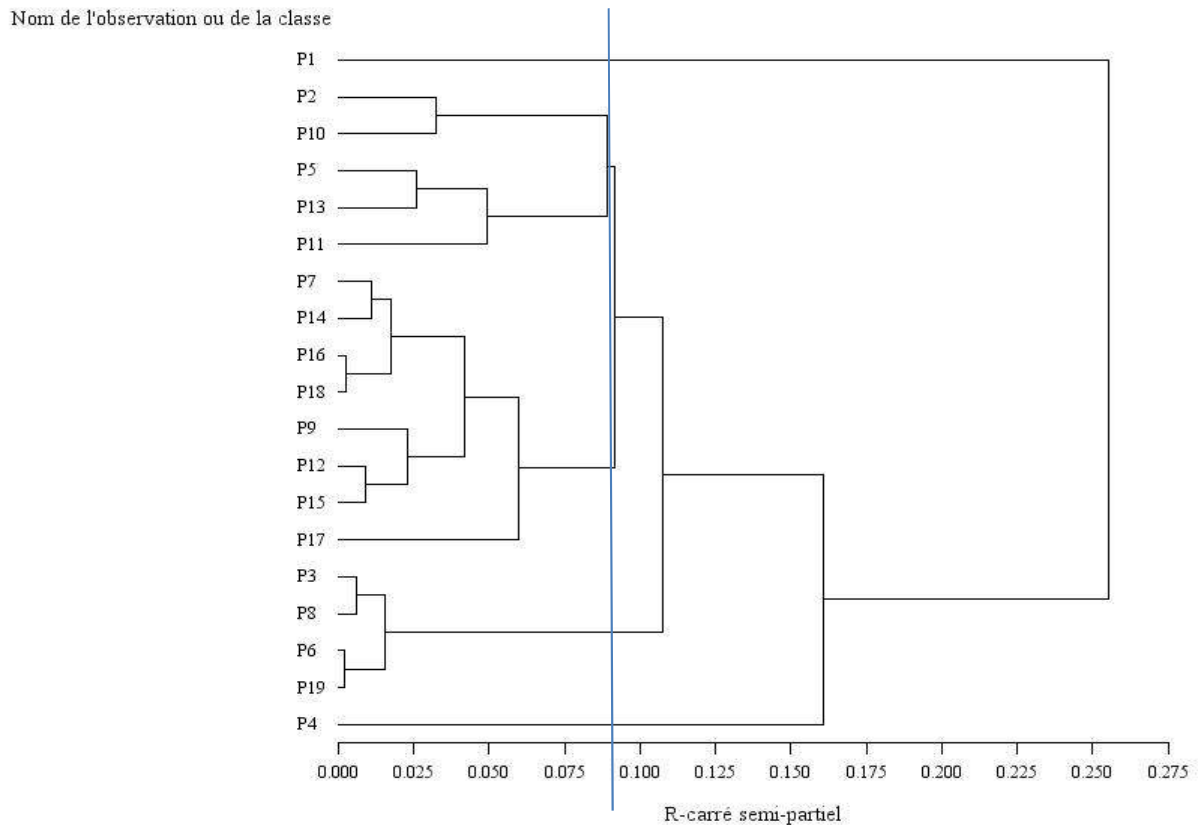
Figure 2b: Correlations between network structure variables – number of nodes and homophily, study of Belgian mental health networks, 2014 (n=19)



3.3.3 Analyse en cluster des réseaux

Sur base de ces variables structurelles, nous avons réalisé une analyse en cluster des 19 réseaux. L'analyse en cluster permet de dégager des groupes de réseaux dont l'homogénéité des caractéristiques structurelles est supérieure à la distance qui les séparent des autres groupes. La figure 3 montre ainsi le dendrogramme de regroupement des 19 réseaux, sur base des variables structurelles (standardisées) reprises ci-dessus. On y voit une solution optimale en 6 clusters (4 groupes et deux réseaux isolés), que l'on peut caractériser de la manière suivante (de haut en bas).

Figure 3: Dendrogram of network clusters according to structure variables, study of Belgian mental health networks, 2014 (n=19)



Le premier réseau (P1), est un grand réseau (plus de 100 services), ne contenant pas de services sociaux. Il possède un noyau (groupe de services hautement cités) qui tend à être homophile. Ainsi, la centralisation de ce groupe est élevée.

Le deuxième cluster regroupe deux réseaux assez grands (84 services en moyenne), qui ont toutefois une densité de liens élevée.

Le troisième cluster regroupe 3 réseaux de taille moyenne (49 services en moyenne), qui se caractérisent par une haute centralité de services hospitaliers, et qui possèdent un noyau qui tend à être homophile.

Le quatrième cluster regroupe 8 réseaux, c'est le cluster le plus important. Il se caractérise par des réseaux de taille moyenne (57 services en moyenne), une représentation équilibrée des différents types de service, une densité assez élevée, et une centralité modérée des services sociaux.

Le cinquième cluster regroupe 4 réseaux de petite taille (18 services en moyenne), dont la centralisation est faible.

Enfin, le dernier cluster est formé d'un réseau isolé, de petite taille (29 services), dont la spécificité est une haute centralité des équipes mobiles.

3.3.4 Corrélations entre variables structurelles, continuité des soins et intégration sociale des usagers

La table 15 montre les corrélations bi-variées et multivariées avec la mesure de la continuité des soins perçue par les usagers, obtenue lors de la partie d'enquête sur ces derniers. De manière globale, les variables structurelles ne sont pas associées à la mesure de la continuité des soins perçue : celle-ci ne semble donc pas être affectée par la structure du réseau. Tout au plus peut-on détecter un léger effet en ce qui concerne les mesures d'homophilie : la continuité des soins est légèrement supérieure quand l'homophilie augmente, en particulier pour ce qui concerne les équipes mobiles. La sous-échelle de l'Alberta qui mesure la continuité de soins relationnelle semble un peu plus affectée par la structure du réseau : notamment, la continuité relationnelle de soins tend à augmenter avec le nombre de services, avec la centralisation de degré, et avec les variables qui sont elles-mêmes corrélées à ces éléments ; et elle tend à diminuer avec la densité. Ici aussi, la continuité de soins tend à augmenter avec les mesures d'homophilie.

Ces résultats au niveau de la continuité de soins sont complexes à interpréter, notamment car il s'agit de mesures de continuité de soins perçue, qui est sans doute plus affectée par les relations entre services et prestataires au niveau local qu'au niveau de la structure globale. Ils mettent cependant en doute les hypothèses intuitives qui consisteraient à considérer que la continuité de soins serait forcément meilleure avec une augmentation de l'hétérophilie ou de la densité des liens.

Table 15. Effect of network structure variables on patients' subjective continuity of care (Alberta CSS), standardised beta coefficients from the multilevel regression, study of Belgian mental health networks, 2014 (n=954).

Network covariate	Continuity of care, total score (Alberta)		Continuity of care, relationship continuity sub-score (Alberta)					
	Bi-variate Beta§	p	Multi-variate beta§	p	Bi-variate Beta§	p	Multi-variate beta§	P
<i>Number of services</i>	0.06	0.12			0.17	<.01		
<i>Dissimilarity index (%)</i>	-0.04	0.27			-0.05	0.14		
<i>In-degree centralisation (%)</i>	0.04	0.24			0.16	<.01		
<i>Betweenness centralisation (%)</i>	0.01	0.76			-0.01	0.88		
<i>Clustering (%)</i>	0.03	0.39			0.00	0.90		
<i>Density (%)</i>	-0.02	0.66			-0.17	<.01	-0.16	0.03
<i>Diameter (degree)</i>	0.04	0.22			0.17	<.01		
<i>Distance (degree)</i>	0.02	0.54			0.16	<.01		

<i>Coleman index, primary care (-1,1)</i>	0.08	0.02			0.06	0.09		
<i>Coleman index, mobile teams</i>	0.08	0.02	0.08	0.017	0.09	0.01		
<i>Coleman index, social services</i>	0.08	0.02			0.14	<.01	0.06	0.07
<i>Coleman index, psychiatric wards</i>	0.01	0.792			0.12	0.01		
<i>Multiplexity (%)</i>	-0.06	0.095			0.01	0.816		
<i>Reciprocity (%)</i>	0.01	0.783			-0.10	<0.01		

*Controlled for age, sex, HoNOS score, and network-level random coefficient; § standardised coefficients

Table 16. Effect of network structure variables on patient social integration (SIX-score), Odds ratio from the multilevel poisson regression, study of Belgian mental health networks, 2014 (n=954).

Network covariate	Model 1*		Model 2*	
	Odds ratio	p	Odds ratio	p
<i>Number of services</i>	0.99	<.01	0.97	<0.01
<i>Social service (%)</i>	0.99	0.02	1.01	0.19
<i>Dissimilarity index (%)</i>	0.99	0.37	0.98	0.40
<i>Degree centralisation (%)</i>	0.98	<.01	1.02	0.07
<i>Betweenness centralisation (%)</i>	0.99	0.83		
<i>Density (%)</i>	1.02	<.01	0.94	<0.01
<i>Diameter (degree)</i>	0.66	<.01		
<i>Distance (degree)</i>	0.11	<.01		
<i>Coleman index, primary care (-1,1)</i>	1.66	<0.01	0.17	<.01
<i>Coleman index, mobile teams (-1,1)</i>	0.49	<.01	11.27	<.01
<i>Coleman index, social services (-1,1)</i>	0.35	<.01	0.29	0.04
<i>Multiplexity (%)</i>	1.01	0.17	0.96	0.08
<i>Reciprocity (%)</i>	1.02	<0.01	1.01	0.57

*Controlled for age, sex, HoNOS score, and network-level random coefficient

La table 16 montre pour sa part l'effet des variables structurelles sur la mesure de l'intégration sociale. La plupart des variables structurelles sont significativement associées à l'intégration sociale, bien que leurs effets soient légers : dans l'analyse bi-variée, l'intégration sociale est plus élevée avec un plus petit nombre de services, quand la centralisation diminue, donc quand la densité augmente, ou quand la réciprocité augmente. En revanche, les associations avec les mesures d'homophilie sont plus nettes : l'intégration sociale est meilleure lorsque l'homophilie des services de santé générale est plus grande, et lorsque l'homophilie des équipes mobiles et des services sociaux est plus faible.

3.4 Conclusions et discussion

Les résultats obtenus en matière de structuration des réseaux sont particulièrement instructifs. Premièrement, ils montrent, comme on pouvait s'y attendre, que les variables structurelles des réseaux sont corrélées entre elles. Ces corrélations sont conceptuellement logiques, mais elles ont des implications concrètes pour l'élaboration des réseaux de services de soins, leur capacité à atteindre les objectifs de la réforme, et leur évolution probable. Ainsi, comme les réseaux de services ont pour mission générale de répondre aux besoins multiples et complexes de l'ensemble de la population adulte connaissant des problématiques de santé mentale, on pourrait *a priori* supposer qu'il y a lieu de privilégier de grands réseaux, avec une offre de soins diversifiée, des services complémentaires en termes d'offre de soins, des relations hétérophiles entre services pour soutenir cette complémentarité, et une haute densité de liens pour multiplier les trajectoires de soins possibles.

Or, les corrélations qui se dégagent entre variables structurelles des réseaux indiquent que l'on ne peut viser une grande densité de liens dans de grands réseaux. Plus un réseau est grand, moins les liens tendent à être denses et réciproques et moins l'on a de chances d'y détecter des sous-réseaux denses. En outre, plus le réseau est grand, et plus il tend à être centralisé et homophile. Comme nous l'avons indiqué à plusieurs reprises, les réseaux plus denses sont mieux adaptés aux besoins de patients aux problématiques moins sévères, plus stables, et ayant une bonne capacité à naviguer dans le réseau, tandis que les réseaux plus centralisés sont mieux adaptés aux besoins de patients aux problématiques plus sévères, plus instables, et ayant moins de capacités à naviguer dans le réseau. En outre, si la continuité des soins semble peu affectée par la structure globale du réseau, l'hétérophilie des services sociaux et des équipes mobiles est associée à une plus grande intégration sociale.

Le groupe de réseaux le plus important qui se dégage de l'analyse en clusters tend à maintenir ses variables structurelles à un niveau moyen en termes de taille, de densité et de centralité, en particulier des services sociaux, et un équilibre entre les types de services. En revanche, on peut poser l'hypothèse que les réseaux de plus grande taille vont avoir tendance à se centraliser, donc à perdre en densité et en réciprocité, et à augmenter en homophilie. Ceux-ci pourraient à terme être plus favorables à la continuité des soins, mais moins à l'intégration sociale, surtout lorsque les services sociaux sont peu présents ou peu centraux. Les réseaux de plus petite taille, quant à eux, offrent une moins grande diversité de services.

L'ensemble de ces constatations doivent bien évidemment être appréhendées avec précaution. En particulier, les mesures d'analyse structurelle des réseaux ont été réalisées sur base de liens déclarés, par des services inclus récemment dans leurs réseaux. Un grand nombre de modalités

organisationnelles de ces réseaux étaient toujours en cours d'élaboration au moment où ces données ont été collectées. La participation à cette enquête a été variable. Pour cette partie de l'analyse, plus encore que pour les autres niveaux d'étude, la consolidation des analyses par leur réplication en 2015 et l'examen de l'évolution de la structure des réseaux dans une logique longitudinale s'avère essentielle. Mais on doit toutefois pointer cette indication importante : le développement des soins dans la communauté, la réhabilitation sociale, et la continuité des soins peuvent requérir des conditions différentes pour être réalisées. La tension principale se situe au niveau de la taille des réseaux, fortement liée à la diversité des types de service, et notamment à la place des services sociaux. Si l'on inclut dans un réseau une vaste palette de partenaires, ce qui serait favorable au développement des soins communautaires et à l'individualisation des soins, on risque en même temps de perdre en densité et en hétérophilie, ce qui serait défavorable à la réinsertion sociale et à la continuité des soins, surtout pour les patients les plus sévères.

Enfin, ces variations autour de la structuration des réseaux ont aussi des implications en matière de gouvernance et d'usage des services par les patients. Ainsi, dans des analyses futures, l'analyse des variables structurelles des réseaux devrait être complétée par l'examen des scores de collaboration, ou par l'examen de l'usage de services déclaré par les usagers.

Références

- Adair, C. E., McDougall, G. M., Beckie, A., Joyce, A., Mitton, C., Wild, C. T., Gordon, A. & Costigan, N. 2003. History and measurement of continuity of care in mental health services and evidence of its role in outcomes. *Psychiatric Services*, 54(10), 1351-1356.
- Adair, C. E., McDougall, G. M., Mitton, C. R., Joyce, A. S., Wild, T. C., Gordon, A., Costigan, N., Kowalsky, L., Pasmenny, G. & Beckie, A. 2005. Continuity of care and health outcomes among persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 56(9), 1061-1069.
- Bazzoli, G. J., Shortell, S. M., Dubbs, N., Chan, C., & Kralovec, P. 1999. A taxonomy of health networks and systems: Bringing order out of chaos. *Health Services Research*, 33(6), 1683-1717.
- Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins. 2010. *Conférence Interministérielle "Santé Publique"*. <http://www.psy107.be/site/site.asp?id=16&lv=2>
- Joyce, A. S., Adair, C. E., Wild, T. C., McDougall, G. M., Gordon, A., Costigan, N. & Pasmenny, G. 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.
- Leutz, W. N. 1999. Five laws for integrating medical and social services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly*, 77(1), 77-110.
- Mascia, D., Angeli, F. & Di Vincenzo, F. 2015. Effect of hospital referral networks on patient readmissions. *Social Science & Medicine*, 132, 113-121.
- Mitchell, S. M., & Shortell, S. M. 2000. The Governance and Management of Effective Community Health Partnerships: A Typology for Research, Policy, and Practice. *Milbank Quarterly*, 78(2), 241-289.

- Morrissey, J. P., Calloway, M., Bartko, W. T., Ridgely, M. S., Goldman, H. H., & Paulson, R. I. 1994. Local mental health authorities and service system change: evidence from the Robert Wood Johnson program on chronic mental illness. *Milbank Quarterly*, 72(1), 49-80.
- Nicaise, P., Dubois, V., & Lorant, V. 2014. Mental health care delivery system reform in Belgium: the challenge of achieving deinstitutionalisation whilst addressing fragmentation of care at the same time. *Health Policy*, 115(2-3), 120-127.
- Priebe, S., Watzke, S., Hansson, L. & Burns, T. 2008. Objective social outcomes index (SIX): A method to summarise objective indicators of social outcomes in mental health care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(1), 57-63.
- Provan, K. G., & Milward, H. B. 1995. A Preliminary Theory of Interorganizational Network Effectiveness: A Comparative Study of Four Community Mental Health Systems. *Administrative Science Quarterly*, 40(1), 1-33.
- Provan, K. G., & Milward, H. B. 2001. Do networks really work? A framework for evaluating public-sector organizational networks. *Public Administration Review*, 61(4), 414-423.
- Provan, K. G. & Sebastian, J. G. 1998. Networks within Networks: Service Link Overlap, Organizational Cliques, and Network Effectiveness. *The Academy of Management Journal*, 41(4), 453-463.
- Shortell, S. M., Zukoski, A. P., Alexander, J. A., Bazzoli, G. J., Conrad, D. A., Hasnain-Wynia, R., Sofaer, S., Chan, B. Y., Casey, E., Margolin, F. S. 2002. Evaluating partnerships for community health improvement: Tracking the footprints. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 27(1), 49-91.
- Turrini, A., Cristofoli, D., Frosini, F., & Nasi, G. 2010. Networking literature about determinants of network effectiveness. *Public Administration*, 88(2), 528-550.

IV. Suivi longitudinal minimal (données 2015)

1 Introduction

En vue de mesurer les effets de la réforme *Vers de meilleurs soins en santé mentale*, une étude longitudinale s'avère nécessaire. En effet, la création des réseaux et les pratiques qui en découlent sont des processus qui mettent du temps à être effectifs et à produire d'éventuels effets. C'est pourquoi il a été prévu de répliquer, en 2015, les collectes de données auprès des services et des usagers qui ont été réalisées en 2014. L'enquête auprès des services de 2015 s'est déroulée du premier au 22 septembre. L'enquête auprès des usagers s'est poursuivie jusqu'au 20 novembre. C'est pourquoi, au moment de rédiger ce rapport, nous ne disposons pas encore des analyses concernant les données à propos des usagers. Tout au plus pouvons-nous signaler à ce stade que 740 questionnaires usagers nous ont été retournés, soit un taux de participation de 49%. Pour rappel, en 2014, 1199 usagers avaient participé à l'enquête de 71%. Il faut toutefois tenir compte que l'échantillon 2014 contenait les usagers du groupe de contrôle, alors que l'enquête 2015 auprès des services des groupes de contrôle est toujours en cours.

En revanche, nous présentons ci-dessous une analyse descriptive des premiers résultats obtenus lors de l'enquête réalisée auprès des services.

2 Résultats descriptifs de l'enquête auprès des services en 2015

2.1 Description de l'échantillon

La table 17 présente le nombre de services inclus dans les 19 réseaux, et leur répartition par région, par fonction, et par type de service. Elle présente également les taux de participation des services à l'enquête. Les données correspondantes pour 2014 sont également reprises (les services des groupes contrôle ont été exclus de ce tableau).

Une première lecture du tableau nous révèle plusieurs informations sur l'échantillon et son évolution entre 2014 et 2015 :

Table 17. Nombre de services et taux de participation à l'enquête services par projet, région, fonction de soins et type de service, Belgique, 2014 (N= 994 services) et 2015 (N=1267)

VARIABLE	2014			2015		
	N = 994	n = 523	Participation (%)	N= 1267	n = 443	Participation (%)
PROJET						
A	103	26	25	104	8	8
B	118	81	69	186	73	39
C	21	18	86	21	13	62
D	29	8	28	39	5	13
E	36	20	56	106	11	10
F	11	8	73	21	18	86
G	36	15	42	51	13	25
H	34	28	82	36	21	58
I	41	21	51	56	26	46
J	55	36	65	111	51	46
K	34	20	59	34	13	38
L	62	40	65	54	16	30
M	78	33	42	81	23	28
N	67	34	50	73	26	36
O	78	40	51	98	25	26
P	30	20	67	31	22	71
Q	103	33	32	52	23	44
R	41	29	71	65	28	43
S	17	13	76	48	28	58
REGION						
<i>Flandre</i>	349	216	62	513	238	46
<i>Wallonie</i>	506	261	52	544	186	34
<i>Bruxelles</i>	139	46	33	210	19	9
FONCTION				*		
<i>F1</i>	245	128	52	327	102	31
<i>F2</i>	87	68	78	108	63	58
<i>F3</i>	367	154	42	492	134	27
<i>F4</i>	140	79	56	150	59	39
<i>F5</i>	115	78	68	135	77	57
<i>Autre</i>	40	16	40	52	8	15
TYPE DE SERVICES				*		
<i>Santé générale</i>	129	53	41	180	43	24
<i>Santé mentale ambulatoire</i>	116	75	65	147	59	40
<i>Equipe mobile</i>	87	68	78	108	63	58
<i>Service psy.-socio-thérap.</i>	120	61	50	167	48	29
<i>Service social</i>	247	93	38	325	86	26
<i>Hôpital psychiatrique</i>	78	51	65	85	36	42
<i>Service psychiatrique HG</i>	62	28	45	65	23	35
<i>Habitations protégées</i>	82	58	71	91	54	59
<i>Maison Soins Psychiatriques</i>	33	20	61	44	23	52
<i>Self-help</i>	21	8	38	23	4	17
<i>Administration-gestion</i>	18	7	39	26	3	12
<i>Autre</i>	1	1	100	3	1	33
TOTAL	994	523	53	1267	443	35

-Le nombre de services inclus dans les réseaux de la réforme a augmenté entre 2014 et 2015 : En 2015, 1267 services ont été identifiés en collaboration avec les coordinateurs des réseaux, contre 994 en 2014, soit une augmentation de 27%. Cependant, cette augmentation globale ne s'applique pas à tous les réseaux : si 13 réseaux ont inclus plus de services qu'en 2014 (certains de manière très importante), 4 réseaux sont restés à peu près identiques, et 2 réseaux ont déclaré moins de services partenaires. Cette tendance à la croissance est observée dans les trois régions, même si son ampleur est plus importante en Flandre. Il faut rappeler que, globalement, les réseaux en Flandre étaient plus petits que les réseaux en Wallonie et à Bruxelles. On observe également que cette augmentation du nombre de services concerne toutes les fonctions de soins. Les services de la fonction 3, qui étaient déjà les plus nombreux en 2014, connaissent la croissance la plus importante, avec les services de la fonction 1. Si l'on tient compte des types de service, ces augmentations concernent de manière équivalente les services ambulatoires de santé mentale, les services de santé générale, les services psycho-socio-thérapeutiques et les services sociaux. Ces derniers sont les plus nombreux.

-En revanche, **le taux de participation moyen à l'enquête est en diminution.** En 2014, 523 services sur 994 avaient participé à l'enquête, soit 53%. En 2015, 443 services sur 1267 ont participé à l'enquête, soit 35%. On note que le nombre absolu de services ayant participé en 2015 est inférieur à celui de 2014, malgré l'augmentation du nombre total de services. Ce taux de participation varie fortement selon les réseaux : de 8 à 86 %. Globalement, les taux de participation des deux enquêtes sont corrélés. Seuls 3 réseaux ont un taux de participation supérieur en 2015 comparé à 2014. Les taux de participation tendent également à être inversement proportionnels à la taille du réseau. Comme en 2014, le taux de participation a été proche de la moyenne en Wallonie, supérieur à la moyenne en Flandre, et nettement inférieur à la moyenne à Bruxelles. Si l'on considère les fonctions et types de service, le taux de participation a été le plus élevé auprès des équipes mobiles et des services de la fonction 5, comme en 2014. Les services ayant le moins participé à l'enquête sont les services de la fonction 3, en particulier les services sociaux. Ici aussi, ces taux de participation sont inversement proportionnels au nombre de services dans ces catégories.

La diminution globale du taux de participation est peut-être liée à la période de collecte de données qui a été plus courte, ou peut-être est-elle liée à un moindre intérêt pour une enquête répétée. En tout état de cause, ces différences en termes de nombre de services par réseau, et en termes de taux de participation plus faible, doivent être prises en compte et pousser à la prudence dans l'interprétation comparative des résultats présentés ici.

2.2 Composition des réseaux

La table 18 présente la proportion de chaque fonction de soins dans la composition des réseaux. Comme en 2014, l'attribution des services aux différentes fonctions est basée sur une hétéro-attribution théorique, dont nous avons toutefois pu montrer qu'elle est consistante avec la fonction auto-attribuée la plus fréquente (Cf. Infra).

Table 18. Composition des réseaux selon la fonction (ensemble des services), et fonction la plus représentée dans chaque réseau, Belgique, 2015, (N=19 projets).

PROJET	Fonction1 (%)	Fonction2 (%)	Fonction3 (%)	Fonction4 (%)	Fonction5 (%)	Autre (%)
A	19	9	25	33	13	1
B	33	6	44	6	7	4
C	29	10	10	33	19	0
D	26	8	28	15	13	10
E	46	7	33	2	10	2
F	33	14	38	5	10	0
G	29	20	20	12	16	4
H	28	17	33	3	17	3
I	18	4	52	14	11	2
J	23	5	37	17	14	5
K	21	6	35	26	9	3
L	26	11	50	4	6	4
M	15	15	51	12	6	1
N	27	8	52	7	3	3
O	18	5	51	8	6	11
P	42	6	16	13	19	3
Q	19	13	37	10	8	13
R	23	8	31	12	26	0
S	11	9	53	9	11	7

Légende : La couleur indique la fonction la plus importante numériquement (>30%).

