

**Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin**

**Referentiekader  
Continuïteit in de zorg voor personen  
met geestelijke gezondheidsproblemen**

Sofie Hermans  
Dr. Aline Sevenants  
Prof. dr. Chantal Van Audenhove



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin  
 Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven  
 Tel 0032 16 37 34 32  
 E-mail: [swvg@kuleuven.be](mailto:swvg@kuleuven.be)  
 Website: <http://www.steunpuntwvg.be>



Publicatie nr. 2020/13

SWVG-Rapport 43

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Referentiekader over continuïteit in de zorg voor personen met geestelijke gezondheidsproblemen

Promotor: Prof. dr. Chantal Van Audenhove<sup>1</sup>

Onderzoekers: Sofie Hermans<sup>1</sup>, dr. Aline Sevenants<sup>1</sup>

<sup>1</sup> LUCAS KU Leuven

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.

#### Het consortium SWVG

<i>Deelnemende instellingen - Dagelijks bestuur</i>	
<b>KU Leuven</b>	
· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy	Prof. dr. Chantal Van Audenhove
· Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Anja Declercq
· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Johan Put
· Leuvens Instituut voor Gezondheidsbeleid	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
· Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen	Prof. dr. Erik Schokkaert
<b>UGent</b>	
· Vakgroep Marketing, Innovatie en Organisatie	Prof. dr. Paul Gemmel
· Vakgroep Publieke Governance, Management & Financiën	Prof. dr. Joris Voets
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. An De Sutter
<b>Vrije Universiteit Brussel</b>	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Dominique Verté
<b>Universiteit Antwerpen</b>	
· CRESC, UAntwerpen	Prof. dr. Peter Raeymaeckers
<i>Partnerinstellingen</i>	
<b>Universiteit Hasselt</b>	
· Centrum voor Statistiek	
<b>Thomas More Hogeschool</b>	
· Opleiding Toegepaste Psychologie	Dr. Peter De Graef
<b>Arteveldehogeschool</b>	
· Dienst onderzoek en dienstverlening	
<b>Hogeschool Gent</b>	
· Faculteit Mens en Welzijn	
<b>UC Leuven-Limburg</b>	
· Groep Gezondheid en Welzijn	
<i>Coördinatie en secretariaat</i>	
Coördinator SWVG Administratieve ondersteuning	Dr. Kathleen De Cuyper Manuela Schröder Lut Van Hoof

## Rapport 43

Juni 2020

### Referentiekader over continuïteit in de zorg voor personen met geestelijke gezondheidsproblemen

Onderzoeker: Sofie Hermans<sup>1</sup>, dr. Aline Sevenants<sup>1</sup>

Promotor: Prof. Dr. Chantal Van Audenhove<sup>1</sup>

<sup>1</sup> LUCAS KU Leuven

## Samenvatting

### Situering

De Vlaamse overheid werkt sedert enige tijd met 'referentiekaders'. Dat zijn documenten waarin de eisen en verwachtingen vanuit de overheid zijn opgesteld over de verwachte kwaliteit van zorg- of hulpverlening. Het referentiekader vormt de basis voor de aansturing en handhaving door Zorg en Gezondheid en Zorginspectie en heeft als doel het verzekeren van een goede kwaliteit van zorg voor de patiënt en het streven naar kwaliteitsverbetering. Een referentiekader wordt gevoed vanuit regelgeving, omzendbrieven, algemeen aanvaarde principes, guidelines, evidence based richtlijnen, good practices, ... en dergelijke meer. Het is een instrument zowel voor de zorgactoren zelf als voor de overheid om het kwaliteitsproces te voeden en te stimuleren. Als een referentiekader een instrument wil zijn voor kwaliteitsverbetering, moet het een inhoudelijk onderbouwde, toekomstgerichte, uitdagende visie en ambitie bevatten en uitstralen. In dat opzicht kan het niet de bedoeling zijn om enkel huidige regelgeving en/of financiering als richtinggevend te beschouwen: een referentiekader is juist bedoeld ter aanvulling van regelgeving, om aan te geven wat de (potentiële) patiënt en onze samenleving mag verwachten van de huidige/toekomstige zorg, en wat ook de toets met zorg in het buitenland kan doorstaan.

Zorg en Gezondheid en Zorginspectie hebben reeds ervaring in het werken met een dergelijk referentiekader bijv. in de sector van de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG), de initiatieven van beschut wonen (IBW), de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT), enz. In 2018 is beslist om het werken met referentiekaders niet louter toe te spitsen op een voorziening of sector als geheel, maar om te focussen op specifieke topics die essentieel zijn voor het bieden van kwaliteit van zorg en de mogelijkheid in zich dragen om te leiden tot een substantiële kwaliteitsverbetering. Het werken met afgebakende thema's/topics zal gradueel moeten opgebouwd worden de komende jaren. Er stellen zich uitdagingen in het combineren van dit nieuwe model met de reeds bestaande referentiekaders en in de intersectorale aanpak hiervan vs. de sectorale aanpak die tot op heden gebruikt werd.

Vanuit deze thematische aanpak wil men komen tot een nieuw toezichtmodel in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Een toezichtmodel moet goed aansluiten bij de realiteit van de sector waarvoor

het ontwikkeld wordt. Het is duidelijk dat de realiteit van de ggz zich meer en meer ook op netwerk-niveau situeert. Bovendien vormen overgangen tussen zorgvoorzieningen een risico in de zorg. Het is dus belangrijk om hier voldoende aandacht aan te besteden.

Het de bedoeling dat dit onderzoek input levert aan Zorg en Gezondheid om aan de slag te gaan voor het (verder) ontwikkelen van referentiekaders. Het is bedoeld als voorbereidende fase op het traject tot ontwikkeling van een referentiekader. De opmaak zelf van referentiekaders behoort tot de taken van Zorg en Gezondheid en vallen buiten de scope van dit onderzoek.

Het globale referentiekader van de Vlaamse overheid stemt overeen met het Europese Actieplan voor de Geestelijke Gezondheid van de WGO (2015). Op basis van dit Europese actieplan publiceerde de Hoge Gezondheidsraad in 2016 advies nr. 9204 *'Naar een algemeen kader voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren in de geestelijke gezondheidszorg in België'*.

Als eerste generiek thema om verder uit te werken heeft Zorg en Gezondheid voor continuïteit gekozen. Om deze keuze te maken, hebben zij een brede groep stakeholders bevroegd. Continuïteit is het thema dat wordt vermeld door alle stakeholders die hun input doorgaven. Zorg en Gezondheid kan daarnaast beamen dat continuïteit in de zorg een vaak voorkomend element is in de klachten die het agentschap ontvangt van burgers.

Het Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid omvat verschillende initiatieven die de continuïteit van de zorg beogen te verbeteren. Ook het nieuwe decreet betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijk gezondheidsaanbod schuift continuïteit naar voor als een leidend principe in de zorg. Het decreet omschrijft continue zorg als: "een samenhangende zorgverlening op korte termijn tussen professionals die op hetzelfde moment bij de zorg voor een gebruiker zijn betrokken, en op lange termijn in de vorm van ononderbroken contactreeksen tussen professionals die achtereenvolgens bij de zorg voor een gebruiker zijn betrokken". Het decreet voorziet de erkenning van geestelijke gezondheidsnetwerken. Die netwerken krijgen als opdracht o.a. de integrale en continue zorg en ondersteuning faciliteren en optimaliseren.

### **Continuïteit van zorg**

Continuïteit van zorg wordt beschouwd als een belangrijke indicator van kwaliteit van zorg in het algemeen [1]. Dit geldt zeker voor het domein van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) waarin de diversiteit aan diensten het aanbieden van naadloze, continue zorg bemoeilijkt [2, 3]. Patiënten ontmoeten vaak een breed scala aan zorgverleners in verschillende praktijken en instellingen voor ambulante GGZ en worden soms opgenomen in een residentiële setting.

Het concept 'continuïteit van zorg' is op veel verschillende wijzen gedefinieerd [4, 5] en zo verwijst het afhankelijk van de context onder meer naar: zorgcoördinatie, integratie van zorg, patiëntgerichte zorg en casemanagement. Verder is niet enkel de definitie van het concept 'continuïteit van zorg' veranderd doorheen de tijd maar fluctueren ook de definities van de gerelateerde begrippen onder invloed van ontwikkelingen in het zorglandschap (bv. toenemende diversiteit van het zorgaanbod, de specialisatie van het zorgaanbod, de technologische evoluties in de medische wetenschap, enzovoort). Ook de operationalisatie van 'continuïteit van zorg' is moeilijk [6]. De ontwikkeling van meetinstrumenten die continuïteit van zorg evalueren, zou immers gelijke tred moeten houden met de evolutie in conceptuele literatuur maar dit is niet het geval. [7]. De modellen van zorgcontinuïteit hebben niet onmiddellijk geleid tot de ontwikkeling van hierbij passende onderzoeks- of assessment instrumenten. [3, 8].

Niettegenstaande deze moeilijkheden heeft onderzoek wel organisatiekenmerken geïdentificeerd die zorgcontinuïteit bevorderen. Inspanningen om continuïteit van zorg te verbeteren voor patiënten vanuit organisatieniveau bestaan o.a. uit veranderingen in de dienstverlening zoals ontslagplanning en integratie van dienstverlening [2, 9-12]. Er is echter niet veel gekend over interventies die gericht zijn op het verbeteren van continuïteit van zorg voor mensen met een psychische problematiek.

### **Doelstelling en onderzoeksvraag**

Zoals hierboven beschreven zal dit onderzoek input leveren die de overheid kan gebruiken voor het opstellen van een referentiekader. Een internationale literatuurstudie zal leiden tot een overzicht van good practices en kwaliteitseisen die reeds beschreven staan en onderbouwd zijn en/of die gehanteerd worden in andere landen. Het doel is om in de toekomst duidelijke verwachtingen te kunnen formuleren naar zorgactoren. De opmaak zelf van referentiekaders behoort tot de taken van Zorg en Gezondheid en vallen buiten de scope van dit onderzoek.

Voor het thema continuïteit van zorg is dit het startpunt van het traject. Samen met Zorg en Gezondheid bakenen de onderzoekers de precieze scope van de literatuurstudie af. In elk geval komen volgende aspecten aan bod:

- Overgangen tussen zorgvormen, zowel binnen 1 voorziening ggz als tussen voorzieningen binnen de geestelijke gezondheidszorg als het overgangsmoment na de uitstroom uit een voorziening uit de geestelijke gezondheidszorg naar de eerstelijns gezondheids- en welzijnszorg.
- Het instroomtraject, de continuïteit tussen aanmelding en effectieve opstart van zorg.

Het beoogde referentiekader zal intersectoraal zijn (*bedoeld op de verschillende sectoren binnen de ggz*) en focussen op de personen met een psychische kwetsbaarheid (niet op een specifieke doelgroep of specifieke setting).

De centrale onderzoeksvraag luidt:

Welke concrete good practices/kwaliteitseisen komen in de internationale literatuur naar voor die bruikbaar kunnen zijn voor de opstart van een referentiekader rond continuïteit van zorg?

### **Methode**

Er is in overleg met de stuurgroep gekozen voor de uitvoering van een scoping review waarbij op iteratieve wijze de **verschillende stappen van het model van Arksey en O'Malley gevolgd werden**: (1) identificatie van de onderzoeksvraag; (2) identificatie van relevant onderzoek (3) selectie van onderzoek; (4) in kaart brengen van de data; (5) verzamelen, samenvatten en rapporteren van resultaten [13]. Zo veel mogelijk onderzoek werd geïdentificeerd op basis van een uitgebreide set aan zoektermen in drie wetenschappelijke databanken: EMBASE, PubMed en Web of Science. Er werd ook op verschillende wijzen gezocht naar literatuur die niet opgenomen is in deze databases en daardoor minder toegankelijk is. Via Google, werden de referentielijsten van relevante reviews handmatig doorgenomen en is manueel gezocht in die tijdschriften die veelvuldig relevante artikelen opleverden. De studies werden geselecteerd op basis van verschillende criteria die doorheen het zoekproces zijn ontwikkeld.

In een volgende stap zijn aan de hand van volgende categorieën data geëxtraheerd uit de artikelen: auteur, jaar van publicatie, titel, land van onderzoek, doel van het onderzoek, onderzoeksopzet (design),

doelpopulatie van de interventie, setting, doel van de interventie, beschrijving van de interventie, uitkomsten specifiek voor continuïteit van zorg, conclusie. Deze combinatie van categorieën is gekozen omdat de interventie en het effect ervan op de continuïteit van zorg pas inzichtelijk worden wanneer de context wordt meegegeven (doel van de interventie, setting). De data die uit de primaire interventiestudies werd gehaald aan de hand van de categorieën, vormde de basis voor een thematische analyse. Met deze kwalitatieve, beschrijvende methode hebben we belangrijke of terugkerende patronen geïdentificeerd, geanalyseerd en gerapporteerd.

### **Resultaten van de scoping review**

In deze scoping review werden in totaal 219 studies geïncludeerd. Daarvan zijn er 208 studies relevant voor de onderzoeksvraag waarin het effect van een interventie werd gemeten voor de continuïteit van zorg. Verder zijn er 11 studies over instrumenten die relevant zijn voor continuïteit van de zorg in de GGZ. Achtereenvolgens bespreken we de definities van continuïteit, de definitie van continuïteit specifiek voor de GGZ, de operationalisering van de begrippen in meetinstrumenten en de resultaten met betrekking tot verschillende scharnierpunten.

### **Definities van continuïteit van zorg**

‘Continuïteit van zorg’ is op veel verschillende wijzen (A. A. Uijen et al., 2012; Vandyk, Graham, VanDenKerkhof, Ross-White, & Harrison, 2013). Een vaak geciteerde algemene definitie van continuïteit van zorg is die van Bachrach (Bachrach, 1981):

*“Continuity of care is a process involving the orderly, uninterrupted movement of patients among the diverse elements of the service delivery system” (p. 1450)*

Het overzicht van Uijen et al. (2012) toont aan dat wetenschappelijke literatuur rond het concept reeds voorhanden was in de jaren '50 van vorige eeuw. Eerst werd er het hebben van één persoonlijke zorgverlener mee aangeduid. Later, in de jaren 1970, verschoof de focus naar het geconnecteerd zijn van zorgmomenten in de tijd en het gecoördineerd verlopen van zorg. Definities in deze tijd conceptualiseerden continuïteit van zorg als een unidimensioneel construct. Nadien werden multidimensionele modellen geïntroduceerd om continuïteit van zorg te definiëren (Puntis et al., 2015). Een multidimensionele opvatting van continuïteit van zorg omvat de combinatie van verschillende dimensies, zoals cross-sectionele, longitudinale, relationele, informationele, contextuele en flexibele/responsieve continuïteit. Het longitudinale (continuïteit over een tijdsperiode) en het cross-sectionele aspect (continuïteit over zorgcomponenten) van continuïteit zijn sleuteldimensies en de meeste definities trachten beide te implementeren (Crawford et al., 2004; Weaver et al., 2017) (zie Tabel i).

Tabel i. Aspecten van continuïteit van zorg

<u>Cross-sectionele aspecten van continuïteit van zorg</u>	<u>Longitudinale of temporele aspecten van continuïteit van zorg</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Continuity between service providers</i> – bestaan er effectieve links en communicatiekanalen tussen de verschillende diensten en professionals betrokken bij de zorg voor de patiënt?</li> <li>• <i>Comprehensiveness</i> – worden er interventies gepland om tegemoet te komen aan de individuele noden van elke patiënt?</li> <li>• <i>Accessibility</i> – kan de patiënt de voorzieningen bereiken die hij/zij nodig heeft?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Continuity of contact</i> – blijft de dienst in contact met de patiënt?</li> <li>• <i>Continuity of service provider</i> – kan de patiënt consistent terecht bij dezelfde zorgverleners en/of dezelfde diensten?</li> <li>• <i>Continuity through discharges and transfers</i> – verlopen overgangen tussen organisaties soepel, snel en adequaat gepland?</li> <li>• <i>Implementation of service plans</i> – worden plannen voor interventies daadwerkelijk gerealiseerd?</li> </ul>

Bewerking van 'Continuity of care for the severely mentally ill: concepts and measures', door Johnson, S., 1997, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 32, p138

Vanaf de jaren '90 kwam de nadruk te liggen op het perspectief van de patiënt. De wijze waarop de patiënt de verschillende aspecten van zorgcontinuïteit ervaart komt centraal te staan en wordt beschouwd als overkoepelende dimensie (Weaver et al., 2017).

Een frequent geciteerd model is dat van Freeman en collega's dat later is aangepast door Haggerty en al. (Haggerty et al., 2003) en Freeman en Hughes (2010), waarin drie dimensies van zorgcontinuïteit worden onderscheiden (zie Tabel ii).

Tabel ii. Drie types van continuïteit

<i>Informationeel</i>	Het gebruik van informatie over vroegere gebeurtenissen en persoonlijke omstandigheden om de huidige zorg gepast te maken voor elk individu
<i>Management</i>	Een consistente en coherente aanpak van het management van een gezondheidsprobleem dat beantwoordt aan de veranderende nood van de patiënt
<i>Relationeel</i>	Een voortgaande therapeutische relatie tussen een patiënt en één of meer zorgverleners

Bewerking en vertaling uit 'Continuity of care: a multidisciplinary review', door Haggerty et al., 2003, BMJ, 327, p 1220

Continuïteit van zorg wordt vaak verward met andere zorgconcepten. Uit de review van Uijen en collega's (2012) blijkt dat zorgcontinuïteit het meest verward wordt met zorgcoördinatie, integratie van zorg, patiëntgerichte zorg en casemanagement. Deze gerelateerde begrippen overlappen elkaar inhoudelijk en datgene wat hen precies onderscheidt, is onduidelijk (Bautista et al., 2016; Holland & Harris, 2007; Uijen et al., 2012). Bovendien is niet enkel de definitie van het concept 'continuïteit van zorg' onduidelijk, maar ook de definities van de gerelateerde begrippen zijn veranderd doorheen de tijd onder invloed van ontwikkelingen in het zorglandschap (bv. stijging in diversiteit van het zorgaanbod, specialisatie van het zorgaanbod, technologische vooruitgang van de medische wetenschap, enzovoort). De studie van Uijen en collega's (2012) suggereert dat onderzoekers zelden verder kijken dan het conceptueel kader en literatuur van een bepaald begrip omdat er weinig wordt gerefereerd naar de andere gerelateerde concepten. De auteurs geloven niet dat deze begrippen uit elkaar kunnen getrokken worden. De literatuurstudie biedt drie grote thema's: (i) een persoonlijke zorgverlener die de patiënt kent en opvolgt; (ii) communicatie tussen zorgverleners en (iii) samenwerking tussen zorgverleners.

### **Continuïteit van zorg in de geestelijke gezondheidszorg**

Ook binnen de geestelijke gezondheidszorg wordt het begrip continuïteit van zorg op verschillende wijzen begrepen (Vandyk et al., 2013; Weaver et al., 2017). Het historisch overzicht van Adair en collega's (Adair et al., 2003) toont aan dat de definiëring van het concept doorheen de tijd sterk beïnvloed is door de hervormingen en evoluties die de geestelijke gezondheidszorg kenmerken, zoals deïstitutionalisering en de opkomst van casemanagement. Sinds de jaren '90 zijn verschillende hervormingen gericht op het ondersteunen van de integratie van geestelijke gezondheidszorg in de gemeenschap. In België wordt interprofessionele en inter-organisatorische samenwerking (transmurale zorg) waarbij de complexe noden van de patiënt met psychische problemen richtinggevend zijn, aanvankelijk gepromoot door therapeutische projecten en transversale consultatieplatformen en later via de netwerken van artikel 107 (Mistiaen et al., 2019). Onder deze impuls wordt de opvatting van continuïteit van zorg als zorg die geboden wordt door éénzelfde zorgverlener uitgebreid met de idee dat het de geplande en gecoördineerde beweging is van de patiënt doorheen de verschillende componenten van het zorgsysteem (Weaver et al., 2017).

In de studie van Haggerty en collega's (2003) onderzocht men hoe continuïteit wordt opgevat over verschillende zorgdomeinen heen en wat de verschillen zijn in focus op de verschillende aspecten van continuïteit van zorg tussen de zorgdomeinen. In de geestelijke gezondheidszorg wordt de nadruk gelegd op de **coördinatie** van diensten en de stabiliteit van de relatie tussen patiënt en zorgverlener of team. Diensten, waaronder ook **sociale diensten** voor huisvesting en tewerkstelling, worden typisch gecoördineerd aan de hand van een **zorgplan en doel**. Het is een handig instrument om de huidige zorg af te stemmen op de zorg die in het verleden is verleend, alsook rekening te houden met de toekomstige zorgnoden. Kenmerkend is dat er **casemanagers** toegewezen worden die instaan voor de coördinatie van gezondheids- en sociale diensten. Verder is een typisch kenmerk dat het zorgteam **contact** onderhoudt met de patiënt, dat de vooruitgang wordt gemonitord en de toegang tot nodige diensten wordt gefaciliteerd. **Toegang** wordt vaak als een dimensie beschouwd van continuïteit van zorg.

### **De operationalisatie van continuïteit van zorg in de GGZ**

De operationalisatie van het concept 'continuïteit van zorg' is in de GGZ evenzeer moeilijk (Burns et al., 2009). De ontwikkeling van meetinstrumenten die continuïteit van zorg evalueren, gaat samen met de evolutie in conceptuele literatuur maar is veel trager geëvolueerd (Johnson et al., 1997). Bovendien zijn de ontwikkelde modellen van zorgcontinuïteit niet vertaald in instrumenten om het concept na te gaan (Burns et al., 2009; Weaver et al., 2017).

Vele vroege studies focussen op opvolging na hospitalisatie omwille van acute psychiatrische crisis (Burns et al., 2009). Longitudinale veranderingen in zorgcontinuïteit worden zelden nagegaan (Adair et al., 2003; Burns et al., 2009). Ook in het onderzoek van Goldman, Spaeth- Rublee, Nowels, Ramanuj en Pincus (2016) naar kwaliteitsindicatoren voor zorgcoördinatie –en continuïteit komt naar voor dat er een onevenwichtige nadruk wordt gelegd op **hospitalisatie**. De auteurs stelden vast dat er veel meer indicatoren zijn ontworpen voor ontslagplanning en opvolging na hospitalisatie dan voor coördinatie tussen zorgverleners.

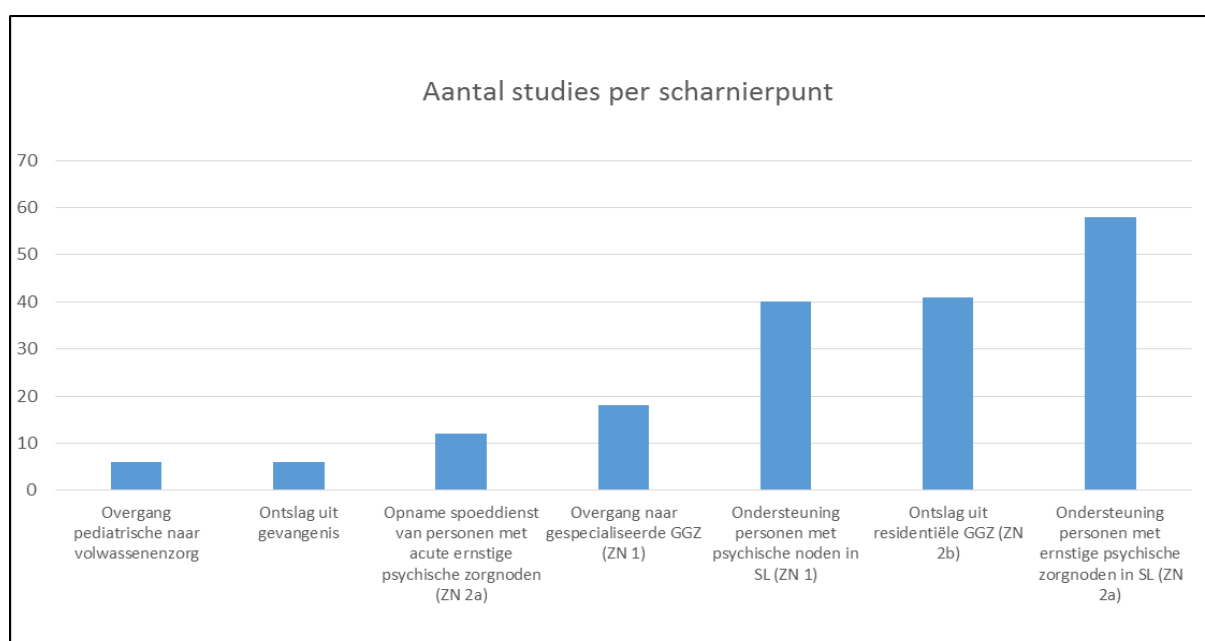
Hoewel de ervaring van patiënten als belangrijke dimensie naar voor is geschoven in de modellen van zorgcontinuïteit, toont de kwalitatieve meta-synthese van Waibel en collega's (2012) aan dat er slechts weinig studies zorgcontinuïteit direct bevragen aan personen die kampen met psychische problemen. De associatie tussen de ervaren zorgcontinuïteit en zorguitkomsten tijdens belangrijke veranderingen/overgangen in dienstverlening is zelden onderzocht (Waibel, Henao, Aller, Vargas, & Vázquez, 2012).



