



Inleiding

In deze inleiding zullen we eerst de Belgische Hervorming in de geestelijke gezondheidszorg beschrijven, zoals die in de 'Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken' werd vastgelegd. We zullen deze hervorming kort situeren binnen de wereldwijde evolutie van de GGz en binnen de (recente) geschiedenis van de GGz in België.

Daarna zullen we het doel van dit handboek weergeven, waarbij begrippen als 'good/best practice' en 'evidence-based mental health' de revue passeren. We zullen de keuze voor de term 'innovatieve praktijk' beargumenteren, en beschrijven hoe we dit begrip definiëren en waarom we het bruikbaar vinden.

Tenslotte zullen we het proces beschrijven waardoor het handboek is ontstaan en aangeven hoe het handboek een rol kan spelen in de verdere ontwikkeling van de Belgische GGz-hervorming.

De Hervorming van de geestelijke gezondheidszorg in België

De Belgische regering, bestaande uit de federale overheid, de gewesten en de gemeenschappen, heeft beslist tot een hervorming van de geestelijke gezondheidszorg. Daartoe werd in nauw overleg een gemeenschappelijk doel uitgewerkt. Het gaat om een verandering -zowel op organisatorisch als op filosofisch vlak- die een herziening en optimalisatie van het aanbod op het vlak van de geestelijke gezondheid inhoudt, bestaande uit een beperking van het residentieel ziekenhuisaanbod ten voordele van begeleiding in de gemeenschap, gericht op het herstel van gebruikers.

Het gaat om een aanpak en een visie waarin de vermaatschappelijking van het aanbod centraal staat (Besançon e.a., 2009).

Uit de Belgische gezondheidsenquête van 2004 (Bellamy e.a., 2005) blijkt dat één op vier (24%) van de 15-plussers reeds geworsteld heeft met een gevoel van psychisch onbehagen en dat het bij meer dan de helft van die personen (13%) om een vrij ernstig probleem ging. Bij een derde van de mensen die gedurende lange periodes of definitief niet konden werken, is de oorzaak van die werkonbekwaamheid een mentale stoornis. Het gaat voor heel België om bijna 70.000 personen.

Uit de gegevens van de gezondheidsenquête blijkt ook dat één Belg op vier mentale gezondheidsproblemen heeft (Gisle, 2008). Bij een onderverdeling volgens problematiek zien we dat 8% van de bevolking in het voorbije jaar depressieve periodes had, 8% lichamelijke problemen, 6% angstsymptomen en 20% slaapstoornissen. Bovendien gaf 6% van de personen aan dat ze tijdens het jaar dat aan de enquête voorafging, een zware depressie doormaakten.

De basisfilosofie van een ontwikkeling naar vermaatschappelijkte zorg in de gemeenschap, die momenteel in België geïmplementeerd wordt (Gids, 2010), omvat 5 elementen.

1. **Deinstitutionalisering**, die erin bestaat residentiële behandeling te beperken. Daarbij wordt de uitbouw van intensieve en gespecialiseerde ambulante zorgvormen als alternatief voor een ziekenhuisopname bevorderd, met als doel de GGz-gebruikers zoveel mogelijk binnen de eigen omgeving te handhaven.

2. **Inclusie**, die beschreven kan worden als revalidatie en rehabilitatie in het kader van een noodzakelijke samenwerking met de sectoren van onderwijs, cultuur, werk, sociale huisvesting, ... Inclusie heeft dus niet uitsluitend betrekking op de sector van de GGz maar betreft alle professionelen die een rol kunnen spelen.
3. **Decategorisatie/ontschotting**: het realiseren, via zorgnetwerken en -circuits, van een samenwerking met en tussen volwassenenzorg, GGz-voorzieningen, de sector voor personen met een handicap en justitie. Alle actoren plegen overleg rond de gebruiker en vermijden een opvang in aparte 'silo's'.
4. **Intensifiëring**: het intensifiëren van de zorg binnen ziekenhuizen, met een verminderde hospitalisatieduur tot gevolg. Daardoor kan de breuk tussen gebruikers en maatschappij beperkt worden.
5. **Consolidatie**: een regularisering van de deelnemende pilootprojecten, zowel op federaal als op communautair en gewestelijk niveau, in een globaal concept van GGz. De idee bestaat erin een globaal, geïntegreerd zorgaanbod in een gestructureerd netwerk aan te bieden.