Fonction 1 prédomine
Fonction 3 prédomine
Fonction 4 prédomine
Fonctions 1 et 3 prédominent
Partage

Les réseaux où les services de la fonction 3 prédominent sont majoritaires (11/19). Nous avons vu que ces services, notamment les services sociaux, sont numériquement les plus importants. On peut y ajouter 4 réseaux où la fonction 3 est numériquement prédominante en partage avec les services de la fonction 1. Dans 1 réseau, les services de la fonction 1 prédominent seuls, et dans 2 réseaux, ce sont les services de la fonction 4 qui prédominent. Enfin, un réseau présente un profil équilibré du nombre de services dans les 5 fonctions. Les fonctions 2 et 5 ne prédominent dans aucun réseau. On rappelle bien entendu que ces prépondérances numériques n'ont pas de signification sur le plan clinique : les services peuvent être de taille très variée, et leur présence n'est pas liée à un volume d'activité ou à une implication dans les activités du réseau, comme le rappelle le taux de participation relativement faible des services de la fonction 3 (nombreux) à l'enquête, versus le taux de participation relativement élevé des services de fonction 2 (moins nombreux) à l'enquête.

Table 19. Appartenance déclarée (auto-identification des services) à une ou plusieurs fonctions selon le type de service (coordinateurs, fichier Excel), Belgique, 2015, (N= 994 services).

TYPE DE SERVICES	Actif dans la fonction 1	Actif dans la fonction 2	Actif dans la fonction 3	Actif dans la fonction 4	Actif dans la fonction 5
	moyenne(%)	moyenne(%)	moyenne(%)	moyenne(%)	moyenne(%)
<i>Santé générale</i>	77	10	29	6	6
<i>Santé mentale ambulatoire</i>	86	54	31	5	2
<i>Equipe mobile</i>	22	92	14	0	2
<i>Service psy.-socio-thérap.</i>	21	13	73	15	6
<i>Service social</i>	24	12	44	3	12
<i>Hôpital psychiatrique</i>	31	22	31	83	22
<i>Service psychiatrique HG</i>	48	17	13	87	4
<i>Habitations protégées</i>	13	9	63	0	81
<i>Maison Soins Psychiatriques</i>	9	0	17	13	91
<i>Self-help</i>	75	25	25	25	0
<i>Administration-gestion</i>	0	0	0	0	0
<i>Autre</i>	100	100	100	0	100
<i>Tous services</i>	38	29	38	16	21
FONCTION					
<i>Fonction 1</i>	82	35	30	6	4
<i>Fonction 2</i>	22	92	14	0	2
<i>Fonction 3</i>	23	12	54	7	10
<i>Fonction 4</i>	37	20	24	85	15
<i>Fonction 5</i>	12	6	49	4	84
<i>Autre</i>	50	25	25	13	13
<i>Toutes fonctions</i>	38	29	38	16	21

La table 19 montre d'auto-attribution des services aux différentes fonctions. Pour rappel, les services pouvaient se déclarer actifs dans plusieurs fonctions. On peut ainsi corroborer la très bonne correspondance entre l'auto-attribution principale aux fonctions (scores en gras) et l'hétero-attribution théorique qui a été utilisée pour la classification présentée dans la table 18. En outre, on peut voir, comme en 2014, qu'une majorité de services ambulatoires de santé mentale se déclarent actifs, en deuxième choix, dans la fonction 2 ; que près de la moitié des hôpitaux psychiatriques se déclarent actifs, en deuxième choix, dans la fonction 1 (et de manière générale actifs dans l'ensemble des fonctions), et qu'une majorité d'habitations protégées se déclarent actives, en deuxième choix, dans la fonction 3.

2.3 Mise en œuvre des outils de la réforme

Pour rappel, le programme de réforme suggère la mise en œuvre d'un ensemble d'outils tels que le référent de soins ou le plan de soins individualisé. En outre, certains outils sont suggérés dans les modèles de bonne pratique de services visant la désinstitutionnalisation (Cf. chapitre précédent). La table 20 présente les taux de mise en œuvre de ces outils et bonnes pratiques.

Table 20. Score de mise en œuvre des outils de la réforme (/3) et pourcentages moyens. Belgique, 2014* et 2015

VARIABLES	2014		2015	
	Moyenne ou pourcentage (n= 523)	Ecart-type	Moyenne ou pourcentage (n= 443)	Ecart-type
Score de la mise en œuvre des outils de la réforme (/3)	1.85	0.7	1.88	0.7
Le responsable a une activité clinique avec les usagers (%)	47	0.5	48	0.5
Désigner un référent de soins (%)	53	0.5	55	0.5
Utiliser un plan de soins individualisé (%)	56	0.5	60	0.5
Attribuer nommément à chaque usager un ou plusieurs membres du personnel (%)	66	0.5	69	0.5
Discuter régulièrement en équipe de la situation des usagers (%)	79	0.4	83	0.4

* Attention pour rappel, les données descriptives 2014 ne contiennent pas le groupe de contrôle. On tiendra compte des différences d'échantillon entre les deux années.

On constate aisément une légère augmentation des proportions de mise en œuvre de ces outils, qui restent toutefois extrêmement stables en comparaison avec les scores de 2014.

2.4 Discussion

L'examen des premiers résultats de l'enquête sur les services réalisée en 2015 montre tout d'abord une double tendance. D'une part, le nombre de services inclus dans les réseaux a augmenté. Les proportions de types de services dans la composition des réseaux, et donc la répartition des services selon les fonctions de soins, reste globalement inchangée. On compte entre autres un nombre important de services sociaux et plus largement de services actifs dans la fonction de réhabilitation sociale (fonction 3). D'autre part cependant, la participation à l'enquête 2015 a été plus faible qu'en 2014, et ce sont particulièrement ces mêmes types de service qui ont moins participé. Dans une certaine mesure, la constatation vaut aussi pour les services actifs dans la fonction 1, en particulier les services de santé générale.

Malgré cette diminution du taux de participation, on constate que les premiers résultats confirment globalement les résultats de 2014. Ainsi, malgré des variations en nombre de services inclus au sein des réseaux, qui se traduisent par une croissance globale, la proportion en

termes de types de service reste globalement stable. On observe, tout comme en 2014, une grande variété de réseaux en termes de taille (de 21 à 186 services, en 2015) et de composition. A titre d'exemple, les services de la fonction 1 représentent en moyenne 25% des services dans les réseaux, mais cette proportion varie entre 11 et 46%. Par ailleurs, la mise en œuvre des outils de la réforme est en légère augmentation en comparaison avec 2014.

V. Conclusions et recommandations

Ce rapport clôture la partie de recherche-évaluation de la réforme *Vers de meilleurs soins en santé mentale* en 2015 menée par l'équipe de l'UCL. Il ne clôture cependant pas le processus d'évaluation, dans la mesure où les résultats de recherche présentés ici doivent être replacés dans le contexte de la demande de recherche-évaluation et dans le contexte du cycle de vie de l'évaluation. En effet, les résultats obtenus concernent des processus qui sont toujours en cours, tant du côté de la mise en œuvre de la réforme que du côté des analyses à réaliser. Ainsi, on stipulera en tout premier lieu qu'aucun des résultats obtenus jusqu'à présent ne permet de donner une indication sur les effets de la réforme. Comme cela a été précisé dès l'introduction, mesurer des effets de la réforme implique de pouvoir comparer des résultats, soit dans le cadre d'une étude longitudinale, soit entre ce qui concerne les usagers/services/réseaux impliqués dans cette réforme, et ce qui concerne ceux qui ne le sont pas. Or, les résultats présentés jusqu'à présent sont des résultats qui concernent soit de manière transversale des données de 2014, soit des résultats descriptifs des données obtenues en 2015, mais dont l'analyse comparée sur les différents niveaux qui permettrait une évaluation des effets est encore à mener.

Compte tenu de ce cadre, nous discuterons ici les principaux résultats obtenus jusqu'à présent, et nous formulerons sur cette base quelques recommandations intermédiaires ainsi que, conformément à la convention, des propositions pour la poursuite du programme de recherche en 2016.

Comme cela a été rappelé dès l'introduction, l'évaluation de la réforme *Vers de meilleurs soins en santé mentale* est complexe car elle porte sur une réforme ambitieuse qui concerne plusieurs niveaux d'action (les usagers, les familles et proches des usagers, les professionnels, les services, les réseaux, voire le système de soins de santé mentale dans son ensemble) et plusieurs objectifs parallèles (le soutien aux soins dans la communauté, la réhabilitation sociale des usagers, l'intégration et la continuité des soins). En outre, cette évaluation se déroule dans le cadre d'un processus évolutif : la demande de recherche vise à la fois à décrire le processus de mise en œuvre de la réforme et ses résultats. Enfin, ce processus de réforme s'appuie sur une logique *bottom-up* : une large autonomie est laissée aux promoteurs des projets locaux de réseau, tant en ce qui concerne les modalités organisationnelles de ces réseaux qu'en ce qui concerne la participation des acteurs concernés au processus d'évaluation. Notons ainsi qu'au cours de l'année 2015, des feedback personnalisés des résultats ont été envoyés et présentés aux différents projets afin de soutenir leur propre développement local. Ce soutien personnalisé aux réseaux a fait intrinsèquement partie du travail d'évaluation, dans la mesure où il a conditionné la poursuite de la participation de ces acteurs aux collectes de données de 2015. Il a donc été nécessaire, aussi pour le processus de participation à la recherche, d'exploiter les données collectées en 2014, avant d'envisager la collecte d'une deuxième vague de données sur la mise en œuvre du programme de réforme, dans la perspective d'une étude longitudinale. Ainsi,

l'analyse des effets de la réforme est désormais possible. Mais ce volet d'analyse est, pour la plus grande part, encore à mener.

Les tâches qui étaient spécifiquement dévolues à l'équipe de recherche de l'UCL concernaient principalement l'usage des services, des réseaux, et la réintégration sociale des usagers. Cet objectif de réintégration sociale est une préoccupation majeure de la réforme, dans la mesure où elle est une condition importante du développement des soins dans la communauté, un facteur de réduction du recours aux soins aigus et donc de la durée des séjours hospitaliers, et un facteur important de la qualité de vie des usagers et de leur entourage. Elle soutient donc les grands objectifs de la réforme. Comme nous l'avons vu dès les premiers résultats présentés en 2014, l'objectif de réhabilitation sociale est reconnu comme une priorité de la réforme pour la grande majorité des services. Pourtant, le niveau global d'intégration sociale des usagers sélectionnés pour l'étude est très faible, notamment en termes d'isolement social et de faible accès à l'emploi.

Dès lors, le rôle et la place des services actifs au sein de la fonction 3, en particulier des services sociaux, apparaît comme un enjeu-clé de la réforme. Nos travaux indiquent que les usagers les plus vulnérables ont peu accès aux services sociaux, à l'exception des services à caractère administratif. Une amélioration de l'accès aux services sociaux pour les usagers des réseaux apparaît comme un facteur qui pourrait jouer un rôle favorable à leur intégration sociale. Il semble en outre que ce soit moins le nombre de services sociaux que leur place dans les réseaux qui soit déterminant quant à leur accessibilité. De fait, on observe par ailleurs que les services sociaux, et plus largement les services actifs dans la fonction 3, sont les services numériquement les plus importants au sein des réseaux. Pourtant, ils ont moins participé au processus d'évaluation, et n'apparaissent pas, en général, comme des services centraux dans les réseaux de la réforme. Il est hautement probable que l'intégration des services sociaux au processus de développement des réseaux soit l'étape suivante à soutenir dans le processus de réforme. On sait en effet que le développement des équipes mobiles, ainsi que la mise en place de mécanismes généraux de gouvernance, ont mobilisé beaucoup d'énergie jusqu'à présent, reléguant peut-être le développement de l'objectif de réhabilitation et de la place des services de la fonction 3 au second plan. **On peut donc recommander que l'objectif de réhabilitation et la place de la fonction 3 soient maintenant mis en priorité à l'agenda.**

D'autant qu'une autre partie de nos résultats indique que les outils qui étaient suggérés par le programme de réforme sont largement mis en œuvre. En particulier, on peut observer que les équipes mobiles de crise et les équipes mobiles assertives (EM2a et EM2b) ont mis en place des pratiques qui correspondent globalement à ce que l'on pouvait en attendre sur base de leurs modèles de référence. Toutefois, cette fidélité aux modèles reste relative : les éléments à propos desquels les équipes mobiles s'en éloignent concernent principalement les critères d'accessibilité horaire, qui sont flexibles mais encore assez restrictifs, la présence non-garantie des psychiatres dans les équipes qui se déplacent à domicile, et peut-être l'inclusion de nouveaux usagers pour les équipes mobiles assertives. En effet, à ce niveau, les équipes assertives sont censées maintenir un *caseload* assez bas pour être effectives. Le niveau d'inclusion de nouveaux usagers en 2014 dans ces équipes était fort élevé. Il faut espérer que celui-ci soit lié à la jeunesse de ces équipes et qu'il diminue au cours du temps, au risque de voir ces équipes perdre en efficacité par un *caseload* trop élevé. On constate en outre une grande hétérogénéité des pratiques des équipes EM2a et EM2b. Des standards plus clairs et des

échanges en vue d'homogénéiser les pratiques sont donc sans doute à recommander. Par exemple, même si une majorité de services déclare mettre en pratique les référents de soins ou les plans de soins individualisés, nous pensons qu'il s'agit de pratiques encore diverses. Il pourrait être particulièrement opportun de **mettre en place une évaluation approfondie de la fidélité des équipes mobiles aux modèles standard (de type "Assertive Community Treatment" ou "Crisis Resolution/Home Treatment"), en ce compris l'évaluation de la mise en œuvre des outils de la réforme, tels que référents de soins et plans de traitement.**

Au niveau de la structuration des réseaux, nos travaux confirment d'une part la grande hétérogénéité des réseaux mis en place, et d'autre part les corrélations existant entre les différents paramètres structurels de ceux-ci. La littérature scientifique suggère que les différents types de réseaux sont mieux adaptés à certains profils de patients qu'à d'autres, et mieux adaptés à certains objectifs qu'à d'autres. L'examen des réseaux tels que constitués en 2014 tend à confirmer ces tendances, en particulier en ce qui concerne l'intégration sociale. Celle-ci serait favorisée par une plus grande centralité, notamment des services sociaux (Cf. Supra). Toutefois, la centralité se manifeste dans des réseaux de plus grande taille, où la densité des liens est plus faible et l'homophilie plus élevée. Ainsi, si ces réseaux sont davantage favorables à l'intégration sociale, ils pourraient en même temps être moins favorables à l'individualisation des soins et à la complémentarité de l'activité des services. En 2014, le groupe majoritaire de réseau présentait des valeurs moyennes en termes de taille, de densité et de centralité. Mais les réseaux étudiés en 2014 vont évoluer. La littérature scientifique prédit que les réseaux tendent à croître avec le temps. Les données collectées sur les services en 2015 montrent effectivement une augmentation du nombre de services inclus dans les réseaux pour tous les types de service. La composition des réseaux reste stable, et on continue donc d'observer une grande hétérogénéité de types de services. Les services sociaux et les services de la fonction 3 sont en général numériquement les plus nombreux, mais leur centralité est plus faible.

La mise au point d'une structure optimale de réseau est un challenge, et il est sans doute prématuré de faire des recommandations à ce niveau. Il faudrait notamment approfondir ces analyses grâce aux données de 2015, et mettre encore en relation les variables de structuration des réseaux avec les données qui concernent l'évaluation de la collaboration, sur le plan de la gouvernance, et avec l'usage de services, sur les plans de la continuité des soins et de l'intégration sociale. Toutefois, nos résultats suggèrent que la centralisation va de pair avec la taille des réseaux, qui tendent à croître. La centralisation peut être favorable à l'intégration sociale des usagers. Mais elle soulève d'importantes questions en matière de gestion de ces réseaux. La distinction entre le réseau d'équipements de soins et les circuits de soins (présente dans le programme de réforme) n'a, par exemple, pas encore été pleinement prise en compte. Le premier a une vocation d'allocation des ressources (matérielles, humaines, voire financières) sur un territoire donné, tandis que le deuxième vise la coordination inter-organisationnelle à propos de groupes-cibles de patients aux besoins spécifiques. Cette distinction devrait progressivement s'inscrire dans la gestion des réseaux. Il s'agit de deux niveaux d'action différents, qui peuvent requérir des structures de coordination différentes. Cela peut aussi avoir des répercussions importantes sur l'allocation des ressources, voire sur les rapports entre les diverses autorités politiques compétentes. Ces considérations vont bien au-delà du domaine sur lequel notre recherche porte, mais nous ne pouvons qu'attirer l'attention des acteurs concernés sur le fait que le développement des réseaux, sur le plan de l'efficacité clinique, impliquera sans doute des évolutions sur ces plans de la gouvernance et de l'allocation des ressources. En particulier, il

pourrait être nécessaire **d'envisager la personnalité juridique des réseaux conjointement à une forme d'autonomie de ceux-ci dans l'allocation des ressources (matérielles, humaines, voire financières).**

Enfin, nous devons souligner que ce rapport clôture la dernière année de la convention de recherche qui nous lie aux commanditaires de la réforme. Pourtant, le processus de recherche devrait se poursuivre afin de répondre aux questions de recherche qui nous ont été adressées. Cette convention nous demandait de fournir des recommandations concernant la recherche évaluative elle-même. Deux suggestions sont à faire à cet égard, quant à l'efficacité et l'efficience de la réforme. Comme nous l'avons dit, l'efficacité de la réforme requiert une analyse comparative approfondie, sur un certain nombre de corrélations à établir entre les réseaux et leur usage, sur le plan longitudinal (données de 2014 et de 2015), et sur le plan de la comparaison aux groupes de contrôle établis, dont la collecte de données est encore en cours pour certains. Tant que ces analyses comparatives ne sont pas réalisées, il est impossible de répondre à la question de l'efficacité de la réforme.

En ce qui concerne l'efficience de la réforme, qui se traduit notamment dans les objectifs de désinstitutionnalisation et d'intensification des séjours hospitaliers, il est nécessaire d'attendre que le processus de réforme se soit stabilisé. Il faudrait ensuite mettre en place un autre dispositif de recherche s'appuyant sur une évaluation plus spécifique du recours aux structures hospitalières psychiatriques, par exemple sur une évaluation des admissions et durées de séjour via les données de routine telles que celles du RPM (dont la disponibilité se fait avec plusieurs années de retard). L'analyse de l'efficience de la réforme est restée en dehors du mandat des équipes universitaires, mais devra sans doute être prise en compte à l'avenir.

Onderzoeksequipe VUB-OPIH

Auteurs : Mark Leys, Belinda Wijckmans, Stephanie Van der Donck

3 Algemene inleiding

3.1 Achtergrond

De doelstelling van het programma ‘Naar een betere geestelijke gezondheidszorg (GGZ) door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken’ is een hervorming van het zorgaanbod naar meer ge-deïstitutionaliseerde zorg die is afgestemd op de noden en behoeften van (jong)volwassenen van 16 tot en met 65 jaar met (het risico op) mentale kwetsbaarheid. Zorgcontinuïteit en een betere re-integratie van deze personen in de maatschappij staan hierbij centraal. Interorganisatorische netwerken moeten instaan om deze zorg te realiseren binnen afgebakende werkingsgebieden. Middelen worden vrijgemaakt via artikel 107 en doelstellingen sluiten aan bij artikel 11 van de wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen (Wijckmans, Van der Donck, & Leys, 2014). Het hervormingsmodel is geënt op een theoretisch “functioneel model” met vijf kernfuncties die door het netwerk moeten worden ingevuld: (IMC Volksgezondheid, 2010)

- Kernfunctie 1: activiteiten voor preventie en promotie, 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 opname noodzakelijk is
- Kernfunctie 5: specifieke woonvormen waarin zorg aangeboden kan worden indien het thuis- of thuisvervangend milieu hiertoe niet in staat is

In 2015 zijn 19 netwerken actief: 2 Brusselse, 6 Waalse en 11 Vlaamse. Deze netwerken dekken nog niet het hele Belgische grondgebied¹³.

3.2 Doelstelling

De focus van dit rapport ligt op de ervaringen van de netwerken met het realiseren van de netwerken (structuur, bestuur en samenwerkingsrelaties) en de geografische uitrol ervan. Dit rapport zet in op de procesevaluatie, waarbij de ervaringen van de partners, als van de netwerkcoördinatoren en-promotoren de basis vormen voor de analyse. Het rapport sluit aan bij voorgaande interimrapporten (Leys & De Roeck, 2012; Leys, De Roeck, & Lodewyckx, 2013; Wijckmans, Van der Donck, & Leys, 2014).

¹³ <http://www.psy107.be/SiteFiles/Carto%20PSY107.juin2011.1a+1b+2%20new.pdf>

3.3 Netwerken

Een interorganisatorisch netwerk is in essentie gestructureerde samenwerking van autonome organisaties die activiteiten, sterkten van partners, competenties en kennis van individuele organisatie bundelen om tot gezamenlijke inzichten en oplossingen te komen die de leden van het netwerk individueel niet kunnen realiseren. Daartoe wordt gezocht naar een structuur die de activiteiten van individuele partners met hun eigen doelen kanaliseert naar een gezamenlijk doel. De individuele organisaties krijgen door lidmaatschap van het netwerk de mogelijkheid om relaties op te bouwen, te onderhouden en ze verwerven ze toegang tot kennis, competenties en middelen die hen helpen gemeenschappelijke en eigen doelstellingen effectiever en efficiënter te realiseren: tezelfdertijd dragen zij hun kennis vaardigheden en competenties bij om een bijdrage te leveren aan de gemeenschappelijke doelen: tenminste dat is de onderliggende veronderstelling.

Toegepast op het programma “naar een betere gzz” zoeken autonome partners naar het combineren van types dienstverlening, vaardigheden en competenties opgenomen binnen een netwerk om adequate en kwalitatieve zorg en ondersteuning te kunnen aanbieden zowel buiten als binnen de institutionele voorzieningen. Dat betekent dat verschillende types partners lid worden van een netwerk en dat gestreefd moet worden naar een samenwerking die het nieuwe geïntegreerde type dienstverlening kan garanderen.

Het overheidsprogramma gaat uit van de veronderstelling dat in principe alle mogelijke partners uit een afgebakende regio, die relevante zorg of ondersteuning kunnen aanbieden in het netwerkverhaal betrokken zouden worden. We weten al uit de vorige rapporten netwerken niet noodzakelijk alle mogelijk partners in het netwerk hebben opgenomen. De keuze van de partners die betrokken werden is in de meeste netwerken niet gebaseerd op een systematische inventaris van partners in de regio die het netwerk bedient. Partners werden vooral pragmatisch gekozen en betrokken (Leys & De Roeck, 2012; Leys, De Roeck, & Lodewyckx, 2013; Wijckmans, Van der Donck, & Leys, 2014)

4 Methode

Dit deel van het evaluatieonderzoek zet verder in op proces-evaluatie en implementatieonderzoek: met als doel te begrijpen wat (niet) werkt, maar vooral inzicht krijgen in hoe en waarom de implementatie goed of moeilijk loopt (Peters, Adam, Alonge, Agyepong, & Tran, 2013). De aspecten die worden besproken zijn (de evolutie van) het geografische werkingsgebied, de netwerkstructuur en samenwerkingsrelaties, het netwerkbestuur en de rol van de netwerkcoördinator. We proberen een beeld te krijgen op de factoren die als faciliterend of belemmerend worden ervaren voor het netwerkfunctioneren.

4.1 Dataverzameling

Er werden verschillende dataverzamelingstechnieken gebruikt: vragenlijst, interviews en groepsgesprekken. De bevragingen gebeurden in de moedertaal van de gesprekspartners. Deelnemers werd verzekerd dat alle verkregen data geanonimiseerd zou worden. Gesprekken werden opgenomen via digitale audiotapes. Naast de geluidsopnames werden ook notities

genomen. Nadien werden de onderzoeksgegevens van alle netwerken – ook de Waalse – in het Nederlands getranscribeerd en geanalyseerd.

De dataverzamelingsronde verliep in twee fasen tot eind september, met een onderbreking tussen half juli en half augustus. De gesprekken gingen telkens door op een door de netwerken gekozen locatie.

Dit rapport is gebaseerd op gesprekken bij 17 van de 19 netwerken. Bij twee netwerken konden de ontmoetingen niet doorgaan o.w.v. interne organisatorische kwesties.

4.1.1 Gestructureerde vragenlijst

In 2015 is een gestructureerde vragenlijst naar de coördinatoren gestuurd die peilt naar gegevens i.v.m. de netwerkstructuur, het bestuursmodel en de (geografische) uitrol van het netwerk en de kernfuncties (bijlage 1).

De informatie in de vragenlijst werd als opstap gebruikt voor de interviews met de coördinatoren en promotoren en voor de focusgroepen. Tijdens de interviews kon de toegeleverde informatie eventueel verder worden verfijnd.

4.1.2 Face-to-face interviews met coördinatoren en promotoren

De coördinatoren, promotoren van de netwerken (en eventueel derden – bijvoorbeeld iemand die nauw betrokken was bij de beslissing van de geografische afbakening) – werden uitgenodigd. De semigestructureerde interviews gebeurden met behulp van een topiclijst met algemene en project-specifieke items. De topiclijsten zijn terug te vinden in eerdere tussentijdse rapporten. Tijdens de interviews is ingegaan op de geografische invulling van de netwerkregio, de netwerkstructuur en het –bestuur en de samenwerking in het netwerk.

De interviews duurden twee tot tweeënhalf uur.

4.1.3 Focusgroep met netwerkpartners

De focusgroepen peilen naar wat partners ervaren als faciliterende of belemmerende factoren in de samenwerking. Tijdens de focusgroepen lag de nadruk vooral op de netwerkstructuur, de relaties tussen de partners, het besturen van het netwerk, en de rol van de netwerkcoördinator. Het gesprek is gebaseerd op een semigestructureerde topiclijst. Vragen of topics werden waar nodig toegespitst op de kenmerken van het netwerk, gebaseerd op informatie uit de eerdere interviews.