Onderzoek heeft organisationele factoren geïdentificeerd die zorgcontinuïteit bevorderen. Inspanningen om continuïteit van zorg te verbeteren voor patiënten vanuit organisationeel niveau bestaan uit veranderingen in de dienstverlening zoals ontslagplanning en integratie van dienstverlening (Adair et al., 2003; Crawford et al., 2004; Kreyenbuhl, Nossel, & Dixon, 2009; Loranger & Fleury, 2020; Wierdsma, van der Schee, & Mulder, 2011). Er is echter niet veel onderzoek over organisationele interventies die gericht zijn op het verbeteren van continuïteit van zorg voor mensen met een psychische problematiek.

### Resultaten per scharnierpunt

Voor de beschrijving in dit rapport hebben de onderzoekers in overleg met de stuurgroep een opdeling gemaakt die enerzijds aansluit bij de grote transitie momenten in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen en die anderzijds een relevante samenvatting van de veelheid aan informatie uit de literatuur toeliet. Op deze wijze zijn zeven thema's bepaald die we kunnen omschrijven als belangrijke 'scharnierpunten' of overgangsmomenten tussen organisaties binnen de GGZ waarvoor onderzocht is wat het effect is van organisatorische interventies op continuïteit van zorg voor mensen met psychische problemen. Onderstaand schema geeft het aantal artikels per scharnierpunt weer.



Figuur i Frequentie van geïncludeerde artikels per scharnierpunt (N=181)

Deze zeven overgangsmomenten geven precies aan waar de problematiek van een gefragmenteerde dienstverlening voor personen met psychische problemen het sterkst naar voren komt. Vijf van deze scharnierpunten zijn gelinkt aan het landschap van het **geestelijk gezondheidsaanbod**. Dit landschap kent verschillende **zorgniveaus**, zoals beschreven in het nieuwe decreet betreffende de organisatie van het geestelijk gezondheidsaanbod [14]. De scharnierpunten waarop de organisatorische interventies in de geïncludeerde studies zijn gericht, kunnen worden ingedeeld op twee specifieke zorgniveaus.

**Zorgniveau 1** omvat de *generalistische basiszorg* voor geestelijke gezondheid. Op dat zorgniveau situeert zich alle professionele, *generieke* zorg voor personen met psychische zorgnoden en hun context, die *lokaal* wordt aangeboden. De interventies beschreven in deze scoping review kunnen door organisaties op dit zorgniveau worden aangewend om personen te ondersteunen in de overgang naar gespecialiseerde GGZ en om personen met psychische zorgnoden te ondersteunen.

**Zorgniveau 2** omvat de *gespecialiseerde GGZ*. Op dat zorgniveau situeert zich alle professionele zorg die gericht is op en ontwikkeld is voor personen met *ernstige* psychische zorgnoden en hun context. Een deel van de gespecialiseerde GGZ wordt *regionaal* aangeboden en wordt ondergebracht op **zorgniveau 2a**. Een ander deel wordt *supraregionaal* georganiseerd (**zorgniveau 2b**).

Interventies voor dienstverlening op zorgniveau 2a zijn gericht op volgende twee scharnierpunten: opname op de spoeddienst van personen met ernstige acute psychische zorgnoden en ondersteuning van personen met ernstige psychische zorgnoden in de samenleving. Studies die interventies beschrijven die van belang zijn voor continuïteit van zorg voor personen die ontslagen worden uit de residentiële GGZ zijn gecategoriseerd onder zorgniveau 2b.

Organisaties die instaan voor de overgang van jongeren van de pediatrische of jeugdzorg naar de volwassenenzorg kunnen zich zowel situeren op het zorgniveau van generalistische zorg als op het niveau van de gespecialiseerde ambulante en residentiële zorg (zorgniveau 1, 2a en 2b). Ook voor personen met psychische problemen die ontslagen worden uit de gevangenis kunnen zowel organisaties die basiszorg verlenen als organisaties die gespecialiseerde zorg verlenen, instaan om deze overgang te ondersteunen.

- Transitie naar gespecialiseerde GGZ (1);
  - Uit de interventies die aan bod komen binnen deze rubriek onthouden we voornamelijk het belang van participatie van de cliënt en zijn naasten, van multidisciplinaire/ multisectoriële samenwerkingsverbanden en van het verhogen van kennis over geestelijke gezondheidsproblematiek. De nood aan het verhogen van (gespecialiseerde) kennis is trouwens een element dat we quasi voor elk scharnierpunt zien terugkeren. Training, vorming en bewustmaking zouden dus best een belangrijk onderdeel van het referentiekader uitmaken.
- Ondersteuning van personen met milde psychische zorgnoden in de samenleving (2);
  - Integratie van psychische ondersteuning is een element dat doorheen de verschillende interventies binnen dit scharnierpunt loopt. Teleconsultatie, psycho-educatie en empowerment van de cliënt, bijvoorbeeld aan de hand van motiverende gespreksvoering, lijken naast het reeds eerder vermelde belang van samenwerking van cruciaal belang te zijn voor de opvolging en ondersteuning van personen met psychische zorgnoden in de samenleving.
- Opname op de spoeddienst voor psychische problematiek (3);
  - Alle interventies omvatten in meer of mindere mate de integratie van gespecialiseerde GGZ in de spoeddienst. Het belang van de samenwerking tussen het medisch team van de spoeddienst en psychische dienstverlening onderstreept de noodzaak van colocatie oftewel het fysiek aanwezig zijn op dezelfde locatie, maar ook het gebruik van dezelfde communicatiesystemen.
- Ondersteuning van personen met ernstige psychische zorgnoden in de samenleving (4);
  - Voor wat betreft de interventies voor personen met specifieke zorgnoden, onthouden we vooral het cruciale belang van individuele begeleiding en zorgcoördinatie. Het aanstellen van een case-manager is hier good practice, alsook het betrekken van gepaste (mobiele) zorgdiensten. Bij jongeren komt de nood aan een perspectief op tewerkstelling of educatie bovendien, hetgeen opnieuw het belang van empowerment aantoont. Het belang van de mogelijkheid van de persoon om op één of andere manier eigen regie te behouden over zijn eigen leven en functioneren is een element dat binnen het referentiekader absoluut een plaats dient te krijgen.

- Ontslag uit residentiële GGZ (5);
  - De kern van al deze interventies bestaat uit het contact houden met de patiënt na het ontslag. Of dit nu wordt opgevolgd door de inschakeling van een casemanager, door vormings sessies of online ondersteuning, al deze interventies hebben tot doel de patiënt te ondersteunen in zijn organisatie van nazorg. Ook binnen deze rubriek hebben tal van interventies zelfmanagement en empowerment als focus. Inter-organisatorische samenwerking (bv. met huisarts, apotheker, ...) waarbij deze zorg tijdig wordt gepland vormt hierbij een belangrijke factor.
- Ontslag uit de gevangenis van personen met ernstige psychische problematiek (6);
  - Binnen dit scharnierpunt is ondersteuning na het ontslag de factor die terugkomt binnen alle interventies. Deze ondersteuning wordt op verschillende manieren vorm gegeven: persoonlijk en direct contact met de gevangene (doelen stellen, hulp bij administratie), begeleiding naar afspraken met ambulante zorgverlening, het monitoren van de interventie en het nagaan of het geïnstalleerde ondersteuningssysteem functioneert zoals gepland, overdracht naar ambulante zorgverlening door middel van een multidisciplinaire vergadering, ... Binnen deze rubriek vonden we echter slechts zes interventies terug. Hieruit leiden we af dat we op dit vlak nog niet zover staan om algemene aanbevelingen voor het referentiekader te kunnen formuleren.
- Overgang van pediatrische GGZ naar GGZ voor volwassenen (7)
  - Alle interventies binnen deze rubriek stellen een stapsgewijs proces voor om de overgang naar de volwassenenzorg te maken. Volgende elementen komen terug in al de beschreven interventies: Voorbereiding van de overgang door middel van assessment, planning, transfer en overdracht en tenslotte beëindiging. De invulling hiervan is echter zeer verschillend. Daarenboven vonden we ook binnen dit scharnierpunt slechts zes interventies, hoewel het alom geweten is dat dit een cruciaal hiaat vormt binnen de GGZ. Gezien het belang van deze overgang pleiten we er zeker voor om dit element een prominente plaats te geven binnen het referentiekader.

## Conclusies en aanbevelingen

Deze literatuurstudie brengt de belangrijkste bevindingen samen voor de scharnierpunten en voor elk scharnierpunt apart. Voor alle scharnierpunten komen we tot volgende globale aanbevelingen die als 'rode draden' doorheen de bevindingen van de scoping review lopen:

- Belangrijk is dat er een bewustzijn ontstaat rond deze scharnierpunten als overgangen of momenten waarop patiënten kwetsbaar zijn voor een gefragmenteerde zorg of gebrek aan toegang tot passende zorg.
- Het is nodig dat dit bewustzijn ertoe leidt dat organisaties de overgangen grondig en tijdig in gezamenlijk overleg met de betrokken patiënt en diens naasten en met de betrokken organisaties en hulpverleners voorbereiden.
- Het is van belang dat mensen met een ernstige psychische problematiek worden geïdentificeerd en systematisch opgevolgd.
- Een persoonsgerichte aanpak waarbij de visie en de vraag naar ondersteuning van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood centraal staat, is aangewezen.
- Meetinstrumenten waarvan de psychometrische kwaliteit is aangetoond spelen een sleutelrol in de continuïteit van zorg en ondersteuning. Een 'comprehensive assessment' vormt de basis om de zorg af te stemmen op de behoeften van de patiënt (zorg op maat) en om de communicatie tussen verschillende zorgverleners doorheen verschillende sectoren en over de tijd heen, te bewerkstelligen. De stappen die in dit verband ondernomen worden met de BelRAI in de geestelijke gezondheidszorg dienen krachtig verder gezet te worden in het belang van een goede kwaliteit van zorg en ondersteuning voor de meest kwetsbare groepen.

Voor de samenwerking tussen organisaties komen we naast hogervermelde conclusies tot volgende aanbevelingen.

- Vanuit het zorgbeleid is er de laatste jaren steeds meer steun voor de ontwikkeling van samenwerkingsverbanden in inter-organisatorische zorgnetwerken. Echter, de implementatie van een zorgnetwerk als organisatiestructuur is op zich geen garantie op een succesvolle samenwerking. Er is aandacht nodig voor de processen die de kwaliteit en de dynamiek bepalen van succesvolle inter-organisatorische samenwerking.
- Het belang van samenwerking tussen organisaties en zorgverleners als sleutel tot continuïteit van zorg kwam op verschillende wijzen aan bod in deze studie, o.a.:
  - Samenwerking is beschreven van diensten GGZ met politionele diensten en medische zorg zoals huisartsen en de spoeddienst.
  - Een samenwerkingsmodel van colocatie waarbij zorgverleners elkaar op de werkplek ontmoeten en er een (al dan niet beperkte) systeemintegratie is zou de kennis van elkaars werking verhogen en een wederzijds begrip opleveren dat bijdraagt tot een betere GGZ.
  - De integratie van somatische zorg in praktijken voor gespecialiseerde ggz.
  - Veel interventies beschrijven ook de nood aan gezamenlijke opleiding en training om de samenwerking te ondersteunen. Bijvoorbeeld: huisartsen die opleiding krijgen rond ADHD bij kinderen of FEP (First-Episode Psychosis) zullen gemakkelijker doorverwijzen en hun medicatiebeleid aanpassen.
  - Veel interventies beschrijven de rol van een zorgcoördinator: iemand die de samenwerking regelt op het niveau van de patiënt.

### **Tot slot enkele nabeschouwingen van de onderzoekers**

De literatuur toont aan dat ‘continuïteit van zorg’ een vlag is die vele ladingen dekt en dat de operationalisaties bijgevolg ook geen recht doen aan de veelzijdigheid van het concept. Meten is weten, gaat hier dus niet altijd op.

In studies missen we hoe patiënten continuïteit van zorg hebben ervaren. Dus, het is van belang dat de ontwikkeling en implementatie van dienstverlening die continuïteit van zorg tracht te verbeteren, zich richt op het nagaan van het concept in die facetten die voor de patiënt en zijn naasten belangrijk zijn en dat hun perspectief wordt bevraagd.

Deze studie toont ook aan dat zorg voor een goede continuïteit geen “one size fits all” oplossingen kan krijgen. Zo stellen we bijvoorbeeld vast dat daklozen met een ernstige psychiatrische aandoening eerder wel gebaat zouden zijn bij hospitalisatie niettegenstaande ze deelnemen aan een ondersteunend ambulantly programma. Andere doelgroepen, zoals ouderen die zich in de samenleving handhaven met een milde psychische problematiek zouden dan weer beter toegang vinden tot passende zorg wanneer dit beter wordt gecoördineerd over verschillende zorgverleners. Er is dus nood aan studies die de rekening houden met specifieke uitdagingen die gepaard gaan met bepaalde levensfasen, zoals de adolescentie, volwassenheid en ouderdom of mijlpalen zoals acute psychiatrische crisis en zwangerschap.

Tot slot wijzen we nog op enkele beperkingen van deze studie. De meeste studies die we in dit onderzoek hebben samengebracht focussen op de aanpak dicht bij de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en brengen relevante info over de wijze waarop continuïteit kan bewerkstelligd worden. Hierbij mag men echter niet vergeten dat de organisaties een sterke rol spelen in het hinderen of faciliteren van de goede praktijken op dit vlak. De organisaties en hun financieringssystemen dragen sterk bij tot de sectorisering en verkokering die samenwerking in een teamverband soms ronduit onmogelijk maakt.

Verder stellen we vast dat goedbedoelde netwerkorganisaties die opgezet zijn om de samenwerking te bevorderen en dus ook de continuïteit in de diverse betekenissen, wel als structuur aanwezig zijn, maar niet in procesmatige aspecten die nodig zijn om het echt waar te maken. Hinderpalen voor een vlotte samenwerking situeren zich voor wat betreft de dynamieken in de organisaties, op het vlak van leiderschap, aanwezigheid van procedures en het vertrouwen tussen de organisaties. Financieringssystemen die prestatiefinanciering in de hand werken zijn eveneens een belangrijk struikelblok om een goede continuïteit over de sectoren en scharnierpunten heen te realiseren. Dit kwam uit onze studie niet zo sterk naar voor. We pleiten ervoor om sterker in te zetten op het vervullen van randvoorwaarden op alle niveaus, zowel klinisch, organisatorisch als beleidsmatig. Tegelijk zal het nodig zijn om in opleiding en (verder) onderzoek te focussen op deze thematieken zodat alle randvoorwaarden vervuld zijn opdat goede inzichten werkelijk voet aan de grond kunnen krijgen.

1. Nylenna, M., et al., *What is Good Quality of Health Care? Professions and Professionalism*, 2015. **5**(1).
2. Adair, C.E., et al., *History and measurement of continuity of care in mental health services and evidence of its role in outcomes*. *Psychiatr Serv*, 2003. **54**(10): p. 1351-6.
3. Weaver, N., M. Coffey, and J. Hewitt, *Concepts, models and measurement of continuity of care in mental health services: A systematic appraisal of the literature*. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 2017. **24**(6): p. 431-450.
4. Bachrach, L.L., *Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis*. *Am J Psychiatry*, 1981. **138**(11): p. 1449-56.
5. Uijen, A.A., et al., *How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts*. *Fam Pract*, 2012. **29**(3): p. 264-71.
6. Vandyk, D.A., et al., *Towards a conceptual consensus of continuity in mental healthcare: focused literature search and theory analysis*. *Int J Evid Based Healthc*, 2013. **11**(2): p. 94-109.
7. Burns, T., et al., *Continuity of care in mental health: understanding and measuring a complex phenomenon*. *Psychol Med*, 2009. **39**(2): p. 313-23.
8. Johnson, S., et al., *Continuity of care for the severely mentally ill: concepts and measures*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1997. **32**(3): p. 137-42.
9. Crawford, M.J., et al., *Providing continuity of care for people with severe mental illness- a narrative review*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2004. **39**(4): p. 265-72.
10. Kreyenbuhl, J., I.R. Nossel, and L.B. Dixon, *Disengagement From Mental Health Treatment Among Individuals With Schizophrenia and Strategies for Facilitating Connections to Care: A Review of the Literature*. *Schizophrenia Bulletin*, 2009. **35**(4): p. 696-703.
11. Loranger, C. and M.J. Fleury, *Factors Associated with Perceived Continuity of Care Among Patients Suffering from Mental Disorders*. *Community Mental Health Journal*, 2020. **56**(4): p. 670-679.
12. Wierdsma, A.I., M. van der Schee, and C.L. Mulder, *Breakdown of continuity in public mental healthcare in the Netherlands: a longitudinal case study*. *International Journal of Integrated Care*, 2011. **11**.
13. Burns, T. and M. Baggaley, *Splitting in-patient and out-patient responsibility does not improve patient care*. *British Journal of Psychiatry*, 2018. **210**(1): p. 6-9.
14. Arksey, H. and L. O'Malley, *Scoping studies: towards a methodological framework*. *International Journal of Social Research Methodology*, 2005. **8**(1): p. 19-32.
15. De Cuyper, K. and Van Audenhove, Ch., *Het nieuwe decreet geestelijke gezondheid: gevolgen voor de praktijk en organisatie van de geestelijke gezondheidszorg*. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 2019. **49**(4): p. 273-289.

## INHOUDSOPGAVE

<b>Hoofdstuk 1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>17</b>
1	Definitie van continuïteit van zorg	18
2	Continuïteit van zorg binnen GGZ	19
3	Operationalisatie van continuïteit van zorg in de GGZ	20
<b>Hoofdstuk 2</b>	<b>Methode</b>	<b>21</b>
1	Stap 1: identificatie van de onderzoeksvraag	21
2	Stap 2: identificatie van relevant onderzoek	22
3	Stap 3: selectie van onderzoek	23
4	Stap 4: in kaart brengen van de data	25
5	Stap 5: verzamelen, samenvatten en rapporteren van resultaten	25
<b>Hoofdstuk 3</b>	<b>Resultaten</b>	<b>27</b>
1	Numerische analyse	27
2	Thematische analyse	28
2.1	Zorgniveau 1 - generalistische basiszorg	30
2.2	Zorgniveau 2a – gespecialiseerde regionale zorg	50
2.3	Zorgniveau 2b – gespecialiseerde supraregionale GGZ	70
2.4	Ontslag uit de gevangenis van personen met ernstige psychische problematiek	79
2.5	Overgang van pediatrische zorg naar volwassenenzorg	83
<b>Hoofdstuk 4</b>	<b>Discussie van de bevindingen</b>	<b>87</b>
1	Inhoudelijke reflecties	87
1.1	Zorgniveau 1 – generalistische basiszorg	88
1.2	Zorgniveau 2a – gespecialiseerde regionale zorg	94
1.3	Zorgniveau 2b – gespecialiseerde supraregionale GGZ	97
1.4	Ontslag uit de gevangenis	98
1.5	Overgang van pediatrische naar volwassenenzorg	98
2	Methodologische reflecties	99
3	Aanbevelingen	100
3.1	Overgang naar gespecialiseerde zorg	100
3.2	Ondersteuning in de samenleving	101
3.3	Opname in een spoeddienst	101
3.4	Ondersteuning in de samenleving van personen met een ernstige psychiatrische problematiek	101
3.5	Ontslag uit residentiële psychiatrische zorg	102
4	Conclusie	103
	<b>Referenties</b>	<b>105</b>

## Lijst tabellen

Tabel 1	Aspecten van continuïteit van zorg	18
Tabel 2	Drie types van continuïteit	18
Tabel 3	Termen gerelateerd aan 'continuïteit van zorg'	22
Tabel 4	Aantal interventies per doelgroep en scharnierpunt voor zorgniveau 1	30
Tabel 5	Interventiestudies onder het scharnierpunt 'overgang van basiszorg naar gespecialiseerde GGZ'	32
Tabel 6	Overzicht van interventiestudies onder het scharnierpunt 'ondersteuning van personen met milde psychische problemen in de samenleving'	41
Tabel 7	Aantal interventies per doelgroep en scharnierpunt voor zorgniveau 2a	50
Tabel 8	Overzicht van interventiestudies onder het scharnierpunt opname op de spoeddienst voor zorgniveau 2a	52
Tabel 9	Overzicht van interventiestudies onder het scharnierpunt ondersteuning van personen met ernstige psychische zorgnoden in de samenleving voor zorgniveau 2a	61
Tabel 10	Aantal interventies per doelgroep en scharnierpunt voor zorgniveau 2b	70
Tabel 11	Overzicht van interventiestudies onder het scharnierpunt 'ontslag uit de residentiële geestelijke gezondheidszorg'	73
Tabel 12	Overzicht van studies onder het scharnierpunt 'ontslag uit de gevangenis'	81
Tabel 13	Interventiestudies onder het scharnierpunt 'overgang van pediatrische naar volwassenenzorg'	85
Tabel 14	Taxonomie van integratie voorgesteld door het SAMHSA-HRSA Center for Integrated Health Solutions	92

## Lijst figuren

Figuur 1	Flowchart van studies van identificatie tot inclusie	24
Figuur 2	Frequentie van het aantal artikels, per land	27
Figuur 3	Frequentie van het aantal artikels per onderzoeksopzet	28
Figuur 4	Frequentie van geïncludeerde artikels per scharnierpunt ( $N=181$ )	29
Figuur 5	Toegang tot zorg	90



# Hoofdstuk 1

## Inleiding

Continuïteit van zorg wordt beschouwd als een belangrijke indicator van kwaliteit van zorg in het algemeen [1]. Dit geldt zeker voor het domein van de GGZ (GGZ) waarin de diversiteit aan diensten het aanbieden van naadloze, continue zorg bemoeilijkt [2, 3]. Patiënten ontmoeten vaak een breed scala aan zorgverleners in verschillende praktijken en instellingen voor poliklinische GGZ en worden soms opgenomen in een residentiële setting. Zoals Longo, Salvatore, Tasselli, en Petracca (2017, p76) stellen 'doorkruist het concept continuïteit van zorg de disciplinaire en organisatorische grenzen en is het cruciaal voor de coördinatie van zorg in de huidige multidimensionale en gedestructureerde gezondheidssystemen' [4].

Het belang van continuïteit als aspect van kwaliteitsvolle psychische dienstverlening wordt onderbouwd door onderzoek dat een positieve associatie aantoonde tussen continuïteit van zorg en gezondheidsuitkomsten van patiënten met een ernstige psychische problematiek [5-7]. Dat er weinig consistentie is in hoe continuïteit van zorg wordt gemeten in de verschillende studies bemoeilijkt evenwel de vergelijking tussen studies. Puntis en collega's (2015) pleiten ervoor dat onderzoekers meer consistent zouden zijn in de meetinstrumenten die worden gebruikt om het construct te meten.

We raken hier aan twee gerelateerde pijnpunten in het onderzoek naar continuïteit van zorg. Ten eerste is het concept dat reeds in 1967 beschreven werd als een belangrijk element in de zorgverlening, op vele wijzen gedefinieerd en geconceptualiseerd [2, 8, 9]. Deze opvattingen bewegen doorheen de geschiedenis mee met de hervormingen in de dienstverlening binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Ten tweede staat de hoeveelheid literatuur waarin continuïteit van zorg conceptueel wordt voorgesteld als een multidimensioneel construct, in contrast met het beperkte aantal meetinstrumenten die ontwikkeld zijn om continuïteit van zorg te meten [10]. De instrumenten die bestaan, meten niet alle dimensies van continuïteit van zorg, zijn van lage kwaliteit of zijn onvoldoende psychometrisch onderzocht [11, 12]. Bovendien bemoeilijkt het inconsistent meten van continuïteit van zorg over studies heen het trekken van conclusies en de voortgang van onderzoek binnen dit domein [6]. In het kader van de plannen van de Vlaamse overheid om een referentiekader voor goede zorg te ontwikkelen, kreeg het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin de opdracht om een literatuurstudie uit te voeren over de continuïteit van zorg. In de volgende alinea's definiëren we het begrip 'continuïteit van zorg' in het algemeen en in de GGZ en vervolgens formuleren we een operationele definitie.

## 1 Definitie van continuïteit van zorg

‘Continuïteit van zorg’ is op veel verschillende wijzen gedefinieerd en tot op vandaag is er een gemis aan consensus over het concept [8, 13]. Een vaak geciteerde algemene definitie van continuïteit van zorg is die van Bachrach[14] (p 1449):

*“Continuity of care is a process involving the orderly, uninterrupted movement of patients among the diverse elements of the service delivery system”*

Het overzicht van Uijen et al. (2012) toont aan dat wetenschappelijke literatuur rond het concept reeds voorhanden was in de jaren '50 van vorige eeuw. Eerst werd er het hebben van één persoonlijke zorgverlener mee aangeduid. Later, in de jaren 1970, verschoof de focus naar het geconnecteerd zijn van zorgmomenten in de tijd en het gecoördineerd verlopen van zorg. Definities in deze tijd conceptualiseerden continuïteit van zorg als een unidimensioneel construct. Nadien werden multidimensionele modellen geïntroduceerd om continuïteit van zorg te definiëren [6]. Een multidimensionele opvatting van continuïteit van zorg omvat de combinatie van verschillende dimensies, zoals cross-sectionele, longitudinale, relationele, informatiele, contextuele en flexibele/responsieve continuïteit. Het longitudinale (continuïteit over een tijdsperiode) en het cross-sectionele aspect (continuïteit over zorgcomponenten) van continuïteit zijn sleuteldimensies en de meeste definities trachten beide te implementeren [3, 15] (zie Tabel 1).