Lokale implementatie, een model voor netwerking

De visie van de Hervorming is geïnspireerd op een globale en geïntegreerde aanpak, waarbij alle functies in het kader van de GGz op basis van een geïntegreerd model aangeboden worden. De huidige organisatie van de GGz moet geleidelijk aan evolueren en plaats maken voor een netwerk van alternatieve diensten binnen een omschreven regio.

Dit vraagt een aanpassing van alle partners. Zij moeten samen, in een geest van complementariteit, hun werking, die gebaseerd is op de creativiteit en de originaliteit van de werkers en van de locatie waarin ze werd uitgewerkt, verder ontwikkelen, rekening houdend met de globale filosofie van de Hervorming. De uitwerking van die fundamentele functies vereist een samenwerking van alle betrokken actoren op verschillende niveaus. Hiervoor moet voorafgaandelijk een minimaal kader worden uitgewerkt, dat enerzijds als doel heeft de fasen te beschrijven die vereist zijn voor de uitbouw van het samenwerkingsnetwerk en anderzijds het profiel van de netwerkcoördinator omschrijft en zijn essentiële rol in de uitbouw van dit proces definieert.

De Hervorming van de GGz wijzigt diepgaand het landschap en de visie op de opvang van gebruikers met een geestelijk en/of psychiatrisch gezondheidsprobleem. Ze richt de praktijk op een visie die focust op herstel en opvang in de gemeenschap, en dit door het ziekenhuisaanbod – dat in België één van de hoogste in Europa blijkt qua bedden per aantal inwoners – om te vormen tot zorg die zo dicht mogelijk aansluit bij het dagelijkse leven en de omgeving van de gebruiker.

Deze filosofie impliceert dat er rekening gehouden wordt met alle actoren die het netwerk realiseren, waarbij overleg een belangrijk werkbeginsel is.

Het is de bedoeling om mensen in hun eigen omgeving en hun oorspronkelijke sociale inbedding te behouden door geïndividualiseerde therapeutische trajecten uit te bouwen.

Daarom wordt het model dat in België wordt ingevoerd, gekenmerkt door **vijf functies** die in het netwerk samen een alternatieve organisatie van de GGz uitmaken (met daarin de actoren van de eerste lijn, de mobiele teams, opleiding en socio-professionele inclusie, ziekenhuisopvang en huisvesting).

Het bijzondere en specifieke aan dat model (Gids, 2010 - www.psy107.be) is dat, vanuit een **globale en geïntegreerde visie**, het hele systeem betrokken wordt, via de integratie van de middelen van ziekenhuizen en de middelen die reeds in de gemeenschap bestaan, ongeacht of die rechtstreeks verband houden met de geestelijke gezondheid. Binnen een omschreven gebied dienen alle actoren strategieën uit te werken om een antwoord te bieden aan alle geestelijke gezondheidsnoden die bij de bevolking in dat gebied leven.

Het op die manier uitgebouwde netwerk is multidisciplinair en biedt flexibel interventies aan in verschillende modaliteiten.

Handboek Innovatieve praktijken in de Geestelijke Gezondheidszorg

Bij het uitwerken van dit handboek stonden volgende **doelstellingen** voor ogen:

- Ervaringen weergeven die zijn ontwikkeld binnen het Belgische Hervormingsprogramma 'Naar een betere GGz', of die reeds bestonden en in de Hervorming werden geïntegreerd.
- Beschrijven van interessante en leerrijke praktijken, gebaseerd op ervaringen van projecten tijdens de experimentele fase.
- Uit de beschreven ervaringen inzichten halen die inspirerend kunnen werken voor andere projecten.
- Een wetenschappelijk ondersteund, maar praktijk-georiënteerd handboek maken. De ervaringen van de projecten over bepaalde aspecten van de zorgvernieuwing worden daarbij ingebed in bestaande wetenschappelijke inzichten.
- Het is een product dat presenteert waar de Belgische hervorming staat, maar het wordt geen 'marketing': het gaat om aspecten die een rol spelen bij het implementeren van een maatschappelijke hervorming.