De focusgroepen werden georganiseerd via de netwerkcoördinatoren. Via mail en telefonisch contact werd gevraagd partners uit de functiegroepen uit te nodigen voor de focusgroep. Andere partners, coördinatoren en promotoren mochten, indien gewenst, ook deelnemen aan het gesprek. De coördinatoren kregen de vraag om samen met de partners een voorkeursdatum met twee mogelijke alternatieven voor te stellen binnen de voorziene periode. Nadat een datum vastgelegd was, zijn de partners door de onderzoekers rechtstreekse uitgenodigd met toelichting over de doelstelling van de focusgroep (zie bijlagen 2 en 3.)

Tabel 1: Aantal deelnemers per focusgroep

	Netwerk	Aantal deelnemers focusgroep
Vlaanderen	Accolade	8
	Het Pakt	15
	Kempen	10
	Leuven-Tervuren	12
	Noolim	9
	Noord West-Vlaanderen	14
	Prit	9
	Reling	11
	SaRA	16
	SaVHA	11
	Zuid West-Vlaanderen	6
Brussel	Bruxelles-Est	11
	Hermes Plus	4
Wallonië	Hainaut-Leuze	13
	Luik	5
	Namen	7
	Verviers	4

Het aantal aanwezige deelnemers varieerde van 4 tot 17. De duur van de focusgroepen varieerde tussen anderhalf en tweeënhalf uur.

In de volgende hoofdstukken bespreken de resultaten uit deze gesprekken en vragenlijsten. We bespreken eerst op welke manier is verder gewerkt aan activiteiten en de uitbouw van de netwerken. Vervolgens identificeren we de barrières en faciliterende factoren die opduiken in de realisatie van nieuw zorgmodel.

5 Uitwerking van verschillende types activiteiten

Dit onderdeel beschrijft welke activiteiten de netwerken nieuw hebben ontplooid in 2015. Netwerken zetten in de eerste fase vooral in op de uitwerking van de mobiele teams (functie 2). Vanaf 2014 enkele netwerken op functies 1 en 3. De uitwerking van Functies 4 en 5 bleef tot dan beperkt tot het leggen van contacten tussen partners en het afstemmen van visies (Wijckmans, Van der Donck, & Leys, 2014). Sinds 2015 wordt meer gewerkt aan kernfuncties 1 en 3 en worden ook in functies 4 en 5 initiatieven ontwikkeld.

Voor de bespreking hebben we de activiteiten opgedeeld in twee hoofdklassen.

- “Uitwerken activiteiten kern van het programma” verwijst naar alle activiteiten die rechtstreeks betrekking hebben op het implementeren van het hervormingsmodel. In deze groep van activiteiten kan een opdeling gemaakt worden tussen functieoverstijgende activiteiten en functiegebonden activiteiten.
- ‘Uitwerken ondersteunende activiteiten’ zijn de initiatieven die ervoor moeten zorgen dat de implementatie van het GGZ-model en het netwerk-functioneren zo optimaal mogelijk (kunnen) verlopen. In deze groep verwijzen we naar activiteiten die de interactie faciliteren en naar de ontwikkeling van ondersteunende hulpmiddelen

Een overzicht van de activiteiten die de netwerken hebben uitgerold is te vinden in Bijlage

5.1 Uitwerken kernactiviteiten van het programma

Uit de schriftelijke bevraging blijkt dat alle netwerken, behalve één, functie-overschrijdende initiatieven hebben geïmplementeerd. Het enige netwerk dat geen concrete activiteiten heeft uitgewerkt, meldt dat er voorbereidingen zijn.

Nieuwe initiatieven in 2015 die het meest worden vermeld zijn nieuwe mobiele teams binnen functie 2, aan passingen aan de teams en het inschakelen van psychosociale rehabilitatiecentra en jobcoaches binnen functie 3.

- Binnen F2b wordt verwezen naar bijkomende teams die zijn opgestart of snel zullen opstarten. Het valt op dat wordt verwezen naar teams die zich richten op de algemene doelgroep, maar ook dat gespecialiseerde mobiele teams voor specifieke doelgroepen worden in het leven geroepen.
- De uitwerking van Functie 1 omvat een zeer brede waaier aan initiatieven en activiteiten. Functie 1 wordt door de netwerken op verschillende manieren ingevuld. Er zijn netwerken die bewust een opsplitsing hebben gemaakt tussen 1a – meestal preventie en promotie – en 1b – vroegdetectie, -interventie en indicatiestelling – en per onderdeel meer gedifferentieerde activiteiten ontwikkelen. De overige netwerken werken meer geïntegreerde initiatieven uit.

In 2015 zijn ook aanpassingen doorgevoerd bij activiteiten die eerder zijn opgestart

- Bij de mobiele equipes, zowel F2a als F2b, hebben de aanpassingen/bijstellingen vooral betrekking op de samenstelling van de teams in termen van competentieprofielen van de medewerkers.

5.2 Uitwerken ondersteunende activiteiten

Zowel op netwerk- als op functieniveau zijn acties opgezet die gericht zijn op het optimaliseren van het netwerk-functioneren: er wordt meer dan vroeger gewerkt aan het uitwerken van het “beheren”, (governance) van het netwerk of managen van functiegroepen (zie infra). Op netwerkniveau springt ook het overleg tussen verschillende partners of rond moeilijke dossiers in het oog.

Netwerken hebben in 2015 ingezet op activiteiten of initiatieven waarin de partners en personen elkaar beter kunnen leren kennen. Die activiteiten worden vooral uitgerold op het niveau van functies, in het bijzonder functie 1, 2 en 5. Binnen F4 wordt minder ingezet op het elkaar “leren kennen” maar meer op regulatieve afspraken (samenwerkingsregels). Een mogelijk verklaring is de soms moeilijke relatie en/of concurrentie tussen de F4-partners. Er wordt op gewezen dat duidelijke afspraken rond rollen en taken kunnen de samenwerking bevorderen, wat bijdraagt de implementatie van deze functie.

Een aantal netwerken heeft initiatieven opgezet feedback in te winnen van hulpverleners, (ex-)patiënten en hun families, met als doel uit die ervaringen lessen te leren.

Veel ondersteunende activiteiten focussen op informatieverstrekking. Het gaat zowel om actieve (d.i. deskundigheidsbevordering via o.a. vorming en advies en oriëntering) als passieve (bv. via nieuwsbrieven of website) informatieverstrekking. De vorming en coaching behandelen specifieke onderwerpen,

- Binnen F1 ligt de focus sterk op vormingen en ondersteuning voor partners die niet vertrouwd zijn met GGZ of psychiatrie

In 2015 is ook ingezet op het ontwikkelen van operationele hulpmiddelen, zowel voor functie-overstijgende activiteiten als op functieniveau, en soms in functie van specifieke partners.

- Er wordt gewerkt aan tools om cliënten te kunnen oriënteren in het netwerk, om advies en ondersteuning te geven aan personen die niet weten waar ze met een bepaalde zorgvraag of problematiek terecht kunnen.
- Bijna alle netwerken hebben een website, al dan niet via het overkoepelende overlegplatform. Meestal wordt deze website gebruikt om een beeld te schetsen van het netwerk en het aanwezige zorgaanbod in de regio, al dan niet opgedeeld per functie.
- Meerdere netwerken ontwikkelen een “centraal aanmeldpunt”:
 - In een zeer beperkt aantal netwerken is het opgevat als centraal instrument om de toegang tot het netwerk te regelen.
 - Daarbij wordt door partners binnen de netwerken de opmerking geformuleerd dat dit kan leiden tot een verminderde toegankelijkheid van de zorg teweegbrengen. Het creëert ook een soort machtspositie, omdat de medewerkers hier bepalen wie toegang krijgt tot het netwerk en wie niet en dat vrije keuze van patiënten om te kiezen voor partners waar ze intappen niet meer mogelijk is..
 - Andere netwerken zien het aanmeldpunt minder dwingend, eerder als oriëntering- en ondersteuning: personen (zowel patiënten, mantelzorgers of professionele hulpverleners) kunnen hier terecht met bepaalde zorg- en/of

oriënteringsvragen. Cliënten kunnen het netwerk of de individuele partners apart te contacteren.

- ook hier zijn sommige netwerkpartners van mening dat dit een bepaalde vorm van macht creëert, aangezien men hier doorverwijst.

Bepaalde ondersteunende activiteiten zijn ingericht als voorbereidende acties.

- F5 wordt door veel netwerken omschreven als een functie die moeilijk in te vullen is, waardoor de “exploratieactiviteiten” worden opgezet. Het in kaart brengen wat er al is, wat er nog nodig is en wat mogelijk en haalbaar is, kan van daaruit verder vertrokken worden om deze functie inhoudelijk vorm te geven.

5.3 Gevolgen voor de partners

In de gesprekken is gewezen dat het uitwerken van activiteiten in de loop der jaren een zeker impact begint te krijgen. In de operationele samenwerking tussen de netwerkpartners zet het werken in termen van samenwerking zich langzaam door, volgens onze gesprekspartners. Zo zeggen verschillende partners dat ze zich door de samenwerking meer bewust zijn geworden van de onderlinge afhankelijkheid van de partners en dat ze door het netwerk geprikkeld worden om mee na te denken over thema's die traditioneel helemaal niet tot hun domein behoorden. Over het algemeen wordt dit ook gezien als een verrijking voor de werking van de eigen organisatie.

Er wordt ook gewezen op het effect dat de hervorming heeft op de wijze waarop partners uit het netwerk taken in de ggz opnemen. Dus de heroriëntatie van de wijze waarop partners taken en activiteiten inrichten vraagt de nodige interne aanpassingen bij partners, en dat is soms niet vanzelfsprekend.

- De hervormingsbeweging zet in principe een versneld ontslag en doorverwijzing van patiënten uit het ziekenhuis in gang. De respondenten wijzen erop dat sommige cliënten die, wegens de ernst van hun problematiek, niet of moeilijk in de thuisomgeving opgevangen kunnen worden, terecht komen in zorgvoorzieningen die niet altijd op deze doelgroepen voorzien zijn. Voorzieningen zoals beschut wonen zullen door de ontwikkelingen geconfronteerd worden met een zwaarder zorgprofiel waardoor deze voorziening zich intem moeten aanpassen om adequate zorg te leveren voor een type cliënteel dat ze vroeger minder hadden.
- De behandelfunctie van het ziekenhuis moet volgens respondenten een opdracht blijven. Het ziekenhuis mag niet gereduceerd worden tot louter crisisopvang (wachtend op doorverwijzen). Het laatst vermelde fenomeen wordt als een potentieel risico gezien. Dat impliceert dat ook het ziekenhuis haar interne werking moet afstemmen op die nieuwe realiteit, maar dat kan niet als het verhaal niet integraal wordt geschreven. Enkel dan kan het zorgtraject ambulant verder uitgebouwd worden en iedereen van gepaste ondersteuning krijgen. Het besef lijkt te groeien dat betere doorstroommodellen uitgewerkt moeten worden en dat er buiten (en samen met) het ziekenhuis alternatieven opgezet moeten worden om de zorgcontinuïteit te garanderen.

6 Geografische invulling van de netwerkregio's

In verschillende landen wordt gewerkt met 'catchment areas': geografische regio's rond een zorgaanbieder waarin de patiëntenpopulatie woont die gebruik maken van het zorgaanbod (Allan, 2014). Deze catchment areas worden afgebakend op basis van patronen hoe patiënten zich in de regio bewegen en gebruik maken van voorzieningen (zie o.a. Allan, 2014; Fülöp, Kopetsch, & Schöpe, 2011), op de spreiding van het zorgaanbod (Shortt, Moore, Coombes, & Wymer, 2005) en bewonersaantallen. In Frankrijk worden de catchment areas afgebakend voor 70.000 inwoners, in het Verenigd Koninkrijk 30.000 tot 80.000 personen, in Zweden 25.000 tot 50.000 (Becker & Vázquez-Barquero, 2001; Thornicroft, Strathdee, & Johnson, 1995).

Vlaanderen en Wallonië introduceerden het concept zorgregio's, maar een zorgregionale benadering op federaal niveau bestaat niet. De opstart van het programma (cq initiatieven) is niet gebeurd met richtlijnen over het invullen en opdelen van het land in regio's. Netwerken kregen de mogelijkheid om zelf hun netwerkregio af te bakenen. Op dit moment zijn daardoor nog steeds 'blinde vlekken' zijn in het Belgische grondgebied, waar nog geen netwerk opgestart is. De mogelijke remediëring die de overheid nu voorbereidt over bepaling van regiogrootte zorgt voor de nodige vragen bij de netwerken (zie infra).

De vorige onderzoeksfases leerden dat verschillende netwerken de regio's afgebakend hebben o.b.v. administratieve grenzen of de locatie van organisaties waarmee een samenwerkingsgeschiedenis bestond. Verder heeft het inwonersaantal in verschillende netwerken meegespeeld. De zorgnaden en karakteristieken van de regio, het profiel van de inwoners zijn nauwelijks als criterium mee in rekening gebracht.

Dit onderdeel gaat in op de vraag hoe de vijf kernfuncties worden geïmplementeerd in een afgebakende regio. Meer specifiek schetsen we : (a) hoe de vijf functies geografisch worden uitgerold, (b) of de uitrol past in een behoeften en nadenbenadering van de regio en (c) welke visie het netwerk en haar partners hebben op de keuze voor een regionale afbakening.

6.1 Geografische dekking

Sommige netwerken opteerden ervoor om de kernfuncties (sub)regionaal uit te werken, waarbij meteen de volledige netwerkregio gedekt wordt. Andere netwerken werken activiteiten uit in slechts een deel van de netwerkregio. De vorige onderzoekronde leerde ons dat o.a. voor de 2a-teams in verschillende netwerken in een beperkte regio werd gestart, om op basis van de opgedane ervaring nadien te kunnen uitbreiden.

Functieoverstijgende initiatieven

Functieoverstijgende activiteiten worden over het algemeen voor de netwerkregio als geheel geïmplementeerd. Een beperkt aantal netwerken heeft subregionale opdelingen gemaakt op basis van een visie, meestal gebaseerd op een analyse van (gepercipieerd) gebrek aan middelen of het aanwezige zorgaanbod in deelregio. Over de factoren die de geografische uitrol op netwerkniveau voor de volledige netwerkregio vergemakkelijken of hinderen, wordt echter weinig gezegd.

Functie 1

Functie 1 wordt over het algemeen uitgerold voor de netwerkregio als geheel, met de nuance dat sommige initiatieven slechts in een deelgebied van de regio zijn uitgewerkt, omdat de financier een bepalende rol speelt voor de lokale uitrol (zie infra).

- Enkele netwerken willen de preventie-en promotieactiviteiten supraregionaal uitrollen, meer bepaald op provinciaal niveau. Netwerk-overstijgend werken laat toe dat krachten gebundeld en taken verdeeld kunnen worden, waardoor ook de partners die in meerdere netwerken participeren, een stuk ontlast worden. Door deze acties op grotere schaal uit te rollen, kan ook aanspraak gemaakt worden op financiering vanuit gewestelijke of provinciale overheden.

In 7 netwerken die een eerstelijnspsychologische functie (ELPF) uit werken wordt die uiteenlopend geografisch ingevuld:

- Eén netwerk heeft geopteerd om dit voor de netwerkregio als geheel uit te werken.
- In de overige zes netwerken is de eerstelijnspsycholoog slechts actief in een deel van de regio. Daarbij is niet altijd een bewuste strategie gebruikt voor de afbakening van het werkingsgebied. Er wordt ook gekozen in functie van de beschikbare middelen of het aanbod in de regio

Functie 2

De mobiele crisisteam (2a-teams) en teams voor langdurige zorg (2b-teams) worden bij de vergelijking van de netwerken geografisch heel verschillend geïmplementeerd.

2a teams

- In tien de bevraagde netwerken zijn de 2a-teams actief in de volledige netwerkregio. Eén team staat daar in voor alle inwoners van de netwerkregio.
- 3 netwerken bedienen de volledige netwerkregio maar organiseren zich in subregio's.
- In vier netwerken is het 2a-team actief in een deel van de netwerkregio.
 - Eén netwerk heeft de afbakening van de regio pragmatisch bepaald op basis van ervaringen met de mogelijkheden om diensten aan te bieden, zowel wat betreft afstand, als het kunnen beantwoorden aan alle zorgvragen.
 - 3 netwerken hebben regiegrenzen op voorhand vastgelegd

2bteams

- 12 netwerken schakelen 2b-teams in voor volledige netwerkregio.
 - zes netwerken hebben een het team dat de netwerkregio als geheel bedient
 - Zes netwerken hebben de netwerkregio opgedeeld in subregio's:
- 4 netwerken vullen niet de hele netwerkregio in.

Mobiel team	Volledige regio als geheel	Volledige regio - opgedeeld in subregio's	Onvolledige regio - geplande invulling deelregio('s)	Onvolledige regio - ad hoc invulling van de deelregio('s)
2a	10 netwerken	3 netwerken	3 netwerken	1 netwerk
2b*	6 netwerken	6 netwerken	4 netwerken	0 netwerken

* een netwerk heeft geen fysiek apart samengesteld 2b team. medewerkers zitten verspreid bij organisaties over de volledige regio

De wijze waarop de 2a- en 2b-teams voor de netwerkregio worden ingeschakeld verschilt. De motieven voor de keuze zijn gestoeld op vergelijkbare argumenten: literatuur, de vrees dat een subregionale uitrol er voor zou zorgen dat de teams te klein worden om kwalitatieve zorg te kunnen bieden of permanentie van zorg te garanderen, en de intentie van het netwerk om van in het begin voor alle inwoners de (theoretische) mogelijkheid van mobiele zorg te bieden.

Netwerken die kiezen voor een subregionale werking (al dan niet met dekking van de volledige netwerkregio) zien hun keuze ingegeven uit efficiëntieoverwegingen en kwaliteitsoverwegingen; het beperken van de afstanden, reistijden en verplaatsingskosten. Bovendien zijn de medewerkers van de teams meestal afkomstig uit de regio, waardoor zij de regio – en meestal ook de aanwezige partners – goed kennen.

- In een aantal netwerken wordt overwogen om de uitvalsbasis van de mobiele teams te verspreiden over verschillende standplaatsen of antennepunten. Via antennepunten staat elk team in voor een beperkt afgebakend werkgebied waardoor afstanden, reistijd en verplaatsingskosten verminderd worden kan mogelijk de toegankelijkheid van de zorg in de regio vergoot worden. Bovendien kunnen mobiele teams beter inspelen op de lokale context Dergelijke werkwijze werkt dan weer het risico dat de verschillende teams langzaamaan uiteen groeien en eigen procedures en methodieken gaan ontwikkelen. Eén netwerk heeft om die reden zelfs besloten om de standplaatsen terug af te schaffen.

Netwerken die bewust gekozen hebben om de teams in te zetten maar niet voor de gehele netwerkregio verwijzen als reden vooral naar een gebrek aan middelen.

- Eén coördinator verwijst naar het leerproces dat ze eerst willen doorlopen rond het inzetten van mensen en middelen). Door uit te rollen in één deelregio met weinig zorgaanbod en één deelregio met veel zorgaanbod, tracht men ervaring op te doen over o.a. de ratio VTE's per subregio en of het aanwezige zorgaanbod een impact heeft op de werking van de mobiele equipes.
- twee netwerken hebben 'onofficiële' mobiele teams opgestart. Het gaat hierbij om netwerken waar de mobiele teams enkel actief zijn in een beperkt deel van de netwerkregio en waar lokale partners uit de overige deelgebieden eigen middelen investeren zodat de volledige netwerkregio uiteindelijk toch gedekt wordt/zal worden.
- Enkele netwerken zetten de eerste stappen in het uitwerken van een visie over de uitbreiding van het (beperkte) werkgebied van de mobiele equipes

Functie 3

Binnen functie 3 wordt de overgrote meerderheid van de initiatieven voor de netwerkregio als geheel uitgerold. Een beperkt aantal initiatieven wordt subregionaal geïmplementeerd, vanuit de overweging dat alle inwoners van de netwerkregio toegang (zouden) moeten hebben tot arbeid en dagbesteding waarbij cliënten geen lange afstanden moeten afleggen.

- Eén netwerk is gestart met het inrichten van een experimentele zone rond het Psychiatrisch Ziekenhuis, om uit te breiden wanneer de activiteit een succes blijkt te zijn.

Tien netwerken die het psychosociaal rehabilitatiecentrum vermelden mikken op de toegankelijkheid voor alle inwoners uit de regio. De keuze voor de geografische inplanting van het centrum is gemotiveerd vanuit diverse redenen:

- Pragmatisme: omdat zich een opportuniteit voordeed;
- het aanwezige zorgaanbod:
 - sommige netwerken kiezen voor een locatie met veel zorgaanbod, omdat de kans daar groter is dat zich een opportuniteit voordoet,
 - andere netwerken kiezen expliciet om het centrum te vestigen in een regio met weinig zorgaanbod, zodat ook deze inwoners (gemakkelijker) toegang hebben tot dagactiviteiten en activering;
- toegankelijkheid en bereikbaarheid: dicht bij een station of gemakkelijk bereikbaar met het openbaar vervoer.
- Eén netwerk haalt 'richtlijnen en normering' aan. In dit netwerk had men besloten om het centrum te lokaliseren in een regio met weinig zorgaanbod, zodat op de noden ingespeeld kon worden. Volgens de richtlijnen was het inwonersaantal op die locatie echter te laag, waardoor dit netwerk zich genoodzaakt zag het rehabilitatiecentrum te openen in een regio met meer inwoners, maar dus ook met reeds veel aanwezig zorgaanbod. Hoewel dit initiatief in theorie openstaat voor alle inwoners, voelt dit netwerk zich geremd in het bieden van toegankelijke zorg in een regio met grote nood.

Functie 4

Over de geografische uitrol van deze functie verkregen we tijdens de gesprekken weinig informatie. Functie 4 wordt voor de hele netwerkregio uitgewerkt. Een aantal deelinitiatieven (vooral lokale activiteiten) wordt subregionaal geïmplementeerd.

Functie 5

Bij functie 5 opteren ongeveer evenveel netwerken voor een uitrol over de volledige netwerkregio als voor een subregionale uitwerking. Slechts één netwerk kiest voor een subregionale uitrol waarbij toch de volledige netwerkregio gedekt is. De invulling van de deelregio's gebeurt meer op basis van activiteiten die partners al hebben in bepaalde zone's dan in functie van een planmatige benadering.

6.2 Gevolgen voor de partners

6.2.1 Residentiële GGZ-partners

Uit de gesprekken lijkt naar voor te komen dat over het algemeen de residentiële GGZ-partners wijzen op de impact van regioafbakening.

- Psychiatrische ziekenhuizen die een supra-regionale functie vervullen en openstaan voor patiënten uit heel België. Toch wordt aangegeven dat patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening uit een andere regio minder snel opgenomen zullen worden, omdat deze patiëntengroep nood heeft aan nazorg en ondersteuning van een netwerk na opname. Een meerwaarde die niet kan geboden worden wanneer de patiënt uit een andere regio komt.
- Ook enkele PAAZ-partners geven aan dat die “regionale reflex “ bestaat vanuit gelijkaardige overwegingen.
- Verschillende netwerken kampen met plaatstekoren in PVTs wat de selectie van patiënten uit de eigen regio in de hand werkt.

6.2.2 Huisartsen

Bij huisartsen weerklinken soms frustraties rond de geslotenheid van regio grenzen. Deze frustraties kunnen opgedeeld worden in drie groepen:

- Het werkgebied van huisartsen valt niet altijd volledig samen met de netwerkregio. Dit houdt in dat sommige patiënten niet binnen de regiogrenzen wonen, waardoor zij eigenlijk niet terecht kunnen bij een netwerk. Vooral huisartsen die ook actief zijn in gebieden waar op dit moment nog geen netwerk is opgestart, ervaren dit. Sommige van hun patiënten kunnen bij een netwerk terecht, andere niet. Dit creëert verwarring en een gevoel van onrechtvaardigheid bij patiënten die niet in het netwerk terecht kunnen.
- Huisartsen ervaren moeilijkheden in het kunnen doorverwijzen van patiënten uit de ene regio naar een dienst of organisatie in de andere regio. Een veel aangehaald voorbeeld is de EPSI, die volgens deze partners moeilijker toegankelijk zou zijn wanneer de patiënten niet uit de regio komen waaronder de EPSI nu valt.
- Patiënten die in de netwerkregio wonen maar, met een huisarts die niet participeert in het netwerk kan to problemen leiden Voor deze patiënten zijn de netwerkgrenzen meer gesloten, in die zin dat ze moeilijker toegang hebben tot de zorg.

6.2.3 Mobiele teams

Het werkgebied van de mobiele teams is in zo goed als alle netwerken strikt afgebakend. Dit betekent dat deze teams enkel instaan voor patiënten uit hun eigen (sub)regio. Slechts in uitzonderlijke situaties zullen de equipes ingaan op vragen van patiënten die niet tot hun regio behoren, maar ook dit is slechts tijdelijk. Er zal altijd contact opgenomen worden met de mobiele hulpverlening binnen de regio waar de persoon woonachtig is, zodat de zorg zo snel mogelijk overgedragen kan worden.

- Eén netwerk wijst op de supra-regionale functie van mobiele teams: deze teams werken van in het begin regio-overstijgend in een gebied waar nog geen netwerk opgestart is. Deze supra-regionale opdracht is opgenomen om in te spelen op patiëntenstromen en het besef dat iedereen recht heeft op zorg, ook wanneer er geen sprake is van een netwerk in die regio.

6.3 Grootte van de netwerkregio

Hoewel netwerken lang niet alle inwoners van gepaste en toegankelijke GGZ (kunnen) voorzien, lijken zowel de partners, als de coördinatoren en promotoren weinig negatieve bedenkingen te hebben bij de grootte van hun regio. Eerder is wel al gezegd dat dit niet betekent dat het bedienen van de afgebakende zones altijd even gemakkelijk verloopt: ook daar worden keuzes gemaakt. Na de eerste jaren ervaring wordt erop gewezen dat het bepalen van de regio en de grootte meer rekening moet houden met de mobiliteit, de oppervlakte en de oriëntatie van burgers op dienstverlening en ziekenhuizen.