Tabel 1 Aspecten van continuïteit van zorg

<u>Cross-sectionele aspecten van continuïteit van zorg</u>	<u>Longitudinale of temporele aspecten van continuïteit van zorg</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Continuity between service providers</i> – bestaan er effectieve links en communicatiekanalen tussen de verschillende diensten en professionals betrokken bij de zorg voor de patiënt?</li> <li>• <i>Comprehensiveness</i> – worden er interventies gepland om tegemoet te komen aan de individuele noden van elke patiënt?</li> <li>• <i>Accessibility</i> – kan de patiënt de voorzieningen bereiken die hij/zij nodig heeft?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Continuity of contact</i> – blijft de dienst in contact met de patiënt?</li> <li>• <i>Continuity of service provider</i> – kan de patiënt consistent terecht bij dezelfde zorgverleners en/of dezelfde diensten?</li> <li>• <i>Continuity through discharges and transfers</i> – verlopen overgangen tussen organisaties soepel, snel en adequaat gepland?</li> <li>• <i>Implementation of service plans</i> – worden plannen voor interventies daadwerkelijk gerealiseerd?</li> </ul>

Bewerking van ‘Continuity of care for the severely mentally ill: concepts and measures’, door Johnson, S., 1997, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 32, p138

In de jaren '90 kwam de nadruk te liggen op het perspectief van de patiënt. De wijze waarop de patiënt de verschillende aspecten van zorgcontinuïteit ervaart komt centraal te staan en wordt beschouwd als overkoepelende dimensie [3]. Een frequent geciteerd model is dat van Freeman en collega's dat later is aangepast door Haggerty en collega's [16] en Freeman en Hughes (2010), waarin drie dimensies van zorgcontinuïteit worden onderscheiden (zie Tabel 2).

Tabel 2 Drie types van continuïteit

<i>Informationeel</i>	Het gebruik van informatie over vroegere gebeurtenissen en persoonlijke omstandigheden om de huidige zorg gepast te maken voor elk individu
<i>Management</i>	Een consistente en coherente aanpak van het management van een gezondheidsprobleem dat beantwoord aan de veranderende nood van de patiënt
<i>Relationeel</i>	Een voortgaande therapeutische relatie tussen een patiënt en één of meer zorgverleners

Bewerking en vertaling uit ‘Continuity of care: a multidisciplinary review’, door Haggerty et al., 2003, BMJ, 327, p 1220

Continuïteit van zorg wordt vaak door elkaar gehaald met andere zorgconcepten. Uit de review van Uijen en collega's (2012) blijkt dat zorgcontinuïteit het meest verward wordt met zorgcoördinatie, integratie van zorg, patiëntgerichte zorg en casemanagement. Deze gerelateerde begrippen overlappen elkaar inhoudelijk en datgene wat hen precies onderscheidt, is onduidelijk [8, 12, 17]. Bovendien is niet enkel de definitie van het concept 'continuïteit van zorg' veranderd doorheen de tijd maar fluctueren ook de definities van de gerelateerde begrippen onder invloed van ontwikkelingen in het zorglandschap (bv. stijging in diversiteit van het zorgaanbod, specialisatie van het zorgaanbod, technologische vooruitgang van de medische wetenschap, enzovoort). De studie van Uijen en collega's (2012) suggereert dat onderzoekers zelden verder kijken dan het conceptueel kader en literatuur van een bepaald begrip omdat er weinig wordt gerefereerd naar de andere gerelateerde concepten. De auteurs geloven niet dat deze begrippen uit elkaar kunnen getrokken worden en komen in hun literatuurstudie tot drie grote overkoepelende thema's: (i) een persoonlijke zorgverlener die de patiënt kent en opvolgt; (ii) communicatie tussen zorgverleners en (iii) samenwerking tussen zorgverleners [8].

## **2 Continuïteit van zorg binnen GGZ**

Ook binnen de GGZ is er geen consensus bereikt over het begrip continuïteit van zorg [3, 13]. Het historisch overzicht van Adair en collega's [2] toont aan dat de definiëring van het concept doorheen de tijd sterk beïnvloed is door de hervormingen en evoluties die de GGZ kenmerken, zoals deïstitutionalisering en de opkomst van casemanagement. Sinds de jaren '90 zijn verschillende hervormingen gericht op het ondersteunen van de integratie van GGZ in de gemeenschap. In België wordt interprofessionele en inter-organisatorische samenwerking (transmurale zorg) waarbij de complexe noden van de patiënt met psychische problemen richtinggevend zijn, aanvankelijk gepromoot door therapeutische projecten en transversale consultatieplatformen en later via de netwerken van artikel 107 [18]. Onder deze impuls wordt de opvatting van continuïteit van zorg als zorg die geboden wordt door éénzelfde zorgverlener uitgebreid met de idee dat het de geplande en gecoördineerde beweging is van de patiënt doorheen de verschillende componenten van het zorgsysteem [3].

In de studie van Haggerty en collega's (2003) onderzocht men hoe continuïteit wordt opgevat over verschillende zorgdomeinen heen en wat de verschillen zijn in focus op de verschillende aspecten van continuïteit van zorg tussen de zorgdomeinen. In de GGZ wordt de nadruk gelegd op de coördinatie van diensten en de stabiliteit van de relatie tussen patiënt en zorgverlener (dit is eerder een team dan één zorgverlener). Diensten, waaronder ook sociale diensten voor huisvesting en tewerkstelling, worden typisch gecoördineerd aan de hand van een zorgplan en doel. Het is een handig instrument om de huidige zorg af te stemmen op de zorg die in het verleden is verleend, alsook rekening te houden met de toekomstige zorgnoden. Kenmerkend is dat er casemanagers toegewezen worden die instaan voor de coördinatie van gezondheids- en sociale diensten. Verder is een typisch kenmerk dat het zorgteam contact onderhoudt met de patiënt, dat de vooruitgang wordt gemonitord en de toegang tot nodige diensten wordt gefaciliteerd. Toegang tot zorg wordt vaak als een dimensie beschouwd van continuïteit van zorg.

### **3 Operationalisatie van continuïteit van zorg in de GGZ**

De operationalisatie van het concept ‘continuïteit van zorg’ is in de GGZ evenzeer moeilijk [19]. De ontwikkeling van meetinstrumenten die continuïteit van zorg evalueren, hangt samen met de evolutie in conceptuele literatuur maar is veel trager geëvolueerd [10]. Bovendien zijn de ontwikkelde modellen van zorgcontinuïteit niet vertaald in instrumenten om het concept na te gaan [3, 19].

Vele vroege studies focussen op het opvolgen van de patiënt na hospitalisatie omwille van acute psychiatrische crisis [19]. Longitudinale veranderingen in zorgcontinuïteit worden zelden nagegaan [2, 19]. Ook uit het onderzoek van Goldman, Spaeth- Rublee, Nowels, Ramanuj en Pincus (2016) naar kwaliteits-indicatoren voor zorgcoördinatie –en continuïteit komt naar voor dat er een onevenwichtige nadruk wordt gelegd op hospitalisatie. De auteurs stelden vast dat er veel meer indicatoren zijn ontworpen voor ontslagplanning en opvolging na een ziekenhuisopname dan voor coördinatie tussen zorgverleners.

Hoewel de ervaring van patiënten als belangrijke dimensie naar voor is geschoven in de modellen van zorgcontinuïteit, toont de kwalitatieve meta-synthese van Waibel en collega’s (2012) aan dat er slechts weinig studies zorgcontinuïteit direct bevragen aan personen die kampen met psychische problemen. De associatie tussen de ervaren zorgcontinuïteit en zorguitkomsten tijdens belangrijke veranderingen of overgangen in dienstverlening is zelden onderzocht [20].

Onderzoek heeft organisationele factoren geïdentificeerd die zorgcontinuïteit bevorderen. Inspanningen om continuïteit van zorg voor patiënten te verbeteren vanuit organisationeel niveau bestaan uit veranderingen in de dienstverlening zoals ontslagplanning en integratie van dienstverlening [2, 15, 21-24]. Er is echter niet veel gekend over organisationele interventies die gericht zijn op het verbeteren van continuïteit van zorg voor mensen met een psychische problematiek. Het doel van deze literatuurstudie is het in kaart brengen van de bestaande evidentie over organisationele interventies die continuïteit van zorg ondersteunen en faciliteren voor mensen die lijden aan psychische problemen. Door de onderzoeksbevindingen samen te vatten kunnen ze gebruikt worden als basis voor het opstellen van een referentiekader.

## Hoofdstuk 2

### Methode

Deze literatuurstudie is een **scoping review**. Dit type review is gekozen om inzicht te verwerven in de *hoeveelheid en het soort van beschikbare literatuur* dat er te vinden is over interventies op organisatieniveau die continuïteit van zorg ondersteunen voor personen met een psychische problematiek (1) en om *lacunes* aan te duiden in de bestaande literatuur (2) [25, 26]. De resultaten van deze scoping review kunnen gebruikt worden om een richtinggevend beleid voor zorgorganisaties die instaan voor personen met een psychische problematiek te informeren en te ondersteunen.

Om de scoping review uit te voeren, volgden we de **verschillende stappen van het model van Arksey en O'Malley** [26]. Dit model is nadien door andere auteurs verder aangepast en uitgebreid [27, 28]. De identificatie en analyse van literatuur werd uitgevoerd in **vijf stappen**: (1) identificatie van de onderzoeksvraag; (2) identificatie van relevant onderzoek (3) selectie van onderzoek; (4) in kaart brengen van de data; (5) verzamelen, samenvatten en rapporteren van resultaten.

Dit proces verliep iteratief. Elke stap vroeg om reflectie en zo nodig werd de stap herhaald zodanig dat we de literatuur zo volledig mogelijk doorzochten. Hieronder presenteren we de verschillende stappen uit het model van Arksey en O'Malley zoals we ze hebben doorlopen in deze literatuurstudie.

#### 1 Stap 1: identificatie van de onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag werd ontwikkeld om een zo groot mogelijk bereik aan studies over het onderwerp te vinden. Deze luidt: **“Wat vertelt de literatuur ons over goede praktijken op organisatieniveau om continuïteit van zorg te verbeteren voor personen met psychische problemen?”**

Deze vraag gidde de opbouw van de zoektermen in de tweede stap van de scoping review. Meer specifiek kwamen **volgende drie aspecten** naar voor uit de onderzoeksvraag die de precieze focus van de review bepaalden:

##### 1) Continuïteit van zorg

In de introductie hebben we het concept ‘continuïteit van zorg’ reeds toegelicht. Voor de scoping review hebben we ons gehouden aan een brede opvatting van dit concept [8]. Studies die werden geïnccludeerd in de review moesten continuïteit van zorg gemeten hebben als uitkomst. De uitkomsten van de studies kunnen op verschillende niveaus liggen. Zo kan de uitkomst continuïteit van zorg zijn zoals gepercipieerd door patiënt of zorgverlener (micro-niveau) of kan continuïteit van zorg op meso-niveau zijn nagegaan. Zorgcontinuïteit kan op dit niveau op verschillende manieren zijn geoperationaliseerd, zoals bijvoorbeeld heropname, wachttijd tot eerste consultatie, het attenderen van een eerste afspraak, enzovoort.

##### 2) Praktijken of interventies op organisatieniveau

De focus van deze review lag op praktijken die in het *dienstverleningsaanbod* voor personen met psychische problemen kunnen worden geïmplementeerd en die gericht zijn op een verbetering van continuïteit van zorg. Dus we wilden *elke studie implementeren die een evaluatie maakt van een programma of interventie met organisatorisch aspect gericht op een verbetering van*

*zorgcontinuïteit voor mensen met psychische problemen.* Een programma of interventie kan op het strategische niveau van een organisatie liggen, het meer tactische niveau en het technische of operationele niveau (lagere leidinggevende functies), of het uitvoerende niveau.

### 3) Personen met psychische problemen

De interventies die in de studies worden besproken zijn gericht op personen met een psychische problematiek. In deze review is er gekozen om artikels te includeren die zowel focussen op kinderen als volwassenen met psychische problemen, alle ernstige psychische diagnoses alsook minder ernstige psychische symptomen en middelenmisbruik. De focus van deze review ligt op de dienstverlening van organisaties die betrokken zijn in de zorg voor deze doelgroep, dit kunnen ook organisaties zijn die niet specifiek zijn voor de GGZ, zoals algemene spoeddiensten en huisartspraktijken.

Tabel 3 Termen gerelateerd aan ‘continuïteit van zorg’

Coordination (of care)/co-ordination (of care)/	Follow up (care)/follow-up (care)
Coordinated (care)/co-ordinated (care)/	Medical home
Coordinating (care)/co-ordinating (care)	Transfer (of care)
Integration (of care)/integrated (care)/	Team (care)
Integrating (care)	Shared (care)
Patient centered (care)/patient centred (care)/	Ongoing (care)
Patient-centered (care)/patient-centred (care)/	Seamless (care)
Patient focused (care)/patient-focused (care)	Consistent (care)
Case management	Connected (care)
Transition (of care)/transitions (of care)/	Collaborative (care)
Transitional (care)	Cooperative (care)
Discharge planning	Transmural (care)
Continuum (of care)	Smooth (care)
Continuing (care)	Accessibility (to care)/Access (to care)
Continuous (care)	Multidisciplinary (care)
Continued (care)	Interdisciplinary (care)

Herdruckt van: ‘How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts’, door Uijen et al., 2012 *Fam Pract*, 29(3), p 265

## 2 Stap 2: identificatie van relevant onderzoek

Onderzoek werd geïdentificeerd op basis van een uitgebreide set aan zoektermen in drie wetenschappelijke databases: EMBASE, PubMed en Web of Science (zie Bijlage A voor een uitgebreid overzicht van de zoektermen). De onderzoeksvraag leidde het opstellen van de zoektermen om relevant onderzoek uit de databases te filteren. De zoektermen werden opgesteld op basis van volgende twee aspecten die in de onderzoeksvraag naar voor komen: **continuïteit van zorg en dienstverlening in de GGZ**. Voor het concept ‘continuïteit van zorg’ baseerden we ons op de gerelateerde termen van dit concept zoals deze worden voorgesteld in Tabel 3 [8]. Het concept werd in de zoektermen verbonden met dienstverlening binnen de GGZ. Het doel van de review was immers onderzoek te identificeren dat aanpassingen in de dienstverlening

van organisaties in verband brengt met positieve uitkomsten op continuïteit van zorg voor patiënten. We baseerden ons op de typering van soorten dienstverlening binnen de GGZ zoals voorgesteld in de review van Gaebel en collega's [29].

De identificatie van relevant onderzoek was iteratief: de zoektermen werden verfijnd op basis van de resultaten en onze toenemende vertrouwdheid met de literatuur. De zoektocht werd uitgevoerd in juli en augustus 2019.

Er werd op verschillende wijzen gezocht naar grijze literatuur die niet opgenomen is in de wetenschappelijke databanken en daardoor minder toegankelijk is. Ten eerste werd er gezocht via Google met de zoekterm 'continuity of care mental health'. Dit leverde 62 relevante hits op die handmatig werden doorzocht en waarop de selectiecriteria werden toegepast (zie stap 3), waarna 19 documenten werden geïnccludeerd. Ten tweede zijn de referentielijsten van 97 relevante reviews die onze zoektocht in de wetenschappelijke databanken opleverde, handmatig doorzocht. Een schematische voorstelling van dit proces wordt in Bijlage B weergegeven. 101 artikels werden na toepassing van de criteria hieruit weerhouden. Tenslotte is er handmatig gezocht in die tijdschriften die veelvuldig relevante artikels opleverden, namelijk *Psychiatric Services*, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *Community Mental Health Journal*, *BMC Psychiatry* en *The Lancet Psychiatry*. Dit leverde 20 extra artikels op die voldeden aan de selectiecriteria. In totaal werden meer dan 4000 artikels geïdentificeerd (zie Figuur 1).

Er werd gebruik gemaakt van de datamanagement software Endnote.

### 3 Stap 3: selectie van onderzoek

De studies werden geselecteerd op basis van verschillende **criteria** die werden ontwikkeld doorheen het zoekproces. Naarmate we meer vertrouwd werden met de literatuur, werden aanpassingen aan de selectiecriteria doorgevoerd. Dit gebeurde in samenspraak met de stuurgroep van dit onderzoeksproject.

Artikels werden **geïnccludeerd** wanneer ze werden gepubliceerd in de laatste vijf jaar (2015 – heden); wanneer een interventie op organisatieniveau (dat kan worden geïmplementeerd in de dienstverlening GGZ die worden aangeboden door verschillende soorten organisaties) werd onderzocht; wanneer continuïteit van zorg werd opgenomen in de resultaten van de studie; wanneer de onderzochte dienstverlening gericht was op mensen met een psychische problematiek. Er werd geen restrictie opgelegd qua leeftijd en zowel studies die zich richten op personen met een ernstige psychiatrische stoornis als studies die een focus hebben op personen met milde psychische klachten werden geselecteerd. We includeerden alle gepubliceerde evaluaties die een collegiale toetsing hebben doorstaan (peer-reviewed) en een systematische wijze van dataverzameling en analyse bevatten. Zowel experimenteel als quasi-experimenteel onderzoek werd geïnccludeerd, alsook kwalitatieve studies.

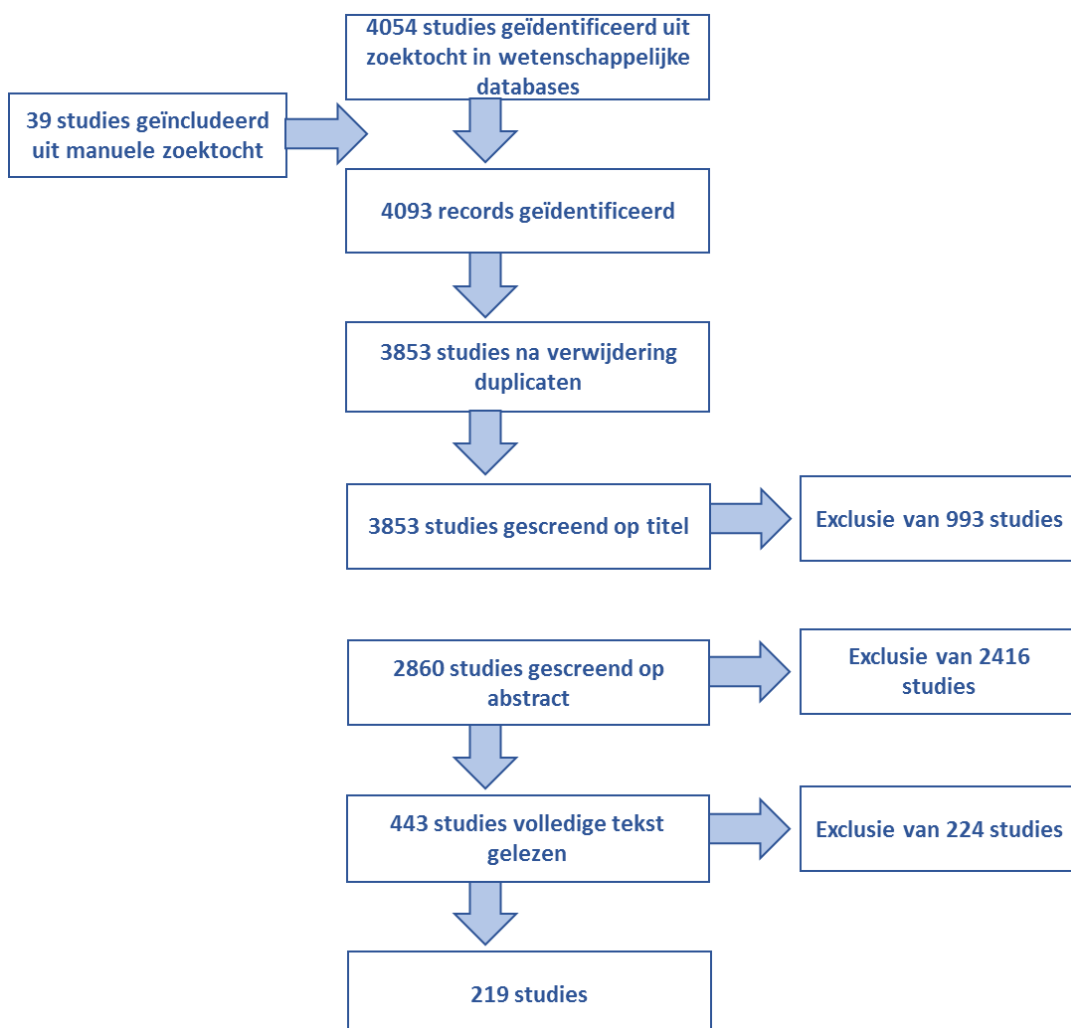
Onderzoek werd **uitgesloten** wanneer het werd verricht in niet-hoge inkomenslanden; werd gepubliceerd in een andere taal dan Nederlands of Engels; niet online of in de bibliotheek van KU Leuven beschikbaar was; wanneer er geen abstract beschikbaar was; wanneer het een 'discussion paper', 'commentary', 'editorial', of 'single case study' betrof. Een meer schematische presentatie van de selectiecriteria is opgenomen in Bijlage C.

De selectiecriteria werden dan toegepast op de meer dan 4000 geïdentificeerde artikels (zie Figuur 1). Het criterium van de publicatiedatum werd reeds opgenomen in de zoektermen voor de verschillende

wetenschappelijke databanken. De periode voor identificatie en selectie reikt van 1 September 2019 tot 29 Juli 2020. Het selectieproces gebeurde in verschillende fasen:

- In een eerste fase werden de artikels die *meermaals* in de database voorkwamen eruit gehaald.
- Een tweede fase bestond uit de screening van de *titels en abstracts* om irrelevante studies of onderzoek dat niet in lijn ligt van de onderzoeksvraag te excluderen uit deze review.
- Voor de 443 artikels waarvan de relevantie niet kon worden bepaald op basis van titel en abstract, werd de *volledige tekst* gelezen en de inclusiecriteria toegepast. Pas in deze fase werden de referentielijsten van de reviews doorgenomen.
- In totaal zijn er 219 artikels weerhouden. Tweehonderdenacht artikels betreffen een interventie-studie en 11 artikels beschrijven een meetinstrument relevant voor continuïteit van zorg.

Tijdens de start van deze stap in de scoping review, werden de abstracts van een subset van de artikels dubbel gescreend door twee onafhankelijke onderzoekers. Onenigheden werden bediscussieerd. Deze discussie leidde tot verdere specificatie van de opgestelde criteria. Consistentie onder de onderzoekers werd in de loop van het verdere selectieproces steeds bewaakt door het gebruik van dezelfde beslissings-regels, communicatie via e-mail en vergaderingen.



Figuur 1 Flowchart van studies van identificatie tot inclusie



#### 4 Stap 4: in kaart brengen van de data

Het proces van deze stap houdt in dat het artikel volledig wordt gelezen en dat belangrijke data eruit wordt gefilterd aan de hand van een **sjabloon**. Om te bepalen welke data belang heeft, werd een voorlopig sjabloon toegepast op 20 artikels door twee onafhankelijke onderzoekers en de resultaten van deze onafhankelijke data-extractie werd bediscussieerd. Het uiteindelijke sjabloon dat werd ontwikkeld door het onderzoeksteam bestaat uit **volgende categorieën**:

- Auteur
- Jaar van publicatie
- Titel
- Land van onderzoek
- Doel van het onderzoek
- Onderzoeksopzet (design)
- Doelpopulatie van de interventie
- Setting
- Doel van de interventie
- Beschrijving van de interventie
- Uitkomsten specifiek voor continuïteit van zorg
- Conclusie

De data uit de geïncludeerde interventiestudies ( $N=208$ ) werd in dit sjabloon gezet door middel van het database programma Excel (zie Bijlage D). De data voor de categorie 'beschrijving van de interventie' werd apart opgenomen omdat dit een te grote hoeveelheid tekst bevat (zie Bijlage E).

Deze combinatie van categorieën is gekozen omdat de interventie en diens effect op continuïteit van zorg pas inzichtelijk worden wanneer de context wordt meegegeven (doel van de interventie, setting). De data die uit de primaire interventiestudies wordt gehaald op basis van de categorieën, vormt de basis om interventies te vergelijken. Het vormt de basis voor de thematische analyse. Ook voor het klein aantal artikels waarin een instrument voor het meten van continuïteit van zorg wordt onderzocht, is een sjabloon ontwikkeld ( $N=11$ ). Dit sjabloon met bijhorende data is opgenomen in Bijlage F, de referenties zijn terug te vinden in Bijlage G.