En verder

- Ondersteuning bieden aan het expertteam bij het coachen van de netwerkcoördinatoren, de netwerkcomités en de functievergaderingen; de verspreiding van de zorgvernieuwing vergemakkelijken.
- Naar buiten toe communiceren over de Hervorming van de GGZ in België.
- Het creëren van een 'databank' die een link vormt met het opleidingsprogramma.
- Een geactualiseerde visie op de reorganisatie van de GGZ in België mogelijk maken op internationaal niveau (WGO, EU, ...), met een visie die gebaseerd is op een gemeenschapsgerichte aanpak en de noden van gebruikers.
- Het belang van samenwerking tussen de verschillende sectoren van de verschillende overheden consolideren (federaal, gemeenschappen & gewesten). Nadruk op een globale en geïntegreerde aanpak.
- Focus houden op de evoluerende aard van de Hervorming van de GGz.
- Een meerwaarde toevoegen aan de argumenten van de kwalitatieve projectbeoordelingen.
- Focussen op de positieve aspecten van de Hervorming, met behulp van concrete voorbeelden van op het terrein (bottom-up).

- De link leggen met de aanbevelingen van het project Participatie van patiënten en naastbetrokkenen.
- De link leggen, aangaande innovatieve praktijken, met het nieuwe GGZ-beleid voor kinderen en jongeren.

Het handboek richt zich op een brede **lezersgroep**:

- Alle betrokkenen bij de hervorming: coördinatoren, stuurgroepen, werkgroepen enzovoort die instaan voor het implementeren van de vernieuwing.
- Verschillende 'stakeholders' binnen de projecten.
- Personen die geïnteresseerd zijn in hervormingen in de GGz in het algemeen (nationaal en internationaal).

Innovatieve praktijken

In dit handboek hebben we ervoor gekozen de term 'innovatieve praktijken' te gebruiken. Dit om verschillende redenen:

- Om de band met de Belgische GGz-hervorming 'Naar een betere geestelijke gezondheidszorg' en de zorginnovatie die daarbij hoort te benadrukken.
- Om elke vorm van 'prescriptiviteit' te vermijden. In de 'bottom-up' experimentele fase van de Belgische GGz-hervorming willen we vermijden dat de indruk werd gewekt dat de beschreven initiatieven noodzakelijk te realiseren elementen zijn van die Hervorming.
- Omdat de term de nadruk legt op de creativiteit en de inventiviteit van de sector. De weerhouden beschrijvingen willen inspireren, niet voorschrijven.

De in dit handboek beschreven innovatieve praktijken sluiten dus best aan bij de 'inspirerende praktijkvoorbeelden' van Prins (2008).

Innovatieve praktijken kunnen, net als richtlijnen en evidence based practices, beschouwd worden als instrumenten die bijdragen aan een goede kwaliteit van zorg (Cabral, 2010).

Deze vernieuwende praktijken zijn echter in het algemeen niet breed bekend en beschikbaar voor het werkveld.

Daarom willen we in dit handboek een breed overzicht bieden van interessante, inspirerende initiatieven. Een inventarisatie van bestaande innovatieve praktijken in ons land kan wezenlijk bijdragen aan de omslag in de GGz en aan kwaliteitsverbetering van de zorg voor mensen met psychische kwetsbaarheden.

Door zichtbaar te maken hoe bepaalde projecten een succesvolle oplossing bieden voor actuele problemen kunnen andere organisaties gebruik gaan maken van deze opgedane kennis en ervaring. 'Het wiel hoeft niet steeds opnieuw uitgevonden te worden'.

Het is wel belangrijk om bij de beschrijvingen van de innovatieve praktijken rekening te houden met hun specifieke context, de kritische randvoorwaarden en succesfactoren, en na te denken over bestaande of mogelijke uitkomstindicatoren en over de overdraagbaarheid van deze praktijken.