- Mobiele equipes vinden op basis van hun ervaring dat een volledige netwerkregio bedienen voor hun activiteiten om tal van praktische redenen te groot is.

Opvallend in de gesprekken is dat, met de hervorming in de kinderen- en jongeren-GGZ in het achterhoofd, de provincie als netwerkregio meer op tafel gelegd. Hier en daar wordt aangegeven dat het goed zou zijn om op provinciaal niveau een netwerk te creëren, vooral omdat op die manier heel België gedekt zou zijn. Tezelfdertijd wordt gesteld dat voor de volwassenen de provincie als netwerkregio te groot is zowel omwille van het aantal spelers (en de bestaande concurrentie), de behoeften als de verschillen tussen subregio's in provincies.

De (meeste) netwerken lijken echter niet geneigd om nieuwe gebieden mee op te nemen in. Tijdens het veldwerk was er sprake van ongerustheid bij de netwerken nadat hen ten ore was gekomen dat er eventueel een aanpassing van de regiogrenzen zou plaatsvinden. De partners zijn ervan overtuigd dat dit vraagt om problemen, aangezien de netwerken na enkele jaren ervaring op de huidige manier georganiseerd zijn binnen hun eigen regio. Ze benadrukken het risico op verlies van wat de netwerken tot nu toe al hebben opgebouwd wanneer ze in een nieuwe of veranderde regio met nieuwe of andere partners moeten (samen)werken.

Verskillende netwerken denken wel na over welke aspecten van de zorg supra-regionaal, regionaal en lokaal aangeboden kan worden. Er bestaat consensus dat basis-GGZ lokaal aangeboden dient te worden en specialistische behandelingen en zorg suprareginaal (bijvoorbeeld wel per provincie of netwerk-overstijgende geografische gebieden). De geïnterviewden pleiten ervoor dat de netwerken deze denkoefening zelf moeten maken, en niet dat de overheid dit oplegt zonder overleg.

Een beperkt aantal netwerken heeft de netwerkregio uitgebreid of zal die in de (nabije) toekomst uitbreiden. Hun ervaringen leren dat de keuze die initieel is gemaakt niet altijd logisch of werkbaar is. In deze gevallen gaat het vaak om het gebied uit te breiden met (clusters van) gemeenten waar nog geen netwerk actief is en waarvan men ervaart dat die "natuurlijk" tot de activiteitenzone behoren.

Er zijn ook netwerken die de vraag hebben gekregen van bepaalde regio's die vooralsnog niet waren bediend door een netwerk.

- Eén netwerk heeft het werkingsgebied uitgebreid op aanvraag van gemeenten die niet bediend worden door een netwerk. Deze recent toegevoegde cluster van gemeenten is geïdentificeerd als aparte subregio, maar er worden geen middelen vanuit het kernnetwerk ter beschikking gesteld de partners uit de nieuwe subregio zullen zelf

moeten investeren om te kunnen implementeren, maar zij kunnen wel aansluiten bij de partners en activiteiten die het netwerk al heeft uitgerold.

6.4 Doorverwijzen tussen regio's

Hier en daar wordt gewezen op grensproblemen tussen partners uit verschillende regio's

- Partners uit een minderheid van de netwerken ervaren een moeilijkere doorverwijzing naar of samenwerking met actoren die in een ander netwerk participeren. Hoewel er wordt aangegeven dat er ook vóór deze hervorming al patiënten waren die soms moeilijk binnen te loodsen waren bij een bepaalde zorgverlener, hebben deze netwerken de indruk dat dit nu nog verergerd is. Volgens deze partners heeft men na de hervorming sneller de reflex om te denken in termen van de eigen regio.

6.5 Oriëntatie en hulpvragen van cliënten

In enkele netwerken wordt de opmerking gemaakt dat *“patiënten eigenlijk meer op een ander netwerk zijn georiënteerd”* dan de regio die het netwerk bedient. Waarom deze gemeenten dan niet mee opgenomen zijn bij de huidige afbakening komt vooral doordat die gemeente(n) zelf besliste(n) om te participeren aan een ander netwerk of – en vaak nog belangrijker – omdat de gemeente buiten bepaalde administratieve grenzen viel.

Soms krijgen netwerken hulpvragen van patiënten van buiten de regio, al dan niet via partners die in het netwerk actief zijn. Vaak gaat het om zone's die nog niet bediend zijn door een netwerk, soms om vragen van cliënten die willen begeleid worden door een ander netwerk. Discussie kan dan ontstaan over de vraag in welke mate deze cliënten wegen op de middelen en de capaciteit van het netwerk dat de vraag ontvangt. Het is mogelijk dat het netwerk op die zorgvragen ingaat, maar er wordt duidelijk bij vermeld dat dit enkel gebeurt zolang het netwerk of de zorgbieders de mogelijkheden hebben dit te doen. Zodra de capaciteit bereikt is, zal enkel nog worden ingegaan op hulpvragen van patiënten uit de eigen regio.

6.6 Betrekken van (initiatieven van) lokale diensten/organisaties

In verschillende netwerken zijn dit jaar stappen gezet naar het betrekken van bestaande initiatieven ontwikkeld door individuele partners buiten het kader van het GGZ netwerk. Die initiatieven worden meestal subregionaal of lokaal uitgewerkt, en niet op de gehele netwerkregio.

- In sommige netwerken worden diensten/organisaties betrokken die formeel geen deel uitmaken van het netwerk, ook als hun aanbod eerder gericht is op een andere doelgroep. Dat wordt vooral gedaan om lokale “gaten” in het dienstverleningsaanbod van het netwerk in te vullen of te compenseren. Vaak gaat het om initiatieven van GGZ partners.
- Wanneer de capaciteit van de mobiele teams ontoereikend is om de volledige netwerkregio te bedienen, worden in sommige netwerken bestaande projecten mee ingezet om zorg te kunnen bieden in de volledige regio.
- In één netwerk geeft de coördinator aan dat het betrekken en integreren van een bestaand initiatief leidde tot het supregionaal werken in een deel waar nog geen

netwerk opgestart is., aangezien het werkgebied van dit initiatief de regiogrenzen overstijgt.

- In enkele netwerken geeft men aan te onderzoeken hoe lokale of partner-initiatieven of projecten in een latere fase opgenomen kunnen worden in het netwerk en de volledige netwerkregio.

Eén netwerk voelt zich, wat betreft de geografische dekking van de netwerkregio binnen functie 5, gehinderd door weinig tot geen betrokkenheid van lokale besturen. Deze gemeenten zijn niet klaar om personen met een psychiatrische problematiek op te vangen, wat de volledige geografische dekking bemoeilijkt.

7 De samenstelling van het netwerk

Netwerken moeten een goede balans vinden tussen grootte en samenstelling van partners (Van Herck & Van De Cloot, 2013; Zakocs & Edwards, 2006). De complexiteit van een netwerk wordt in dit rapport bestudeerd als de combinatie van het aantal partners en de mix van maatschappelijke sectoren. Hoe groter het aantal partners binnen het netwerk en hoe meer partners uit verschillende van maatschappelijke sectoren, hoe complexer het netwerk (Leys, De Roeck, & Lodewyckx, 2013; Wijckmans, Van der Donck, & Leys, 2014; Mitchell & Shortell, 2000; Schumaker, 2002).

7.1 Het netwerk als geheel

De schriftelijke bevraging uit 2015 leert dat het aantal sectoren dat vertegenwoordigd is in de netwerken varieert tussen vijf en negen. In alle netwerken zijn actoren vertegenwoordigd uit de geestelijke en algemene gezondheidszorg en uit de sectoren welzijn en arbeid. Andere vaak voorkomende sectoren zijn: familie- en patiëntenorganisaties, de sectoren wonen en justitie. In negen netwerken worden ook actoren uit de sectoren onderwijs, cultuur of lokale besturen als partners vermeld

In 2014 werd in de netwerken vooral werk gemaakt om de patiëntenverenigingen en/of ervaringsdeskundigen en partners uit de verslavingszorg als nieuwe partners te betrekken. Deze trend heeft zich in 2015 verder gezet.

- Twee netwerken hebben (nog) geen vertegenwoordiging van patiënten en/of ervaringsdeskundigen maar enkel omdat ze nog geen geschikte kandidaten hebben gevonden.
- In alle netwerken zijn partners uit de verslavingszorg opgenomen.
- In 2014 werden onder impuls van de overheid- interneringsprojecten mondjesmaat betrokken. In 2015 worden in 13 van de 17 netwerken, partners betrokken die instaan voor internering.

In essentie is weinig veranderd aan de netwerkcomplexiteit. Er zijn relatief weinig partners bijgekomen en geen partners formeel uitgestapt. Als de netwerkstructuur is aangepast in het afgelopen jaar heeft dat vooral te maken met de uitrol van activiteiten op andere functies dan functie 2 die in de eerste jaren centraal stond, de zoektocht naar het adequaat invullen van dienstverlening in de afgebakende regio, en de aansturing vanuit de overheid om verslavingszorg en internering mee te integreren.

7.1.1 Een nieuw type partner: de mobiele teams?

Met uitzondering van één netwerk worden, in alle netwerken de mobiele teams in de meest recente bevraging opgelijst als een apart type partner. Dit lijkt erop te wijzen dat deze teams als een aparte entiteit worden gezien, die los staan van de organisatie(s) van waaruit ze ontstaan zijn. Dit doet zich zowel voor bij teams waarin personeelsleden uit verschillende partnerorganisaties samenwerken als mobiele teams volledig bemand worden door personeel uit één van de partnerorganisatie.

- Enkele psychiatrische ziekenhuizen en CGG's betreuren dit fenomeen omdat ze vinden dat de ontwikkeling van nóg een nieuwe speler de moeilijkheden om te werken in een netwerk vergroot. Voor sommige leden van de mobiele teams is het niet altijd duidelijk wie de teams nu eigenlijk aanstuurt..

7.2 Het netwerk op functieniveau

7.2.1 functie- en themagroepen

In de beginperiode zetten de netwerken overwegend in op het realiseren van mobiele teams (functie 2) Sinds 2015 is er in de netwerken beduidend meer energie besteed om naast functie 2 ook activiteiten uit te rollen in functies 1, 3, 4 en 5. Per functie worden uiteenlopende partners betrokken (maar niet alle partners uit het netwerk). Op functieniveau zijn 'functiegroepen' in het leven geroepen die de activiteiten coördineren

Binnen de functiegroepen wordt in veel netwerken gewerkt met tijdelijke of permanente themagroepen. Partners worden in deze themagroepen opgenomen vanuit pragmatische overwegingen gedurende de periode waar activiteiten worden opgezet. In sommige gevallen verlaten ze de groep weer wanneer geen verdere bijdrage geleverd kan worden.

In die themagroepen wordt ook beroep gedaan op externe 'experten' – die niet (formeel) als partners zijn opgenomen in het netwerk –

8 Samenwerken in het netwerk

Dit deel staat stil bij de manier waarop de samenwerking binnen het netwerk ervaren wordt door de partners.

8.1 Betrokkenheid van de partners

Bij het ontplooiën van netwerkactiviteiten ontstaan er verschillen in de rollen die partners opnemen: sommige partners zijn actiever, anderen minder actief betrokken in netwerkactiviteiten. De feitelijke betrokkenheid (*involvement*) en het engagement (psychologische betrokkenheid of *commitment*) van partners varieert en kan evolueren zowel in activiteiten voor het netwerk als geheel als bij activiteiten op functieniveau.

De verbreding van de activiteiten in de kernfuncties, m.n. in F1, F3 & F5. gaat gepaard met een toegenomen feitelijke betrokkenheid (*involvement*) van de eerste lijn en actoren buiten de gezondheidszorg. De inbreng en competenties van deze partners worden aangesproken, waardoor hun rol veel duidelijker wordt en hun engagement (*commitment*) toeneemt. In de meeste netwerken wordt de hervorming niet enkel een verhaal alleen voor spelers uit de psychiatrie en GGZ, wat alle betrokken actoren een positieve evolutie vinden. Partners die in eerdere fasen misschien een meer perifere rol hadden krijgen door activiteiten in andere dan functie 2 meer een sleutelrol. Tezelfdertijd horen we dan weer dat de toegenomen inbreng van spelers buiten de psychiatrie de bestaande verhoudingen tussen “kern- en perifere spelers doet wankelen wat soms aanleiding geeft tot frustraties of spanningen tussen partners over de (machts)posities in het netwerk.

8.1.1 Nood aan duidelijkheid over rol van de partners

Partners voelen zich meer betrokken (*committed*) wanneer ze een duidelijke rol en functie hebben binnen het netwerk en actief worden aangesproken voor activiteiten (*involved*).

Van bij de start zijn partners uit psychiatrie en ggz het meest betrokken . Dat neemt niet weg dat bepaalde partners zelfs hier hun plaats niet altijd konden inschatten

- Sommige GGZ-partners zien nog altijd geen duidelijke plaats voor ambulante psychotherapie of het basisaanbod van de ziekenhuizen in de activiteiten van het netwerk. Volgens – voornamelijk ambulante - partners spelen in feite enkel de psychiatrische ziekenhuizen een centrale rol omdat de hervorming grotendeels gefinancierd wordt via de afbouw van psychiatrische bedden. Als project-promotor beheren ze bovendien meestal de middelen vanuit de FOD en zijn ze vaak de (belangrijkste) werkgever van de netwerkcoördinatoren en de personeelsleden van de mobiele teams.

Voorals partners buiten de psychiatrie of ggz vinden hun rol en functie in het netwerk niet altijd zo duidelijk en voelen zich daardoor minder betrokken. Ook het feit dat deze partners geen (financiële) incentive krijgen (vanuit de overheid) om te participeren in het netwerk bevordert de betrokkenheid niet. Hoewel deze partners aangeven niet af te haken, gaan ze zich (tijdelijk) minder actief inzetten in operationele maar vooral bestuurlijke aangelegenheden.

8.1.2 Tijdsinvestering

Betrokken zijn in netwerkactiviteiten impliceert een tijdsinvestering. Met uitzondering van de psychiatrische ziekenhuizen, geven alle types partners aan dat de tijdsinvestering voor het netwerk bovenop hun normale kerntaken komt en dat dit zeer belastend is. Ze verwijzen vooral naar het feit dat zij geen extra (financiële) ondersteuning genieten voor dat werk.

Er zijn indicaties dat na drie à vier jaar netwerkwerking, de betrokkenheid van een aantal partners hierdoor afneemt of dreigt af te nemen. Sommige partners beginnen prioriteiten te leggen m.b.t. welke netwerkactiviteiten ze wel of niet blijven opvolgen, vaak in functie van de doelstellingen en belangen van hun eigen organisatie. Dit hoeft op zich niet echt een probleem te zijn, zolang het werken als een geheel netwerk niet in het gedrang komt en beroep kan gedaan worden op partners waar nodig. In de praktijk blijkt dit echter niet steeds het geval te zijn.

Ontstaan van subnetwerken of cliques

Sommige netwerken geven signalen dat het deelnemen zoveel tijd en energie vraagt dat bepaalde partners onderling initiatieven starten, naar eigen zeggen om concreet acties op te zetten (dus als reactie op het feit dat het lang duurt voor het netwerk of functiegroep als geheel iets uitrolt). Kliëkvorming of het ontstaan van de facto sub-netwerken in het netwerk worden daardoor reële risico's, vooral in grotere netwerken. Kleine netwerken hebben het voordeel dat de meeste partners elkaar al geruime tijd kenden – en vaak ook al samenwerkten op het terrein (m.a.w. ook de basismedewerkers kenden elkaar al) – waardoor concrete samenwerking gemakkelijker tot stand komt.

8.1.3 Belang van een 'trekkersfiguur'

De betrokkenheid van een bepaald type partner(organisatie) is sterk bepaald door een 'trekkersfiguur' die zich als persoon inzet om mensen te overtuigen van het belang en de meerwaarde van het netwerk. In het bijzonder bij de artsen – huisartsen en psychiaters – valt dit op. De artsen blijven over het algemeen – net als de vorige jaren – een moeilijk te betrekken groep. De beroepscultuur van artsen is sterk individualistisch wat het moeilijk(er) maakt hen actief te betrekken en artsen verwijzen ook naar hun angst aan beroepsautonomie te zullen moeten inboeten. Toch wijzen netwerken erop dat de situatie om artsen en psychiaters actiever te betrekken verbetert. Er werd in sommige netwerken op gewezen dat dergelijke 'trekkersfiguur' opneemt naar collega-artsen een heel belangrijke rol.

8.1.4 Reden voor deelname

Sommige organisaties zijn in het netwerk gestapt, niet zozeer uit intrinsieke motivatie maar omdat ze vrezen dat ze anders 'de boot zullen missen' of omdat ze via -deelname aan het netwerk hopen dat ze op de hoogte kunnen blijven van de ontwikkelingen in de sector. Veel verder rijkt hun ambitie soms niet. Ze willen de hervorming wel volgen maar ze proberen hun actieve betrokkenheid tot een minimum te beperken.

8.1.5 Ervaringsdeskundigheid in de netwerken

Zo goed als alle netwerken geloven principieel in de meerwaarde van het betrekken van ervaringsdeskundigen. De meeste netwerken leveren actief inspanningen om hen aan boord te krijgen, ook onder druk van het programma. Het feit dat grote GGZ-partners, zoals de

psychiatrische ziekenhuizen of CGGs, nu echt in dialoog gaan met patiënten en familieleden wordt (naast de mobiele teams) hier en daar zelfs aangestipt als één van de meest innovatieve veranderingen van de laatste jaren binnen de GGZ. .

Een aantal netwerken geeft echter aan dat het niet altijd gemakkelijk is om kandidaten te vinden die zich intensief kunnen en willen engageren. Dat probleem stelt zich vooral op bestuursniveau. Bovendien zijn patiënten niet altijd verenigd in één groep of organisatie die een verbaal sterke vertegenwoordiger naar het netwerk kan afvaardigen om gezamenlijke belangen te verdedigen. Net zoals voor de meeste andere partners, vraagt het netwerk een (soms te) hoge tijdsinvestering en komt er weinig (financiële) ondersteuning vanuit de overheid. Voor mensen met een psychische kwetsbaarheid kan dit alles nog een extra drempel vormen.

8.2 Cultuur en cultuurverschillen

Partners, promotoren en coördinatoren wijzen erop dat de weg tussen het op papier samenstellen van het netwerk naar effectief samenwerken erg veel tijd vraagt. Deze opmerking wordt veel meer gemaakt in grote netwerken waar de ‘afstand’ – soms ook letterlijk groot is omdat ze elkaar voordien helemaal niet kenden. Het wederzijdse kennismakingsproces en het overbruggen van cultuurverschillen vraagt veel inspanningen en tijd op verschillende niveau’s in het netwerk.

Partners buiten de GGZ stellen dat de GGZ sector over het algemeen sterk naar binnen is gekeerd en de ingesteldheid heeft om alles zelf te willen organiseren in plaats van gebruik te maken van de bestaande voorzieningen van buiten de sector.

Binnen de GGZ blijven werk- en houdingsverschillen opduiken tussen de ziekenhuizen en de ambulante GGZ-partners. De ambulante partners worstelen naar eigen zeggen met de ‘gesloten ziekenhuiscultuur’ die de neiging heeft om alles zelf te willen doen, zonder andere partners te betrekken. Ziekenhuizen worden ervaren als erg terughoudend m.b.t. het delen van informatie of zelfs maar gewoon te communiceren over op til zijnde activiteiten. Sommige partners typeren de relatie met de ziekenhuizen als ‘losse contacten’ en niet als samenwerking. Vooral de CGGs hebben het daar vaak moeilijk mee en dit leidt soms tot spanningen tussen beide actoren, vooral in netwerken waarin de CGGs een actieve rol opnemen. Stemmen uit de CGG’s vinden dat CGG, itt ziekhuisen, de facto geen belangrijke rol wordt gegeven en dat in een hervorming die mikt op vermaatschappelijking.

De samenwerking partners uit psychiatrie en ggz en de algemene eerstelijnszorg loopt evenmin altijd van een leien dakje, omdat huisartsen bijvoorbeeld vanuit een heel andere attitude (acuut, “eenvoudige” problemen behandelen) de patiënt behandelen. Bovendien is de oplossingsstrategie van huisartsen voor mentale problemen vaak afwijkend wat de strategie zou zijn in de bredere ggz. Toch wordt ook gewezen op cultuurveranderingen in de loop van de jaren. Pilotprojecten zoals de psychiatrische zorg in de thuissituatie (PZT) en de therapeutische projecten (TPs) hebben volgens sommigen al een cultuuromslag ingeleid binnen de eerstelijns m.b.t. het (samen)werken rond GGZ. Zo werden bepaalde huisartsen, bijvoorbeeld, stilaan vertrouwd gemaakt met het principe van een mobiele werking of met het multidisciplinair overleg. De huidige uitrol van netwerken lijkt verder te gaan op die weg. In die zin valt het op dat veel spelers kritisch hoopvol blijven over het samenwerken. Er wordt in dat verband gewezen

op het belang van concrete activiteiten die de samenwerking bevorderen: daarbij wordt regelmatig verwezen naar de impact van de mobiele teams

De invloed van mobiele teams

De uitwerking van concrete activiteiten van de mobiele teams (meer specifiek 2b) zorgt voor een grotere betrokkenheid van vooral de eerstelijnspartners (waaronder huisartsen). Door hun activiteiten vervullen de teams een brugfunctie tussen de GGZ en de eerste lijn, en dat vooral voor de cliënten die ondersteund worden door 2b teams. Concreet samenwerken rond cliënten leidt tot toenadering en opbouwen van vertrouwen. In (sub-) regio's waar geen mobiele teams opereren, wordt melding gemaakt dat de afstand tussen de GGZ en eerste lijn voorlopig nog veel groter blijft.

Hoewel de mobiele teams over het algemeen nog steeds stevig gelinkt blijven aan een (of meerdere) psychiatrische ziekenhuizen, ontwikkelen deze teams stilaan een eigen werkcultuur en identiteit. De teamleden lijken snel te evolueren naar een 'netwerk-mentaliteit' en op die manier de kern van de hervorming mee uit te dragen. Mobiele teams zijn zich over het algemeen heel bewust van hun afhankelijkheid van de andere ambulante (zorg)partners en van het feit dat een goede samenwerking met partners om adequate zorg te voorzien cruciaal is. De ervaring leert dat het louter kopiëren van bestaande intramurale procedures naar een ambulante werking, op moeilijkheden en weerstand stuit. Voor de leden van mobiele teams die zijn samengesteld uit mensen uit residentiële settings is de aanpassing soms groot.

Volgens sommige partners zou er in een aantal ziekenhuizen ondertussen een mentaliteitswijziging in gang gezet zijn: er wordt meer ingezet op een herstelvisie, opnameperiodes worden korter en staan meer in teken van de re-integratie van de patiënt en soms wordt zelfs de noodzakelijkheid van een opname zelf in vraag gesteld. Niettemin stellen de meeste ziekenhuizen dat er nog een lange weg te gaan is om te komen tot 'de patiënt in zijn natuurlijke omgeving' als uitgangspunt.

8.3 Vertrouwen

Vertrouwen en interne legitimiteit van het netwerk ontstaat vaak door concreet samen te werken (Lee, et al., 2012) en de ervaring dat deelname aan een netwerk een meerwaarde zal creëren voor hun eigen organisatie en voor het netwerk als geheel. Wanneer het netwerk ook door de buitenwereld wordt erkend (externe legitimiteit), kan dit bepaalde spelers mogelijk stimuleren om hier deel van te willen uitmaken (Human & Provan, 2000; Provan & Kenis, 2007).

De gesprekspartners wijzen erop dat het vertrouwen over het algemeen groeit naarmate ze elkaar beter leren kennen en concreet beginnen samenwerken. Partners krijgen meer inzicht in elkaars werking, meer begrip voor elkaars positie en houden meer rekening met elkaar. Deze evolutie is het meest merkbaar tussen de GGZ- en andere sectoren, waar het over het algemeen gaat over partners die elkaar voordien nauwelijks kenden of met elkaar in contact kwamen, weinig of de verkeerde verwachtingen hadden t.a.v. elkaar, die meestal ook niet rechtstreeks met elkaar in concurrentie zijn, en die nu opeens opportuniteiten zien om samen op bepaalde noden te antwoorden. Het proces van het elkaar leren kenne en de onzeker ingeschatte randvoorwaarden (de overheidsregulering) impliceert dat het soms lang duurt voor er concreet samen aan de slag wordt gegaan. Het opbouwen van vertrouwen betekent overigens niet dat het wantrouwen of kritische attitude tussen partners noodzakelijk verdwijnt (zie infra).

8.3.1 Samenwerkingsgeschiedenis tussen partners

In de eerste rapporten is erop gewezen dat de samenwerking die er al was tussen partners vóór de start het hervormingsprogramma kan een positieve invloed hebben op het vertrouwen tussen partners. De recente gesprekken leren echter ook dat de samenwerking voor het instappen als netwerk in de hervorming, vooral beperkt was tot partners uit dezelfde sector (meestal enkel op klinisch niveau met andere GGZ-partners) en in dezelfde (sub-)regio. De huidige netwerken zorgen er ook voor dat heel wat nieuwe spelers aan boord komen waarmee vroeger nog niet is samengewerkt en dat hetzelfde proces moet doorlopen worden: dat fenomeen is vooral aangehaald in complexe netwerken en netwerken die in een uitgestrekte regio werken.

Sommige partners geven overigens ook aan dat een eerdere samenwerking tussen een beperkt aantal partners de huidige netwerkontwikkeling en samenwerking kan belemmeren, zeker in die netwerken waar er verschillende historisch gevormde “cliques” nu moeten integreren in een groter netwerkgeheel – al dan niet onder druk van de overheid – Net zoals het opbouwen van vertrouwen tijd nodig heeft, hebben historisch gewortelde problemen en wantrouwen evenzeer tijd nodig om te overstijgen.