#### 5 Stap 5: verzamelen, samenvatten en rapporteren van resultaten

Deze fase bestaat uit het verzamelen, samenvatten en rapporteren van resultaten. Ten eerste werd er een eenvoudige **numerische analyse** uitgevoerd om inzicht te verwerven in het bereik, het soort studies en de verdeling van de 208 interventiestudies die werden geïncludeerd in de review. Ten tweede voerden we een **thematische analyse** uit als kwalitatieve, beschrijvende methode om belangrijke of terugkerende patronen te identificeren, analyseren en te rapporteren. Meer specifiek bestond de thematische analyse van de interventiestudies uit drie fasen die tot op zeker hoogte elkaar kruisten: de vrije codering van de interventies; de organisatie van deze vrije codes in beschrijvende thema's; de ontwikkeling van analytische thema's [30, 31]. Deze analyse werd ondersteund door het softwareprogramma Nvivo 11.



## Hoofdstuk 3

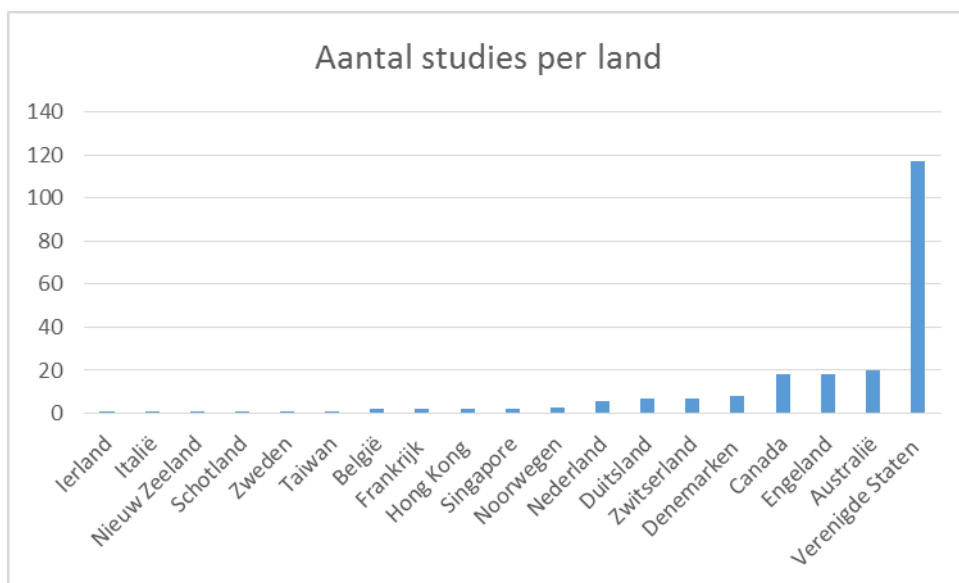
### Resultaten

In deze scoping review werden in totaal 219 studies geïncludeerd. Daarvan zijn er 208 studies relevant voor de onderzoeksvraag waarin het effect van een interventie werd gemeten voor continuïteit van zorg. Verder zijn er 11 studies over instrumenten die relevant zijn voor continuïteit van zorg in de GGZ.

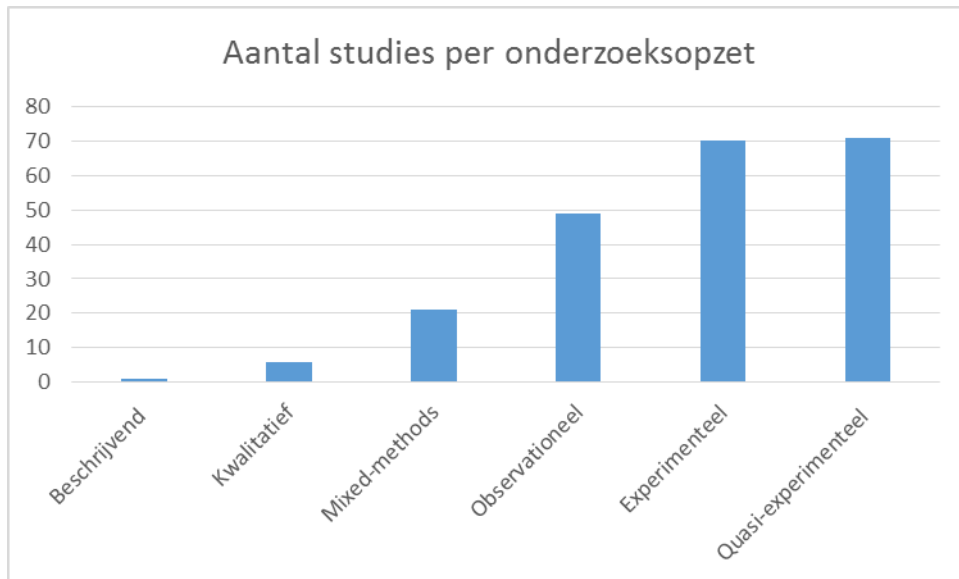
Bijlage D biedt een overzicht van de 208 geïncludeerde studies aan de hand van land, design van de studie, doel van de studie, doelpopulatie, setting, doel van de interventie, beschrijving van de interventie (apart opgenomen in Bijlage E), uitkomstvariabelen, resultaten specifiek voor continuïteit van zorg, en conclusie. Onze zoekstrategie resulteerde in een grote verscheidenheid aan artikels. De studies verschillen in termen van setting, doelpopulatie, componenten van de interventie en gemeten uitkomsten die specifiek zijn voor continuïteit van zorg. Er werd zowel een numerische analyse uitgevoerd voor de 208 artikels, als een kwalitatieve analyse van de beschreven interventies.

#### 1 Numerische analyse

Voor de kwantitatieve analyse hebben we de literatuur onderverdeeld naar het land waarin de studie werd uitgevoerd en het design van de studie. In Figuur 2 wordt het aantal studies per land weergegeven. De helft van de geïncludeerde studies in deze scoping review zijn uitgevoerd in de Verenigde Staten. In Figuur 3 wordt de categorisatie van de studies aan de hand van het onderzoeksopzet getoond. Deze verdeling toont de grote verscheidenheid aan studies aan die geïncludeerd zijn in deze review.



Figuur 2 Frequentie van het aantal artikels, per land



Figuur 3 Frequentie van het aantal artikels per onderzoeksopzet

## 2 Thematische analyse

Zeven grote thema's kwamen naar voor uit de kwalitatieve analyse van de interventies. Deze kunnen we beschrijven als '**scharnierpunten**', momenten die zorgorganisaties kunnen aangrijpen om de continuïteit van zorg te ondersteunen voor mensen met psychische problemen:

- Transitie naar gespecialiseerde GGZ (2);
- Ondersteuning van personen met milde psychische zorgnoden in de samenleving (3);
- Opname op de spoeddienst voor psychische problematiek (4);
- Ondersteuning van personen met ernstige psychische zorgnoden in de samenleving (5);
- Ontslag uit residentiële GGZ (6);
- Ontslag uit de gevangenis van personen met ernstige psychische problematiek (1);
- Overgang van pediatrie GGZ naar GGZ voor volwassenen (7)

In totaal zijn er 181 artikels gecategoriseerd onder deze scharnierpunten. De overige 27 studies zijn ondergebracht in kleinere thema's zoals toegang tot GGZ vanuit gespecialiseerde medische zorg; ontslag uit een programma voor gespecialiseerde GGZ, opname in het ziekenhuis voor somatische problemen, en opname in residentiële GGZ. Voor de verdere bespreking van het rapport beperken we ons tot de analyse van de zeven grote scharnierpunten.

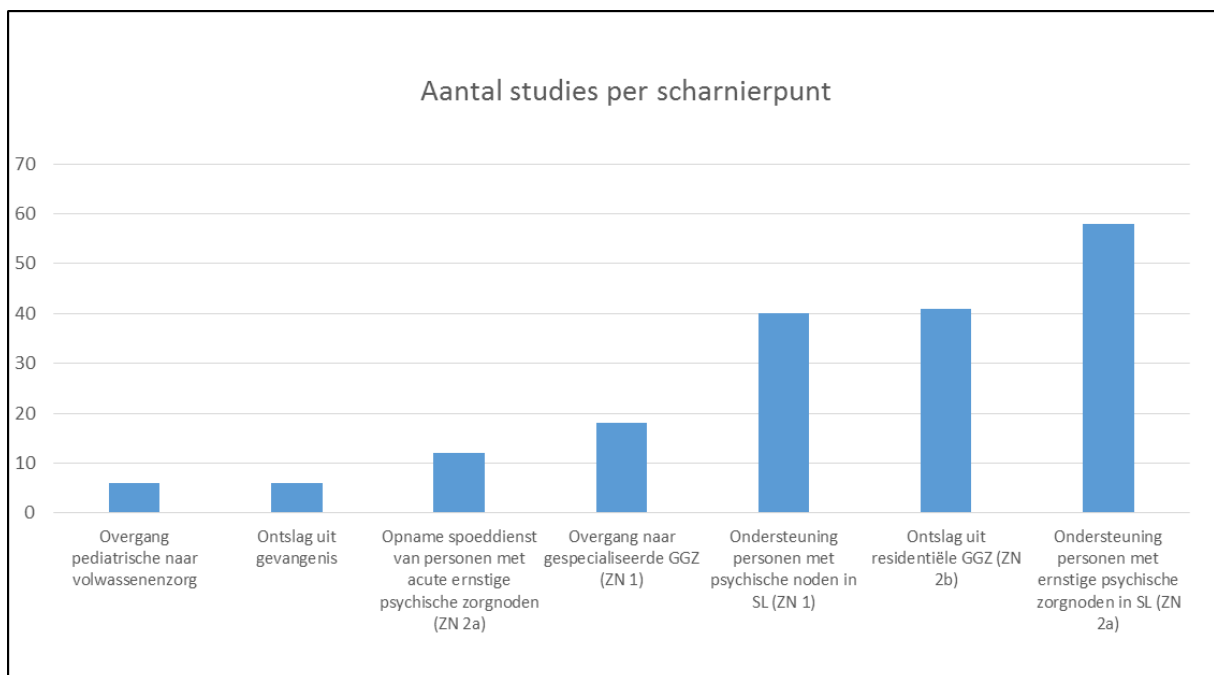
Vier van deze scharnierpunten zijn gelinkt aan het landschap van het **geestelijk gezondheidsaanbod** waardoor de patiënt zich navigeert. Dit landschap kent verschillende **zorgniveaus**, zoals beschreven in het nieuwe decreet betreffende de organisatie van het geestelijk gezondheidsaanbod [32]. De scharnierpunten waarop de organisatorische interventies in de geïncludeerde studies zijn gericht, kunnen worden ingedeeld op twee specifieke zorgniveaus.

**Zorgniveau 1** omvat de *generalistische basiszorg* voor geestelijke gezondheid. Op dat zorgniveau situeert zich alle professionele, *generieke* zorg voor personen met psychische zorgnoden en hun context, die *lokaal* wordt aangeboden. De interventies beschreven in deze scoping review kunnen door organisaties op dit zorgniveau worden aangewend om personen te ondersteunen in de overgang naar gespecialiseerde GGZ en om personen met psychische zorgnoden te ondersteunen.

**Zorgniveau 2** omvat de *gespecialiseerde GGZ*. Op dat zorgniveau situeert zich alle professionele zorg die gericht is op en ontwikkeld is voor personen met *ernstige* psychische zorgnoden en hun context. Een deel van de gespecialiseerde GGZ wordt *regionaal* aangeboden en wordt ondergebracht op **zorgniveau 2a**. Een ander deel wordt *supraregionaal* georganiseerd (**zorgniveau 2b**).

Interventies voor dienstverlening op zorgniveau 2a zijn gericht op volgende twee scharnierpunten: opname op de spoeddienst van personen met ernstige acute psychische zorgnoden en ondersteuning van personen met ernstige psychische zorgnoden in de samenleving. Studies die interventies beschrijven die van belang zijn voor continuïteit van zorg voor personen die ontslagen worden uit de residentiële GGZ zijn gecategoriseerd onder zorgniveau 2b.

In Figuur 4 wordt het aantal interventies afgebeeld per scharnierpunt. Per scharnierpunt werden de artikelen onderverdeeld aan de hand van de doelgroepen waarop de beschreven interventies zijn gericht. In wat volgt worden de kenmerken van de interventies beschreven aan de hand van elk scharnierpunt.



Figuur 4 Frequentie van geïncludeerde artikelen per scharnierpunt (N=181)

## 2.1 Zorgniveau 1 - generalistische basiszorg

**Zorgniveau 1** omvat de *generalistische basiszorg* voor geestelijke gezondheid. Op dat zorgniveau situeert zich alle professionele, *generieke* zorg voor personen met psychische zorgnoden en hun context, die *lokaal* wordt aangeboden. De interventies van studies die ingedeeld zijn op dit zorgniveau beschrijven maatregelen die de continuïteit van zorg ondersteunen wanneer personen de overgang maken vanuit basiszorg naar gespecialiseerde GGZ en wanneer personen psychische zorgnoden ervaren. Uit de analyse kwamen bepaalde doelgroepen in deze scharnierpunten naar voor waarop de interventies gericht zijn. In Tabel 4 wordt het aantal interventies getoond per doelgroep in elk scharnierpunt.

Tabel 4 Aantal interventies per doelgroep en scharnierpunt voor zorgniveau 1

<i>Categorieën</i>	<i>Aantal interventies</i>
<b>Overgang naar gespecialiseerde zorg</b>	<b>18</b>
Personen met acute psychiatrische problematiek (crisis)	4
Adolescenten	7
Vrouwen in de tijd rond de bevalling	3
Ouderen	1
Volwassenen	3
<b>Ondersteuning van personen met psychische zorgnoden in de samenleving</b>	<b>40</b>
Vrouwen in de tijd rond de bevalling	2
Kinderen en adolescenten	9
Ouderen	1
Volwassenen	28
Angst –of stemmingsstoornis	8
Psychische klachten of psychiatrische aandoening niet gespecificeerd	18
Psychotische stoornis	1
Middelenmisbruik	2

## 2.1.1 Overgang naar gespecialiseerde GGZ

### 2.1.1.1 *Acute psychiatrische problematiek*

Het doel van interventies in deze categorie is de **identificatie** van personen met een acute psychische problematiek. Het is van belang dat deze personen worden **getrieerd naar de juiste setting**, zijnde een spoeddienst of rechtstreekse opname op een psychiatrische dienst en dat deze overgang wordt gestoeld op een screening of assessment van hun geestelijke gezondheidstoestand. Een korte beschrijving van de interventies en de uitkomsten van de studies zijn voorgesteld in Tabel 5.

Drie interventies beschrijven een model waarbij er ondersteuning wordt voorzien voor de politionele diensten door middel van training van politie personeel of samenwerking met geestelijke gezondheidswerkers [45-47]. Eén andere interventie bestaat uit de opzet van een mobiele respons equipe van getraind gezondheidspersoneel om de triage in te schatten [48]. In alle interventies is het doel om **kennis betreft geestelijke gezondheidsproblematiek te verhogen** [45-48]. Voor de triage van personen met een acute psychiatrische problematiek wordt er informatie verzameld door middel van een assessment, de *'interRAI Brief Mental Health Screener'*, de *'well person algorithm'* en de *'mental health clearance algorithm'*. Eén interventie voorziet een samenwerking met de politionele dienst op langere termijn [45]. Personen die zich regelmatig aandienen bij de spoeddiensten worden na identificatie opgevolgd op regelmatige basis door een zorgcoördinator en een politieagent. Voorvallen worden door de politieagent meegenomen in de bespreking met de patiënt en er worden afspraken gemaakt (monitoring).

### 2.1.1.2 *Adolescenten*

Binnen de verzamelde literatuur van interventies die zich richten op continuïteit van zorg vormen binnen dit scharnierpunt adolescenten een andere belangrijke groep. Zeven studies zijn ingedeeld onder deze categorie [49-55].

Drie artikelen beschrijven het **'headspace centre model'** voor vroege interventie gericht op jeugd (12-25 jaar) die psychische stress ervaren [49-51]. Door middel van toegankelijke en jeugdriendelijke **'headspace centra'** op te richten verspreid over het land, voorziet men geïntegreerde eerstelijnszorg voor deze doelgroep. Deze centra worden ingebed in het bestaande regionale aanbod en werken samen met meer gespecialiseerde dienstverlening in de GGZ. Het is gebaseerd op onderzoek en ontwikkeling van dienstverlening in Australië onder leiding van Patrick McGorry en collega's. Ook Ierland heeft deze **hervorming** van de GGZ voor adolescenten doorgevoerd [50].

Het 'headspace centre model' focust zich op obstakels die de **toegang** tot GGZ belemmeren. Het model bestaat uit 16 componenten. Tien componenten betreffen de dienstverlening en zes componenten zijn structureel en beïnvloeden de oprichting van deze centra (nationaal netwerk, 'lead agency governance', consortia, multidisciplinaire bestaffing, 'blended funding', monitoring en evaluatie).

Tabel 5 Interventiestudies onder het scharnierpunt 'overgang van basiszorg naar gespecialiseerde GGZ'

<i>Studies</i>	<i>Interventies</i>	<i>Specifieke bevindingen voor continuïteit van zorg</i>
<b>Acute psychiatrische problematiek</b>		
Hoffman, Hirdes, Brown, Dubin, & Barbaree (2016)	Smartphone Apps in a Multi-site Primary Care/Behavioral Health Integration Program	Een hoog aantal patiënten stemde in de app te gebruiken. Patiënten vonden de mobiele hulpmiddelen nuttig bij het leren over hun geestelijke gezondheidstoestand, het oefenen van ontspanningsvaardigheden en het monitoren van hun stemming. Gebruiksbelemmeringen omvatten technische beperkingen (bijv. gebrek aan smartphone, beperkte gegevens), problemen bij het gebruik in het dagelijks leven, lage motivatie en beperkte app-opties voor niet-Engelssprekende patiënten. Personeel ondervond belemmeringen in het gebruik van de app, waaronder gebrek aan tijd om apps te bespreken en het onbekend of ongemakkelijk zijn met apps.
Jennings en Matheson-Monnet (2017)	Integratie van professionals in de GGZ en een opgeleide politieagent in het zorgtraject van intensieve gebruikers van openbare nooddiensten die gekenmerkt worden door complexe psychische behoeften.	Positieve impact op het GGZ-personeel dat betrokken is bij de zorg voor intensieve gebruikers (afname van het aantal oproepen naar GGZ-diensten; een betere relatie met intensieve gebruikers die (gemiddeld) meer komen opdagen voor afspraken; meer vertrouwen in de risicobeoordeling; besluitvorming over responsplanning. Het delen van een risicogesprek met een politieagent en het maken van een gezamenlijke risico-inschatting werd als professioneel veiliger ervaren. Groter bewustzijn van potentiële rechtsbevoegdheden en verantwoordelijkheden en een betrouwbaarder fundament waaruit acties kunnen worden herzien in het geval dat een "worst case scenario" plaatsvindt; positieve impact op openbare nooddiensten (afname van het aantal detenties van psychische crises door de politie en bij het gebruik van andere openbare nooddiensten)
S.J. Lee et al. (2015)	A-PACER: de oprichting van een secundaire respons-unit bestaande uit een politieagent en een professional GGZ. De telefonische of on-site interventie van dit team kan worden aangevraagd voor situaties waarin iemand zich presenteert met symptomen of gedrag dat wijst op een psychische stoornis	Tijdens de pilot van 6 maanden vonden 296 contacten met de eenheid plaats. A-Pacer verwees 11% door voor directe opname op een psychiatrische afdeling, 32% voor vervoer naar spoedeisende hulp van het ziekenhuis en 57% voor ambulante ondersteuning. Politieagenten waren consequent positiever dan CAT-clinici over de positieve impact van A-PACER op meerdere aspecten van de samenwerking; de samenwerking en communicatie tussen politie en psychiatrisch personeel is verbeterd. Voordelen voor CAT-clinici: verbeterde reactiesnelheid en communicatie met de politie. Een kans om de politie in te lichten over psychische aandoeningen en het systeem GGZ. Voordelen voor politieagenten: betere resultaten voor consumenten, efficiënter gebruik van politiemiddelen, betere resultaten voor politie en verbeterde samenwerking tussen diensten. Vooral politieagenten waardeerden het vermogen van de A-PACER-clinicus om een beoordeling uit te voeren zonder dat de persoon naar het ziekenhuis hoeft te worden vervoerd. Hun toegang tot de A-PACER-arts en een beter begrip van psychische aandoeningen voor politieagenten werd ook geacht bij te dragen tot een gevoeliger en tijdiger antwoord. Politieagenten waren ook bijzonder voorstander van het vermogen van A-PACER om het management van mensen met een psychische crisis over te nemen, waardoor primaire politie-eenheden worden ontlast. Wanneer vervoer naar het ziekenhuis nodig was, was A-PACER in staat om het personeel van de spoedafdeling of de afdeling klinische psychiatrie in te lichten, wat zorgde voor een efficiëntere overdracht van zorg na aankomst door de politie in het ziekenhuis. Politieagenten waardeerden ook de mogelijkheid om telefonisch of ter plaatse hulp te krijgen van een gespecialiseerde eenheid voor GGZ, waardoor hun kennis en het vermogen om te reageren op mensen met een psychische crisis verbeterde. Uitdagingen voor CAT-clinici: ongepaste verwijzingen of ongepast gebruik van A-PACER-clinici.
Mackey en Qiu (2019)	Training in het gebruik van twee algoritmen die zijn ontworpen om patiënten te identificeren die op een afdeling spoedeisende hulp moeten worden geëvalueerd, en die rechtstreeks naar een erkende GGZ-instelling kunnen worden geleid.	1006 patiënten werden geëvalueerd tussen september 2015 en december 2017; 404 patiënten faalden één of meer componenten van de WPA of MHCA; 326 patiënten passeerden zowel de WPA als de MHCA, maar werden uiteindelijk naar een lokale spoedeisende hulp gebracht, meestal vanwege het gebrek aan beschikbare psychiatrische bedden in de gemeenschap; 276 patiënten werden rechtstreeks naar een psychiatrische inrichting vervoerd. Hiervan keerden er 10 binnen 6 uur terug naar de afdeling spoedeisende hulp, maar geen van de 10 werd opgenomen voor een niet eerder geïdentificeerde medische of traumatische aandoening.



**Tabel 5** Interventiestudies onder het scharnierpunt 'overgang van basiszorg naar gespecialiseerde GGZ' (vervolg)

	<i>Studies</i>	<i>Interventies</i>	<i>Specifieke bevindingen voor continuïteit van zorg</i>
<b>Adolescenten</b>			
	Dubé et al. (2019)	ACCESS OPEN Minds	Barrières voor GGZ aangepakt in ACCESS OM: beperkte beschikbaarheid klinici, gebrekkige integratie en restrictieve toegangscriteria. Ervaringen: <i>identificatie</i> (1) jongeren zijn trots op hun programma en praten openlijk over hun positieve ervaringen. <i>Snelle toegang</i> (2) dit is belangrijk voor jongeren. Flexibiliteit en outreach activiteiten dragen hiertoe bij. <i>Betrokkenheid van het gezin</i> (3) sommige jongeren willen niet dat hun gezinsleden worden betrokken. Hoewel veel jongeren deelden dat ze geen hechte band met hun familie hadden, spraken ze toch de hoop uit dat ze op een dag dichterbij elkaar zouden komen. Jongeren identificeerden ook mensen die een 'gezinsvervanger' in hun leven vertegenwoordigden omdat ze een invloedrijke en nuttige rol speelden mbt hun GGZ. <i>Ondersteunende factoren</i> : vermogen om problemen op te lossen zonder zichzelf of anderen te schaden, kennis over waar men hulp kan krijgen, mensen om naar op te kijken, verzorgers die goed geïnformeerd zijn over jeugdzorg, de steun van vrienden in moeilijke tijden, en mogelijkheden om nuttige vaardigheden te ontwikkelen. <i>Uitdagingen</i> : stigma, vertrouwelijkheid en de vertraging van sommige verwijzingen zijn belangrijke factoren die de vroege identificatie van psychische problemen belemmeren. Het is ook opmerkelijk dat jongeren in deze regio familieleden niet identificeerden als bronnen van steun in tijden van crisis of voor hulp bij andere zaken met betrekking tot GGZ. Andere aangehaalde hiaten in de GGZ: administratieve beperkingen, vertragingen, gebrek aan integratie en onbuigzame uren, die grote hindernissen lijken te zijn om aan hun behoeften te voldoen
	Guo, Kim, Bear, Lau (2017)	Depressie Screening in scholen	Verhoogde kans op doorverwijzing naar behandeling, waarbij vaker stemmingsproblemen werden aangehaald als reden voor verwijzing; Verminderde kans om toestemming van mantelzorgers te krijgen voor Aziatisch-Amerikaanse en Latino-studenten; geen verband tussen type verwijzing en start van behandeling; geen vermindering van raciale ongelijkheden bij de toegang tot zorg (men verwijst Aziatisch-Amerikaanse studenten minder vaak door dan Latino-studenten)
	Hagell en Lamb (2016)	Well Centre - geïntegreerde basiszorg en jeugdwerking	Afspraken: gemiddeld meer dan vier afspraken en met verschillende disciplines. De meerderheid kreeg een korte interventie gezondheidseducatie. In totaal kwamen 368 jongeren (tussen januari 2014 -december 2014) naar het Well Centre, van wie er 281 werden geregistreerd als nieuwe patiënt. Demografische gegevens: hoog percentage etnische minderheden, 63% van de jongeren kwam uit het Lambeth gebied. Verwijzing via: huisartspraktijken, ouders / verzorgers, gezinsverpleegkundigen, ziekenhuizen, jeugddiensten, zelfverwijzingen. Een derde gaf aan geen arts te hebben.
	Herman, Cho, Marriott, & Walker (2018)	a School-Based Psychiatry Program: The Bridge model	Toegang en wachttijden: meer dan 300 jongeren vonden toegang tot GGZ-diensten via het Bridge programma binnen 10 dagen na verwijzing. 67% van de jongeren die naar Bridge werden verwezen, waren afkomstig uit gezinnen die op of onder de armoedegrens leven. Cijfers tonen een hoge medicatietrouw en 92% komt opdagen voor een eerste afspraak
	Hilferty, Cassells, & Muir (2015)	Headspace	Toegang: headspace is succesvol in het bereiken van een diverse en kwetsbare en kansarme groep jongeren met hoge psychische nood. Bevorderende factoren voor toegang: jeugd vriendelijke karakter van centra, vriendelijk en niet-veroordelend personeel, gratis of goedkope diensten, het brede scala aan diensten en innovatieve vormen van betrokkenheid. Belemmerende factoren: stigma, praktische belemmeringen (zoals standaard openingstijden en gebrek aan vervoer), wachtlijsten, de culturele geschiktheid van de diensten. <i>Dienstverlening</i> : het headspace-dienstverleningsmodel is ontworpen om jongeren in staat te stellen meerdere diensten van verschillende praktijkdisciplines binnen één locatie te ontvangen, er is dan ook een laag aantal formele verwijzingen naar andere diensten. Er is variatie in de connecties die headspace centra hebben met lokale diensten, waarbij sommige effectief samenwerken en spanningen duidelijk worden in andere. Veel ouders en verzorgers zouden meer betrokken willen zijn bij de behandeling van de jongere en wilden meer hulp om te leren hoe zij hun jongere effectief konden ondersteunen. Aanbieding van diensten buiten school- en werktijden zou beter zijn. Het toegenomen aanbod van outreach-diensten was de op één na duidelijkst geïdentificeerde strategie voor het verbeteren van headspace-diensten. <i>Uitdagingen</i> : er is behoefte aan meer huisartsen en psychiaters in headspace-centra; er is behoefte aan meer online en telefonische behandelingsmethoden zodat meer jongeren kunnen worden bereikt.