Ten overvloede willen we benadrukken dat er geen sluitende, éénduidige of universele definitie van een innovatieve praktijk bestaat.

Toch kunnen een aantal criteria worden genoemd waaraan een innovatieve praktijk voldoet (Pel e.a., 2011).

1. Innovatieve praktijken zijn (uiteraard) vernieuwend. De practice brengt nieuwe en creatieve oplossingen. Daarbij dient opgemerkt dat een aantal van de in dit handboek beschreven initiatieven niet noodzakelijk 'nieuw' zijn, omdat ze reeds in het buitenland werden toegepast en daar soms ook al wetenschappelijk werden getoetst. Het innovatieve, vernieuwende heeft dan ook betrekking op de implementatie van deze interventies of modellen in de context van de Belgische GGz.
2. Innovatieve praktijken zijn gebaseerd op een bepaalde mate van consensus met bestaande literatuur en expertise in de zorg. Innovatieve praktijken kunnen evidence-based zijn, maar hoeven dat niet te zijn.
3. Innovatieve praktijken hebben een overtuigende methodiek en zijn praktisch toepasbaar. Ze kunnen goed geëxpliciteerd worden.
4. Innovatieve praktijken zijn goed en duurzaam overdraagbaar. Innovatieve praktijken zijn vaak afhankelijk van de context waarin ze werden ontwikkeld waardoor het overnemen van zo'n praktijk in een andere omgeving niet vanzelfsprekend en niet gemakkelijk is. In dit boek wordt daarom steeds aangegeven in welke instelling(en) en binnen welke context de beschreven praktijk werd uitgewerkt, zodat die door geïnteresseerden benaderd kunnen worden. Uiteraard worden in het handboek niet alle voorzieningen of netwerken genoemd waarin de praktijk wordt toegepast, maar is er gekozen voor één of enkele voorzieningen die intensief of succesvol werken met deze benadering. Instellingen en samenwerkingsverbanden zullen zelf moeten bepalen of de werkwijze aansluit bij hun context en waar nodig zal de werkwijze aangepast moeten worden. Een innovatieve praktijk zal dus aangepast en verbeterd worden door gebruikers en het werken met innovatieve praktijken dient beschouwd te worden als een continu proces.
5. Innovatieve praktijken beloven op basis van opgedane ervaring en (beperkte) evidentie te resulteren in een betekenisvolle en tastbare verbetering van de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven van gebruikers. De practice leidt tot betekenisvolle en gewenste resultaten.
6. Innovatieve praktijken passen binnen de Belgische GGz-hervorming en zijn verbonden aan inhoudelijk strategische ontwikkelingen in de GGz. Een sociaal draagvlak voor het invoeren van de praktijk is daarbij eveneens belangrijk (Peter & Heron, 1993).

In dit handboek zal bij de beschrijving van de innovatieve praktijken over een bepaald thema gepoogd worden de link te leggen met de evidence-based vakliteratuur over dat thema. De praktijkbevindingen worden daarbij beschreven in het licht van de theoretische beschouwingen die er over die benadering of aanpak zijn. Naast resultaten van wetenschappelijk onderzoek kunnen eventueel ook ervaringen met implementatie en kritische succesfactoren aan bod komen.

Een innovatieve praktijk hoeft niet doorontwikkeld te worden tot bewezen is dat de interventie werkzaam is om een goed, duidelijk en overdraagbaar voorbeeld te zijn voor andere organisaties. Niettemin is het belangrijk dat er op termijn een differentiatie komt tussen veelbelovende en minder goede interventies. Een dergelijke differentiatie is van belang om de overdracht van en het onderzoek

naar veelbelovende goede interventies te bevorderen, die van grote waarde kunnen zijn voor de zorg. Ook in die zin vormt dit boek een momentopname, en is het belangrijk dat er in de toekomst updates komen van de beschreven praktijken en hun impact op de zorg voor mensen met psychische beperkingen.

Er werd gekozen voor een modulair samengestelde reeks. Elke module gaat over een relevante topic die als belangrijk ervaren wordt in de hervorming.