8.3.2 Verschillende netwerkniveaus

Partners wijzen op het belang dat *alle* niveaus van de partnerorganisaties die instaan voor verschillende types netwerkactiviteiten elkaar onderling leren kennen, verwachtingen op elkaar kunnen afstemmen en zo vertrouwen opbouwen – van directieleden tot veldwerkers – . In dit stadium van de netwerkuitbouw is dat nog niet het geval. Zo kan het zijn dat partners op het bestuursniveau wel het gevoel hebben dat er vertrouwen is tussen netwerkpartners maar wordt dit op het terrein helemaal niet zo ervaren, of omgekeerd.

8.3.3 Meerwaarde en belangen

Vertrouwensopbouw wordt vaak gelinkt aan de verwachting dat de andere actoren zullen voldoen aan hun verplichtingen en zich op een voorspelbare manier zullen gedragen. Het gaat hier om een complex proces waarin impact van beeldvorming en (impliciete) verwachtingen bij partners over andere partners een cruciale rol spelen. In het afstemmen van wederzijdse verwachtingen van partners is nog een weg te gaan, en dan vooral over de beeldvorming die ontstaat over de meerwaarde van het netwerk als geheel.

- De eerste lijn uit haar bezorgdheid over de vastgestelde of verwachte toename van het aantal cliënten met een GGZ-problematiek binnen de eerste lijn en vreest er helemaal alleen voor te komen staan omdat ze vermoeden niet op de GGZ-partners te zullen kunnen rekenen voor ondersteuning. Deze bezorgdheid wordt vooral geuit in regio's waar geen 2b teams actief zijn of met wachtlijsten voor nieuwe aanmeldingen.
- GGZ-partners hebben dan weer vaak het gevoel dat niet-GGZ partners nogal gemakkelijk naar hen kijken om ‘alles maar op te lossen’ wanneer ze met een cliënt met mentale problemen geconfronteerd worden. Bij sommigen ontstaat het gevoel dat het netwerk in de hand werkt dat “gevallen” naar elkaar worden doorverwezen zonder uit te zoeken waar en hoe samen naar een oplossing wordt gezocht.

Een ander type belang heeft te maken concurrentie tussen netwerkpartners die hun eigen positie en belangen afschermen: bijvoorbeeld waar meerdere (psychiatrische) ziekenhuizen betrokken zijn speelt onderlinge concurrentie over de rol van ziekenhuizen of ziekenhuisdiensten. Toch groeit via de netwerken volgens de gesprekpartners het besef dat het niet efficiënt is dat elk ziekenhuis een volledig of overlappend zorgpakket aanbiedt en sommige ziekenhuispartners durven samen al hardop nadenken over een betere wederzijdse afstemming. Dat wil echter nog niet zeggen dat het stadium al bereikt is om structurele afspraken te maken. Ziekenhuizen willen niet in een onderlinge afhankelijkheidspositie terecht komen. Verder wordt het proces beïnvloed door het feit dat de netwerken over het algemeen nog altijd gezien worden als veel te 'vrijblijvend' om tot verregaande taakafspraken te komen. In principe kunnen partners nog altijd vrij toetreden of vertrekken: er zijn geen belonings- of sanctioneringsmechanismen voor (niet-)deelname aan het netwerk. de stap naar samenwerking als "één geheel netwerk" wordt nog niet gezet: de autonomie van de partners primeert of het geheel

De partners die een meerwaarde zien in het netwerk hebben het vooral over: onderlinge kennismaking, informatie- en kennisdeling, afstemming en terugkoppeling in functie van de noden en zorgvragen, gerichtere doorverwijzing, en intersectoriële en regionale samenwerking. Een aantal partners voelt zich, naar eigen zeggen, ondertussen deel uitmaken van een groter geheel dat vernieuwend is.

- Sectoren die voorheen nauwelijks gekend waren, werden door het overheidsprogramma betrokken, en de netwerkregio's zijn voor veel partners veel ruimer dan hun normale actieterrain. De meeste partners hebben op die manier via het netwerk nieuwe partners leren kennen uit de belovende sectoren en opportuniteiten tot samenwerking ontdekt die ze voorheen niet zagen ("men ziet maar wat men kent").
- Partners krijgen door samen te werken beter zicht op elkaars (goede) praktijken- bijvoorbeeld nieuwe zorgmethodieken - en durven daardoor hun eigen werking bijsturen of in vraag stellen.

Maar niet alle partners zien al een meerwaarde in het netwerk of ervaren meerwaarde voorlopig enkel 'in theorie':

- een aantal GGZ-partners verwijst naar samenwerkingen die bestonden zonder het huidige programma en voelen geen verschil. Er wordt op gewezen dat de activiteiten, naast de ontwikkeling van de mobiele teams, het gebruik van enkele - vaak reeds bestaande - operationele tools op klinisch niveau niet overstijgt. Zij vinden dat geen (of nauwelijks) structurele en/of strategische samenwerking tussen de partners in functie van de cliënt ontwikkeld.
- de ggz partners zien in het netwerk vooral een meerwaarde te beschouwen voor de niet-GGZ en eerstelijnspartners: deze zouden via het netwerk nu een kanaal gevonden hebben langs waar ze hun patiënten of cliënten met een GGZ-problematiek gemakkelijker kunnen toeleiden.
- De meeste partners uit de eerstelijnszorg erkennen op dit moment vooral de meerwaarde van de mobiele werking. Verder zien ze nog heel wat potentieel in het netwerk maar geven ze tegelijkertijd ook aan dat echte netwerk-werking nog verder moet groeien:

Uit de gesprekken in 2015 valt op dat de roep groot wordt naar concrete realisaties die een meerwaarde bieden voor de partners en voor het netwerk als geheel. Er moet naar gestreefd worden dat activiteiten worden ontwikkeld die ook voelbaar zijn binnen de partnerorganisaties.

- Mensen op de werkvloer – bijvoorbeeld in het ziekenhuis – hebben volgens sommige partners vaak weinig boodschap aan verhalen rond samenwerking omdat directe werk daar op zich weinig mee te maken heeft. Dit is helemaal anders voor bijvoorbeeld het personeel van de mobiele teams of de revalidatiecentra. Deze teams zijn ontstaan in de schoot van het netwerk en samenwerking met andere netwerkpartners staat dan ook centraal in hun werking.
- Veranderingen vergen tijd, vooral om door te dringen tot het terrein en concrete realisaties tot stand te brengen. Soms leidt dit tot frustraties, bijvoorbeeld bij de terreinwerkers en de 1e lijn, omdat ze het gevoel hebben dat, ondanks al het ‘netwerken’, de patiënt (nog steeds) niet direct geholpen worden. Op het werkverld ontstaat hier en daar de reactie dat veel gepraat wordt over samenwerking maar te weinig concreet actie of werkwijzen worden opgezet rond concrete patiënten.
- Verder leeft de angst dat de netwerken niet werken vanuit een geïntegreerd strategische benadering. Er wordt op gewezen dat nieuwe ‘hokjes’ ontwikkeld zullen worden die aanleiding zal geven tot een verdere verkaveling van het zorglandschap in plaats van een integratie van alle functies en efficiënte verwijzingen en samenwerking op het brede veld van zorg.

Er wordt op gewezen dat de netwerken ook impact begin hebben op de interne werking van ledenorganisaties binnen de individuele partnerorganisaties soms verschillende snelheden ontstaan tussen de personeelsleden die al meer geëvolueerd zijn naar een ‘netwerkdelen’ en degenen die vooral bezig zijn met de eigen organisatie. In de verschillende werk- en themagroepen ontwikkelen langzaam meer een netwerkhouding, los van de eigen organisatie. Tezelfdertijd leidt dit er soms toe dat er een spanning ontstaat tussen de “netwerklogica” en de logica van de eigen organisatie, en dat sommige vertegenwoordigers van partners in het netwerk zich belemmerd voelen omdat de eigen organisatiehiërarchie of interne procedures het samenwerken vertraagt.

Er wordt gerapporteerd dat de netwerken een “gezicht” beginnen krijgen in sommige regio’s. Dat heeft te maken met concrete activiteiten van mobiele teams maar de ontwikkeling van activiteiten in andere kernfuncties zorgt ervoor dat spelers in het zorgaanbod iets meer zien van wat een netwerk kan betekenen. Toch worstelt de sector nog altijd met de identiteit van deze hervormingsbeweging omdat buitenstaanders nog altijd niet het verschil zien met bijvoorbeeld eerder pilootprojecten en initiatieven

Verschillende partners geven aan dat de netwerken veel meer zouden moeten inzetten op de verspreiding van de ‘successen’ van het netwerk, op alle niveaus van de organisaties, zodat dit tot meer begrip en gedragenheid leidt voor het netwerk.

9 Netwerkbestuur - 'governance'

In dit hoofdstuk zoomen we dieper in op het strategische en het operationele netwerkbestuur. 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).

Netwerken worden effectiever wanneer ze erin slagen om een bestuursmodel te ontwikkelen dat aansluit bij het "type netwerk" (zie bv. Provan & Kenis, 2007). De effectiviteit van een bestuursmodel is afhankelijk van het vertrouwen tussen partners, de overeenstemming m.b.t. de doelstellingen van het netwerk en de taakcomplexiteit. Het besturen en het zoeken naar adequate bestuursmodellen is een van de belangrijke leerprocessen die de netwerken moeten doorlopen. Die zoektocht zette zich in 2015 door. Netwerken worstelen met het vinden van een goede balans tussen participatie van partners op alle netwerkniveau's en efficiënt en effectief bestuur dat aanzet tot actie.

Eerst schetsen welke veranderingen netwerken doorvoeren in hun bestuursmodel. In het tweede deel bespreken we het "besturen", de wijze waarop beslissingen tot stand komen.

9.1 Het bestuursmodel

Het bestuursmodel verwijst naar de organisatiestructuur van de verschillende bestuursorganen in het netwerk. Er bestaan netwerken met eenvoudige bestuursmodellen, met weinig hiërarchische tussenniveaus en een beperkt aantal bestuursorganen, en netwerken met complexe modellen waarin meerdere hiërarchische bestuurslagen en overkoepelende (thematische) overlegstructuren zijn gecreëerd.

Alle netwerken hebben sinds de opstart het bestuursmodel aangepast: ofwel door te sleutelen aan taken of samenstelling van bestaande bestuursorganen, ofwel door bepaalde bestuursorganen te ontbinden of bij te creëren. Er lijkt zich een beweging door te zetten naar meer complexe bestuursmodellen: er worden meer organen gecreëerd dan dat er ontbonden zijn.

9.1.1 Bestuursstructuur – beschrijving van de complexiteit van het bestuursmodel

Het aantal bestuursorganen (strategisch en operationeel) dat wordt vermeld varieert tussen de netwerken van 7 tot 18.

Met uitzondering van één netwerk beschikken alle bevraagde netwerken over een bestuursorganogram. Voor iets meer dan de helft van die netwerken worden daarin zowel strategische als operationele bestuursorganen geïdentificeerd en wordt de hiërarchische verhoudingen tussen organen aangegeven.

In veel gevallen is die oefening om het bestuursmodel uit te klaren gemaakt in 2015, soms naar aanleiding van een coaching rond besturen van netwerken. Vele netwerken geven echter aan dat de oefening over het besturen en bestuursmodellen nog een lange weg te gaan heeft,

De grootste gemene deler van de bestuursorganogrammen omvat:

- bestuursorganen die instaan voor de strategische beslissingen, meestal een stuurgroep en een netwerkcomité¹⁴.
- operationele bestuursorganen om de vijf kernfuncties vorm te geven (functiegroepen).
- 'vaste' thematische of functionele werk- en adviesgroepen die meestal instaan voor de inhoudelijke uitwerking, verdieping of opvolging van specifieke aspecten binnen de kernfuncties of op netwerkniveau, bv. financiële werkgroep, themagroep arbeid, adviesgroep vorming 1^e lijn, enz.
- (tijdelijke) ad hoc werkgroepen – vaak ingebed binnen de verschillende functiegroepen - die over het algemeen een duidelijk afgebakende opdracht hebben en die na het voltooiën hiervan ook weer opgedoekt worden.
 - Deze worden meestal niet als aparte bestuursorganen opgenomen in het organigram, hoewel de netwerken hier wel in verschillen. Sommigen van deze ad hoc werkgroepen krijgen na verloop van tijd wel een meer duurzaam karakter en evolueren dan naar een vaste (thematische) werkgroep met een duidelijke plaats binnen het bestuursmodel.

Vier netwerken hebben functie- en/of werkgroepen op subregionaal niveau ontwikkeld (wat de complexiteit van het bestuursmodel vergroot)

De rol van de netwerkcoördinator wordt in alle netwerken als onmisbaar ervaren. De verdere ontwikkeling van het netwerk zou volgens alle netwerkpartners stilvallen indien die functie zou verdwijnen. Toch is het nog een leerproces hoe de netwerkcoördinator een plaats krijgt in het bestuur. In 2015 identificeert slechts een minderheid van de netwerken de netwerkcoördinator(en) als onderdeel van het bestuursmodel.

- Sommigen hiervan hebben het voorbije jaar een coaching gekregen m.b.t. het netwerkbestuur die hen geprikkeld heeft verder na te denken. Zo horen we in aantal van deze netwerken ze de weg inslaan van een bredere (strategische) coördinatierol, waarin de coördinatoren samen met enkele kernpartners (i.e., in de eerste plaats de netwerkpromotoren) het strategisch netwerkbestuur op zich nemen. De respondenten zien in dat bestuur een belangrijke rol weggelegd voor de coördinator als neutrale figuur in het netwerk – die de belangen op het niveau van de organisaties overstijgt en die van het netwerk als geheel kan behartigen –. Een gedeeld bestuur zorgt er ook voor dat niet alle verantwoordelijkheden bij de coördinator komen te liggen.

¹⁴ In de netwerken wordt een heel uiteenlopende terminologie gebruikt voor de bestuursorganen. Om de consistentie in het rapport te bewaren, gebruiken we steeds de termen 'stuurgroep' en, indien van toepassing, 'dagelijks bestuur' voor de organen die (mede) instaan voor de strategische beslissingen van het netwerk.

In veel andere netwerken is de rol van de netwerkcoördinator(en) in het bestuur nog niet uitgeklaard en/of geëxpliciteerd. Het gevolg is dat er vaak onderliggende, soms tegenstrijdige, verwachtingen heersen bij de netwerkpartners – in het bijzonder bij bestuursleden – waardoor de coördinatoren (steeds meer) onder druk komen te staan.

9.1.2 Veranderingen in het bestuursmodel

In (bijna) alle netwerken is het bestuursmodel aangepast. We onderscheiden drie types veranderingen:

- vernieuwde samenstelling van bestaande bestuursorganen.
 - Zowel in een aantal functiegroepen als in de strategische bestuursorganen worden nieuwe partners opgenomen: vooral eerste-lijn, familie- en patiëntenvertegenwoordiging, verslavingszorg en internering.
- inhoudelijke opdrachtverschuivingen van bestaande bestuursorganen:
 - door nieuwe rolomschrijving en taakafbakening worden soms bestuursorganen samengevoegd met anderen of gewoon opgeheven.
- nieuwe bestuursorganen:
 - nieuwe organen zijn in het leven geroepen vooral door de uitwerking van alle kernfuncties of door de integratie van activiteiten over de kernfuncties heen.
 - in enkele netwerken is een nieuw bestuursorgaan gecreëerd rond financiële beheersaspecten: vb de personeelsaangelegenheden van de mobiele teams (in het bijzonder wanneer die worden bemand vanuit verschillende werkgevers) of de aansturing van een revalidatiecentrum onder RIZIV-conventie. Hierin zetelen over het algemeen dan de vertegenwoordigers van de partnerorganisaties die de middelen inbrengen en/of projectpromotor. De stuurgroep – met een veel bredere vertegenwoordiging – stuurt verder alle andere strategisch aspecten aan van het netwerk.
 - Verschillende netwerken gebruiken thematische (advies)raden die input leveren aan de stuurgroep maar zelf geen beslissingsmacht hebben,
 - De functiegroepen op het operationele bestuursniveau hebben over het algemeen uitvoerende en/of voorbereidende en adviserende bevoegdheden. Soms krijgen ze wel een beperkte beslissingsbevoegdheid binnen een vooraf begrensd mandaat.

9.1.3 Bestuursdeelname

De residentiële GGZ-partners, m.n. de psychiatrische ziekenhuizen, PVT's, PAAZ'en, de verslavingszorg en vertegenwoordigers uit de mobiele teams en initiatieven beschut wonen, zijn in meer dan de helft van (en soms in bijna) alle strategische en operationele bestuursorganen vertegenwoordigd.

In ongeveer de helft van de netwerken zijn ook de CGG's over de verschillende bestuursorganen vertegenwoordigd.

De eerstelijnszorg in zo goed als alle netwerken op het strategische bestuursniveau vertegenwoordigd, hoewel zij veel minder deelnemen aan andere bestuursorganen.

De welzijns-, tewerkstellings- en huisvestingssectoren zijn in veel minder bestuursorganen vertegenwoordigd en vinden we bovendien minder vaak op het strategisch niveau terug.

- Eén van de kleinere partners merkte tijdens een gesprek op dat de selectie voor aanwezigheid in bepaald bestuursorganen of voor bepaalde rollen, zoals bijvoorbeeld de rol van functievoorzitter, op dit moment gewoon gebeuren op basis van welke organisatie hier in kan investeren in plaats van welke organisatie de meest geschikte persoon kan aanleveren.

9.2 Ervaringen van de netwerkpartners met het bestuursmodel

9.2.1 Betrokkenheid van de partners in het netwerkbestuur

Verhouding PZ & PAAZ

Omwille van de concurrentie tussen PAAz (die soms in een periode van bedden groei zitten) en psychiatrische ziekenhuizen (die vaak aan beddenbevrozing doen) is het niet altijd gemakkelijk hun beider rol en betrokkenheid in het bestuur af te bakenen. In sommige netwerken worden de PAAZ niet of nauwelijks betrokken in de strategische bestuursorganen. Deze concurrentie speelt ook binnen functie 4.

Het vertegenwoordigingsprobleem.

Voor sommige vertegenwoordigers in het netwerkbestuur is het onduidelijk of en welke achterban ze vertegenwoordigen: De personen die bepaalde groepen vertegenwoordigen zijn ook niet altijd stabiel wat soms de indruk geeft dat niet altijd dezelfde boodschap wordt verkondigd.

- huisartsen en psychiaters spreken niet met één stem waardoor het moeilijk is afspraken te maken die gedragen zijn door, bijvoorbeeld, dé huisarts of dé psychiater of hét OCMW.
- in alle netwerken participeren verschillende huisartsen, OCMW's, CAW's, enz. uit hun regio, die niet noodzakelijk individueel vertegenwoordigd zijn in het bestuur. Dat zorgt ervoor dat mogelijk de stem van deze of gene partner aan bod komt in het bestuur, maar niet noodzakelijk van alle organisaties die mee participeren in de activiteiten van het netwerk
- De gebrekkige participatie van psychiaters wordt in de breedte als een groot gemis ervaren. In slechts enkele netwerken zijn de partners er tot nu toe in geslaagd een (of meerdere) psychiater(s) effectief mee aan tafel te krijgen tijdens overlegmomenten. Veel partners tonen een zeker begrip voor het feit dat de artsen niet altijd fysiek aanwezig kunnen zijn op *alle* overlegmomenten. Ze wijzen regelmatig op het probleem van de prestatiefinanciering (idem voor de huisartsen) maar ook op de veelheid aan taken en functies die veel psychiaters moeten combineren. Tegelijkertijd is er een behoefte aan soort 'woordvoerder' die zowel het verhaal kan doen bij collega-artsen als de stem zijn van deze groep bij het besturen van het netwerk. Veel partners hebben het gevoel dat er nu wel ideeën worden gegenereerd en activiteiten ontwikkeld maar zonder de visie van de psychiaters te kennen en dus zonder te weten of hun inspanningen ook effectief tot concrete actie zal leiden.
- Het blijkt niet altijd eenvoudig om geschikte vertegenwoordigers voor patiënten en families te vinden. Vooral voor het strategisch bestuursniveau vinden een aantal netwerken moeilijk kandidaten. Het feit dat de vele vergadermomenten een hoge

(werk)druk opleggen, kan volgens de netwerkpartners voor familieleden een extra drempel vormen aangezien zij daarnaast vaak nog zorgtaken en/of een job hebben. Verder wijzen een aantal partners er op dat het zowel voor familieleden als voor patiënten zelf niet altijd eenvoudig is om de eigen concrete situatie los te laten en tot een bepaald abstractieniveau te komen.

9.2.2 Onduidelijke rolafbakening tussen de bestuursorganen

Netwerken worstelen veel met de precieze rolafbakening van bestuursorganen. De praktijk leert dat de strategische bestuursorganen niet louter strategisch en de operationele bestuursorganen niet louter operationeel werken. Het gevolg is dat er geregeld inhoudelijke overlap ontstaat tussen de verschillende bestuursorganen. Dat is niet altijd een probleem maar het leidt vandaag nog tot veel inefficiëntie. Partners die in verschillende organen zetelen, krijgen sommige (agenda)punten daardoor meermaals op hun bord. Daar staat dan weer tegenover dat sommige partners vinden niet volwaardig betrokken te worden wanneer sommige aspecten niet overal besproken kunnen worden. Over het algemeen Het inzicht groeit in netwerken die wat verder staan in hun uitrol dat niet iedereen altijd bij alles betrokken moet zijn, maar dat cruciaal ook gewerkt moet worden aan opbouw van vertrouwen. Bij velen leeft de angst om iets te missen en niet betrokken genoeg te worden. Partners in het netwerk vinden het niet makkelijk 'los te laten' uit angst dat hun belangen niet verdedigd worden.

De brede(re) stuurgroep is op papier vaak gedefinieerd als de hoogste beslissingsmacht in het netwerk, terwijl veel partners menen dat het in de praktijk onduidelijk is wie de beslissingen neemt.

- Dit is vooral het geval wanneer er naast de stuurgroep een dagelijks bestuur of andere strategische adviesgroepen (be)staan. Die onduidelijkheid wordt meestal toegeschreven aan het feit het groot aantal partners in de stuurgroep diepgaande inhoudelijke discussies bemoeilijken terwijl het formeel wel de aansturende groep zou moeten zijn. Het overleg met de stuurgroep wordt in de realiteit dan geregeld gereduceerd tot een informatiemoment, eventueel besloten met een pro forma bekrachtiging van *'een reeds genomen beslissing'* in ander organen. Als tegenargument wordt ingebracht dat in werkgroepen of andere organen die deze beslissingen voorbereiden alle essentiële partners betrokken zijn diepgaande inhoudelijke discussies. Deze voorbereidingen zorgen voor een draagvlak voor beslissingen waardoor het niet nodig is om in de stuurgroep (nogmaals) tijd te besteden aan een inhoudelijk debat. Bovendien zou dit een oplossing (kunnen) betekenen voor de intensieve vergaderfrequentie die voor veel partners moeilijk te volgen is. Stuurgroepleden wordt volgens de pleitbezorgers van dit model niet het recht ontzegd om te interpellieren over voorstellen tot beslissingen. Daartegenover stellen sommige stuurgroepleden dat ze het gevoel hebben "dingen te missen" indien ze niet van bij aanvang betrokken werden bij de inhoudelijke discussies, wat volgens henzelf eigenlijk zo niet hoort te zijn. Verder vraagt dit model van de stuurgroepleden sowieso veel tijd om zich voor te beiden of vooraf af te stemmen binnen hun eigen organisatie. Sommigen wijzen ook op de sociale druk die ontstaat, omdat eventueel Uitsstel van beslissing tot vertraging van de implementatie leidt, wat tot frustraties en frictie kan leiden tussen de netwerkpartners.

Van de vertegenwoordigers op het operationele bestuursniveau, i.e., de functiegroepen, hoorden we geregeld dat het voor hen niet heel duidelijk is welk beslissingsmandaat ze precies hebben. De vraag wordt geregeld gesteld of ze nu wel of niet bepaalde zaken ter goedkeuring of bekrachtiging moeten voorleggen aan de stuurgroep. Binnen sommige netwerken komen discussies op gang over of de stuurgroep zich enkel met algemeen strategisch beleid moeten bezighouden of ook met operationele zaken.

9.2.3 Brede participatie en het efficiëntie & effectiviteitsvraagstuk

In de praktijk zijn de meeste netwerken –in het bijzonder complexe netwerken op zoek naar een goede balans tussen het betrekken van zoveel mogelijk partners en een efficiënt of slagkrachtig netwerkbestuur. Het spanningsveld tussen effectief en efficiënt besturen is een belangrijk leerproces, dat majeure implicaties heeft voor het ontwikkelen van vertrouwen en het afstemmen van visies en meningen tussen partners (zie supra). Dit probleem speelt vooral op het strategische bestuursniveau waar gezocht wordt naar wegen om de vertegenwoordigers uit de verschillende sectoren mee een strategische rol te geven. Netwerken woekeren met tijd en vergaderfrequentie om de meningen en het begrip van alle partners op elkaar af te stemmen.

- Een aantal netwerken zoekt actief naar wegen om familie- en/of patiëntenvertegenwoordiging aan boord te krijgen op het strategische niveau. De belangrijkste zorg is in dit verband de tijd die het vraagt om de verschillende bestuursvaardigheden en visies of besturen van diverse partners op elkaar afgestemd te krijgen en beslissingen te nemen die aanzetten tot actie (i.e. efficiëntie).

Veel partners (en vaak dezelfde vertegenwoordigers) zetelen bovendien in verschillende bestuursorganen – en zelfs in meerdere netwerken – die allemaal hun eigen vergadermomenten en –ritme hebben. Partnerorganisaties die zich minder betrokken voelen of weinig marge hebben qua personeelscapaciteit dreigen hierdoor af te haken of beginnen soms keuzes te maken (zie ook tijdsbelasting) m.b.t. de noodzaak van hun aanwezigheid in de verschillende bestuursorganen, meestal in functie van de belangen van hun eigen organisatie.