**Tabel 5** Interventiestudies onder het scharnierpunt ‘overgang van basiszorg naar gespecialiseerde GGZ’ (vervolg)

<i>Studies</i>	<i>Interventies</i>	<i>Specifieke bevindingen voor continuïteit van zorg</i>
O’Keeffe, O’Reilly, O’Brien, Buckley, & Illback (2015)	Jigsaw	Bijna de helft van de jongeren was man, tussen 15 en 17 jaar; werden doorverwezen door zeer diverse informele en formele bronnen. De twee belangrijkste verwijzingsroutes naar Jigsaw waren de jongere zelf en de ouder; Jigsaw verwijst jongeren met matige tot ernstige psychische problemen door naar meer geschikte diensten en verkort de wachttijd door ervoor te zorgen dat jongeren toegang krijgen tot de dienst die het meest geschikt is voor hun behoeften.
Rickwood, Telford, Mazzer, Parker, Tanti, & McGorry (2015)	Headspace	De meeste jongeren kwamen op voor psychische problemen en situatieproblemen (zoals pesten of relatieproblemen); de meeste van degenen die zich voor andere problemen presenteerden, ontvingen waar nodig ook GGZ. De wachttijd voor de eerste afspraak was 2 weken of minder voor 80,1% van de klanten; slechts 5,3% wachtte meer dan 4 weken. De belangrijkste dienstverlening was een mix van intake en evaluatie en GGZ, voornamelijk door psychologen, intake medewerkers en aanverwante geestelijke gezondheidswerkers.

**Tabel 5** Interventiestudies onder het scharnierpunt ‘overgang van basiszorg naar gespecialiseerde GGZ’ (vervolg)

<i>Studies</i>	<i>Interventies</i>	<i>Specifieke bevindingen voor continuïteit van zorg</i>
<b>Vrouwen in de tijd rond de bevalling</b> Boyd, Mogul, & O’Hara (2015)	Een doorverwijzing interventie bestaande uit twee sessies waarin informatie werd gegeven over het system GGZ en ondersteuning in het voorbereiden van een eerste afspraak bij een geschikte dienst.	76,3% maakte een afspraak en de helft kwam opdagen voor de afspraak. De meerderheid van de deelnemers werden voor de eerste afspraak vergezeld door onderzoekspersoneel. Vijf meest voorkomende belemmeringen: kinderopvang, weerstand tegen medicatie, familieconflicten, gebrek aan sociale steun, moeilijkheden om contact op te nemen met de dienst voor GGZ
Diaz-Linhart et al. (2016)	Patient Navigation: een navigator gidst de patiënt betreft logistieke belemmeringen voor de opstart van psychische ondersteuning, zoals vervoer, kinderopvang en het maken van afspraken. De navigator maakt gebruik van ‘engagement interviewing’ (een empirisch ondersteunde techniek gebaseerd op een combinatie van etnografisch en motivationeel interviewen), waarbij interviewers gedeelde besluitvorming faciliteren als een manier om motivatie te verhogen voor de start van een behandeling.	Meer deelnemers starten psychologische behandeling bij een psycholoog, therapeut of maatschappelijk werker
Shepherd-Banigan, Domino, Wells, Rutledge, Hillemeier, & Van Houtven (2017)	Maternity Care Coordination Services:  Formele casemanagement diensten worden aangeboden waarbij vrouwen worden geconnecteerd aan geschikte diensten zoals prenatale en postnatale zorg, bevallingseducatie en doorverwijzingen naar diensten ter ondersteuning van huisvesting, transport, en psychische counseling	Een toename van 20% in gebruik van GGZ (stijging van 8,3% tot 8,8%); toename van 34% in het aantal bezoeken aan GGZ; geen toename in diensten voor middelenmisbruik

**Tabel 5** Interventiestudies onder het scharnierpunt 'overgang van basiszorg naar gespecialiseerde GGZ' (vervolg)

	<i>Studies</i>	<i>Interventies</i>	<i>Specifieke bevindingen voor continuïteit van zorg</i>
<b>Ouderen</b>	Sirey et al. (2016)	Open Door: een korte psychosociale interventie op maat om samen de belemmeringen voor het accepteren van GGZ te identificeren en aan te pakken. Open Door wordt in vijf stappen geleverd: 1) een verwijzing 2) een barrièrebeoordeling 3) een behandelvoorkeur vastleggen en een persoonlijk doel 4) voorlichting geven over opties voor depressiebehandeling en 5) de belemmeringen voor toegang tot zorg aanpakken. Dit gebeurt in 2 sessie waarbij de interventionist gebruik maakt van motivationeel interviewen	Deelnemers starten meer GGZ op; barrières in attitude (bv. onaangepaste opvattingen) vormden een grotere belemmering voor toegang tot zorg dan structurele barrières (bv. transport en financiën).
<b>Volwassenen</b>	Delgadillo, Moreea, Murphy, Ali, & Swift (2015)	Geautomatiseerde herinneringen aan afspraak	Geen effect op de aanwezigheid en voltooiing van de therapie
	Horevitz, Organista, & Areal (2015)	Een warme doorverwijzing in de huisartsenpraktijk voor Latino's	Engelssprekende Latino's hadden vier keer minder kans op een eerste bezoek binnen twee maanden na doorverwijzing als ze een warme overdracht ontvingen in plaats van een voorgeschreven verwijzing. Andere factoren die belangrijk werden geacht voor de opstart van zorg (zoals etniciteit of gendermatch met een huisarts of zorgverlener GGZ), waren niet gerelateerd aan het opstarten van GGZ. De volgende factoren waren van invloed op de beslissing van patiënten om een depressiebehandeling te volgen: sterkte van de relatie tussen patiënt en zorgverlener; kwaliteit van het verwijzingsproces (sprak de huisarts over de verwachtingen en hield hij rekening met de gezondheidsgeletterdheid van patiënten)
	Kim et al. (2017)	Een korte interventie voor drugsgebruik in de eerste lijn door middel van: een kort interview van 15 min (1) 30-45 min Persoonlijk motivatiegesprek (motiv) met boostersessie (persoonlijk of telefonisch) (2)	Geen van beide kortdurende interventies resulteerde in een grotere opstart van verslavingsbehandeling
	Radley, Melville, Tait, Stephens, Evans, & Dillon (2017)	De uitvoering van een droog bloedonderzoek door apothekers om de detectie van HCV te verhogen in druggebruikers	Mensen die substitutietherapie ontvingen met opioïden, accepteerden vaker een droog bloedonderzoek van een apotheek dan van andere lokale aanbieders.

*Participatie* is een belangrijke factor in het garanderen van een dienstverlening die op maat is van de noden en voorkeuren van de adolescent. Ook de participatie van familie en vrienden bepalen in belangrijke mate het welzijn van de adolescent, het opstarten van zorg en engagement. Headspace centra voorzien in activiteiten om mensen bewust te maken van hun bestaan. Omdat ze de toegang tot zorg willen vergroten voor jeugd met geestelijke gezondheidsproblemen accepteren ze alle typen van doorverwijzingen. Jeugd kan zich ook zelf aandienen en de dienstverlening is gratis of aan een erg laag tarief. Het *'no wrong door'* beleid betekent dat jongeren zich kunnen presenteren met elk soort probleem waardoor ze niet door een complex zorgsysteem moeten navigeren. De centra voorzien in een tijdige respons en ze zijn open buiten de normale diensturen. Zowel door de inrichting en de interactie van het personeel met de jongeren, trachten de centra een gevoel van verwelkoming te creëren. De dienstverlening is aangepast aan de *ontwikkelingsfase* en *cultureel sensitief*. Het bestaat uit een holistisch assessment, geïntegreerde en gecoördineerde zorg op maat voor jongeren met milde symptomen en een warme doorverwijzing voor jongeren met ernstigere psychiatrische problematiek. Dit vraagt om een *multidisciplinaire* bestaffing en *sterke samenwerkingsverbanden* met andere regionale diensten. De dienstverlening focust zich op vier kerndoelstellingen: psychisch welzijn, fysieke en seksuele gezondheid, verslavingsproblematiek en tewerkstelling.

Ook het *'Access Open Mind'* project in Canada houdt een hervorming in van de GGZ voor jongeren op zeer gelijkaardige wijze [52]. De vijf objectieven zijn vroege identificatie van jongeren met psychische moeilijkheden, snelle toegang tot psychische ondersteuning, gepaste zorg, continuïteit van zorg na de leeftijd van 18 jaar en betrokkenheid van jongeren en familie. Het *'Well centre'* in Engeland biedt eveneens een geïntegreerde aanpak van psychische problemen bij jongeren, waarbij sterk ingezet wordt op laagdrempelige, toegankelijke dienstverlening [53].

De twee andere interventies zetten ook in op een **vroege identificatie en behandeling** van geestelijke gezondheidsproblemen bij jeugd, maar vertrekken vanuit de bestaande voorzieningen [54, 55]. Om het **bereik** van jeugd met geestelijke gezondheidsproblemen te vergroten beslaan deze interventies screenings in settings waar jeugd aanwezig is, namelijk de **scholen**.

In de eerste interventie wordt er gescreend voor depressie met de *'Patient Health Questionnaire – modified for Adolescents'* (PHQ-A) [54]. Positieve screenings worden geëvalueerd door de zorgverleners van de psychische dienstverlening en adolescenten worden gericht doorverwezen. In het *'Bridge'* programma zorgen een verpleegkundige en een psychiater voor intake, tijdelijke behandeling en doorverwijzing van kinderen met geestelijke gezondheidsproblemen op school [55]. Dit programma wil op deze manier ondersteuning bieden aan jeugd die voor welke reden dan ook geen toegang konden krijgen tot psychiatrische zorg.

### 2.1.1.3 *Vrouwen in de tijd rond de bevalling (pre – peri en postnatale periode)*

Drie interventies ondersteunen de overgang van deze doelgroep naar gespecialiseerde GGZ [56-58]. Alle drie de interventies baseren zich op een **casemanagement model**, waarbij er persoonlijke ondersteuning wordt geboden die duidelijk afgebakend is in **tijd**. De **noden** van de vrouwen worden eerst in kaart worden gebracht. Eén interventie maakt hierbij gebruik van een bestaand screeningsinstrument voor depressie, de *'Edinburgh Postnatal Depression Scale 20'* [57]. De eigenlijke ondersteuning bestaat uit het verhogen van motivatie (vooral in het *'engagement interview'*), psycho-educatie, het zoeken en doorverwijzen naar gepaste zorg in samenspraak met de patiënt en een focus op het verminderen van logistieke belemmeringen om op de eerste afspraak aanwezig te zijn (telefonische herinnering, transport, het begeleiden naar afspraken).

#### 2.1.1.4 Ouderen

Slechts één interventie is specifiek gericht op 60-plussers [59]. ‘Open door’ is een korte, geïndividualiseerde psychosociale interventie voor oudere personen met depressieve klachten waarbij samen met de patiënt de **obstakels** in kaart worden gebracht die een doorverwijzing en de opstart van psychische zorg verhinderen. Meer concreet bestaat de interventie uit vijf stappen: de aanbeveling van een doorverwijzing (1), het in kaart brengen van de obstakels tot zorg (2), voorkeur van behandeling en persoonlijk doel (3), psycho-educatie (4), obstakels die de toegang tot zorg verhinderen (5). Er wordt gebruik gemaakt van **motivatieel interviewen**.

#### 2.1.1.5 Volwassenen

Vier interventies kunnen in deze categorie worden geplaatst [60-63]. Deze interventies betreffen telkens handelingen die de **opstart van meer gespecialiseerde zorg faciliteren**. Twee interventies hebben tot doel de overgang te ondersteunen naar gespecialiseerde zorg voor personen met middelenmisbruik [61, 62]. Eén interventie onderzoekt de mogelijkheid om apothekers een gedroogd bloedonderzoek (*‘dried blood testing’*) te laten uitvoeren om Hepatitis C op te sporen voor personen die drugs injecteren [60]. Na een positieve test volgt een verwijzing. Een andere interventie onderzoekt het effect van een kort interview en motivationeel interview op de opstart van zorg [62]. De interventie die is bestudeerd in de studie van Horevitz en collega’s (2015) bestaat uit het bieden van een warme doorverwijzing voor personen met stemmingsklachten [61]. In de studie van Delgadillo en collega’s (2015) werd het effect onderzocht van het aanbieden van een informatieve folder en een herinnering per sms op het starten van behandeling voor angst –of stemmingsklachten. Deze studies tonen geen effect van de onderzochte interventies op de opstart van zorg. In het aangaan van een engagement van de patiënt lijken andere factoren een rol te spelen. Zo gaven patiënten in de studie van Horevitz en collega’s (2015) aan dat de sterkte van de relatie met de huisarts een rol speelt, alsook de mate waarin de huisarts de verwachtingen bespreekt en werkt rond gezondheidskennis. Apothekers lijken dan weer een tot nu toe onbenut toegangskanaal te vormen om mensen toe te leiden naar zorg omdat ze reeds een bestaande relatie hebben met de patiënt en patiënten een reeds bestaande reden hebben om de apotheek te bezoeken en deze goed gelegen is.

## 2.1.2 Ondersteuning van personen met psychische zorgnoden in de samenleving

### 2.1.2.1 *Vrouwen in de tijd rond de bevalling (pre – peri en postnatale periode)*

Twee artikels beschrijven hetzelfde programma voor deze doelgroep [64, 65] (zie Tabel 8). Het Michigan Child Collaborative Care Program – *MC3 programma* heeft tot doel de **integratie van psychische ondersteuning** te verbeteren voor jongeren (0 tot 26 jaar), zwangere vrouwen en vrouwen postpartum (alle leeftijden). Dit programma bestaat uit verschillende niveaus van teleconsultatie en samenwerking: (1) geestelijk gezondheidswerkers ('*Behavioural Health Consultants*') bieden doorverwijzing naar het regionaal aanbod, korte persoonlijke consultatie, evaluatie en niet-farmacologische interventie; (2) telefonische consultatie met kinderpsychiaters op dezelfde dag van de consultatie; (3) videoconferentie met patiënt en familie; (4) bespreken van casussen in groep voor huisartsen, geleid door de geestelijk gezondheidswerker en psychiater; (5) mogelijkheid tot consultatie bij een psychiater. Het programma heeft sterke samenwerkingsverbanden met scholen, academische instituten, en regionale professionele organisaties. Geestelijk gezondheidswerkers krijgen training en er zijn vereisten omtrent ervaring en diploma. Tot hun takenpakket behoren: het in contact brengen van huisartsen met kinderpsychiaters en perinatale psychiaters; het connecteren van patiënten en familie met regionale organisaties voor psychisch welzijn; organiseren van een telepsychiatrische consultatie voor complexe casussen. In grotere huisartsenpraktijken zijn ze op locatie beschikbaar voor doorverwijzing, psycho-educatie en motivationeel interviewen. In sommige praktijken werken ze samen met de huisarts voor het afnemen van screening en assessment van kinderen met een vermoeden van autisme en de toeleiding naar gespecialiseerde ondersteuning.

### 2.1.2.2 *Kinderen en adolescenten*

Negen interventies betreffen de generalistische ondersteuning voor kinderen en adolescenten met psychische problemen [66-74] (zie Tabel 8). Twee interventies richten zich op de training van huisartsen in de ondersteuning van kinderen met '*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*' (ADHD) en vroege psychose, respectievelijk [66, 68]. Eén andere interventie betreft een online leermodule voor ouders van kinderen met autisme [73]. Het **verhogen van gespecialiseerde kennis** in de generalistische basiszorg lijkt dus een belangrijk element in de ondersteuning van kinderen en adolescenten in de samenleving.

De zes andere interventies brengen ook gespecialiseerde kennis binnen in de generalistische zorg, niet (enkel) door de kennis te verhogen van de reeds bestaande actoren maar door middel van **samenwerking met specialisten** [67, 69-72, 74]. Er zijn over de interventies heen verschillende termen om deze specialisten aan te duiden en ook de diploma vereisten zijn wisselend, zoals bijvoorbeeld '*behavioural health consultants*', '*mental health specialists*', '*pediatric psychologist*', '*clinical social worker*'. Hoewel er meestal sprake is van een sleutelrol voor deze specialistische functie, zijn ze nauw verbonden met bijvoorbeeld een psychiater of een '*family support specialist*' en vormen ze een gespecialiseerd team dat wordt geïntegreerd in de generalistische basiszorg. Telkens betreft het een functie die meerdere van de volgende taken op zich neemt: assessment, kortdurende interventie (motivationeel interviewen, problem focused therapy, crisis-interventie, therapie voor ADHD, angst, depressie, trauma, en gedragsstoornissen), medicatie-management, advies, consultatie en educatie aan huisartsen, en doorverwijzing.

De wijze waarop er wordt samengewerkt en dus de mate van integratie is verschillend over de interventies. In vier interventies is er sprake van een **colocatie model** in dewelke de huisarts patiënten doorverwijst naar de specialisten die tewerkgesteld zijn in dezelfde praktijkruimte ('on-site') [69, 70, 72, 74]. De werking verloopt grotendeels onafhankelijk van elkaar en beslissingen rond de zorg worden meestal niet overlegd. In twee andere interventies wordt de generalistische en specialistische zorg gecoördineerd naar de

behoefte van de patiënt [67, 71]. De communicatie tussen specialisten en eerstelijnsverleners verloopt eerder op continue basis door middel van gedeelde nota's en evaluaties. In meer geïntegreerde zorgmodellen is **rolafbakening** een belangrijke taak. Met de introductie van deze samenwerkingsmodellen stelt zich ook de noodzaak aan **screening**. Twee interventies van de vijf maken gebruik van de 'well child visits' [69, 72].

### 2.1.2.3 Ouderen

Slechts één studie bevat een interventie gericht op de ondersteuning van ouderen met psychische klachten [75] (zie Tabel 6). Project 'ECHO geriatric mental health' is een **educatief programma** uitgevoerd door specialisten in GGZ voor zorgverleners uit de eerste lijn. Het programma, bestaande uit presentaties van casussen en didactische lessen, voorziet informatie over screening, behandeling, en diagnose van psychiatrische aandoeningen in de geriatrische populatie met een focus op depressie, angst en dementie. De interventie voorziet in een verhoogde toegang tot interdisciplinaire professionele ondersteuning en de studie toont een daling aan van het aantal patiënten (65+) met psychische problemen die worden aangemeld op de spoeddienst na implementatie 'project ECHO'. Deze studie toont aan dat een versterking van de samenwerking tussen zorgniveaus en de uitwisseling van kennis een effect heeft op continuïteit van zorg voor de patiënt.

### 2.1.2.4 Volwassenen

- Stemmingsstoornissen

Zeven interventies kunnen in deze categorie worden ondergebracht [76-82] (zie Tabel 8). Bijna alle interventies beschrijven een '**collaborative care model**' [77-81]. Het '**collaborative care model**' bestaat naast het 'screening, brief intervention, and referral to treatment model' (**SBIRT**), en het 'primary care behavioral health model' (**PCBH**) die de integratie van GGZ in de generalistische basiszorg tot doel hebben. Elk model heeft een verschillende focus en betrekken andere geestelijke gezondheidswerkers. Het '**collaborative care model**' focust op een specifieke diagnose, in deze categorie dus angst –en stemmingsstoornissen, en maakt gebruik van psychiatrische zorg en opvolging. Het SBIRT-model focust op een generalistische screening voor middelenmisbruik in combinatie met kortdurende interventie. Wanneer nodig wordt er doorverwezen naar specialistische behandeling. Het PCBH-model is een generalistisch model dat psychische ondersteuning voorziet binnen de medische basiszorg voor elke patiënt die zich met psychische noden aanbiedt. Het focust dus op een breed spectrum aan psychische klachten, met een gerichte ondersteuning voor psychosociale stressoren en medische problemen met psychische componenten.

Het '**collaborative care model**' wordt beschreven als een **multicomponent** interventie waarin **zorgcoördinatoren** worden ingezet om eerstelijnszorgverleners, patiënten en geestelijke gezondheidswerkers aan elkaar te linken. De zorgcoördinator bewaakt het **stepped-care principe** in de zorg voor een patiënt. Dit houdt in dat een behandelplan indien nodig wordt gewijzigd om de behandeldoelen te halen. Verder doen ze aan psycho-educatie, counseling en medicatie-ondersteuning. Deze zorgcoördinatoren zijn de spilfiguren van het multidisciplinair team dat holistische zorg voorziet voor patiënten met depressieve klachten. De functie wordt typisch uitgevoerd door een verpleegkundige.

De zorgverstrekkers binnen de eerste lijn (huisarts) staan in voor identificatie en behandeling van de stoornis. Psychiaters voorzien consultatie voor patiënten die meer intensieve of gespecialiseerde behandeling

nodig hebben. De *'Patient Health Questionnaire – 9'* wordt in alle interventies gebruikt als screenings-instrument voor depressie, alsook als instrument voor het monitoren van symptomen doorheen de behandeling.

In alle interventies volgens het *'collaborative care model'*, wordt de samenwerking tussen geestelijke gezondheidswerkers en eerstelijnszorgwerkers verder uitgediept dan een louter gescheiden werking in een al dan niet gedeelde praktijkruimte. Zo wordt deze samenwerking vormgegeven door middel van gedeelde patiëntgegevens, een *'stepped-care'* protocol, multidisciplinaire vergaderingen, teleconsultatie van de psychiater of gedeelde consultaties van psychiater en huisarts. De studies tonen aan dat meer patiënten worden geïdentificeerd met depressieve klachten en dat meer personen gebruik maken van generalistische psychische basiszorg, wat gepaard gaat met minder hospitalisaties [77-81].

In drie interventies wordt er **training** voorzien voor de huisartsen in het screenen en behandelen van patiënten met depressieve klachten [77, 79, 81]. De opzet van één interventie maakt duidelijk dat **opvolging** van patiënten door de huisarts en het **herinneren** van patiënten aan afspraken door het administratief personeel (liefst eerder gepland dan routine afspraken), van cruciaal belang zijn in het behalen van de gewenste resultaten mbt continuïteit van zorg [77]. Naast training voor huisartsen wordt de implementatie van het *'collaborative care model'* best ondersteund door bijvoorbeeld informatiepakketten, webinars, technische ondersteuning en eventueel een team dat instaat voor kwaliteitsbeleid. Eén interventie onderzocht het effect van implementatie ondersteuning [76]. Een intensieve vorm van implementatie ondersteuning met wekelijkse opvolging en betrokken vertegenwoordigers uit de generalistische basiszorg zorgt voor betere resultaten mbt continuïteit van zorg dan louter technische ondersteuning, webinars en praktijkbezoeken.