Daartoe werd eerst een longlist gemaakt van topics die relevant zijn om de Hervorming 'Naar een betere ggz' te oriënteren en in goede banen te leiden.

Dit gebeurde in een aantal vergaderingen met een projectgroep, waarbij ook externe (buitenlandse) experts werden betrokken. Namens de WGO begeleidde prof. Saraceno het project. Uiteindelijk besliste deze projectgroep om in eerste instantie modules uit te werken over zeven thema's:

1. Wonen
2. Samenwerking met de eerste lijn
3. Governance van netwerken
4. Participatie en empowerment van patiënten en naastbetrokkenen
5. Socio-professionele inclusie
6. Mobiele behandelteams voor patiënten met acute psychische problemen
7. Mobiele behandelteams voor patiënten met chronische, langdurige psychische problemen

Het hele project werd opgevat als een 'work in progress': gefaseerd wordt een programma opgesteld van modules die worden uitgewerkt. Het geheel van de modules geeft een beeld van de verschillende aspecten die bij een dergelijke hervormingsbeweging komen kijken.

Na enige tijd bestaat de mogelijkheid om modules te updaten, bijvoorbeeld wanneer nieuwe practices rond een thema worden uitgewerkt, of wanneer uitkomstgegevens beschikbaar komen.

Begin 2015 werd een oproep gedaan naar alle projecten om interessante, inspirerende praktijken aan te melden voor het handboek.

Bij die selectie speelden naast inhoudelijke gegevens ook andere elementen. Opvallend was bijvoorbeeld dat meerdere aangemelde praktijken betrekking hadden op dezelfde, actuele thema's. Daardoor kon ook rekening gehouden worden met de regionale verdeling.

Hoewel vanuit vrijwel alle projecten praktijken werden aangemeld was het aantal fiches dat per project werd ingestuurd verschillend. Uiteindelijk konden vanuit vrijwel alle projecten praktijkbeschrijvingen worden weerhouden. Sommige praktijken werden vanuit een samenwerking van verschillende projecten aangeleverd. Binnen een aantal thema's werd door de projectgroep gevraagd dat enigszins gelijklopende praktijken, die apart werden aangemeld, samen zouden worden uitgeschreven.

Voor elk thema werden ook een aantal 'lezers' aangesproken, die ervaring hebben binnen dat thema. Samen met de projectgroep/kernredactie van de reeks vormden die dan de redactiegroep van de desbetreffende module.

Zij lazen en beoordeelden de inleiding en de discussie, en een aantal van de praktijkbeschrijvingen.

De beperkte groep van de kernredactie las alle definitieve teksten en besliste in consensus tot opname in het handboek. De kernredactie bewaakte ook de eenheid in concept en vorm van het handboek, waakte over herhalingen en overlappingsen...

De definitieve versie van het handboek bestaat uit twee delen: enerzijds is er het ‘papieren’ boekje dat u in de hand houdt, daarnaast is er de website: www.innopsy107.be. Daar worden innovatieve praktijken uit alle projecten opgenomen.

In het boekje vindt u, na deze inleiding, een korte situering van de thema’s van de verschillende modules. Daarna volgen de weerhouden ‘projectfiches (cfr supra), die op een zeer beknopte wijze de innovatieve praktijken introduceren. Ze bieden een overzicht van interessante inhoudelijke en organisatorische vernieuwingen die in de verschillende experimentele projecten werden uitgewerkt of geïntegreerd, en die inspirerend kunnen werken voor anderen.

Bij elke praktijk zijn contactgegevens vermeld die het mogelijk maken verdere informatie te bekomen. Het boekje eindigt met een beperkte referentielijst, die naast een aantal algemene referenties over zorgvernieuwing, per module een beperkt aantal ‘sleutelreferenties’ omvat.

Op de website vindt de geïnteresseerde lezer verder uitgebreide informatie.

Naast een meer uitgebreide introductie van het thema van de module, met verwijzingen naar de wetenschappelijke literatuur, zijn daar meer uitgebreide beschrijvingen van de ‘innovatieve praktijken’ te vinden.