In sommige netwerken neemt het risico op demotivatie en vermoeidheid toe. Bovendien wordt erop gewezen dat door het uitrollen van functiegroepen en activiteiten in de verschillende functies er een scheiding dreigt te ontstaan tussen het strategische niveau van het netwerk als geheel en de groepen die functie willen vormgeven.

- Zeker terreinwerkers hebben soms het gevoel dat het bestuur een ‘praatbarak’ is die de voeling met de (klinische) realiteit kwijt is. Zij blijven vaak dan ook gewoon op hun eigen manier doorwerken of sluiten zelf (impliciet of expliciet) bilaterale akkoorden op het terrein. Het risico bestaat dat de aldus gepercipieerde kloof alleen maar groter wordt en dat de terreinwerking in de realiteit uiteenvalt in verschillende deelwerkingen.

In een poging om de efficiëntie en effectiviteit van het netwerkbestuur te verhogen, opteert een aantal netwerken er bewust voor om het aantal partners in de strategische beslissingsorganen te beperken en/of om met een systeem van afvaardiging te werken: vanuit de kernfuncties via de functievoorzitters, vanuit de subregio's via subregionale coördinatoren.

Tastbare acties realiseren

Het bestuur speelt een belangrijke rol om een netwerk concrete en gecoördineerde activiteiten in de praktijk te laten uitvoeren (Provan & Kenis, 2007). Veel opmerkingen in de gesprekken wijzen dat op dit vlak de hervormingsbeweging en sommige netwerken nog zeer kwetsbaar zijn in het vinden van een balans tussen rekening houden met elkaar, elkaar leren kennen en het uitrollen van concrete acties. Uit de gesprekken blijkt dat promotoren, coördinatoren en bestuurders met die evenwichtsoefening worstelen. Soms is er te weinig geduld van de partners, soms te weinig inbreng en betrokkenheid om 'een nieuw verhaal' te trachten schrijven. Het netwerk is vaak geen prioriteit voor de directies van de individuele organisaties, zeker wanneer er ook veel in beweging is binnen de eigen organisatie (bv. een fusieproces of interne reorganisatie) en wanneer ze weinig terugvinden van hun eigen visie, belangen & interesses in het netwerk.

In die zin erkennen spelers ook het belang dat de overheid "externe" druk uitoefent die aanspoort om nieuwe werkwijzen in de praktijk uit te voeren omdat intern vanuit de groep niet altijd snel genoeg wordt overgaan tot actie.

9.2.4 Een attitude om te werken vanuit een netwerkvisie?

De ontwikkeling van een gedeelde netwerkvisie blijft een werkpunt. Het vraagt een continue inspanning om met zoveel verschillende partners tot een gezamenlijke (zorg)visie te komen. Daarin speelt zowel het gegeven dat partners moeten samenwerken die vanuit een uiteenlopende zorgbenadering of -filosofie werken, een andere ideologische achtergrond hebben als het feit dat sommige belangrijke partners voor de uitvoering van de werkwijze (zoals psychiaters) niet opduiken aan de bestuurstafel

De belangrijkste opmerking die wordt gemaakt is dat partners op het terrein, binnen het samenwerkingsverband, nog steeds vanuit hun eigen visie blijven werken zonder noodzakelijk rekening te houden met de netwerkvisie. In sommige netwerken wordt overigens geen debat gevoerd over een gedeelde strategische visie en houdt het netwerk zich vooral bezig met de operationele uitwerking van concrete (deel)projecten binnen de kernfuncties en met coördinatieafspraken.

- In een aantal netwerken zegt men in de loop van de tijd samen naar een gedeelde zorgvisie, i.e. de herstelvisie, te zijn geëvolueerd en menen de partners dat ze die in de dagdagelijkse werking rond de patiënt ook effectief in de praktijk brengen. Deze vastleggen in een strategische visietekst blijkt echter nog een brug te ver.

Over het algemeen wordt nog steeds gezocht naar een attitude bij alle partners die het netwerkdenken feitelijk ondersteunt, waarin de partners bereid zijn hun eigen belangen en visie af te stemmen met het netwerkverhaal. Sterker nog, in veel netwerken wordt dit debat bewust vermeden of op de lange baan geschoven

9.2.5 Het bindende karakter van netwerkbeslissingen

Op het strategisch bestuursniveau wordt niet altijd alles onder de partners op een open en transparante manier aangekaart. Dat betekent niet dat er "oppositie" tegen het netwerk wordt gevoerd maar er is zeker sprake van voorzichtigheid en terughoudendheid van diverse partners. De partners zelf verwijzen in dat verband naar de bestuurlijke "vrijblijvendheid", omdat

bestuursorganen geen bindend mandaat hebben om activiteiten van ledenorganisaties aan te sturen. Partners stellen zich ook vragen over de gedeelde eindverantwoordelijkheid van gemeenschappelijke initiatieven. Het feit dat de netwerken en netwerkbesturen zelf geen (hiërarchische) organisatie of raad van bestuur zijn – en dus niets kunnen opleggen en partners volledig vrij zijn om zich al dan niet te houden aan gemaakte afspraken – zorgt bij heel wat directies voor een zekere terughoudendheid in het collectieve netwerkverhaal.

- Enkel in minder complexe netwerken nemen bestuurders en partners onderling het 'risico' om andere partners meer op hun verantwoordelijkheden wijzen. Vaak is dat gegeven makkelijker omdat er al een principiële akkoord was over de richting en de rol van het netwerk.
- Een aantal netwerken probeert dit te ondervangen via formele (samenwerkings)overeenkomsten, bepaalde vormen van bestuurlijke controle en/of via specifieke overlegorganen waarin enkel de directieafgevaardigden zetelen van organisaties die (financiële) middelen inbrengen. Op die manier willen ze toch een zeker engagement creëren en (potentiële) netwerkpartners het gevoel geven dat ze niet geheel vrijblijvend aan tafel komen zitten.

9.2.6 Machtsverhoudingen tussen partners

Middelenbeheer

Hoewel alle netwerkpartners op een of andere manier investeren in het netwerk (via tijdsinvestering, detachering van personeel, ter beschikking stellen van materiaal of toegang verlenen tot bepaalde kennis, expertise of locaties), is de investering van de psychiatrische ziekenhuizen van directe financiële middelen via de afbouw van bedden heel zichtbaar en concreet. Hierdoor eigenen zij zich een centrale rol toe in de hervorming en in de netwerken. Tegelijkertijd is er het voorbije jaar heel erg ingezet op de ontwikkeling van allerlei activiteiten binnen de verschillende kernfuncties, waardoor ook andere actoren meer en meer op de voorgrond treden. Het feit dat de middelen in hoofdzaak binnen de GGZ-sector en in het bijzonder voor de mobiele teams worden ingezet, zet volgens veel respondenten vaak een rem op de implementatie van de andere kernfuncties, wat partners uit andere sectoren als contradictorisch ervaren met het onderliggende idee van de hervorming. Opvallend is dat de meeste netwerkpartners hiervoor niet naar de psychiatrische ziekenhuizen kijken maar veel meer naar de overheid, die extra financiering zou moeten voorzien.

In de meeste netwerken worden beslissingen over de inzet van de beschikbare middelen niet door het netwerk als geheel genomen. De partners die de middelen inbrengen, blijven die over het algemeen volledig zelf beheren¹⁵. In complexe(re) netwerken waarin meerdere ziekenhuizen middelen inbrengen, en waarin het vertrouwen tussen deze ziekenhuizen betrekkelijk laag is, leidt dit soms tot spanningen. Deze ziekenhuizen komen onderling moeilijk tot afspraken m.b.t. de taak- en middelenverdeling: ze willen zoveel mogelijk de controle blijven houden over de

¹⁵ Sommige netwerken hebben ondertussen wel een specifiek bestuursorgaan gecreëerd waarin alle partners die middelen inbrengen samen beslissen over de inzet ervan – zie paragraaf **Error! Reference source not found.**

middelen die vrijgekomen zijn door beddenbevriezing en willen ook een zo groot mogelijke 'return' voor de eigen organisatie.

- In een aantal netwerken leidt dit, bijvoorbeeld, tot de ontwikkeling van verschillende (soms kleinere) mobiele teams die elk gelinkt zijn aan het ziekenhuis dat hierin investeert en die slechts opereren binnen de actieradius van dit ziekenhuis. In deze netwerken beschouwen de andere netwerkpartners de mobiele teams dan ook veeleer als een differentiatie in het zorgaanbod van de residentiële sector in plaats van als een onderdeel van de beweging naar een vermaatschappelijking van de GGZ.

Wanneer de ziekenhuizen er in slagen om initiële concurrentiegevoelens te overstijgen, ervaren de overige netwerkpartners het netwerk uiteindelijk als 'meer gebalanceerd' in vergelijking met netwerken waarin slechts één psychiatrisch ziekenhuis is vertegenwoordigd. Deze laatsten blijven volgens de partners uit complexere netwerken 'altijd een beetje het project van dat ene ziekenhuis'.

Partners uit minder complexe netwerken ervaren dan weer een grotere transparantie en vertrouwen m.b.t. (het debat over) de inzet van de middelen omdat de verhoudingen tussen de partners van bij de aanvang als veel gelijkwaardiger worden ervaren. Ook al omdat er in deze netwerken weinig middelen beschikbaar zijn en schaarste in het aanbod. In zo'n omstandigheden voelt geen enkele partner zich bedreigd – er is werk genoeg – en de weinige middelen die er zijn, worden over het algemeen volledig in de werking van de mobiele teams gepompt.

Conflicthantering

Van echte 'conflicthantering' is in de meeste netwerken nog niet veel sprake. Fundamentele conflicten worden vaak 'omzeild' door één van de betrokken partijen niet (langer) actief te laten participeren in acties en heikele punten worden op de lange baan geschoven. Procedures om met conflicten om te gaan zijn er vaak (nog) niet (bv. een stemmingsprocedure); eventuele problemen worden ad hoc aangepakt. De netwerkcoördinator(en) spelen in dit verband vaak een cruciale rol.

- Sommige netwerken worstelen met het 'horizontale' model van een netwerk, waarin iedereen als evenwaardig wordt beschouwd en er geen echte 'trekkers' zijn die de verschillende belangen van de partners kunnen sturen – of verzoenen – en knopen kunnen doorhakken. Hierdoor geraakt de werking van het netwerk na verloop van tijd verlamd.

10 Faciliterende en remmende factoren bij de implementatie van het netwerk

In dit hoofdstuk brengen we een samenvatting van de remmende en faciliterende factoren die door de netwerkcoördinatoren, -promotoren en -partners zijn aangekaart die de realisatie van het netwerk als geheel en de functies beïnvloeden. Daarin spelen interne en externe factoren. Interne factoren verwijst naar elementen eigen aan het netwerk. Externe factoren verwijst naar omgevingsfactoren van het netwerk. (zie ook Leys et al., 2013).

In de vorige paragrafen die de ontwikkelingen en ervaringen uit de afgelopen jaren samenvat zijn al elementen aangebracht die een faciliterende of belemmerende rol kunnen spelen. Deze aspecten zijn mee opgenomen in de overzichtstabellen. In de tekstpassages nemen we enkel aanvullende inzichten op

10.1 de geografische uitrol

10.1.1 Visie op de geografische dekking van de netwerkregio

Er is nog weinig sprake van een langetermijnperspectief of strategische visie over de geografische uitrol. In tegenstelling tot de beginperiode blijkt uit de gesprekken dat het besef groeit dat dit potentieel belangrijk is. Verschillende elementen lijken te bepalen dat die denkoefening niet intensief wordt doorgevoerd:

- Ten eerste wordt veelvuldig verwezen naar een gebrek aan middelen. Voor sommige netwerken is het ontwikkelen een visie over de toekomstige dekking van de netwerkregio niet aan de orde, aangezien er toch niet voldoende middelen zijn om de geografische uitbreiding of implementatie ook effectief in praktijk te brengen.
- Ten tweede verwijzen de respondenten naar het ontbreken van een duidelijke toekomstvisie vanuit de overheid. Netwerken nemen een eerder afwachtende houding aan. Sommige respondenten stellen dat het netwerk niet verder 'durft' uitrollen of uitbreiden, uit vrees om teruggefloten te worden. Deze coördinatoren en promotoren willen eerst meer zekerheid over waar de overheid (bij monde van de FOD VVL) uiteindelijk naartoe wil.¹⁶

¹⁶ In het najaar 2015 heeft de federale overheid wel een visie over haar keuzes bekend gemaakt maar we hebben slechts één netwerk gesproken na dat de overheid hier een standpunt had over ingenomen .

Tabel 2: factoren die de geografische dekking van de volledige netwerkregio faciliteren of belemmeren

		Faciliterende factoren		Remmende factoren	
	Intern	Extern	Intern	Extern	
Funcctieoverstijgend	<ul style="list-style-type: none"> Betrekken en integreren van (bestaande initiatieven van) lokale diensten/organisaties Volledige regio voor ogen houden – alle delen van de regio mee betrekken 	<ul style="list-style-type: none"> Zorgaanbod in de netwerkregio: <ul style="list-style-type: none"> Uitgebreid aanbod Opportuniteit 	Gebrek aan financiële en/of personeelsmiddelen	<ul style="list-style-type: none"> Gebrek aan financiële en/of personeelsmiddelen Ontbreken van een duidelijke toekomstvisie vanuit de FOD 	
Funcctie 1	<ul style="list-style-type: none"> Volledige regio voor ogen houden – alle delen van de regio mee betrekken Betrekken en integreren van (bestaande initiatieven van) lokale diensten/organisaties (Toekomst)visie over de volledige geografische dekking van de netwerkregio 	<ul style="list-style-type: none"> Financiering die door de gewesten en/of provincies ter beschikking wordt gesteld Betrekken en integreren van (bestaande initiatieven van) lokale diensten/organisaties 	Gebrek aan financiële en/of personeelsmiddelen	<ul style="list-style-type: none"> Gebrek aan financiële en/of personeelsmiddelen Beperkt (zorg)aanbod in de netwerkregio 	
Funcctie 2a	<ul style="list-style-type: none"> Leerervaringen Betrekken en integreren van (bestaande initiatieven van) lokale diensten/organisaties (Toekomst)visie over de volledige geografische dekking van de netwerkregio 	Betrekken en integreren van (bestaande initiatieven van) lokale diensten/organisaties	Gebrek aan financiële en/of personeelsmiddelen	Gebrek aan financiële en/of personeelsmiddelen	
Funcctie 2b	<ul style="list-style-type: none"> Leerervaringen Betrekken en integreren van (bestaande initiatieven van) lokale diensten/organisaties (Toekomst)visie over de volledige geografische dekking van de netwerkregio Lokale partners die eigen financiële middelen herallokeren en/of personeel detacheren 	Betrekken en integreren van (bestaande initiatieven van) lokale diensten/organisaties	Gebrek aan financiële en/of personeelsmiddelen	<ul style="list-style-type: none"> Gebrek aan financiële en/of personeelsmiddelen Evaluatie vanuit FOD Boodschap vanuit FOD 	
Funcctie 3	<ul style="list-style-type: none"> Volledige regio voor ogen houden – alle delen van de regio mee betrekken Betrekken en integreren van (bestaande initiatieven van) lokale diensten/organisaties Lokale partners die eigen financiële middelen herallokeren en/of personeel detacheren 	<ul style="list-style-type: none"> Betrekken en integreren van (bestaande initiatieven van) lokale diensten/organisaties Opportuniteit 		<ul style="list-style-type: none"> Beperkt (zorg)aanbod in de netwerkregio Richtlijnen/normering 	
Funcctie 4	Betrekken en integreren van (bestaande initiatieven van) lokale diensten/organisaties	Betrekken en integreren van (bestaande initiatieven van) lokale diensten/organisaties			
Funcctie 5	Betrekken en integreren van (bestaande initiatieven van) lokale diensten/organisaties	Betrekken en integreren van (bestaande initiatieven van) lokale diensten/organisaties			Weinig tot geen betrokkenheid van lokale besturen

10.1.2 Het opdelen in subregio's

De netwerken die functies enkel subregionaal uitwerken in een deel van de regio lopen het risico dat ze de netwerkregio niet meer als één geheel zien, met mogelijks het ontstaan van aparte subregionale netwerkjes die hun eigen weg gaan en werkwijzen ontwikkelen. Er wordt overigens in de gesprekken op gewezen dat cultuurverschillen tussen subregio's het behoud van één netwerkaanpak bemoeilijkt.

10.1.3 (Zorg)aanbod in de regio

De aan- of afwezigheid van zorgaanbod in (een deel van) de netwerkregio bepaalt voor veel netwerken de geografische uitrol van het netwerk, ook op functieniveau. Om deels een antwoord te kunnen bieden op het ontbreken van bepaalde zorgvormen worden initiatieven eerst subregionaal geïmplementeerd

- Een uitgebreid zorgaanbod in de regio vormt een basis waarop voortgebouwd kan worden. Dit zou volgens de coördinatoren en promotoren motiverend werken en de implementatie vlotter laten verlopen.
- Vooral kleine tot middelgrote netwerken, in landelijke en gemengde gebieden, geven aan dat het ontbreken van zorgaanbod de uitrol van de vijf kernfuncties bemoeilijkt. Wanneer het aan bepaald zorgaanbod – zoals een IBW of PVT – ontbreekt in de netwerkregio, is het uiteraard moeilijk om hier een patiënt naartoe te sturen.

Indien er slechts een beperkt aantal partners in de regio aanwezig zijn, moet men telkens aankloppen bij dezelfde netwerkactoren. Omdat deze partners vaak betrokken zijn bij diverse initiatieven neemt voor hen de vergaderlast toe. Zij geven dan vaak de voorkeur om de beschikbare tijd te investeren in reeds geïmplementeerde activiteiten in plaats van telkens in te stappen in nieuwe activiteiten.

Het aanwezige zorgaanbod kan bovendien bepalend zijn voor de inhoudelijke invulling van de kernfuncties: eenzelfde initiatief dat subregionaal wordt uitgewerkt binnen één netwerkregio kan op een uiteenlopen manier (moeten) ingevuld worden o.w.v. het verschil in aanwezige netwerkactoren in die deelregio's.

10.2 De uitwerking van activiteiten

De interviews met de coördinatoren en promotoren leren dat het uitwerken van een “integrale netwerkbenadering” waarin functies geïntegreerd werken niet vanzelfsprekend is. De netwerken zijn over het algemeen functie per functie gestart, waardoor de samenhang tussen de verschillende kernfuncties (meestal) ontbreekt. Bovendien kijkt een aantal partners meer vanuit de eigen organisatie en beperken zich meer tot hun rol binnen een functie dan dat gewerkt wordt aan een gedeelde visie over het netwerk als geheel.

Er wordt in het verlengde veel gewezen op de moeilijke doorstroom tussen de functies. Dat heeft niet alleen met de visie te maken maar ook met praktische randvoorwaarden: coördinatoren wijzen op o.a. capaciteitstekort in de regio of functies die niet concreet zijn uitgewerkt.

- slechts één netwerk geeft expliciet aan een aanpak te ontwikkelen om de doorverwijzing zonder drempels of hiaten te laten verlopen.

Tabel 3: Factoren die de implementatie van de kernfuncties faciliteren of remmen

		Faciliterende factoren		Remmende factoren	
	Intern	Extern	Intern	Extern	
Funcctieoverstijgend	<ul style="list-style-type: none"> • Bijsturing bestuursmodel • Heldere gedeelde visie • Betrokkenheid (partner-) organisaties • Integreeren van bestaande activiteiten/ initiatieven • Lokale partners investeren 	Voldoende zorgaanbod in de regio	<ul style="list-style-type: none"> • bestuursmodel • Gebrek aan middelen • pragmatisme en ontbreken van een gedeelde visie • geen concrete actie en beslissingen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ontoereikende financiering • Ontbreken van zekerheid vanuit overheid • Tekort zorgaanbod in de regio • Beperkte betrokkenheid lokale besturen 	
Funcctie 1	integreeren van bestaande activiteiten /initiatieven	Financiering ELPPF		Tekort zorgaanbod in de netwerkregio	
Funcctie 2 (i.e. F2a & F2b)	<ul style="list-style-type: none"> • Aanpassingsvermogen MTs • Lokale partners investeren 	Bijsturing FOD	<ul style="list-style-type: none"> • Gebrek aan middelen • Regionale kenmerken: grote afstanden • Machtsverhoudingen tussen netwerkpartners • Te snelle implementatie 	<ul style="list-style-type: none"> • Ontoereikende financiering • Bijsturingen FOD 	

OPIH – Vrije Universiteit Brussel

Funcitie 3	integreeren van bestaande activiteiten		Gebrek aan middelen	Ontoereikende financiering vanuit FOD
Funcitie 4	<ul style="list-style-type: none"> • Inspraak partners in besluitvorming • Verbeterde relaties tussen partners 	Organisatorische veranderingen binnen ziekenhuizen	<ul style="list-style-type: none"> • concurrentie en competitie tussen partners 	<ul style="list-style-type: none"> • g een duidelijke omkadering vanuit de FOD • Organisatorische veranderingen binnen ziekenhuizen
Funcitie 5	integreeren van bestaande activiteiten		Andere prioriteiten van netwerkpartners	<ul style="list-style-type: none"> • Tekort zorgaanbod in de netwerkregio • Houding lokale besturen

Voldoende middelen en het adequaat inzetten ervan is een belangrijke voorwaarde om hervormingen te kunnen doorvoeren (Milat, Bauman, & Redman, 2015), zeker in een sector die al relatief ondergefinancierd is (Van Herck & Van de Cloot, 2013). Middelen zijn allicht vereist van de overheid, maar ook het heralloceren of inzetten van eigen middelen kan hierin ondersteunen (Øvretveit, Hansson, & Brommels, 2010). Het (gepercipieerde) gebrek aan financiële en personeelsmiddelen (zowel van netwerkpartners als de middelen die door de overheid) wordt als grootste barrière aangestipt om activiteiten in de volledige netwerkregio uit te werken en voor de uitwerking van functies

- De netwerken geven aan dat het capaciteitstekort waarmee ze kampen voor de uitrol van de mobiele teams niet kan worden aangepakt zolang er niet voldoende middelen zijn, hetzij vanuit de netwerkpartners zelf, hetzij vanuit de overheid. Dit zorgt op veel plaatsen ondertussen voor wachtlijsten, in de crisisteam, maar vooral in de teams voor langdurige zorg. Lange afstanden in vooral meer landelijke regio's wordt als een oorzaak aangehaald voor het capaciteitstekort bij de teams.

Een aantal netwerken haalt aan eerder pragmatisch te starten bij het invullen van de regio omdat de middelen initieel al zeer schaars waren en dat uit de afbouw van bedden niet veel extra middelen konden ingezet worden.

- Sommige netwerken met initieel beperkte middelen hebben – vooral wat betreft de uitwerking van de mobiele equipes – toch ingezet op de volledige netwerkregio. Zij motiveren dit enerzijds vanuit hun “visie op aanbod van zorg” als het feit dat ze verwachten dat de volledige netwerkregio uiteindelijk toch gedekt moet worden, dus dat het meteen van bij de start zo gaat werken.
- Voor de uitwerking van functie 1 wordt middelen die ter beschikking worden gesteld door het lokaal bestuur of vanuit de gewesten of provincies als faciliterende factor genoemd. Als middelen worden beschikbaar gesteld vanuit lokaal bestuur, wordt de regio anders ingevuld dan wanneer de middelen uit provincie of gemeenschap komen. Sommige middelen stimuleren zelfs de samenwerking tussen netwerken (netwerkoverstijgende geografische invulling)

In sommige netwerken investeren partners voor bepaalde functies eigen middelen – zowel financiële als personeelsmiddelen – om dienstverlening in de volledige regio te kunnen voorzien. Voorlopig blijft dit beperkt tot functies:

- In een zeer beperkt aantal netwerken zetten partners binnen functie 2b soms zelf middelen in. Het gaat om waar de mobiele teams enkel actief zijn in een deel van de netwerkregio,.
- Voor de implementatie binnen functie 3 detacheren partners vaak personeel.

Op de vraag of netwerken al zo ver staan dat ze interne naar nieuwe allocatiemodellen gaan van middelen wordt terughoudend gereageerd.

Aan de ene kant zijn er netwerken waar de partners, coördinatoren en promotoren wijzen op een algemeen tekort aan middelen dat ervoor zorgt dat niet eens het debat wordt gevoerd over herallocatie, aangezien er naar hun mening geen middelen te herverdelen zijn.

Aan de andere kant zijn er de netwerken waar de middelen tussen deelregio's ongelijk verspreid zijn. In deze netwerken lijkt het overwegen om middelen van de ene deelregio over te hevelen naar de andere deelregio nog moeilijk. Het meest geciteerde voorbeeld zijn PZ-die terughoudend zijn om de middelen die

vrijkomen door de bevrozing van bedden te investeren in een andere deelregio, of in functies waar zij niet/nauwelijks bij betrokken zijn.

- Als indirect gevolg van het gebrek aan middelen wordt ook gewezen op de impact die dit dreigt te hebben: Door wachtlijsten en capaciteitstekorten in (sub) regio haken verwijzers af omdat het netwerk niet (meer) de mogelijkheden heeft nog in te gaan op hulpvragen. Hoewel het fenomeen slechts is opgedoken in één netwerk, zijn de overige netwerken zich bewust zijn van dit risico. Het afhaken van verwijzers kan een bedreiging zijn voor het netwerk en de hervorming: wanneer partners het gevoel hebben dat ze met hun patiënten met (dringende) zorgvragen niet terecht kunnen bij het netwerk, zullen zij minder geneigd zijn om er beroep op te doen en misschien sneller terugrijpen naar het bekende van voor de hervorming.