Tabel 6 Overzicht van interventiestudies onder het scharnierpunt 'ondersteuning van personen met milde psychische problemen in de samenleving'

<i>Interventie</i>	<i>Studie</i>	<i>Specifieke bevindingen voor continuïteit van zorg</i>	
<b>Vrouwen in de tijd rond de bevalling</b>	Malas, Klein, Tengelitsch, Kramer, Marcus, & Quigley (2019)	'Michigan Child Collaborative Care (MC3) Program': biedt verschillende niveaus van overleg en samenwerking: (1) Behavioral Health Consultants (BHC's) die verwijzingen kunnen geven naar lokale diensten, en instaan voor kort persoonlijk overleg en evaluatie en niet-farmacologische interventie; (2) Formeel telefonisch overleg met kinder- en jeugdpsychiaters (CAP) binnen dezelfde werkdag na plaatsing van het consult; (3) Videoconferenties met patiënten en families voor meer uitgebreid telepsychiatrisch consult; (4) Casusoverleg in groep voor huisartsen, geleid door een BHC en CAP; en (5) mogelijkheden voor geïntegreerde psychiatrische zorg of persoonlijk consult. Daarnaast heeft MC3 een sterk samenwerkingsverband met veel scholen, academische instellingen en lokale professionele organisaties.	Huisartsen voelen zich meer zelfverzekerd in het management van kinderen met een psychische stoornis binnen hun praktijk. Kinderen worden het vaakst doorverwezen naar BHC's en kinderpsychiaters in de MC3 voor diagnostische verduidelijking en expertise op het gebied van farmacotherapie. Huisartsen maakten op gepaste wijze gebruik van de BHC om kinderen te helpen doorverwijzen, vooral naar psychotherapie. Ze ervaren dan ook een verhoogde toegang tot GGZ door het programma. BHC ondervinden moeilijkheden bij het vinden van geschikte traumagerichte, evidence-based programma's voor jonge kinderen
<b>Kinderen en adolescenten</b>	Marcus et al. (2017) Germán et al. (2017)	'Michigan Child Collaborative Care (MC3) Program' De vergelijking van 2 soorten geïntegreerde modellen, het 'Generalist Behavioral Health' (GBH) -model versus het 'Behavioral Health Integrated' (BHIP) -model.	De implementatie van een BHIP-model bemand door kinderpsychologen en -psychiaters is haalbaar in een grootstedelijk eerstelijnsnetwerk en verbetert de verwijzingspercentages naar pediatrie psychiater door huisartsen. De huisartsen rapporteren dat ze zich competent voelen in het managen van ADHD bij jongeren op schoolleeftijd en adolescenten. Zorgverleners vonden dat het BHIP-model de toegang tot en de kwaliteit van de GGZ verbeterde.
	Grimes, Creedon, Webster, Coffey, Hagan, & Chow (2018)	'Collaborative- practice model' (CPM): gestructureerde opvolging door huisartsen na opzettelijke zelfvergiftiging	Hogere percentages van toegang tot psychiatrische evaluatie en meer betrokkenheid (d.w.z. deelname aan vervolgfafspraken) na CPM-interventie
	Hacker, Penfold, Arsenault, Zhang, Soumerai, & Wissow (2015)	Screening van gedragsstoornissen bij kinderen en dienstverlening op dezelfde werkplaats (colocatie). In het ziekenhuis wordt een zorgverleners geestelijke gezondheid tewerkgesteld onder het toezicht van de afdeling Kinder- en jeugdpsychiatrie, die oa. volgende diensten levert: initiële beoordeling, therapie en consultatie bij kinderartsen.	Toename van het aantal consultaties GGZ, toename van huisartsenbezoeken in het kader van geestelijke gezondheid en en toename aan consultaties spoedeisende hulp omwille van psychische problemen
	Ingersoll en Berger (2015)	'Telehealth-Based Parent-Mediated Intervention Program for Children With Autism Spectrum Disorders'	Grotere betrokkenheid van het programma in de therapie-ondersteunde groep (in vergelijking met de zelfgestuurde groep): meer aanmeldingen, langer bezoek op de website, meer kans om het programma te voltooien

Tabel 6 Overzicht van interventiestudies onder het scharnierpunt ‘ondersteuning van personen met milde psychische problemen in de samenleving’ (vervolg)

<i>Interventie</i>	<i>Studie</i>	<i>Specifieke bevindingen voor continuïteit van zorg</i>	
	Mufson, Yanes-Lukin, & Anderson (2015)	Korte versie van de ‘Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents’ (BIPT-A) bestaat uit één voorafgaande telefonische sessie voor ouders en 6 wekelijkse sessies met psycho-educatie over depressie, een verkorte interpersoonlijke inventaris, formulering van probleemgebieden, communicatie –en copingvaardigheden en hervalpreventie. Ouders werden uitgenodigd om deel te nemen aan één gezamenlijke sessie	Negentig procent van de adolescenten voltooide de behandeling en 60% van de ouders had aan ten minste één sessie deelgenomen. Adolescenten woonden 82% van hun behandelsessies bij
	Olufs, Valleley, Hembree, & Evans (2016)	Kortdurende “curbside consultation”, bestaande uit twee mini-onderwijsessies: een korte bespreking richtlijnen voor de diagnose, evaluatie en behandeling van ADHD (1) en bespreking van de relevante informatie die werd opgedaan tijdens een workshop met een ADHD-expert (2)	Toename van ADHD-verwijzingen naar GGZ, minder diagnosestelling door huisarts van ADHD, meer verwijzing naar zorgverlener GGZ alvorens psychotrope medicatie voor te schrijven. Kinderen die farmacologisch behandeld werden na verwijzing naar de zorgverlener GGZ, woonden significant meer bijeenkomsten voor gedragstherapie bij dan kinderen die psychotrope medicatie voorgeschreven hadden gekregen voor een consultatie bij de zorgverlener GGZ
	Ragunathan, Frosch, & Solomon (2017)	Geïntegreerde GGZ: ‘the nurse practitioner intervention’. Professionals in GGZ werken op locatie samen met pediatrie eerste lijnszorgverleners om psychische aandoeningen aan te pakken tijdens routinematige opvolgconsultaties	Groter bewustzijn van de beschikbaarheid van diensten voor GGZ; meer aanvragen voor informatie rond ADHD, depressie en andere gedragsproblemen en dooverwijzing
	Reynolds, Wuyts, Badger, Fusar-Poli, McGuire, & Valmaggia (2015)	Trainingsprogramma voor huisartsen rond psychose en meer specifiek ‘first episode psychosis’: bespreking van de symptomen van een klinisch risicovolle toestand en de eerste tekenen van psychose, naast informatie over toegang tot de GGZ teams	Toename van verwijzingen naar de twee gespecialiseerde teams en een toename van directe verwijzingen naar de teams van huisartsen.
	Schetzina, Polaha, Baker, & Wood (2016)	Geïntegreerde zorg: ‘the family check-up’. Deze interventie wordt aangeboden aan gezinnen van kinderen die positief screenen op de pediatric symptom checklist – 17 (PSC – 17) tijdens een routine opvolgconsultatie en heeft tot doel het management door het gezin van moeilijk gedrag te verbeteren. Het bestaat uit een geïndividualiseerde, flexibele interventie die in één a twee sessies wordt voltooid.	Meer dan 75% van de gezinnen die positief scoorden op de PSC-17, koos ervoor om met de behandeling te beginnen door ten minste één sessie bij te wonen. Na de eerste sessie nam het bereik echter af en slechts 25% van de gezinnen volgde het tweede bezoek op, en nog minder mensen woonden de laatste sessie bij. Kinderartsen hebben met succes een hoog percentage van alle gezinnen doorverwezen met positieve scores voor het gedrag van hun kind op de PSC-17. Barrières: Ten eerste zijn er stigma's en negatieve attitudes die verband houden met geestelijke gezondheidszorg. Ten tweede zijn behandelingen voor geestelijke gezondheidszorg vaak te duur en tijdrovend voor consistente deelname en ouders vinden het een omslachtige taak. Tenslotte is er een aanzienlijk tekort aan aanbieders van geestelijke gezondheidszorg om deze diensten te verlenen.

Tabel 6 Overzicht van interventiestudies onder het scharnierpunt 'ondersteuning van personen met milde psychische problemen in de samenleving' (vervolg)

<i>Interventie</i>	<i>Studie</i>	<i>Specifieke bevindingen voor continuïteit van zorg</i>	
<b>Ouderen</b>	Fisher et al. (2017)	'Project Echo': een model voor samenwerking, management, mentorschap en onderwijs. Deze interventie maakt gebruik van webgebaseerde videoconferenties voor het hosten van tele echo-sessies waarin klinici die werkzaam zijn in de praktijk worden getraind door een interdisciplinair team van specialisten in academische medische centra (hubs). Deze sessies bestaan uit casuspresentaties en didactische lessen die deelnemers informatie geven over screening, behandeling en diagnose van geriatrische psychische aandoeningen, met de nadruk op problemen waarmee oudere volwassenen worden geconfronteerd (depressie, angst en dementie)	Verbeterde toegang tot interdisciplinaire professionele ondersteuning; van de 35 praktijken die in de analyses zijn opgenomen, zijn de kosten in verband met het gebruik van spoedeisende hulp met 24% gedaald voor patiënten met psychische problemen 6 maanden nadat ze lid waren geworden van Project Echo. Voor de patiënten met psychische problemen daalden de meeste andere kosten- en gebruiksindicatoren (trend, is niet significant). Dit suggereert dat deze doelgroep beter werd gemanaged door de huisartsenpraktijk wat leidde tot een daling in het aantal aanmeldingen op de spoedafdeling
<b>Volwassenen</b>			
<i>Angst- of stemmingsstoornis</i>	England Health and Social Care Information Centre (2015)	'Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)'	Toename van verwijzingen, afname van wachttijd, toename van verwijzingen die met de behandeling begonnen, toename van verwijzingen die de behandeling voltooiden
	Goorden, Huijbregts, van Marwijk, Beekman, van Der Feltz-Cornelis, & Hakkaart-van Roijen (2015)	De geïntegreerde interventie bestaat uit een probleemoplossende behandeling, manueel geleide zelfhulp (beide verzorgd door de depressiemanager) en eventueel antidepressiva (voorgeschreven door de huisarts). Er wordt een tweewekelijks monitoring van symptomen en bespreking van voortgang tussen huisarts en manager voorzien. Indien nodig wordt de psychiater geraadpleegd.	Meer zorggebruik
	Mehta et al. (2017)	'Depression collaborative care implementation': vergelijking van twee benaderingen ('Resources for Services'-RS en 'Community Engagement and Planning' - CEP) om evidence-based instrumenten te implementeren voor depressie. De 'toolkits' bevatten: manuals voor cognitieve gedragstherapie, klinisch assessment, medicatie-management, casemanagement en patiënt educatie.	Beter psychische welzijn en minder kans op ziekenhuisopname voor voornamelijk mannen in CEP conditie
	Patel et al. (2016)	Opleiding van huisartsen in het screenen en behandelen van psychische stoornissen bij Latino patiënten in de eerstelijnsgezondheidszorg. eerst werden academische detaillering en consultatie-psychiatrie geïmplementeerd (fase 1) en vervolgens aangevuld met afsprakenplanning en herinneringen aan een gemaakte afspraak bij de huisarts door klinisch personeel (fase 2).	Fase 1 had geen significante invloed op screening, management of patiënttevredenheid. Toen ondersteuning voor afspraakplanning en -herinneringen (fase 2) werd toegevoegd, nam de verwijzing van de huisarts naar psychiatrische diensten toe. Doorverwezen patiënten hadden significant meer kans om de zorg op te starten en hadden meer bezoeken specialisten GGZ. Training van huisartsen op zich is niet voldoende, herinneringen en outreaching door administratief personeel lijkt cruciaal.

Tabel 6 Overzicht van interventiestudies onder het scharnierpunt ‘ondersteuning van personen met milde psychische problemen in de samenleving’ (vervolg)

<i>Interventie</i>	<i>Studie</i>	<i>Specifieke bevindingen voor continuïteit van zorg</i>
	Price-Haywood, Dunn-Lombard, Harden-Barrios, & Lefante (2016)	Integratie van eerstelijnszorg en GGZ: het model omvat een multidisciplinair zorgteam die in dezelfde voorziening zijn gevestigd om een alomvattende, holistische benadering van patiëntenzorg te bieden
	Sederer, Derman, Carruthers, & Wall (2016)	‘The New York State Collaborative Care Initiative’: integratie van GGZ in medische basiszorg. Het omvat een aanpak in team en bestaat uit (1) het trainen van eerstelijnszorgverleners in het screenen op en behandelen van veelvoorkomende psychische aandoeningen, in dit geval depressie; (2) tewerkstellen van zorgmanagers die zich bezighouden met opleiding en counseling, en medicatieondersteuning; (3) psychiaters die advies geven aan zorgmanagers en huisartsen, en raadpleging houden voor patiënten die intensievere specialistische diensten nodig hebben, voornamelijk via telefoon of video.
	Wozniak, Soprovich, Rees, Al Sayah, Majumdar, & Johnson (2015)	‘TeamCare’: een interventie van 12 maanden onder leiding van een verpleegkundig zorgmanager, die de zorg voor patiënten met diabetes type 2 en depressie of depressieve symptomen coördineerde
<i>Psychische klachten - niet gespecificeerd</i>	Brown-Johnson et al. (2019)	‘A team-based primary care transformation’: de integratie van drie rollen om zorgcoördinatie te verbeteren: (1) medische assistenten als zorgcoördinatoren; (2) specialisten in uitgebreide zorgteams, waaronder klinisch apotheker en deskundige GGZ; en (3) gespecialiseerde klinici (advanced practice providers - app's), di. Verpleegkundigen en arts-assistenten.
	Campbell, McKnight, & Vasquez, 2018	‘Integrated primary care-behavioral health program’: geïntegreerd programma voor eerstelijns gedragsgezondheid: de fysieke werkruimte en de systemen voor patiëntenzorg (bv. elektronisch patiëntendossier) zijn geïntegreerd en de communicatie en samenwerking tussen zorgverleners is face-to-face.
		Meer ontmoetingen met huisartsen, tijdige opvolging zodat symptomen van depressie kunnen worden gemonitord, documentatie van de respons op de behandeling. Contextuele factoren die de herorganisatie van de praktijk hebben gefaciliteerd of belemmerd, waren onder meer klinisch leiderschap, cultuur voor kwaliteitsverbetering, personeelsbezetting, technologische infrastructuur en externe aanmoedigingen /ontmoedigingen voor organisatieverandering.
		Verhoging van het screeningspercentage; verhoogde diagnosestelling na positieve screening; betere opvolging van positieve screenings; toename van inschrijving in gespecialiseerde GGZ.
		De mate van samenwerking: artsen namen beperkt deel aan de samenwerking, weinig comfort in de samenwerking, en discontinuïteit van zorgmanagers. Sommige respondenten gaven aan dat traditionele hiërarchische relaties tussen arts en verpleegkundige de samenwerkingszorg in deze setting belemmert. Facilitatoren op organisatieniveau die implementatie ondersteunen: training, voortdurende implementatie-ondersteuning, professionele en persoonlijke kwaliteiten van de zorgmanager en reeds bestaande relaties.
		Patiënten, zorgverleners en personeel percipiëren de rol van zorgcoördinator en specialisten positief; deze rollen waren goed gedefinieerd en snel geïmplementeerd. Zorgcoördinatoren managen de verschillende bezoeken effectief en hebben sterke patiëntrelaties opgebouwd. Colocatie van specialisten vergemakkelijkte de toegang tot zorg en ondersteunde diabeteszorg en GGZ. De APP rol is echter onduidelijk gedefinieerd. De acceptatie van de rol is dan ook variabel.
		Matig niveau van praktijkintegratie wordt behaald. De fysieke nabijheid van de geestelijk gezondheidswerkers in de praktijk lijkt een sleutelfactor te zijn in het matige succes van het programma.

Tabel 6 Overzicht van interventiestudies onder het scharnierpunt 'ondersteuning van personen met milde psychische problemen in de samenleving' (vervolg)

<i>Interventie</i>	<i>Studie</i>	<i>Specifieke bevindingen voor continuïteit van zorg</i>	
	Chaple, Sacks, Randell, & Kang (2016)	'A Technical Assistance Framework' voor ondersteuning van geïntegreerde zorg: bestaat uit vijf gerelateerde activiteiten, die gezamenlijk tot doel hebben geïntegreerde gedragsgezondheidszorg te ondersteunen, nl: assessment 'on-site', rapportering van de assessment, planning en gidsing van de implementatie, training en opvolg assessment	Verbeterde integratie ('Behavioral Health Integration in Medical Care' – BHIMC schaal). Grootste winst op de dimensies programmastructuur, milieu, personeelsbezetting en opleiding. Vooral betere integratie van verslavingsdiensten.
	Clarke, Jeffrey, Grossman, Strouse, Gitlin, & Skootsky (2016)	'A behavioral health program': zorgverleners GGZ en medische basiszorg werken nauw samen. Zorgverleners GGZ bieden volgende kortdurende behandelingen aan: cognitieve gedragstherapie, ondersteunende therapie of medicatieconsult door een psychiater, of beide. Na voltooiing worden stabiele patiënten terug naar de eerstelijnszorg verwezen voor medicatie-opvolging. Patiënten met behandelingsbehoeften op langere termijn (maanden tot jaren) worden doorverwezen naar gespecialiseerde GGZ diensten	Meer dan drie keer zo veel patiënten ontvangt GGZ via ucla health; verlenging wachttijden voor een intakeafspraak voor alle soorten zorgverleners; groot aantal verwijzingen; vermindering van gebruik van spoedeisende hulp
	Conway et al. (2016)	Zorgnetwerk waar verschillende organisaties deel van uitmaken, gericht op algemene en geestelijke gezondheid, sociale dienstverlening, educatie en herstelprogramma's. Het bevat een ambulant team dat instaat voor zorgcoördinatie en samenwerking rond patiënten met complexe gezondheidsproblemen.	Verhoogde samenwerking tussen organisaties en een verminderd zorgverbruik door patiënten met complexe gezondheidsproblemen
	Hepworth et al. (2015)	Een psycholoog en maatschappelijk werker worden toegevoegd als leden van het zorgteam in eerstelijnszorg	Toegang tot de dienst GGZ en een toename van verwijzingen naar een psycholoog, psychiater, en geestelijke gezondheidswerker. Positieve evaluatie door patiënten en teamleden. Verbeterde toegang hield verband met drie hoofdthema's: (1) respons op behoeften; (2) vertrouwde relaties; en (3) gedeelde culturele achtergrond en begrip. De holistische aard van de medische basiszorg, de nabijheid van de woonplaats en de bestaande vertrouwde relaties werden geïdentificeerd als sleutelfactoren bij het verminderen van de toegangsbelemmeringen.
	Lanoye et al. (2017)	Integratie van psychologische behandeling in de medische basiszorg (huisartsenpraktijk)	Afname van vermijdbare hospitalisaties
	Mcmillan, Kelly, Hattingh, Fowler, Mihala, & Wheeler (2018)	'Pharmacy mental health medication support service': Apothekers werden opgeleid om een flexibele, doelgerichte medicatie-ondersteuning te bieden aan volwassenen met een psychische aandoening	Verbeterde medicatietrouw

Tabel 6 Overzicht van interventiestudies onder het scharnierpunt 'ondersteuning van personen met milde psychische problemen in de samenleving' (vervolg)

<i>Interventie</i>	<i>Studie</i>	<i>Specifieke bevindingen voor continuïteit van zorg</i>	
	Martin (2017)	'Integrated behavioral health training for primary care clinicians': Artsen in opleiding moeten in de huisartsenpraktijk samenwerken met zorgverleners GGZ en apothekers. GGZ wordt in de praktijk geïntegreerd dmv een gedeelde visie op patiëntenzorg, een gedeeld medisch dossier en factureringsproces, en een vastgesteld protocol en beleid voor overleg	Geen verschil in de houding van artsen in opleiding ten aanzien van samenwerking met zorgverleners GGZ. De interne verwijzing naar GGZ daalde sterk na het einde van de interventie. Artsen in opleiding waarden geïntegreerde GGZ, 78% gaf aan de interventie nuttig te vinden. Echter, 26% gaf aan niet te willen samenwerken met zorgverleners GGZ en apotheek.
	Miller-Matero et al. (2015)	Toevoeging van een psycholoog aan de huisartsenpraktijk	54,4% kwam opdagen voor een afspraak met een specialist in GGZ voor verdere behandeling. Er werden geen predictoren gevonden voor het nakomen van de eerste afspraak.
	Murphy, Gardner, & Jacobs (2018)	'The Bloom program': medicatie-ondersteuning op regelmatige basis door apothekers voor personen gediagnosticeerd met een psychische aandoening in aparte consultatieruimte in de apotheek of via telefoon of thuis (outreaching). Apothekers werken samen met andere gezondheidswerkers en voorzien de link met psychische ondersteuning, verslavingszorg en ondersteuning voor patiënten.	Goede toegang tot de dienst (182 deelnemers, 1233 zorgbijeenkomsten), 30% van de patiënten stopten na een eerste afspraak, 42% bleef in het programma. Apothekers dienden zeventien verzoeken tot verlenging in. Apothekers boden zorg die verder ging dan medicatie-management, waaronder ondersteuning bij de weg vinden in het gezondheidssysteem, gezondheids- en medicatie-educatie, samenwerking met andere zorgverleners en snelle triage van zorg naar andere zorgverleners.
	Padwa et al. (2016)	'Project Care': integratie van GGZ in medische basiszorg. De componenten zijn: GGZ in de praktijk, screening voor middelenmisbruik, kortdurende behandeling voor patiënten met milde psychische problemen, doorverwijzing naar gespecialiseerde GGZ, casemanagement vergaderingen op reguliere basis, elektronisch patiëntendossier, training over geïntegreerde zorg	Stijging in de dimensies geïntegreerde zorg (BHIMC). Contextuele factoren die de integratie beïnvloeden zijn o.a. Organisatorische kenmerken (zijn zowel facilitatoren als obstakels): leiderschap en innovatiewaarden
	Serrano, Prince, Fondow, & Kushner (2018)	'The primary care behavioral health (PCBH) model' is een methode om GGZ in de medische basiszorg te integreren en bestaat uit: (1) zorgverleners GGZ geven advies aan huisartsen en zijn een lid van het zorgteam, (2) overleg draagt bij tot het ontwikkelen van een zorgplan, (3) vervolgsconsultaties met de zorgverlener GGZ worden bepaald met het hele zorgteam, (4) zorgverleners GGZ zijn tewerkgesteld in de huisartsenpraktijk	Eén praktijk ervoer een significante afname van 11,3 procent in het aantal bezoeken aan de spoedafdeling ten opzichte van consultaties in de medische basiszorg, maar twee andere praktijken niet.
	Van Orden, Leone, Haffmans, Spinhoven, & Hoencamp (2017)	Vergelijking van doorverwijzing naar gespecialiseerde GGZ en doorverwijzing naar geïntegreerde GGZ in de medische basiszorg	Doorverwijzing naar geïntegreerde GGZ vermindert het aantal bezoeken aan de gespecialiseerde GGZ in vergelijking met directe verwijzing naar gespecialiseerde GGZ. Hoe langer het duurt om te verwijzen, hoe lager het aantal consultaties GGZ.
	Van Orden, Deen, Spinhoven, Haffmans & Hoencamp (2015)	Vergelijking van doorverwijzing naar gespecialiseerde GGZ en doorverwijzing naar geïntegreerde GGZ in de medische basiszorg	Doorverwijzing naar geïntegreerde GGZ leidt tot minder zorgverbruik in GGZ (minder contacten met een specialist GGZ).