Voor de praktijkbeschrijvingen op de website werd een format uitgewerkt, dat als een (soepel te gebruiken) leidraad kon worden gebruikt.

Dit omvatte:

1. Introductie: eerst een globale beschrijving van de context van het project innovatieve praktijk;
 - Het netwerk en de regio waar de praktijk zich situeert;
 - Een beschrijving of de uitrol van de praktijk betrekking heeft op het hele netwerk dan wel op een onderdeel (regio subnetwerk, doelgroep,...);
2. Korte beschrijving van de inhoud van het initiatief (en relatie met de functies uit het overheidsprogramma);
3. Beschrijving van de spelers die actief een rol hebben gespeeld in de uitrol van de practice (functie, sector, niveaus van functies uit participerende organisaties);
4. Een overzicht van concrete resultaten en de schaal waarop het operationeel is;
 - Dus niet enkel een verhaal wat de principes of de theorie is;
 - Beschrijving in welke mate de werkwijze nog trouw is aan het initiële plan of theorie over de manier van samenwerken (waar is het denken bijgestuurd door de praktijkervaring?)
 - Functioneert het vandaag als ‘piloot’ of is het klaar om/wordt het al netwerkbreed uitgerold;
 - Zijn er registratiegegevens/cijfers die de practice ondersteunen?
Wat zouden goede indicatoren zijn?
5. Op het einde een conclusie “wat hebben we geleerd?”
 - Een oplistijng van do’s en don’ts op basis van eigen ervaringen;
 - Wat zijn lessen die uniek zijn voor deze innovatieve praktijk, welke lessen zijn ook zinvol voor andere initiatieven?

6. Een synthese van het initiatief in MAXIMUM 10 regels: voorstelling, aantal VTE, noodzakelijke samenwerkingen, financiering, budget, transfereerbaarheid van het initiatief;
7. De eventuele referenties vermelden;
8. Via de vermelde contactgegevens kunnen geïnteresseerden dan verdere informatie bekomen. Op die manier willen we verdere uitwisseling van ervaringen, opgedaan binnen de hervorming van de Belgische GGz stimuleren.

Terminologie en auteurschap

In een multi-auteur boek als dit is het gebruikelijk dat de redactie voor de éénvormigheid een aantal keuzes maakt. Dat gebeurde reeds door het gebruik van de hierboven beschreven 'formats', die soepel werden gebruikt.

De bedoeling ervan was niet om een keurslijf op te leggen, maar om relevante informatie in de verschillende beschrijvingen te kunnen includeren.

Daarnaast zijn er taalkundige en terminologische keuzes.

De auteurs werd gevraagd om zoveel mogelijk genderneutrale termen te gebruiken. Om zware hij/zij of zijn/haar constructies te vermijden worden soms toch genderspecifieke termen gebruikt. Tenzij uitdrukkelijk vermeld, verwijzen die steeds naar personen van beide geslachten.

Tenslotte werden de auteurs vrij gelaten in het gebruik van een aantal termen. Om de personen aan te duiden die van GGz-voorzieningen gebruik maken zijn de benamingen 'patiënt', 'cliënt' of 'gebruiker' elk beladen met betekenissen. Zowel gebruikers als professionals hebben hierover soms uitgesproken en duidelijk verschillende opvattingen. Bij een bevraging van 133 Engelse patiënten die in de gemeenschap verbleven verkozen de meesten door huisartsen (75%) of psychiaters (67%) als 'patiënt' te worden aangesproken.

Bij verpleegkundigen, sociaal werkers of psychologen werden de termen 'patiënt' en 'cliënt' even vaak verkozen. Oudere gebruikers verkozen vaker de term 'cliënt' (McGuire-Snieckus, McCabe & Priebe, 2003).

Ook in de terminologie van 'mentale stoornis', 'psychisch probleem', 'psychiatrische problematiek', 'psychische beperking' maakte de redactiegroep geen keuze, al zijn we ons bewust van de achterliggende visies en verbanden met een medisch of psychosociaal model.