Sommige netwerken sleutelen aan de In- en exclusiecriteria voor de mobiele equipes – zowel 2a als 2b – als reactie op de groeiende capaciteitsproblemen, en wordt de nadruk gelegd op patiënten met de grootste zorgvraag.

Netwerken proberen ook het capaciteitstekort of de wachtlijsten op te vangen via de inschakeling van andere actoren, zoals reguliere thuiszorgdiensten of diensten uit de projecten psychiatrische thuiszorg. Verdere afbouw van bedden wordt hier en daar – vooral in de beter bedeelde regio's – ook geopperd als een mogelijke piste om de capaciteit van de mobiele teams te vergroten maar op het moment van de bevraging, had de FOD daar nog geen groen licht voor gegeven.

Ondanks inspanningen die de netwerken zelf (bereid zijn te) leveren, wordt het al dan niet implementeren activiteiten rechtstreeks beïnvloed is door overheidsfinanciering.

- Een voorbeeld hiervan is de eerstelijnspsychologische functie (ELPF). Dit is één van de meest voorkomende initiatieven ontwikkeld binnen functie 1, maar zeker in de hand gewerkt omdat de Vlaamse overheid per provincie en voor Brussel-Hoofdstad één ELPF subsidieert. Deze functie enkel gecreëerd is in Nederlandstalige netwerken. In de overige Vlaamse netwerken waar dit initiatief niet ondersteund werd door de Vlaamse overheid, merken we dat ook hier uiteindelijk de stap werd gezet om een ELPF uit te werken met middelen van sommige netwerkpartners, al dan niet ondersteund door een aantal lokale beleidsactoren.

10.3 Het realiseren van zorg voor iedereen

Het bieden van toegankelijke, kwaliteitsvolle, gepaste GGZ aan alle inwoners van de netwerkregio, staat mee ingeschreven in het programma “naar een beter GGZ”. In die context stelt zich de vraag hoe iedereen uit de regio een gelijkwaardige geografische en/of financiële toegang heeft tot zorg, moet krijgen (Allan, 2014; Beecham, 2005). Dat betekent enerzijds dat lokale noden en behoeften goed moeten begrepen worden (WHO, z.d., Jones, 2000; Shortt, Moore, Coombes, & Wymer, 2005; Thornicroft, Strathdee, & Johnson, 1995) Initiatieven moeten worden afgestemd op maat van de lokale context (Milat, Bauman, & Redman, 2015).

De geografisch slechte verdeling van middelen binnen de GGZ stelt zich in verschillende landen (Allan, 2014). Ook in België, waar een historische ongelijkheid is ontstaan in het zorgaanbod, wat inhoudt dat – na afbakening van de netwerkregio's – ook niet elke zorgvorm in elke regio aanwezig is. Het effect is dat eerder pragmatisch en aanbodsgestuurd wordt gewerkt en veel minder vanuit een analyse van behoeften

en noden. Weinig netwerken hebben concreet of systematisch zicht op de noden en behoeften van (de populatie in) de regio om echt vraaggestuurd te kunnen werken. Netwerken denken nog zeer aanbodgestuurd. Zowel de coördinatoren, promotoren, als partners kunnen aangeven welk zorgaanbod ontbreekt in welke delen van de netwerkregio – in termen van de letterlijke afwezigheid van aanbod – maar lijken weinig tot geen zicht te hebben of er ook effectief vraag is naar die zorgvorm.

- In verschillende gesprekken werd er op gewezen dat het onmogelijk is voor de netwerken om een analyse te maken van de noden in de regio, vooral o.w.v. het feit dat niet alle hulpvragen zomaar in beeld gebracht kunnen worden; o.a. de noden van zorgmijders zijn zeer moeilijk in kaart te brengen. Hier en daar wordt geopperd dat er een wetenschappelijke studie nodig is om de behoeften helder te krijgen. Pas dan zal er vraaggestuurd gewerkt kunnen worden.
- Slechts enkele netwerken hebben een analyse gemaakt, of zijn bezig, met noden voor het invullen van de verschillende functies.
- Uit “praktijkfeedback” van de mobiele teams worden indicaties gehaald over behoeften. Deze terugkoppeling gebeurt zeker niet systematisch (volgens de netwerken omwille van de schaarse middelen).
- Uit de interviews valt op dat toegankelijkheid van zorg niet altijd een prioritaire leidraad is in het denken over de geografische uitrol: het principe wordt ondergeschikt gemaakt aan eerder praktische overwegingen en efficiënt gebruik van ven beschikbare middelen. Slechts een beperkt aantal netwerken nemen toegankelijkheid van zorgaanbod mee als sturend principe in het aanbieden van zorg, en toegankelijkheid wordt dan sterk ingevuld van bereikbaarheid (afstand en openbaar vervoer).
- In veel netwerken wordt erop gewezen dat er nog steeds patiënten(groepen) uit de boot vallen. Het gaat vooral om patiënten met een dubbeldiagnose en zware chronische problematieken.
- In sommige netwerken zijn initiatieven opgestart om rond ‘knelpuntdossiers’ samen te zitten met partners (van binnen de eigen netwerkregio).
- Wat betreft de mobiele teams zijn er, zoals gezegd, netwerken die bewust kozen om met een groot mobiel team een beperkte regio te bedienen, zodat alle inwoners daar kwaliteitsvolle zorg kunnen ontvangen. Zij zijn van mening dat de zorg aan kwaliteit zou inboeten wanneer de volledige regio met de huidige capaciteit gedekt moet worden, omdat de medewerkers dan te lang onderweg zouden zijn. Daartegenover staan de netwerken die opteerden voor één team in de volledige netwerkregio. In theorie bereiken deze equipes alle inwoners, maar ook binnen deze netwerken horen we dat dit in de praktijk niet zo blijkt te zijn. Ook hun capaciteit is te beperkt om echt *alle* inwoners te kunnen bedienen.
- Een ander voorbeeld van inspanningen om de zorg toegankelijker te maken, was de optie van meerdere antennepunten voor het psychosociaal rehabilitatiecentrum. Echter, omdat dit een RIZIV-conventie is die moet voldoen aan strikte normering en richtlijnen, mochten geen antennepunten gecreëerd worden.

Tabel 4: Factoren die het bieden van gepaste, toegankelijke zorg faciliterende of remmen

	Faciliterende factoren		Remmende factoren	
	Intern	Extern	Intern	Extern
Zicht op de noden (van de populatie) in de regio	<ul style="list-style-type: none"> Het NW heeft zicht op de noden (van de populatie) in de regio De noden (van de populatie) in de regio worden mee in rekening gebracht bij het NW-beleid 		<ul style="list-style-type: none"> Ontbreken van inzicht in de noden (van de populatie) in de regio Het NW heeft zicht op de noden (van de populatie) in de regio, maar deze worden niet mee in rekening gebracht bij het NW-beleid 	
Zorgstrategie			Ontbreken van een netwerkstrategie om voor alle inwoners gepaste zorg te kunnen bieden, ongeacht of elke zorgvorm in de regio aanwezig is	Ontbreken van een regio-overstijgend structureel samenwerkingsverband tussen verschillende netwerken,.
Normering/richtlijnen				RIZIV voorwaarden
Middelen	Lokale partners die eigen financiële middelen heralloceren en/of personeel detacheren		Onvoldoende middelen, mankracht en capaciteit om iedereen in de regio te bereiken	Ontoereikende financiering vanuit FOD
Open vs gesloten NWS			Ps geven voorrang aan patiënten uit de eigen netwerkregio	Doorverwijzing naar een P waar vroeger mee werd samengewerkt wordt bemoeilijkt wanneer deze P nu tot een ander NW behoort
Geografische dekking	Dekking van de volledige netwerkregio, al dan niet via subregio's		Subregionale dekking in slechts een deel van de netwerkregio	
Afstand en reistijd	<ul style="list-style-type: none"> ICT innovaties Inschakelen van 'taxidienst' 			<ul style="list-style-type: none"> Grote te overbruggen afstanden, zowel voor de patiënten als voor de zorgverleners Lange reistijden, zowel voor de patiënten als voor de zorgverleners Files, ongeacht de lengte van de te overbruggen afstand
Bereikbaarheid		Makkelijk bereikbaar met het openbaar vervoer		Beperkt openbaar vervoer
Verdeling van het zorgaanbod binnen de				<ul style="list-style-type: none"> Ongelijke spreiding van het zorgaanbod binnen de netwerkregio

<p>netwerkregio's en over de netwerkregio's heen</p>				<ul style="list-style-type: none"> • Ongelijke spreiding van het zorgaanbod over de netwerkregio's heen
<p>Stedelijkheidsgraad</p>		<p>Concentratie van het zorgaanbod in de stedelijke (deel)gebieden</p>		<p>Concentratie van het zorgaanbod in de stedelijke (deel)gebieden</p>

10.4 Relaties tussen partners

10.4.1 Betrokkenheid (partner-)organisaties

De betrokkenheid van partners wordt gestimuleerd dan wel geremd wordt door een aantal factoren

Tabel x: Factoren die de samenwerking tussen partners in het netwerk remmen of faciliteren

		Faciliterende factoren		Remmende factoren	
	Intern	Extern	Intern	Extern	
Cultuur	Rol MTs	PZT en TP's als voorlopers in cultuuromslag m.b.t. (samen)werken rond GGZ	<ul style="list-style-type: none"> Cultuurverschillen binnen & tussen sectoren Individualistische beroeps cultuur van artsen 		
Vertrouwen	<ul style="list-style-type: none"> Regelmatig contact tussen partners, op alle niveaus Afgestemde verwachtingen m.b.t. rol partners Rol MTs 	Historiek van goede samenwerking tussen partners	<ul style="list-style-type: none"> Geen gemeenschappelijke (zorg)visie Geen gevoel van interafhankelijkheid 	<ul style="list-style-type: none"> Historisch gewortelde problemen tussen partners Vrijblijvendheid van het netwerk 	
Machtsverhoudingen	Weinig beschikbare middelen in netwerk		<ul style="list-style-type: none"> Ongelijke spreiding & verdeling van middelen tussen partners/ functies Rol van psychiaters in netwerk 	Rol van PZ in hervorming	
Legitimiteit netwerk	<ul style="list-style-type: none"> Ervaren van meerwaarde netwerk, ook in concrete realisaties Meer gedragenheid indien netwerk beter gekend is, op 	Erkenning meerwaarde netwerk/MTs door externe actoren	Ervaren netwerk als weinig meerwaarde of een last voor eigen werking	<ul style="list-style-type: none"> Onduidelijkheid m.b.t. positie art.107 - netwerk t.a.v. andere (pilot)projecten binnen GGZ 	

	alle niveaus			
Bestuur & netwerkcoördinatie	<ul style="list-style-type: none">• Bestuur dat samenwerking tussen partners bevordert• NC als brugfunctie tussen partners		Kloof tussen bestuurlijke en operationele niveau	

De implementatie van het hervormingsmodel hangt over het algemeen sterk samen met de manier waarop partners erin slagen de juiste actoren te betrekken. Het engagement van (partner-)organisaties kan bepalend zijn voor de uitwerking van het hervormingsmodel. Niet alle spelers die betrokken worden hoeven daarbij formeel deel uit te maken van het netwerk. Slechts twee of drie netwerken hebben een bijvoorbeeld lokaal bestuur formeel als partner aan boord terwijl lokale besturen in ander netwerken toch substantieel bijdrage aan activiteiten. In deze gevallen lijkt het vertrouwen in doelstellingen van de hervorming mee de bereidheid te bepalen om mee in te stappen.

- Enkele coördinatoren identificeren de lokale besturen als een belangrijke speler. Bepaalde netwerkactiviteiten kunnen, volgens hen, veel gemakkelijker uitgerold worden wanneer er vanuit de gemeenten mee getrokken wordt. Er kunnen dan zelfs eventueel middelen uit die lokale besturen voorzien worden, en het creëert lokale verankering.
- Toch wordt er ook op gewezen dat lokale besturen soms weigerachtig staan t.a.v. personen met een psychiatrisch probleem die in hun gemeente komen wonen, wat implicaties heeft in het bijzonder voor functie 5 (het vinden van huisvesting).

Netwerken worstelen in de uitvoering veel met de vraag welk type partner nu eigenlijk ‘thuishoort’ binnen welke kernfunctie. Dit is allicht een gevolg en tezelfdertijd indicatie dat het netwerk nog weinig vanuit de strategische visie op (deel)opdrachten wordt gebouwd: (i) welke combinatie van competenties nodig zijn voor de gemeenschappelijke doelstelling(en) die ze willen realiseren binnen elke functie en binnen het netwerk als geheel en (ii) welke partners dan het meest aangewezen zijn om die competenties aan te leveren.

10.4.2 Integreeren van bestaande initiatieven in netwerkactiviteiten

Verschillende partners wijzen op het belang dat goed werkende bestaande activiteiten niet gefnuikt worden en zoveel als mogelijk geïntegreerd in het netwerkverhaal. Door bestaande initiatieven te integreren hoeven netwerken geen energie te steken in het uitwerken ervan. Op die manier wordt een tekort aan middelen ten dele opgevangen. Maar in dat verhaal spelen vragen in welke mate initiatieven gezien worden als “collectieve” activiteiten van het netwerk dan wel als initiatieven van individuele partners:

- Volgens sommige partners is het net gemakkelijker om iets volledig nieuws te ontwikkelen in de schoot van het netwerk, (waarbij verwezen wordt naar de mobiele teams als een typische “netwerkactiviteit”) omdat netwerkpartners mee betrokken zijn in de gezamenlijke ontwikkeling. In die omstandigheden moeten Partners hun interne werking niet “aan te passen” aan de activiteit van een andere partner, wat soms gevoelig kan liggen tussen partners. Het heeft ook te maken met vertrouwensrelaties tussen partners en de aard van het netwerk
- vooral binnen functie 4 lijkt het opbouwen van gemeenschappelijke netwerkinitiatieven gefundeerd in een vertrouwensrelatie nog een moeizaam proces. De uitwerking van functie 4 wordt door de partners uit de psychiatrie vaak nog beschouwd als “interne keuken” terwijl andere partners het ook op netwerkniveau willen tillen enerzijds omdat ontwikkelingen binnen een functie ook impact hebben op de andere functies, anderzijds omdat ze zich meer betrokken willen voelen in het hele beslissingsproces.

10.5 Het netwerkbestuur

Volgens de coördinatoren en promotoren wordt de uitwerking van de kernfuncties soms geremd door de wijze waarop het netwerk bestuurd wordt ; vooral de wijze waarop consensus wordt gezocht, partners worden betrokken en het feit dat het lang duurt om beslissingen te nemen en/of te bekrachtigen bemeert soms de praktische uitwerking.

10.5.1 Een gedeelde visie

Het ontbreken van een gedeelde netwerkvisie of het feit dat verschillende partners andere prioriteiten leggen kunnen de implementatie van bepaalde kernfuncties afremmen. Het gebrek aan een gedeelde visie laat ruimte voor interpretatie door de partners, waardoor het afstemmen van verwachtingen veel discussie en debat vraagt.

Tijdens de gesprekken werd de opmerking gemaakt dat er een tendens bestaat om bepaalde taken of activiteiten te “instrumentaliseren” zonder ze echt te benaderen vanuit een strategische gedeelde visie op het netwerk: bvb mobiele teams worden “operationeel” gemaakt maar het netwerk doet dit niet vanuit een uitgekristalliseerde visie of totaal-benadering:. Het gevolg is dat weinig wordt geëvalueerd en gemonitord hoe taken en activiteiten worden uitgevoerd en hoe ze bijgestuurd kunnen worden.

Tabel 5: Factoren die het besturen van het netwerk remmen of faciliteren

		Faciliterende factoren		Remmende factoren	
		Intern	Extern	Intern	Extern
Ontwikkeling netwerkcultuur:					
<ul style="list-style-type: none"> • Gedeelde visie 	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeenschappelijke zorg-visie • Heldere interne communicatie 	<p>Samenwerkings-geschiedenis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Niet-betrokkenheid Ps • Breed geformuleerde algemene doelstellingen • Geen focus op 'netwerk als geheel' 	<p>Historisch gegroeide ideologische verschillen m.b.t. zorgfilosofie</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Legitimiteitsopbouw 	<ul style="list-style-type: none"> • Contact aanmoedigen & bruggen bouwen • Rol netwerkcoördinator 	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeenschappelijke externe profilering • Formaliseren samenwerking • Rol vertegenwoordigers & netwerkcoördinator 	<ul style="list-style-type: none"> • Veel overleg, weinig resultaat • Geen focus op 'netwerk als geheel' 	<ul style="list-style-type: none"> • Netwerk geen prioriteit bij individuele directies • Beperkt zorgaanbod 	
Afstemmen partners:					
<ul style="list-style-type: none"> • Vertrouwensopbouw 	<ul style="list-style-type: none"> • Begrip voor barrières Ps • Gelijkwaardige benadering Ps • Contact aanmoedigen & bruggen bouwen • Rol 	<ul style="list-style-type: none"> • Rol vertegenwoordigers • Gedeeld 'ownership' project 107 • Formaliseren samenwerking 	<ul style="list-style-type: none"> • Geen transparante communicatie • Onzekerheid m.b.t. verantwoordelijkheid gemeenschappelijke 	<p>Vrijblijvendheid van het netwerk</p>	

	netwerkcoördinator		initiatieven	
• Machtsverhoudingen	Weinig beschikbare middelen in netwerk		<ul style="list-style-type: none"> • Ongelijke spreiding & verdeling van middelen • Meerdere ziekenhuizen • Rol psychiaters in netwerk 	Rol PZ in hervorming
• Conflicthantering	<ul style="list-style-type: none"> • Zaken bespreekbaar • Procedure 		<ul style="list-style-type: none"> • Geen sturing om belangen af te stemmen 	

Tabel 6: Factoren die het besturen van het netwerk remmen of faciliteren (vervolg)

	Faciliterende factoren		Remmende factoren	
	Intern	Extern	Intern	Extern
Implementatie model:				
• Integratie	<ul style="list-style-type: none"> • Aangepast bestuursmodel • Realiteitszin • Historiek van schaarste 	<ul style="list-style-type: none"> • Integratie van bestaande initiatieven 	<ul style="list-style-type: none"> • Geen geïntegreerde visie op functies/zorg • Vrees voor rolafbakening • Historiek van schaarste 	
• Coördinatie	<ul style="list-style-type: none"> • Subregionaal overleg • Overleg aanmoedigen • Duidelijke rolafbakening 		<ul style="list-style-type: none"> • Gelijkwaardige benadering Ps • Aansturing mobiele teams • Geen procedures, ad hoc • Rem op 	

			functieover- schrijdende beslissingen	
--	--	--	---	--

10.6 De overheid

De gesprekken leren dat er een dringende behoefte is aan heldere communicatie vanuit de overheid over de hervorming en de oriëntatie die die zal nemen. De onduidelijkheid over wat er op termijn zal gebeuren creëert onzekerheid binnen de netwerken, waardoor een aantal netwerken zich beginnen betonnen en een afwachtende houding aannemen.

Er wordt op gewezen dat als er werd bijgestuurd door de FOD dat leidde tot verwarring en miscommunicatie, of dat tegenstrijdige boodschappen of signalen worden gegeven vanuit de overheid.

- Een voorbeeld hiervan zijn de netwerken die opteerden voor één mobiel team dat instaat voor zowel de crisissen, als de chronische zorg, maar die, op vraag van de FOD, hun teams hebben opgesplitst. Dit is opmerkelijk, aangezien niet elk netwerk deze opsplitsing heeft gemaakt/moet maken.
- Een ander voorbeeld heeft betrekking op een 'toegangspoort' die gecreëerd zou kunnen worden via één centraal aanmeldpunt: sommige netwerken zijn hiervoor teruggefloten, in andere netwerken kon deze 'trechterfunctie' blijven bestaan

Het overheidsprogramma (IMC Volksgezondheid, 2010) dient als algemene leidraad en hefboom voor de hervorming. Volgens een aantal partners heeft het programma de verschuiving binnen de psychiatrie naar een vermaatschappelijking van zorg en ambulante en mobiele hulpverlening in een stroomversnelling gebracht. Tegelijkertijd wordt na vier jaar opgemerkt dat het uitwerken van de hervormingsgedachte niet ver genoeg gaat, in de zin dat wordt ze te weinig concreet *verder* wordt uitgewerkt. Vooral het ontbreken van de lange termijn visie van de overheid, gebaseerd op inzichten uit wetenschappelijk onderzoek en uitgewerkt in een verdiepend participatief debat met de spelers die de hervormingen nu meemaken, ervaren de netwerken als een grote belemmering. Ze werken zelfs terughoudendheid en wantrouwen t.a.v. het overheidsprogramma in de hand. Het gaat daarbij o.a. om de wijze waarop over bepaalde aspecten op een open en directe manier kan gepraat worden

- In bijna de helft van de netwerken kwam tijdens de gesprekken spontaan het gegeven 'opnames' en 'langverblijvers' aan bod. De respondenten uitten het gevoel dat over deze thema's een taboe heertse om dat aan te kaarten. De partners krijgen het gevoel dat hierover zelfs niet meer nagedacht mag worden, laat staan gediscussieerd.

De meeste netwerken vinden het nog steeds onduidelijk hoe de kernfuncties precies ingevuld moeten worden en welke initiatieven in de totaalbenadering ene plaats moeten krijgen (bvb de ambulante psychotherapie). Vooral het feit dat sommige initiatieven van netwerken door de overheid worden 'teruggefloten' omdat ze niet in lijn zouden geweest zijn met de doelstellingen van de hervorming zorgt voor frustratie ook al omdat de communicatie niet altijd als coherent en consistent is ervaren – vergelijkbare initiatieven in andere netwerken leken wel te mogen, enz. –

Tabel 7 Contextfactoren die de samenwerking tussen partners in het netwerk remmen of faciliteren

		Faciliterende factoren	Remmende factoren
Overheidsprogramma	Gids en hervormingsmodel als leidraad & hefboom voor verandering		<ul style="list-style-type: none"> • Uitblijven LT-visie of conceptueel kader o.b.v. wetenschappelijk onderzoek • Onduidelijkheid m.b.t. invulling kernfuncties
Regelgeving			<ul style="list-style-type: none"> • Niet-afgestemde regelgeving tussen beleidsniveaus & overheidsdomeinen • Regelgeving te rigide • Ontbreken juridische kaders
Financiering	Extra financiering vanuit FOD		<ul style="list-style-type: none"> • Ontoereikende of gebrek aan (extra) financiering • Uniforme standaard extra middelen • Besparingsmaatregelen binnen verschillende sectoren • Financieringssysteem psychiaters • Financieringslogica MTs

Er wordt bij gesprekken ook op gewezen dat het hervormingsmodel gestart is vanuit een verkeerd “praktisch” vertrekpunt m.n. het aantal bedden in de regio en niet de regionale noden.

Er worden verder veel opmerkingen gemaakt dat de implementatievoorwaarden van het model te weinig rekening heeft gehouden met de specifiek Belgische randvoorwaarden. De buitenlandse voorbeelden zijn niet “zo maar” transfereerbaar. Ook de verwachting dat de netwerken dit model “bottom-up” zouden implementeren, is volgens de partners niet realistisch. De ervaring leert dat hiervoor meer en voortdurende ondersteunende omkadering nodig is.

10.6.1 Regelgeving

De netwerkpartners kaarten geregeld de moeilijkheden aan die ze ervaren m.b.t. de verschillende regelgevende bevoegdheden. Over het algemeen houden ze geen pleidooi voor méér regels maar voor een betere afstemming en een versoepeling van de bestaande regelgeving zodat het de netwerkpartners toelaat om een aantal zaken zelf te regelen. Het feit dat partners onder verschillende bevoegdheidsniveaus vallen die onderling niet op elkaar afgestemd lijken te zijn wat regelgeving en prioriteiten betreft, zorgt regelmatig voor vertraging in de implementatie.

- Zo kunnen de initiatieven beschut wonen voor bepaalde initiatieven, bijvoorbeeld, geen eigen middelen investeren door de bevoegdheidsverdeling.

Ook het gebrek aan een juridisch kader (bv. m.b.t. de (medische) eindverantwoordelijkheid) zorgt voor een zekere terughoudendheid, vooral bij de partners die (financiële) middelen investeren in het netwerk. Het is volgens de netwerkpartners aan de overheid om bepaalde keuzes te maken (bv. prioriteiten) en daar dan ook de mogelijkheden voor te creëren door de regelgeving aan te passen.

10.6.2 Financiering

Hoger is al uitvoerig ingegaan op het gebrek aan middelen in de sector en om deze hervorming te initiëren. Vooral de regionale overheden investeren volgens de partners niet (voldoende) mee in de netwerk-werking. Integendeel, heel wat partners die onder regionale bevoegdheden vallen, voelen de druk om zich op hun eigen kerntaken te concentreren toenemen en kampen daarbovenop met besparingsmaatregelen waardoor ze ook zelf terug eerder in hun eigen kernopdracht gaan investeren in plaats van in netwerkinitiatieven. De netwerken kunnen hierdoor, naar eigen zeggen, niet verder evolueren, o.a. omdat adequate vervolgzorg niet (voldoende) uitgebouwd en gegarandeerd kan worden.

Het huidige financieringssysteem van de hervorming – o.a. via het bevriezen van bedden – vinden de netwerkpartners over het algemeen problematisch.

- De ziekenhuizen worden door de bestaande ziekenhuiswetgeving niet aangemoedigd om bedden af te bouwen aangezien ze hierdoor inkomsten verliezen. Bovendien vinden de psychiatrische ziekenhuizen dat het niet van hen verwacht kan worden dat zij andere sectoren en zorglijnen gaan financieren door overheveling van middelen via het netwerk.
- Psychiaters zijn vaak niet bereid om mee te stappen in (het idee van) de hervorming door het systeem van prestatiefinanciering.
- Het feit dat de mobiele teams gefinancierd worden via die afbouw van ziekenhuisbedden strookt volgens een aantal partners niet met het idee van vermaatschappelijking van zorg. De andere

netwerkpartners, m.n. de ambulante sector, pleiten dan ook voor een herverdeling van de middelen tussen de sectoren.