Tabel 6. Overzicht van interventiestudies onder het scharnierpunt 'ondersteuning van personen met milde psychische problemen in de samenleving' (vervolg)

<i>Interventie</i>	<i>Studie</i>	<i>Specifieke bevindingen voor continuïteit van zorg</i>	
	Waugh et al. (2019)	Het gebruik van telepsychiatrie ter ondersteuning van de integratie van GGZ in de medische basiszorg. Een psychiater en een psychiatrisch verpleegkundige waren elk voor 1 dag/week beschikbaar voor de praktijk. Deze adviseurs GGZ ondersteunden het bestaande zorgteam door een combinatie te bieden van directe patiëntenzorg en consultatie voor de zorgverleners.	De effectiviteit van deze interventie wordt ondersteund door de kwantitatieve en kwalitatieve data
	Wennerstrom, Hargrove, Minor, Kirkland, & Shelton (2015)	Training voor zorgverleners GGZ om als lid van een zorgteam medische basiszorg te functioneren	Deze training wordt goed ontvangen door de zorgverleners (voor details zie Bijlage D)
	Zurovac et al. (2019)	Multidisciplinair zorgteam in de huisartsenpraktijk dat instaat voor psychische ondersteuning en zorgcoördinatie. De organisationele verandering wordt ondersteund door het gebruik van gezondheidstechnologie.	Vermindering in het aantal bezoeken aan de spoedafdeling, geen effect op ziekenhuisopnames; geen effect op de opvolging 14 dagen na ziekenhuisopname; geen effect op heropnames
<i>Middelenmisbruik</i>	Komaromy et al. (2016)	'Project ECHO': een nieuw model om eerstelijnszorgverleners te educeren over de behandeling van middelenmisbruik	Toename van het aantal deelnemers
	Upshur, Weinreb, Bharel, Reed, & Frisard (2015)	A 'Chronic Care' Interventie voor dakloze vrouwen met alcoholverslaving bestaande uit: 1) het bieden van evidence-based training en ondersteuning aan de huisartsen; 2) het aanpassen van het elektronisch medisch dossier voor alcoholscreening en alcoholspecifieke nota's; en 3) het trainen van een zorgmanager die deelnemers voorziet van voorlichtingsmateriaal, ondersteuning in zelfmanagement, linken maakt met formele verslavingszorgdiensten en zelfhulpgroepen, en counseling en het stellen van zorgdoelen.	Geen significant verschil in de opstart van zorg, betrokkenheid of retentie
<i>Psychotische stoornis</i>	Baker et al. (2019)	PARTNERS2 (developing integrated primary care for patients with serious mental illness) programma: identificatie van patiënten in de huisartspraktijk en de integratie van een specialist GGZ en een supervisor ('senior clinician') dmv colocatie, een gedeeld patiëntendossier en een gezamenlijk zorgplan. De specialisten doen casemanagement: ze linken en coördineren de zorg voor de patiënt, coachen de patiënt, geven psycho-educatie, gebruiken motivationeel interviewen en betrekken de patiënt als volwaardige partner in de zorg (gedeelde besluitvorming)	Sleutelcomponenten van de interventie die niet werden uitgevoerd zoals bedoeld: systematische communicatie (meer interactie tussen zorgpartners en huisartsen), psychologische interventie (in de vorm van coaching en het stellen van doelen) en multidisciplinair werken (in de vorm van supervisie door senior beoefenaars van de geestelijke gezondheidszorg)

- Psychische klachten – psychiatrische aandoeningen: niet gespecificeerd

De meeste interventies houden de **integratie in van GGZ in de generalistische basiszorg** [83-96] (zie Tabel 8).

Door middel van het invoeren van een **functie** ter ondersteuning van psychosociale noden van patiënten wordt de implementatie van GGZ in het eerste zorgniveau vormgegeven. De termen voor deze functie verschillen over de interventies heen en wijzen al dan niet op het diploma vereist voor de functie, zo spreekt men van ‘psycholoog’, ‘behavioural health professional’, ‘mental health professional’, ‘community health worker’, ‘behavioral health triage therapist’, ‘behavioural health consultant’ ‘social worker’. Tot de taken van deze functie zijn o.a. volgende zaken beschreven: screening en assessment, kortdurende behandeling, outreaching, aanbevelingen, doorverwijzing, maar ook *coördinatie van zorg* en het verzorgen van *communicatie* tussen de verschillende disciplines van het zorgteam.

Resultaten tonen aan dat het fysiek aanwezig zijn van een geestelijk gezondheidswerker in de praktijk een succesfactor is voor integratie [92]. Het verhoogt de toegang voor de patiënt tot psychische ondersteuning [84, 91, 93] en vermindert opnames op de spoeddienst [86, 93], hospitalisaties [97] en de belasting op gespecialiseerde GGZ [87, 95].

**De mate van integratie**, de mate waarin de samenwerking met geestelijke gezondheidswerkers vorm wordt gegeven, is verschillend over de interventies. Elf interventies beschrijven expliciet de aanwezigheid van een geestelijk gezondheidswerker in de **huisartspraktijk (colocatie)** [84-88, 91-96]. In één interventie wordt de colocatie van een psychiater doorheen de tijd afgebouwd en vervangen door tele-consultatie [88].

In vier interventies is de werking van de geestelijk gezondheidswerkers meer **gescheiden** van de medische basiszorg [84, 92-94]. Patiënten worden doorverwezen door de huisarts en na vervollediging van het programma toegeleid naar gespecialiseerde zorg of opnieuw doorverwezen naar de huisarts. In zeven andere interventies is er sprake van een **meer geïntegreerde samenwerking**, waarbij het zorgplan in overleg vorm wordt gegeven en ondersteund wordt door gedeelde patiënt informatie (elektronisch patiëntendossier) [85-88, 91, 95, 96].

Het belang van een duidelijke **rolverdeling** in samenwerking komt sterk naar voor uit verschillende interventies. **Training** voor zowel geestelijke gezondheidswerkers als het reeds bestaand team wordt dan ook toegepast in vijf interventies om de implementatie te faciliteren [83, 85, 88, 89, 96].

Eén artikel beschrijft een model om psychische zorg te integreren in de generalistische basiszorg [98]. Dit model maakt gebruik van volgende ‘**implementatieprincipes**’: het voorzien van ‘top down’ ondersteuning, betrekken van personeel, identificatie van ‘change agents’, promoten van peer-to-peer leren, het meten en voorzien van feedback aan de organisatie, training en technische ondersteuning voor personeel.

Twee interventies beschrijven medicatie-ondersteuning door **apothekers** voor personen gediagnosticeerd met een psychische aandoening. De apothekers worden hiervoor bijkomend opgeleid [99, 100]. In het ‘*Bloom programma*’ gaat deze ondersteuning verder dan ‘mentoring’ [100]. De apothekers zien patiënten met psychiatrische aandoeningen en medicatie gerelateerde problemen op regelmatige basis. Dit gebeurt in een aparte consultatieruimte in de apotheek of via telefoon of thuis (outreach). Apothekers werken samen met andere gezondheidswerkers, zoals huisarts en psychiater en voorzien de link met psychische ondersteuning en verslavingszorg en ondersteuning voor patiënten. Het programma steunt op een achterliggend model, ‘*The behaviour change wheel*’.

In de studie van Conway tenslotte, wordt de opzet beschreven van een netwerk gericht op algemene gezondheid, geestelijke gezondheid, sociale dienstverlening, educatie en herstelprogramma’s. Tot het



netwerk behoren verschillende zorgvoorzieningen. Het voorziet in de implementatie van een ambulante team dat instaat voor **zorgcoördinatie en samenwerking** rond patiënten met complexe gezondheidsproblemen. De studie toont aan dat de implementatie van een netwerk geassocieerd is met een verhoogde samenwerking tussen organisaties en een verminderd zorgverbruik door patiënten met complexe gezondheidsproblemen [101].

- Middelenmisbruik

Slechts twee interventies zijn toegespitst op personen met middelenmisbruik [102, 103] (zie Tabel 8). Eén interventie betreft een kortdurende interventie die wordt uitgevoerd door de huisarts met minimum zes opvolgconsultaties en een ondersteuning van een zorgmanager die instaat voor psycho-educatie, ondersteuning voor zelfmanagement, linken voorziet met gespecialiseerde zorg, counseling en helpt bij het stellen van zorgdoelen [102]. Deze interventie is gebaseerd op het '*Chronic Care model*' en volgt in de eerste plaats een '*harm reduction benadering*' (in combinatie met andere methoden die op maat worden gekozen voor de patiënt). Deze interventie heeft echter geen effect op de opstart van behandeling, het volhouden van de behandeling of retentie. De andere interventie, '*project Echo*', bestaat uit de educatie van eerstelijnszorgwerkers in het behandelen van middelenmisbruik en specifiek misbruik van opioïden [103]. De educatie wordt aangeboden door specialisten via videoconferentie volgens het principe van case-based leren. Dit telementorschap dat door specialisten wordt aangeboden kent een groeiend succes, steeds meer professionals uit de generalistische basiszorg sluiten zich aan.

- Psychotische stoornis

Slechts één interventie (*PARTNERS interventie*) is gericht op de ondersteuning van personen met psychose (schizofrenie, schizofreniforme en schizoaffectieve stoornis, bipolaire stoornis of andere psychose)[104] (zie Tabel 8). Deze multicomponentinterventie is gebaseerd op het '*Chronic Care model*' van Wagner en heeft een specifieke focus op herstel ('*CHIME framework*'). De interventie behelst identificatie van patiënten in de huisartspraktijk en de integratie van een specialist geestelijke gezondheid en een supervisor ('senior clinician'). Deze werkt samen met de huisarts of andere teamleden uit de generalistische basiszorg door middel van colocatie, een gedeeld patiëntendossier en een gezamenlijk zorgplan. De specialisten doen aan casemanagement: ze linken en coördineren de zorg voor de patiënt (schakelen diensten in die het behalen van persoonlijke doelen kunnen ondersteunen), coachen de patiënt (opstellen van doelen en geïndividualiseerd actieplan), geven psycho-educatie, gebruiken motivationeel interviewtechnieken en betrekken de patiënt als volwaardige partner in de zorg (gedeelde besluitvorming). Symptomen en psychisch welzijn wordt gemonitord door middel van de CORE-10 (Clinical Outcomes in Routine Evaluation 10-item) en de WEMWBS (Warwick Edinburgh Mental Wellbeing Scale).

De resultaten van de interventie wijzen op **communicatieproblemen** met de specialist die wordt ingebed in de zorgpraktijk. Een pro-actieve aanpak in het nemen van de mogelijkheden om te communiceren is van belang, zoals het gebruik van het elektronisch patiëntendossier en het bijwonen van vergaderingen. Een gebrek aan kennis van de specialist betreffende eerstelijnszorgsysteem en de zorgprocessen die hier spelen, ondermijnt echter het zelfvertrouwen om eerstelijnszorgwerkers te benaderen. Opnieuw blijken **kennis over elkaars werking** en vastgelegde **procedures** voor communicatie van belang in interventies die meer gespecialiseerde psychische zorg trachten te integreren in generalistische basiszorg.

## 2.2 Zorgniveau 2a – gespecialiseerde regionale zorg

**Zorgniveau 2** omvat de *gespecialiseerde GGZ*. Op dit zorgniveau situeert zich alle professionele zorg die gericht is op en ontwikkeld is voor personen met *ernstige* psychische zorgnoden en hun context. Een deel van de gespecialiseerde GGZ wordt *regionaal* aangeboden en wordt ondergebracht op zorgniveau 2a. De interventies van studies die ingedeeld zijn op dit zorgniveau beschrijven maatregelen die de continuïteit van zorg ondersteunen voor personen met ernstige psychische zorgnoden in de samenleving en wanneer personen met ernstige acute psychische zorgnoden worden opgenomen op de spoeddienst. In Tabel 7 wordt het aantal interventies getoond per doelgroep in elk scharnierpunt voor dit zorgniveau. In Tabel 8 en Tabel 9 wordt telkens voor elke studie onder beide scharnierpunten een korte beschrijving gegeven van de interventie en de uitkomsten op continuïteit van zorg.

Tabel 7 Aantal interventies per doelgroep en scharnierpunt voor zorgniveau 2a

<b>Categorieën</b>	<b>Aantal interventies</b>
Ondersteuning van personen met ernstige psychische zorgnoden in de samenleving	5 8
Vrouwen in de tijd rond de bevalling (pre-, peri-, postnataal)	1
Ouderen	3
Kinderen	4
Adolescenten	5
Volwassenen	45
Onder voogdij	1
Daklozen met psychiatrische problematiek	4
Middelenmisbruik	6
Psychotische stoornis	15
Psychiatrische problematiek – niet gespecificeerd	16
Opname op spoeddienst omwille van psychische problematiek	1 2
Kinderen en adolescenten	4
Volwassenen	8

## 2.2.1 Opname op de spoeddienst van personen met acute ernstige psychische zorgnoden

### 2.2.1.1 Kinderen en adolescenten

Slechts vier studies betreft interventies die in een spoedafdeling kunnen worden geïmplementeerd en continuïteit van zorg hebben gemeten als uitkomst, zijn gericht op kinderen en adolescenten [105-108]. De studies zijn de impact nagegaan van de interventies op de **duur van het verblijf op de spoeddienst** en de **tijd tot een nieuwe aanmelding op de spoeddienst**.

Drie van de vier interventies kunnen worden opgevat als maatregelen om **gespecialiseerde kennis** betreft psychiatrische problematiek bij kinderen en adolescenten in de spoeddienst te verhogen [105, 106, 108].

In de studie van Holder en collega's (2017) volgen sociaal werkers die tewerkgesteld zijn op de spoeddienst een bijkomende **opleiding**. Tijdens deze opleiding krijgen ze 25 uur les en worden ze nadien gepaard met een jeugdpsychiater om het 'case-based learning' te stimuleren. Kinderen brengen na de implementatie van de interventie minder tijd door op de spoeddienst en worden meer doorverwezen voor een psychiatrische opname.

In de studie van Uspal en collega's (2016) werd een **team** geïmplementeerd voor GGZ op de spoeddienst, bestaande uit een evaluator en een pediatriesch specialist geestelijke gezondheid. Dit team staat 24/7h in voor evaluatie, kortdurende psycho-educatie, ontslagplanning en zorgcoördinatie. Ze werken nauw samen met het medisch team van de spoeddienst. De evaluatie van dit team wordt door de spoedarts meegenomen in het besluit tot triage. Voor deze interventie is de bestaffing vergroot en zijn er speciale veilige kamers ingericht op de spoeddienst. Hoewel patiënten minder lang verblijven op de spoeddienst na implementatie van deze interventie, is er geen effect op de tijd tot heropname [106].

De interventie die wordt beschreven in de studie van Wharff en collega's (2019) tenslotte, bestaat uit het aanbieden van een **eenmalige sessie** voor adolescenten en met suïcidaal gedrag en familie. De sessie bestaat uit het opstellen van een gezamenlijk verhaal over de crisis, 'cognitive behavioural skill building', het nagaan van de bereidheid om therapie te starten, psycho-educatie over depressie, en veiligheidsplanning. De interventie is gebaseerd op onderzoek dat uitwijst dat de connectie van de adolescent met familie een protectieve factor is voor suïcide en tracht, naast het stabiliseren van de patiënt, de capaciteiten van de familieleden om met de adolescent om te gaan, te verbeteren. De studie toont aan dat de interventie tot minder heropnames op de spoeddienst leidt [105].

De studie van Newton en collega's (2015) toont aan dat een bezoek voor psychische problematiek aan een arts in de 30 dagen na spoedopname samenhangt met een verhoogde kans op heropname van kinderen in acute psychische crisis [107]. Het is van belang om reeds in de spoeddienst zich bewust te zijn van de hoge zorgnood van kinderen na een crisis. Wanneer de spoeddienst niet wil fungeren als opvangnet tot symptomen gestabiliseerd zijn, moet **de toegang tot nazorg** worden gefaciliteerd en worden gecoördineerd.

Tabel 8 Overzicht van interventiestudies onder het scharnierpunt opname op de spoeddienst voor zorgniveau 2a

	<i>Studie</i>	<i>Interventie</i>	<i>Specifieke bevindingen voor continuïteit van zorg</i>
<b>Kinderen en adolescenten</b>	Holder, Rogers, Peterson, Shoenleben, & Blackhurst (2017)	Psychiaters en opgeleide psychiatrische maatschappelijk werkers worden toegevoegd aan een afdeling spoedeisende hulp voor kinderen	Minder opname op pediatrische behandelafdelingen, maar meer kans op ontslag naar een psychiatrisch ziekenhuis (verwijzing); daling in duur van opname of de spoedeisende hulp
	Newton, Rosychuk, Niu, Radomski, & McGrath (2015)	Zorg door huisarts na een bezoek aan de spoedeisende hulp voor psychische problematiek	Kinderen die (om welke reden dan ook) slechts één keer in de 30 dagen na ontslag op spoed een arts bezochten, hadden een langere tijd tot heropname op spoed; Kinderen die (om welke reden dan ook) meer dan één keer in de 30 dagen na ontslag op spoed een arts bezochten, keerden eerder terug naar de spoedafdeling; Kinderen keerden eerder terug naar de spoedafdeling wanneer het opvolgbezoek door de huisarts specifiek voor een psychische problematiek was of wanneer het vervolgbezoek plaatsvond in een polikliniek in het ziekenhuis
	Uspal, Rutman, Kodish, Moore, & Migita (2016)	Het toevoegen van een team GGZ (niet geleid door een arts) aan de afdeling spoedeisende hulp	Een significante afname van de gemiddelde duur van opname op spoed; geen significante verandering in het percentage dat werd opgenomen in het ziekenhuis en geen verandering in het percentage dat terugkeert binnen de 72h naar de spoeddienst
<b>Volwassenen</b>	Wharff, Ginnis, Ross, White, & Forbes (2019)	Familie-gebaseerde crisisinterventie voor suïcidale adolescenten en hun families op de afdeling spoedeisende hulp	Significant minder kans om in het ziekenhuis te worden opgenomen
	Boudreaux et al. (2016)	Outreachbezoeken van een ambulante zorgverlener GGZ aan psychiatrische patiënten op een afdeling spoedeisende hulp	Toename van het aantal eerste bezoeken aan de plaatselijke ambulante praktijk voor GGZ
	Erskine, Baumgartner, & Patterson (2015)	'An extended-hours service in mental health care': geplande psychische ondersteuning buiten de reguliere diensturen voor patiënten die onder de zorg vallen van zorgteams (CCT) en ondersteuning van de psychiatrische spoedeisende hulp in het management van psychiatrische patiënten	De dienstverlening heeft meer dan 5000 diensten verleend aan 2040 patiënten buiten de reguliere diensturen. De patiënten die reeds onder de zorg vallen van zorgteams (CCT) worden niet bereikt. De dienst heeft een gebrek aan identiteit en vage grenzen. De effectiviteit van de dienstverlening en colocatie bouwen collegialiteit op.
	McCullumsmith et al. (2015)	Een snelle opvolging in een overgangskliniek psychiatrie voor patiënten die zich op de spoedafdeling aanmelden in psychiatrische crisis	Langere tijd tot nieuwe aanmelding op de spoedafdeling, verhoogde opkomst bij nazorg
	Merchant, DeLong, Liu, & Baird (2015)	Een korte interventie op maat - motiverende interviews - om het aantal van snelle HIV / HCV-screening te verhogen	Geen effect van het motiverende interview

Tabel 8 Overzicht van interventiestudies onder het scharnierpunt opname op de spoeddienst voor zorgniveau 2a (vervolg)

<i>Studie</i>	<i>Interventie</i>	<i>Specifieke bevindingen voor continuïteit van zorg</i>
Okafor et al. (2016)	'A Psychiatric Fast Track Service': een sociaal werker en psychiatrische raadpleging worden toegevoegd aan het spoedeisende zorgteam dat passende interventies biedt, waaronder doorverwijzing naar poliklinische zorg	Wachttijd: minder gemiddelde wachttijd van patiënten in de spoedafdeling vóór triage (67% afname van gemiddelde tijd tot triage na de implementatie van een geïntegreerd impactgebied voor spoedeisende hulp); geen effect op de gemiddelde opnametijd (van opname op spoed tot vertrek); geen effect op de gemiddelde tijd tussen plaatsing (triage) en ontslag
Stergiopoulos et al. (2017)	Kortdurende casemanagement	Geen significante vermindering van gebruik van de spoeddienst; geen significant verschil in opnamedagen in het ziekenhuis; geen verschil in aantal ziekenhuisopnames; geen verschil in bezoeken aan eerstelijnszorgverleners
Wand, D'Abrew, Acret, & White (2016)	Psychiatrische liaison dienstverlening door een verpleegkundige buiten de diensturen	Personeel spoedafdeling zien de dienstverlening als voordelig voor wachttijden, verbeterde communicatie en ondersteuning (vermindering werklast). Geen beschikbare bedden en het volume aan psychiatrische presentaties op de spoedafdeling belemmeren de doorstroming van patiënten. Hoge verwachtingen van het personeel op de spoedafdeling naar de psychiatrisch verpleegkundige. Moeilijkheden in de samenwerking zijn onzekerheid over rolverdeling met de psychiaters in opleiding, negatieve houding van personeel op de spoedafdeling ten opzichte van psychiatrische patiënten
Wand, D'Abrew, Barnett, Acret, & White (2015)	Psychiatrische liaison dienstverlening door een verpleegkundige buiten de diensturen	Positieve evaluatie van de toegevoegde dienstverlening, uitdagingen rond samenwerking (zie Bijlage X voor details)

### 2.2.1.2 Volwassenen

Acht interventies zijn gericht op volwassenen die met een acute psychische problematiek worden opgenomen op een spoeddienst [109-116]. Alle interventies behelzen in meer of mindere mate de **integratie van gespecialiseerde GGZ** in de spoeddienst. De samenwerking tussen het medisch team van de spoeddienst en psychische dienstverlening wordt in alle interventies vorm gegeven door middel van **colocatie [117]**.

Binnen de categorie 'colocatie', kunnen we vijf interventies plaatsen op **niveau drie** [109, 110, 112, 113, 116]. Hoewel de spoeddienst en de psychische dienstverlening zich in dezelfde voorziening bevinden, delen ze niet persé dezelfde bedrijfsruimte. Zorgverleners gebruiken aparte systemen maar doordat zorgverleners in dezelfde voorziening werken, gebeurt communicatie op een meer regelmatige basis. Er wordt telefoon en e-mail gebruikt en in een occasionele vergadering worden gedeelde patiënten bediscussieerd. De beweging van patiënten tussen praktijken gebeurt meestal door middel van een doorverwijzingsprocedure. Zorgverleners kunnen zich voelen alsof ze deel uitmaken van een groter team. Echter, hoe het groter geheel juist opereert is niet duidelijk gedefinieerd waardoor de beslissing over patiënten de verantwoordelijkheid blijft van de individuele zorgverlener.

Drie interventies kunnen we plaatsen op **niveau vier**. Deze interventies worden gekenmerkt door een hechte samenwerking en kenmerken van integratie op organisatieniveau [111, 114, 115]. In deze interventies worden meer problemen vastgesteld rond rol –en taakafbakening.

De psychische dienstverlening is in vier interventies gericht op **follow-up** van de patiënt en de **facilitatie van het opstarten van ambulante zorgverlening**, zoals bijvoorbeeld door middel van '*transitional psychiatry clinic*' [109] waar de patiënt naar wordt doorverwezen wanneer deze geen vervolgspraak heeft bij ambulante dienstverlening binnen de twee weken na ontslag of wanneer er het vermoeden bestaat dat de patiënt achteruit zal gaan. De '*transitional psychiatry clinic*' verzorgt de opstart van permante opvolging bij ambulante hulpverlening en volgt symptomen op die gerelateerd zijn aan de reden van opname op de spoeddienst. In de studie van Merchant en collega's (2015) wordt er door middel van motivationeel interviewen getracht de druggebruiker te motiveren voor gedragsverandering en screening op Hepatitis C en HIV [110]. De CATCH –ED-interventie bestudeerd in het onderzoek van Stergiopoulos en collega's (2017) is gebaseerd op het '*critical time intervention model*' en bestaat uit de begeleiding van de patiënt door een casemanager tot 6 maanden na ontslag. In de studie van Boudreaux en collega's (2016) zet men een team in vanuit een centrum voor GGZ om de patiënt te informeren over het aanbod. Dit team regelt een afspraak en transport naar het centrum na ontslag [113]. Drie andere interventies zetten in op een **verbeterde psychische dienstverlening** in de spoeddienst [111, 114, 115] en **ondersteuning** van de spoeddienst [116].

Buiten de interventie op basis van het '*critical time intervention*' model [112], hebben alle interventies een positief effect op het doel dat ze trachten te bereiken. Patiënten komen beter de gemaakte afspraken na voor ambulante dienstverlening wanneer ze de spoeddienst hebben verlaten en er is een langere tijd gerapporteerd tot heropname [109, 110, 113]. Meer geïntegreerde modellen (niveau vier) verzorgen een kwalitatievere psychische hulpverlening tijdens de spoedopname waarbij de patiënt een betere toegang heeft tot gespecialiseerde GGZ [111, 114, 115].

## 2.2.2 Ondersteuning van personen met ernstige psychische zorgnoden in de samenleving

### 2.2.2.1 *Vrouwen in de tijd rond de bevalling (pre – peri en postnatale periode)*

We vonden slechts **één studie** over een gespecialiseerd programma dat ondersteuning biedt aan vrouwen tijdens de zwangerschap en tot één jaar postnataal die psychische problemen ervaren [118]. De interventie wordt uitgevoerd door gespecialiseerde verpleegkundigen (met ondersteuning van een psychiater) die patiënt en familie op gelijke voet benaderen ('**partnership approach**'). Ze bieden **individuele, korte therapie** (één tot zes sessies) gebaseerd op het 'Recovery Alliance Model' dat psychische problemen in deze periode in verband brengt met moeilijkheden met **coping**. Daarnaast bestaat de begeleiding van de patiënt uit psycho-educatie, het uitvoeren van een gespecialiseerd assessment, opvolging en triage indien nodig.

Er wordt **samengewerkt met betrokken zorgvoorzieningen**. Waar het kan, wordt de dienst op dezelfde locatie geïnstalleerd als reeds bestaande zorgvoorzieningen voor deze doelgroep (colocatie). Ook wordt er ondersteuning geboden aan huisartsen en eerstelijnsverleners.