In een aantal netwerken wordt wel gespeeld met het idee van een gemeenschappelijke 'netwerk-pot' waarin de middelen van het netwerk door het netwerkbestuur beheerd worden maar zover is men nog lang niet.

De netwerken wijzen tot slot ook regelmatig op de 'onbillijkheid' van de uniforme standaard die wordt toegepast voor de extra middelen. Stedelijke netwerken wijzen o.a. op de hogere prevalentie van moeilijkere en complexere GGZ-problematieken in hun regio terwijl meer uitgestrekte landelijke netwerken veel meer afstand moeten afleggen om ambulante en mobiele werking aan huis te garanderen.

11 Discussie

Dit rapport beschrijft de implementatie-ervaringen van netwerkcoördinatoren en –promotoren, en netwerkpartners van interorganisatorische netwerken in het kader van het overheidsprogramma *naar een betere GGZ*. De sterkte van de gekozen benadering is dat diepte-inzicht worden verworven over een complex proces en dat de ervaringsverhalen van de betrokken partijen zijn geïnventariseerd die niet via ander technieken kunnen worden samengebracht. De inzichten die het werkveld toelevert kunnen op die manier helpen om kritisch te reflecteren over de verdere uitrol van de netwerken.

Ondanks de intrinsieke sterkte van de procesevaluatie wijzen we eerst op een aantal methodologische beperkingen. In het tweede deel van dit hoofdstuk worden een aantal inhoudelijke reflecties gemaakt die mee als opstap dienen voor de aanbevelingen. Veel van de inhoudelijke discussiepunten die we hier aanreiken zij ook al aangebracht in voorgaande tussentijds rapporten

11.1 De gebruikte methodologie

Het onderzoek is geënt op een procesbenadering waarbij de implementatie van een complexe (en langdurige) interventie proberen wordt beschreven en geanalyseerd. De gekozen benadering sluit aan bij *“realist evaluation”*, waarbij er rekening mee wordt gehouden dat interventies worden bijgestuurd en aangepast in het implementatieproces in functie van wat geleerd wordt en in functie van de leefwerelden van de betrokken partijen. In die zin heeft de lange termijn opvolging van de hervorming rond netwerkontwikkeling veel aspecten geleerd. Het zou echter niet correct zijn om ervanuit te gaan dat in dit stadium al alle aspecten ten gronde begrepen zijn, laat staan dat we de complexiteit van het hele hervormingsproces in de diepte hebben begrepen. Dergelijke structurele hervormingen vragen in principe continue wetenschappelijke monitoring en evaluatie.

Verder vraagt de status van de gegevens waarop deze analyse is gebaseerd om een aantal opmerkingen.

Het aantal projecten

De gegevens waarop dit rapport werd gebaseerd, zijn verzameld bij 17 van de 19 netwerken. Dus niet alle inzichten uit alle netwerken zijn verzameld. De transversale analyse leert dat er heel wat gemeenschappelijke ervaringen, wat ons een indicatie geeft dat de analyse veralgemeenbare inzichten oplevert. Lezers dienen er zich overigens van bewust te blijven dat er tussen de netwerken qua kenmerken en aanpak grote verschillen bestaan. Het verhaal in dit rapport dus niet de indruk mag wekken dat de implementatie-ervaringen homogeen zijn. Gezien de doelstellingen van dit beleidsondersteunende rapport, is er geen detailanalyse weergegeven van elk individueel netwerk. Bij het schrijven van het rapport zij geobserveerde verschillen en overeenkomsten tussen de netwerken steeds in het achterhoofd heeft gehouden in de transversale analyse en werden relevante verschillen ook vermeld in het rapport

Beperkingen m.b.t. de vragenlijst voor de coördinatoren

In deze ronde van het onderzoek is gebruik gemaakt van een nieuw ontwikkelde vragenlijst als opstap voor de individuele en groeps gesprekken. We hebben feedback gekregen van een aantal coördinatoren dat bepaalde vragen niet helemaal duidelijk waren. De onduidelijkheden werden in dat geval opgelost via

telefonisch overleg, maar we weten niet of coördinatoren die geen contact hebben opgenomen of geen problemen hadden, of eventuele problemen niet gemeld hebben.

- Een concreet voorbeeld is het item 'initiatieven in concrete voorbereiding', waarmee wij als doel hadden initiatieven te inventariseren die in de nabije toekomst geïmplementeerd zouden worden. Sommige respondenten begrepen dit item niet helemaal. De onduidelijkheid kan ertoe geleid hebben dat er minder initiatieven opgelijst zijn dan die waarmee een netwerk feitelijk actief is .

Mogelijk heeft de Franse vertaling de kwaliteit van de antwoorden beïnvloed . O.w.v. organisatorische- en tijdskwesaties is de vertaling niet nagelezen door een native speaker, waardoor we niet met zekerheid kunnen zeggen of de vragen taalkundig correct zijn vertaald.

Tot slot heeft ook een werklasteffect mogelijk gespeeld. Het invullen van de vragenlijst bleek zowel inhoudelijk als omwille van enkele technische problemen bij enkele coördinatoren (met een word-file) de nodige tijd te kosten. Die tijd werd dan wel bespaard in de gesprekken, maar wij kunnen niet inschatten of de tijdsbelasting heeft gewogen op de kwaliteit van de antwoorden

De overzichtslijst met activiteiten en acties in bijlage mag om die reden niet als exhaustief gelezen worden. Daar staat tegenover dat op tals van inhoudelijke aspecten die in de vragenlijst zijn aangekaart opnieuw vragen zijn gesteld tijdens de gesprekken, waar aanvullend materiaal is verzameld.

Beperkingen m.b.t. de gesprekken

Door de samenstelling en deelname van partners aan de focusgroepen bestaat er een risico op vertekening van de verhalen die daar gebracht worden. Het aantal deelnemers per focusgroep varieerde van 4 tot 17, terwijl duidelijk meer spelers en personen bij de hervormingen betrokken zijn. Mogelijk zijn de deelnemers ook de meest positief ingestelde vertegenwoordigers van partnerorganisaties die bereid zijn om hun verhaal te brengen. Er kan dus vertekening ontstaan door de sectoren, type organisaties en deelnemers die op de focusgroep vertegenwoordigd waren. Allicht zijn door deze omstandigheden ook niet alle detailperspectieven van de respectievelijke partners mee opgenomen. Het moet echter duidelijk zijn dat de keuze om te werken via focusgroepen een balans zoeken is om algemene tendensen te vatten, de dialoog tussen spelers in de netwerken te stimuleren en om rekening te houden met de praktische tijdsbelasting die deze oefeningen betekenen voor de deelnemers .

Ook het feit dat we als Nederlandstalige moderatoren de gesprekken hebben geleid in de Franstalige netwerken zou een impact kunnen hebben op de diepgang van de gesprekken. Op basis van de inzichten die we de voorgaande jaren hebben opgedaan en de transversale analyse zijn we er toch van overtuigd dat we de belangrijkste ervaringen hebben gevat in dit rapport, die ook van nut zijn voor de verdere realisatie van het hervormingsprogramma.

Een niet belangrijke impact op ons veldwerk is er ook geweest van communicatie vanuit de FOD i.v.m. eventuele veranderingen van de regio's. Dat element heeft zowel invloed gehad op de inhoudelijk accenten tijdens bepaalde gesprekken en op deelname van netwerken

- Eén netwerk heeft o.w.v. deze communicatie de geplande gesprekken afgelast, omdat de (aankomende) veranderingen al veel vergaderingen teweegbrachten.

- In één netwerken heeft de boodschap van potentiële regioaanpassingen voor de netwerken heel wat onzekerheid in de hand gewerkt die de focusgroepen stellig hebben beïnvloed.
- Eén focusgroep vond plaats na een ontmoeting tussen de FOD en het netwerk waarin al werd aangekondigd dat een fusie met andere netwerken onvermijdelijk zou worden.

11.2 Geografische invulling van de netwerkregio

Wat betreft de geografische implementatie van de hervorming kunnen we in grote mate een aantal reflecties hernemen die we ook in eerdere rapporten hebben gemaakt. Public health initiatieven starten vaak in een kleine regio of voor een beperkte doelgroep, om in een latere fase uit te breiden naar andere of bredere geografische zones of grotere populatiegroepen (Milat, Bauman, & Redman, 2015). Bij het opschalen om meer dan alleen het vergroten van de dekking van die interventie: bepaalde succesfactoren of barrières voor een effectieve uitbreiding van de schaalgrootte dienen mee in rekening gebracht te worden Mangham en Hanson (2010). Precies voor die uitdaging staat de huidige hervorming en de sector lijkt dit aan te voelen.

Als de overheid de verantwoordelijkheid wil delegeren naar netwerken om *public health* doelstellingen te realiseren via regionaal georganiseerde netwerken die inspelen op loco-regionale en individuele behoeften, moet de op het vlak van geografische invulling van België de overstap gemaakt worden naar een meer geëxpliciteerd (en geïntegreerd) model. Dat model kan niet puur vanop de tekentafel ontworpen worden, omdat zal moeten ingespeeld worden op de realiteit hoe het aanbod van voorzieningen in de verschillende functies zich historisch heeft ontwikkeld. Daar tegenover staat dat een louter pragmatisch verder werken op deze bestaande realiteiten mogelijk ongewenste sociale effecten zal hebben voor toegankelijkheid van zorg en gelijkwaardige spreiding van zorgaanbod. Vooral in een geïnstitutionaliseerd model is het verhaal van spreiding en toegankelijkheid fundamenteel. Nu al ontstaat er binnen netwerken subregionale verschillen in het type zorgverlening dat wordt uitgebouwd. De interviews van dit jaar leren dat het debat onder andere gaat over het collectiviseren van middelen en solidariteit tussen regio's (en partners) Middelen van de bevriezing van bedden worden in sommige netwerken enkel ingezet in de regio rond de ziekenhuizen die deze bedden hebben afgebouwd. De netwerken lijken nog steeds weinig geneigd om middelen uit de een subregio over te hevelen naar of te investeren in een andere subregio, en dat maw het netwerk niet wordt gezien als een "totaalvoorziening". Hier en daar worden eerste stappen worden gezet op vlak van allocatie van middelen, maar zelden spontaan. Maw er is ook een reflectie en aansturing nodig hoe de financiering van "netwerken" gekoppeld kan worden aan de huidige financiering van aparte voorzieningen

We zijn er op basis van de reacties van de partners in de sector van overtuigd dat de overheden op basis van overleg met de sector, een meer oriënterende agenda moet opleggen, omdat de huidige aanpak mogelijk nefast zou kunnen worden voor volksgezondheidsdoelen. 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. Verder moet de vraag uitgewerkt hoe de onderlinge verhouding zal zijn tussen regio's wat betreft basisgezondheidszorg en gespecialiseerde voorzieningen, hoe men de vrije keuze van de patiënten binnen zorgtrajecten kan vrijwaren. De richting die men op dit vlak uit wil moet bekend gemaakt worden door de overheid, in samenspraak met de sector. Als

netwerken zich nestelen en institutionaliseren wordt het immers moeilijker wordt om het kader achteraf te hertekenen en bij te sturen. 2015 geeft indicatie dat de intentie tot het bijsturen van invullen van regio's en aantal netwerken al voor frustratie en spanningen zorgt (zie ook verder).

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. De vragen blijven opduiken op welke manier de bestaande projectregio's uitgebreid zullen (moeten) worden om de gaten in het Belgische landschap in te vullen. 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. Nieuwe partners laten 'toetreden', impliceert investeren in vertrouwensopbouw. Dat vraagt tijd en energie en belemmert soms het concrete uitwerken van activiteiten. Het introduceren van nieuwe partners of het herschikken van rollen partners kan bedreigend zijn voor de rollen die de bestaande netwerkactoren opnemen. Het mogelijk ongewenste effect dat ontstaat door deze discussie niet snel op te nemen is dat er zich een probleem zal ontwikkelen wat betreft de toegankelijkheid en de kwaliteit van zorgaanbod in de geestelijke gezondheidszorg voor burgers. (vgl. Leys et al., 2013; Wijckmans et als 2014)

11.3 Betrokkenheid en engagement van de netwerkpartners

Er is in eerder rapporten gewezen op het potentiële spanningsveld dat ontstaat tussen een projectmatige leerevaring en de ambitie om om te schakelen naar een duurzame hervormingsbeweging. De partners die we spraken anno 2015 zijn tot op zeker hoogte overtuigd dat België op weg is naar een structurele hervorming van de geestelijke gezondheidszorg. Dat neemt niet weg dat er ook veel onzekerheid is: de respondenten vinden dat de overheden meer precies moeten aangeven waar de beweging concreet heen gaat. Via de ervaring stoten de netwerken op tal van onbeantwoorde vragen, die een rem zijn om netwerken (als geheel) een meer uitgewerkte visie en handelingsstrategie te laten ontwikkelen (zie ook bestuur. Netwerken krijgen nog altijd pragmatisch en vanuit praktische operationele kwesties vorm met als risico dat gefragmenteerd wordt gewerkt in plaats van in de richting van een geïntegreerde aanpak van de vijf functies. Door het gebrek aan visie stoten de netwerken nu op barrières of geraken netwerkpartners stilaan (over)vermoeid omdat ze het gevoel hebben dat ze altijd en overal mee betrokken moeten zijn, terwijl de concrete veranderingen traag gaan.

Een netwerk is een gestructureerde samenwerking van autonome organisaties die activiteiten, sterkten van partners, competenties en kennis van individuele organisatie bundelen om tot gezamenlijke handelen te komen en doelen te realiseren die leden van het netwerk individueel niet kunnen realiseren. In die zin is een belangrijke opdracht voor effectieve netwerken het zoeken naar een adequate mix van partners. Daarin zij theoretisch meerdere aanpakken mogelijk: werkt men bv. vanuit een visie waarin alle partners uit de regio worden betrokken, of hoeven niet alle mogelijke partners deel uit te maken van het netwerk?. Op dat vlak moeten expliciet keuze gemaakt worden en/of directieven gegeven worden. De onderliggende impliciete idee is dat er één netwerk per regio actief is, maar nergens is expliciet gesteld dat geen alternatieve netwerken in dezelfde regio actief kunnen zijn (zoals de gezondheidszorg in België feitelijk is

gegroeid). Evenmin is het zo dat de netwerken vandaag allemaal alle mogelijk partners uit de regio als formeel lid van het netwerk aan boord hebben.

In het verlengde worstelen netwerken vandaag al met de vraag hoe de partners betrokken worden en engagement tonen om de doelstellingen van het netwerk mee vorm te geven. Interen onduidelijkheid en onwetendheid over rol en functie van partnerorganisaties, de hoge tijdsinvestering en een gepercipieerd gebrek aan ondersteuning, leiderschap binnen het netwerk, maar ook ten aanzien van leden van e eigen achterban of organisatie worden aangehaald als factoren die het engagement belemmeren. Doe daar bovenop het gegeven dat een aantal partners is ingestapt om “erbij te zijn en te kijken wat gebeurt” en niet zozeer om de innovatie mee te dragen, en het recept is gemaakt waarbij op termijn partners afhaken of niet bijdragen zoals andere spelers dat verwachten.

Over het algemeen ontbreekt het nog aan een echte netwerkmentaliteit waarin de individuele partners bereid zijn hun eigen belangen en visie te overstijgen en het inhoudelijk strategisch debat met elkaar aan te gaan. Het gevolg is dat er vaak allerlei ideeën en activiteiten worden ontwikkeld maar dat men na verloop van tijd moet vaststellen niet te weten voor welke doelstelling, of hoe en wanneer die activiteiten gefinancierd en geïmplementeerd zouden kunnen worden.

Voortdurende dialoog tussen de partners, die in evenwicht ligt met concrete realisaties en de wil om te leren uit deze realisaties om ze bij te sturen is een cruciaal recept. Bovendien is er een opdracht weggelegd om het netwerk niet alleen vorm te laten geven door “vertegenwoordigers” van zorgorganisaties, maar de verandering moet ook doordringen in alle niveaus van de partnerorganisaties. Bestuursmatig roept dat vragen op wie uit de eigen organisatie betrokken wordt in welk type activiteiten van het netwerk en hoe de interne communicatiestromen kunnen geoptimaliseerd worden (binnen de organen van het bestuursmodel en binnen de organisaties die lid zijn van het ION). In de toekomst zullen belangrijke inspanningen moeten geleverd worden om de meerwaarde van het netwerk zichtbaar(der) te maken, zowel intern als extern.

Ook de overheden spelen een rol in de houding van netwerkpartners door meer duidelijkheid en consistente boodschappen m.b.t. de toekomst van de GGZ, meer (financiële) ondersteuning, in het bijzonder voor de partners uit de eerste lijn, een helder financieringssysteem etc

11.4 Inzetten op de ontwikkeling van een adequaat netwerkbestuur

De netwerken in het programma “naar een betere GGZ” zijn doelgerichte netwerken. In deze hervorming wordt veel aandacht gevraagd voor het aansturen van netwerken “als entiteit” om de vooropgestelde doelstellingen te realiseren. De bestuursdimensie is in dat opzicht veel belangrijker dan in bijvoorbeeld natuurlijke netwerken. De netwerkliteratuur leert dat de stap moet gezet naar een meer geïnstitutionaliseerde vorm van netwerkbestuur (zie ook Provan en Kenis, 2007).

Door een gebrek aan kennis hebben de netwerken het over het algemeen moeilijk met het op de sporen krijgen van een adequaat bestuursmodel. Bestuursorganen werden enigszins ad hoc, organisch en vanuit praktische overwegingen geïntroduceerd, zonder dat dit noodzakelijk gefundeerd is in wel doordachte modellen van besturen waarin functie en rollen van bestuursorganen, lidmaatschap en vertegenwoordiging goed gereflecteerd zijn. De meeste netwerkbesturen worstelen met de spanning tussen een brede vertegenwoordiging van zoveel mogelijk netwerkpartners en een efficiënt of

slagkrachtig netwerkbestuur. In veel netwerken is de rol van de netwerkcoördinator(en) binnen het netwerkbestuur helemaal nog niet uitgeklaard en/of geëxpliciteerd. Het gevolg is dat er vaak onderliggende, soms tegenstrijdige, verwachtingen heersen bij de netwerkpartners – in het bijzonder bij de strategische en operationele bestuursleden – waardoor de coördinatoren (steeds meer) onder druk komen te staan.

Het gevolg is dat netwerken op efficiëntieproblemen storten, worstelen met informatiedoorstroom, communicatie en de integratie van de verschillende activiteiten niveaus. Er is tijdens de gesprekken veel vraag naar coaching of vormingstrajecten en wetenschappelijke ondersteuning.

Wat het besturen betreft is een zoektocht gaande naar enerzijds inspraak te geven aan alle mogelijke partners en anderzijds toelatingen te komen die het netwerk aanzet tot tastbare resultaten. Veel netwerken worstelen met die balans, en vanuit overheids- en maatschappelijk perspectief kan allicht de druk opgevoerd worden om concrete acties en initiatieven versneld uit te rollen.

11.5 Nadenken over geïntegreerde zorg

De netwerken hebben niet van bij aanvang ingezet op een geïntegreerde zorgvisie en aanpak van de vijf kernfuncties. De netwerkpartners zijn over het algemeen vertrokken vanuit wat ieder te bieden had en niet vanuit de noden in de regio. Overlappend aanbod wordt niet grondig herdacht en men gaat niet in debat over een mogelijke nieuw rol- en taakverdeling tussen partners i.f.v. de zorgcontinuïteit. Nieuwe initiatieven die ondertussen wel al ontwikkeld zijn, komen hierdoor meer en meer onder druk te staan. Er zijn wachtlijsten alom, partners hebben moeite elkaar te ondersteunen en sommige patiënten kunnen niet geholpen worden. Vooral voor de chronische en langdurige zorg lopen de netwerken vast. Nochtans is dit de belangrijkste doelgroep van de hervorming. Een van de cruciale aandachtspunten voor de toekomst van zowel de netwerken als het programma als geheel is daarom het ontwikkelen van een geïntegreerde benadering waarin de functies ook vanuit ene strategische visie worden op elkaar afgestemd.

We hebben er in eerdere rapporten al op gewezen dat de netwerken nog overwegend uitgerold als worden projecten “naast” de reguliere geïnstitutionaliseerde aanpak en te weinig als een nieuwe organisatiemodel voor de regio. Het besef groeit bij sommige spelers dat België op weg is naar een structurele hervorming van de geestelijke gezondheidszorg, maar er zijn nog veel onzekerheden die ervoor zorgen dat ook met terughoudendheid wordt gehandeld (zie ook verder) omdat er nog tal van onbeantwoorde vragen zijn.

De pragmatische aanpak waarbij meer wordt gehandeld vanuit praktische operationele kwesties leidt tot een eerder gefragmenteerde aanpak. Hoewel er al initiatieven zijn ontwikkeld binnen sommige functies, werkt men nog onvoldoende vanuit een integratie van voorzieningen over de vijf functies. Daarin speelt het realiseren van een doorstroommodel tussen functies een belangrijke rol. Vandaag is dat nog niet gerealiseerd: daarin spelen zowel externe factoren o.a. een capaciteitstekort in de (sub)regio, maar is ook nog steeds het gevolg van het feit dat bepaalde functies in de praktijk nog niet zijn uitgewerkt. Bovendien wordt het belang van een visie op besturen van een netwerk nog teveel onderschat (zie ook verder). Moeilijke doorstroom kan namelijk ook wijzen op het ontbreken van een visie en strategie om een vlotte overgang tussen de verschillende functies in de hand te werken. M.a.w. hier speelt een effect van het feit dat in de eerste jaren overwegend is ingezet op de realisatie van mobiele equipes maar dat niet is gewerkt vanuit een integrale hervormingsbenadering, tenminste in de praktijk.

11.6 Monitoring en evaluatie van ontwikkelingen

Tot slot is vanuit de netwerken aangedrongen op het onderhouden van wetenschappelijk onderhouden monitoring en evaluatie, vooral met als doel of leerervaringen op te doen, inzichten te krijgen uit internationale ervaringen en wetenschappelijke literatuur en met als doel goede praktijken te kunnen blijven delen.

Geraadpleegde literatuur

- Axelsson, R., & Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health—a conceptual framework. *The International Journal of Health Planning and Management*, 21(1), 75–88.
- Fleury, M.-J., & Mercier, C. (2002). Integrated Local Networks as a Model for Organizing Mental Health Services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 30(1), 55–73.
- Human, S. E., & Provan, K. G. (2000). Legitimacy building in the evolution of small-firm multilateral networks: A comparative study of success and demise. *Administrative Science Quarterly*, 45, 327 – 365.
- Huxham, C., & Beech, N. (2014). Interorganizational power. In *The Oxford Handbook of Inter-organizational relations* (pp. 555 – 579). Oxford: University Press.
- Kenis, P., & Provan, K. G. (2009). Towards an Exogenous Theory of Public Network Performance. *Public Administration*, 87(3), 440–456.
- Lee, H-W., et al. (2012). Trust in a cross-sectoral interorganizational network: An empirical investigation of antecedents. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 41(4), 609 – 631.
- Leys, M., & De Roeck, G. (2012). *Wetenschappelijke opvolging van het hervormingsprogramma “Naar een betere geestelijke gezondheidszorg”: Een comparatieve analyse van het interorganisatorisch netwerkontwerp van 10 projecten (klasse 1a) (Interimrapport No. 1)*. Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.
- Leys, M., De Roeck, G., & Lodewyckx, T. (2013). *Wetenschappelijke opvolging van het hervormingsprogramma “Naar een betere geestelijke gezondheidszorg”: De realisatie van interorganisatorische netwerken (Interimrapport No. 2)*. Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.
- Mandell, M. P., & Steelman, T. A. (2003). Understanding What Can Be Accomplished Through Interorganizational Innovations. *Public Management Review*, 5(2), 197–224.
- Mitchell, S. M., & Shortell, S. M. (2000). The Governance and Management of Effective Community Health Partnerships: A Typology for Research, Policy, and Practice. *Milbank Quarterly*, 78(2), 241–289.
- Provan, K. G., Fish, A., & Sydow, J. (2007). Interorganizational Networks at the Network Level: A Review of the Empirical Literature on Whole Networks. *Journal of Management*, 33(3), 479–516.
- Provan, K. G., & Kenis, P. (2007). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18, 229 – 252.
- Provan, K. G., & Sydow, J. (2014). Evaluating inter-organizational relationships. In *The Oxford Handbook of Inter-organizational relations* (pp. 691 – 716). Oxford: University Press.
- Sandfort, J., & Milward, H. B. (2014). Collaborative service provision in the public sector. In *The Oxford Handbook of Inter-organizational relations* (pp. 147 – 174). Oxford: University Press.

- 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*, 371–406.
- Van Herck, P., & Van De Cloot, I. (2013). *Hoe gezond is de geestelijke gezondheidszorg in België? De feiten achter de mythen* (p. 21). Itinera Institute.
- Wijckmans, B., Van der Donck, S., & Leys, M. (2014). *Wetenschappelijke opvolging van het hervormingsprogramma "Naar een betere geestelijke gezondheidszorg": De ervaringen van netwerkpartners in interorganisatorische netwerken in de GGZ (Interimrapport No. 3)*. Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.
- Willem, A. (2010). Trust in whole networks in the public and nonprofit sector: The impact of public sector characteristics. *HUB Research Paper 2010/13*.
[\[https://lirias.kuleuven.be/bitstream/123456789/406643/1/10HRP13.pdf\]](https://lirias.kuleuven.be/bitstream/123456789/406643/1/10HRP13.pdf).
- Zaheer, A., McEvily, B., & Perrone, V. (1998). Does trust matter? Exploring the effects of interorganizational and interpersonal trust on performance. *Organization Science*, 9(2), 141 – 159.
- 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.