Het is een **toegankelijke en flexibele** dienst. Vrouwen kunnen zichzelf doorverwijzen, er is bezoek aan huis mogelijk en eventuele additionele afspraken kunnen worden ingeboekt.

Uit de resultaten van deze studie blijkt dat het programma de **doelgroep bereikt**. Vrouwen die zich aanmelden lijden vooral aan een aanpassingsstoornis, angst –en stemmingsstoornissen. Slechts een laag percentage (15,9%) komt niet opdagen voor de eerste afspraak en er is een **hoge opkomst** van vrouwen wanneer ze een eerste afspraak zijn nagekomen [118].

### 2.2.2.2 *Ouderen*

Drie studies onderzochten het effect van interventies voor op ouderen (65+) met psychische problemen op zorgcontinuïteit [119-121]. Deze programma's zijn alle drie gericht op **zorgcoördinatie**, zij het op verschillende wijze. De 'MIND at Home' interventie [119] en het geïntegreerd zorgteam [121] bieden zorg aan ouderen die **thuis** wonen. Het team in beide studies bestaat uit verschillende disciplines. Er wordt een zorgplan opgesteld op basis van een assessment van de zorgbehoeften van de ouderen en de prioriteiten die worden gesteld door de patiënt en familie. Om in alle zorgnoden te voorzien, wordt in beide programma's een sterke nadruk gelegd op het **betrekken van andere gepaste zorgdiensten**. De resultaten van de studie over de 'Mind at Home' interventie tonen aan dat het zorggebruik van ambulante diensten voor psychisch welzijn en dementie stijgt na implementatie. Er is geen verschil in acuut en residentieel zorgverbruik. De studie van Wilberforce en collega's (2016) focust zich op de mate van samenwerking of integratie van het multidisciplinair team. De auteurs gaan ervan uit dat meer samenwerking gepaard gaat met een betere zorgcoördinatie. De mate van samenwerking heeft echter geen effect op de kans om opgenomen te worden op een psychiatrische afdeling of een woonzorgcentrum. Dus, zorgcoördinatie lijkt samen te hangen met een stijging **van ambulante zorgverbruik** en niet met een daling in residentieel zorgverbruik. Ouderen die thuis wonen hebben een **hoge zorgnood** die niet voldoende wordt gediend. De andere interventie bestaat uit een tweeledige opleiding voor zorgpersoneel van **woonzorgcentra** dat tot doel heeft de zorgcoördinatie te verbeteren door te werken aan communicatie rond zorgdoelen en palliatieve zorg. Na implementatie van de interventie werd er een daling in het aantal ziekenhuistransfers vastgesteld [121].

### 2.2.2.3 Kinderen

Er zijn vier studies betreft interventies op het zorgniveau 2a die zich richten op kinderen [122-125]. De psychische stoornissen van de doelgroep zijn verschillend in de vier studies, alsook het leeftijdsbereik. In twee interventies wordt de **familie** van het kind expliciet betrokken [122, 123]. In de studie van Barnett, Clearly en Donnelly (2018) kunnen ouders door middel van een handleiding voor overleg rond psychotrope medicatie beter betrokken worden in het medicatie management van hun kind en kan de zorg beter worden gecoördineerd.

In drie andere interventies ligt de nadruk expliciet op **zorgcoördinatie**. De familie wordt In de studie van Mandell en collega's (2019) krijgt het kind poliklinisch therapie en ondersteuning specifiek voor autisme. In het wraparound model in de studie van Blizzard, Glos, Stephan, Medoff en Slade (2017) coördineert een team de zorg voor het kind en worden er aanvullend tot zeven zorgdiensten geregeld aan huis of ambulantly. In het onderzoek van Barnett, Clearly en Donnelly (2018) bestaat de interventie uit een praktijkgids om de zorg rond het kind dat psychotrope medicatie neemt te coördineren. In een teamvergadering waarbij ook familie wordt betrokken onder leiding van 'child welfare' personeel, wordt de gids toegepast. In het SNAP-programma wordt de nadruk meer gelegd op behandeling van jonge delinquenten dan op zorgcoördinatie.

De uitkomst van deze drie interventies gericht op zorgcoördinatie wijzen op een daling in residentiële opname en een stijging in poliklinisch zorgverbruik. Zorgcoördinatie lijkt een belangrijke factor te zijn om de **toegang te faciliteren tot ambulante zorg** en het kind te **behoeden voor hospitalisatie**.

### 2.2.2.4 Adolescenten

Vijf interventies die zich specifiek focussen op de ondersteuning van adolescenten met een psychische aandoening in de samenleving zijn bestudeerd op hun effect op zorgcontinuïteit [126-130]. In drie studies onderzochten auteurs het bufferend effect van interventies die gespecialiseerde psychische ondersteuning bieden op een **aanmelding op de spoeddienst** [126-128]. Deze interventies zijn inhoudelijk erg verschillend. In het FEMAP programma wordt er door een multidisciplinair team behandeling geboden aan jongeren die gediagnosticeerd zijn met angst –of stemmingsstoornissen [126]. Het team wordt ondersteund door een psychiater en voorziet linken met andere organisaties wanneer dit vereist is. Ze zijn gevestigd op een vaste locatie en hechten belang aan het creëren van een vriendelijke sfeer waarin de adolescent zich welkom voelt. Ze hebben een 'open deur' beleid waarin er geen aanmeldingscriteria heersen en ook zelf-doorverwijzing mogelijk is. De studie van Fendrich en collega's (2019) bestudeerde een mobiel crisisinterventie team voor jongeren met een acute psychiatrische problematiek. Via een speciaal nummer wordt een oproep doorgeschakeld naar het interventieteam dat ter plaatse zorgt voor stabilisatie van de crisis, screening en assessment, korte oplossingsgerichte therapie en doorverwijzing naar gespecialiseerde diensten. Ondersteuning wordt geboden tot 45 dagen na oproep. Men kan meerdere keren gebruik maken van deze dienst en het is gratis. Deze interventies zorgen voor een daling in de aanmelding op de spoeddienst. De 'Danish Open Dialogue' interventie tracht het sociaal netwerk van de jongere met een acute psychiatrische crisis te mobiliseren door het organiseren van vergaderingen waarin alle partijen betrokken worden [128]. Deze interventie geeft gemengde resultaten op zorgverbruik.

Twee andere studies bevatten interventies die de jongeren met een ernstige psychische problematiek trachten te begeleiden in belangrijke levensdomeinen zoals **tewerkstelling en educatie**. Beide interventies leiden tot een vooruitgang in het functioneren van de jongeren op deze levensdomeinen [129, 130]. Het GrowtoGrow programma bestaat uit een tewerkstelling en psychische team-begeleiding van jongeren met ernstige psychiatrische aandoeningen op een zorgboerderij. De interventie bestudeerd in het onderzoek van Dresser, Clark en Deschenes (2015) maakt gebruik van casemanagers ('transition facilitators') die de



jongere individueel begeleiden. In beide programma's wordt er gewerkt met de uitdagingen die zich aandienen in de adolescentie en jongvolwassenheid, zij het vanuit ander perspectief (psychodynamisch ontwikkelingsmodel en 'transition to independence model').

#### 2.2.2.5 *Volwassenen*

- Onder voogdij

Slechts één studie onderzocht een programma dat personen met een psychiatrische aandoening die onder voogdij geplaatst zijn ondersteund in het functioneren in de samenleving [131]. Het programma focust op **zorgcoördinatie** door het aanstellen van een **casemanager**. Het belangrijkste doel van deze casemanager is het **linken** van de verschillende organisaties die instaan voor het psychisch welzijn van de patiënt. De casemanager telefoneert wekelijks met de organisaties, roept zo nodig teamvergaderingen bij elkaar, deelt met alle organisaties een maandelijks rapport en dringt aan op het delen van informatie. De nadruk op de brugfunctie van de casemanager maakt dat het programma verschilt van andere casemanagement programma's. De studie toont een reductie aan in aanmeldingen op de spoeddienst en een sterke daling in arrestaties en aantal dagen in gevangenschap.

- Daklozen

Er zijn vier interventies geïncorporeerd in deze review voor daklozen met een psychiatrische problematiek [132-135]. Omwille van de ernstige en complexe problematiek bevatten deze interventies alle vier een **uitgebreid behandelaanbod** en wordt de begeleiding in drie interventies verzorgd door een **multidisciplinair team**. Enkel de interventie in de studie van Baker, Travers, Buschman en Merrill (2018) bestaat uit gespecialiseerde verpleegkundigen. De programma's zetten in op een sterke connectie met andere zorgorganisaties zodat patiënten makkelijk kunnen worden doorverwezen (**zorgcoördinatie**).

Twee interventies volgen een '**housing first**' benadering waarin er prioriteit wordt gegeven aan het huisvesten van de patiënten naast behandeling [132, 133]. Deze programma's zorgen ervoor dat een aanzienlijk deel van de patiënten stabiliteit verwerft in huisvesting en dat er tijdens vaste huisvesting een daling is in opname op psychiatrie [132, 133]. De studie van Lettner en collega's (2016) toont aan dat er meer daklozen een vaste huisvesting verworven wanneer ze in de periode van begeleiding door het multidisciplinair team werden gehospitaliseerd. Hospitalisatie kan voor deze doelgroep volgens de auteurs gezien worden als een complementaire interventie. Ook de andere twee interventies tonen positieve effecten aan op huisvesting en zorgverbruik.

- Middelenmisbruik

Zes studies bevatten interventies die gericht zijn op de gespecialiseerde ondersteuning van personen die middelen misbruiken [136-140] (zie Tabel 9). De interventies verschillen sterk in intensiteit. Zo bevat de interventie in de studie van Ho en collega's (2015) digitale technologie (smartphone applicatie) om het zelfmanagement van patiënten te verhogen en bevat de interventie van Hawkins een uitgebreide behandeling in drie fasen [137, 138].

In twee interventies wordt de nadruk gelegd op een op verslavingsgerichte zorg die wordt geïntegreerd in de medische zorg (Ho en Hoffman). Ook zien we het belang naar voor komen van een zorgcoördinator om contact te houden met de patiënt (Drummond, Ho, Hawkins) door middel van een flexibele dienstverlening (outreaching wanneer de patiënt niet komt opdagen voor een afspraak, mogelijkheid tot contactname buiten de diensturen) en deze te connecteren met andere noodzakelijke diensten. Resultaten wijzen op een verhoogde toegang tot zorg (Drummond, Ho en Hawkins) en het belang van een persoonlijke relatie

met de coördinator (Hawkins). Er worden geen positieve effecten gevonden van de interventies op hospitalisatie.

- Psychose

Er zijn 15 studies geïncludeerd die het effect van interventies bestudeerden op zorgcontinuïteit voor personen psychose [141-155]. Het merendeel van deze studies spitsen zich toe om personen met een eerste psychotische ervaring [141-152].

Elf interventies beschrijven gespecialiseerde behandeltrajecten voor personen met een eerste psychotische ervaring die gestart worden **in de eerste kritische periode**, dewelke de eerste jaren na deze ervaring beslaan [141-148, 150-152].

Negen interventies bieden deze ‘vroege’ dienstverlening (d.i. in de kritische periode) aan als een apart, **zelfstandig en uitgebreid intensief programma** uitgevoerd door **speciaal opgeleid personeel** [141-148, 150, 152]. In het **aanbod** voor de patiënt zit o.a. farmacologische behandeling, psychotherapie, bevorderen van het volhouden van behandeling, ondersteuning van tewerkstelling en educatie, psycho-educatie, crisis-interventie, monitoring van symptomen, verbeteren van coping competenties, stress-management, bevorderen van sociale competenties, opvolging voor somatische klachten, en suicide preventie. Uiteraard zijn er nuances in de focus van in dit aanbod en de wijze waarop het wordt toegepast in de verschillende programma’s. Een gedetailleerde beschrijving hiervan is echter niet de focus van deze bespreking over continuïteit van zorg.

Acht van deze programma’s geven aan de **familie** van de patiënt of belangrijke personen uit het sociaal netwerk te ondersteunen en te betrekken in de behandeling door middel van educatie [141-145, 147, 148, 150].

In zes van dit soort programma’s wordt er een **intensieve vorm van casemanagement** toegepast [141-144, 146, 147]. Van belang voor continuïteit van zorg is dat er een casemanager instaat voor de individuele ondersteuning van de patiënt (ook in de eigen omgeving – outreaching), de begeleiding bij de herintegratie in de samenleving en de coördinatie van zorg met het team en andere zorgorganisaties. De caseload voor de casemanagers is laag en loopt in de studies van 10 tot 25 patiënten, met uitzondering in de studie van Chang en collega’s waar de casemanager 80 patiënten in zijn regio behandelt.

Eén interventie volgt een ander model voor het aanreiken van vroege interventie, de GET UP PIANO trial [151]. Voor deze interventie werd een zorgteam van het ‘community mental health centre’ dat instaat voor meer generieke zorg voor personen met psychische problematiek, opgeleid om gespecialiseerde zorg te bieden voor personen met een eerste psychotische ervaring. Ook door dit team wordt casemanagement aangeboden en de familie betrokken.

In wat volgt kijken we naar het **effect** van deze programma’s op **continuïteit van zorg** voor personen met een eerste psychotische ervaring. Na een diagnose van schizofrenie, dewelke typisch wordt gesteld na een eerste psychotische ervaring, moet er binnen de 30 dagen minimum een consultatie bij de huisarts worden voorzien [149]. De studie van Anderson en Kurdyak toont aan dat er hierbij speciale aandacht moet gaan naar personen die voor de diagnosestelling geen contact hebben gehad met de huisarts omwille van psychische redenen of niet in contact zijn gekomen met psychische dienstverlening.

Studies naar intensieve programma’s voor deze doelgroep tonen aan dat deze patiënten tijdens deelname meer poliklinisch of ambulante zorg krijgen en deze beter volhouden [141, 142, 144, 147, 150]. Er is dus een hoger ambulant zorgverbruik tijdens deelname aan een intensief begeleidingsprogramma.

De studies tonen echter tegenstrijdige resultaten over de mate waarin patiënten tijdens deelname gehospitaliseerd worden. In drie studies wordt er geen effect op hospitalisatie geregistreerd [144, 147, 150]. In de studie van Brewer en collega's (2015) en Srihari en collega's (2015) werd er echter wel een daling in het aantal hospitalisaties vastgesteld. De studie van Dixon toont aan dat de kans op hospitalisatie nog steeds 32 procent is voor mensen na één jaar behandeling [148]. Het onderzoek van Puntis, Oke en Lennox (2018) tenslotte, toont een stijging van het aantal hospitalisaties wanneer de intensieve behandeling is beëindigd.

Met betrekking tot deze doelgroep kan men dus stellen dat behandelprogramma's die gestoeld zijn op intensieve casemanagement een positief effect hebben op het **in ambulante behandeling houden** van patiënten. **Individuele begeleiding** en **zorgcoördinatie** lijken hierbij o.a. belangrijk. De studies tonen een niet-eenduidig effect op hospitalisatie tijdens deelname aan het programma. De vraag stelt zich wat de meerwaarde of reden is van een ziekenhuisopname voor patiënten wanneer ze reeds in zulk intensief programma deelnemen. Wel zeker is dat enig voordeel van een intensief programma op hospitalisatie wordt tenietgedaan wanneer de patiënt wordt getransfereerd naar reguliere zorg. Het kan zijn dat zulke programma's te weinig aandacht besteden aan ontslagplanning of dat de hoge zorgnood van deze een doelgroep een meer permanente intensieve ondersteuning vraagt met meer aandacht voor crisisinterventie.

De studie van Buchtemann en collega's (2016) behelst ook een programma van intensieve casemanagement voor personen met schizofrenie waarin de nadruk wordt gelegd op zorgcoördinatie [155]. Deze studie rapporteert ook geen effect op hospitalisatie. Dit resultaat gaat in tegen de hierboven geopperde stelling dat personen met psychose misschien gebaat zijn met een intensief programma buiten de kritische periode om ziekenhuisopnames te verminderen. De vraag naar de meerwaarde of reden van een ziekenhuisopname voor deze doelgroep blijft dus overeind. Misschien is het zo dat deze patiënten in acute crisis nog steeds verloren lopen in het aanbod van ambulante hulpverlening.

De studie van Tepper en collega's (2017) toont wel een daling in het aantal bezoeken aan de spoeddienst [154]. Het programma beschrijft als enige de **integratie van somatische zorg** in gespecialiseerde psychische dienstverlening. Gegeven de hoge comorbiditeit van somatische aandoeningen zoals COPD, pneumonie, griep, longkanker, diabetes en leverstoornissen, is aandacht hiervoor misschien een cruciale factor in het verminderen van hospitalisaties. Hoewel verder onderzoek nodig is om dit uit te sluiten is aandacht voor somatische zorg van belang voor het handhaven van deze complexe problematiek in de samenleving.

- Psychiatrische problematiek – niet gespecificeerd

Er zijn 18 studies op het zorgniveau van gespecialiseerde regionale zorg ter ondersteuning van mensen met ernstige psychiatrische problematiek in de samenleving die resultaten relevante rapporteren m.b.t. continuïteit van zorg [156-171]. De zorg voor deze patiënten die wordt beschreven vertrekt in alle studies vanuit een **multidisciplinair team** dat ondersteund wordt door een **psychiater**.

De beschreven interventies kunnen inhoudelijk gegroepeerd worden. De meeste interventies omvatten een **uitgebreid en gespecialiseerd behandelaanbod** voor mensen met ernstige psychiatrische problematiek vanuit een bepaalde visie [156-162, 164, 165, 170, 171]. Zo beschrijven zes van deze studies '**assertive community treatment**' (ACT) programma's [156, 158-160, 162, 171]. Dit is een casemanagementmodel dat gekenmerkt wordt door een kleine caseload, interventies die zich focussen op veel verschillende domeinen, de coördinatie van diensten en een nadruk op outreaching.

**Casemanagers** staan o.a. in voor persoonlijke counseling (hulp bij keuzes in de behandeling, ondersteuning in huisvesting en tewerkstelling, management van ontspanningsactiviteiten, zelfmanagement van de

aandoening en middelengebruik), vaardigheidstraining, cognitieve gedragstherapie, crisisinterventie, psycho-educatie en liaison met andere teamleden en andere ambulante voorzieningen (het delen van informatie tussen deze entiteiten over de patiënt, vergezellen de patiënt naar afspraken). Ook in de vier andere studies die niet georiënteerd zijn op het ACT model, wordt een soortgelijke functie beschreven van zorgcoördinator die patiënten linkt aan de nodige ambulante zorgvoorzieningen [157, 164, 165, 170]. Samengevat, voor continuïteit van zorg is het linken van de patiënt aan andere zorgvoorzieningen een belangrijke factor. Meestal wordt deze zorgcoördinatie uitgevoerd door één persoon.

Hoewel in al deze interventies **de preventie en het management van acute psychiatrische problematiek** van belang is, zijn drie van deze programma's in hun opzet hier op gefocust [159-161]. In de 'Flexible Assertive Community Treatment' (FACT) interventie wordt door hetzelfde multidisciplinair team voorzien in een basisbehandeling voor de patiënt wanneer deze stabiel is en een intensieve ondersteuning wanneer dit nodig is [159]. Ze maken gebruik van een flexibel systeem waarin de patiënt voor langere of kortere tijd kan switchen naar één van deze twee vormen van ondersteuning. Ook het programma in de studie van Sytma en collega's (2014) bekijkt dagelijks welke patiënten nood hebben aan meer intensieve begeleiding. Hoewel de studie van Nugter en collega's een daling aantoont in het aantal psychiatrische hospitalisaties en het ambulant zorgverbruik na implementatie van de 'FACT' interventie, toont de studie van Systema en collega's geen verschil in het intramuraal zorgverbruik. In de studie van Titheradge en Galea (2019) onderzochten deze auteurs de impact van een crisisinterventie team op psychiatrische opname. In acute psychiatrische crisis kan het team een eerste interventie en assessment bieden. Op basis hiervan wordt er thuisbehandeling georganiseerd of kan men opgenomen worden in een 'crisishuis' (het programma beschikt over zeven bedden). De resultaten tonen aan dat dit model, waarin zorgverleners 24/7 beschikbaar zijn, problemen ondervindt met het bieden van relationele continuïteit. Met de toename van de tijdsduur van zorgverlening, stijgt ook het aantal verschillende zorgverleners dat door de patiënt wordt gezien.

Drie interventies bestaan **uit de implementatie van medische basiszorg in gespecialiseerde geestelijke gezondheidscentra** [167-169]. Ook in het 'Brand New Day Model' wordt er medische zorg voorzien binnen het gespecialiseerd centrum [158]. In de studie van Rogers en collega's (2016) wordt een verpleegkundige de taak toegewezen om binnen het centrum voor GGZ de medische zorg voor de patiënten te coördineren. De mate van integratie van medische zorg kan in de drie studies beschreven worden als een hechte samenwerking tussen de zorgverleners waarbij medisch personeel in dezelfde bedrijfsruimte is gevestigd (**colocatie**). Bepaalde systemen, zoals een elektronisch patiëntendossier en de administratieve dienst worden gedeeld. Deze studies tonen een daling aan in het aantal aanmeldingen op spoed voor een psychiatrische problematiek en een **daling in het aantal psychiatrische hospitalisaties**. Echter, één studie vond evidentie voor een stijging in het aantal hospitalisaties omwille van een somatische reden [169]. Ook Rogers en collega's (2016) tonen een **hoger medisch zorggebruik** aan na implementatie van een verpleegkundige in het geestelijk gezondheidscentrum. Voor continuïteit van zorg moet er rekening gehouden worden met comorbide somatische problematiek van psychiatrische patiënten die in de samenleving worden ondersteund.

Een laatste studie uit deze categorie beschrijft een interventie waarbij een verpleegkundige tweemaal telefonisch contact opneemt met patiënten voorafgaand aan hun eerste afspraak in een gespecialiseerd geestelijk gezondheidscentrum. De studie toont een positief resultaat op het nakomen van de eerste afspraak [163].

Tabel 9 Overzicht van interventiestudies onder het scharnierpunt ondersteuning van personen met ernstige psychische zorgnoden in de samenleving voor zorgniveau 2a

	<i>Studie</i>	<i>Interventie</i>	<i>Specifieke bevindingen voor continuïteit van zorg</i>
<b>Vrouwen in de tijd rond de bevalling</b>	Harvey, Bennett, Burmeister, & Wyde (2018)	Individuele, korte therapie door gespecialiseerde verpleegkundigen	De dienst zag de doelgroep (toegang), waarbij de meeste diagnoses bestaan uit aanpassingsstoornissen, depressie en angst. 15,9% van de vrouwen slaagde er niet in de eerste geboekte afspraak bij te wonen, dit percentage daalde nadat vrouwen ten minste één afspraak hadden bijgewoond tot minder dan 10 procent (hoge aanwezigheidspercentages zodra vrouwen eenmaal aanwezig waren).
<b>Ouderen</b>	Amjad et al. (2018)	‘The MIND at Home Trial’: coördinatoren brachten een huisbezoek aan de patiënt om de zorgbehoeften te evalueren, te prioriteren en een zorgplan te ontwikkelen.	Geen impact op het gebruik van acute zorg en intramurale dienstverlening (bezoeken aan de spoedafdeling, ziekenhuisopnames of kortstondige verpleeghuisverblijven), een trend naar een vermindering in het aantal ziekenhuisnachten. Toename van poliklinische bezoeken in verband met dementie en GGZ en gebruik van ambulante diensten
	Hanson et al. (2017)	‘Goals of Care’: 2-delige interventie, bestaande uit een 18 minuten durende video om besluitvorming te ondersteunen en een gestructureerd gesprek met het zorgteam van het woonzorgcentrum	De helft minder kans op ziekenhuistransfers
	Wilberforce, Tucker, Brand, Abendstern, Jasper, & Challis (2016)	Mobiele teams voor geestelijke gezondheid voor ouderen	Er werden geen significante verschillen gevonden in de kans op opname op een psychiatrische afdeling of woonzorgcentrum tussen teams die een hoge en lage mate van integratie hadden
<b>Kinderen</b>	Barnett, Cleary, & Donnelly (2018)	Een praktijkgids voor besluitvorming in team met betrekking tot psychotrope medicatie	De gids geeft ouders de kans meer betrokken te zijn op de zorg van hun kind, en de gids biedt een platform voor teams om de zorg beter te coördineren en het kind op te volgen
	Blizzard, Glos, Stephan, Medoff, & Slade (2017)	Wraparound Model: levering van intensieve casemanagement in team en andere ondersteuning aan jongeren met ernstige emotionele- en gedragsproblemen	Meer kans om gebruik te maken van poliklinische diensten, om te worden gehospitaliseerd op een psychiatrische afdeling en om gebruik te maken van de spoedeisende hulp. Geen effect op de kans om een ambulante consultatie te voltooien binnen de 30 dagen na ontslag
	Burke en Loeber (2015)	Stop Now and Plan (SNAP) -programma: multi-componenten programma gericht op het verminderen van antisociaal gedrag bij kinderen van 6 tot 11 jaar	Minder jongeren waren betrokken bij jeugdreclassering er werden minder aanklachten ingediend tegen jongeren in SNAP
	Mandell et al. (2019)	Gebruik van ambulante gespecialiseerde GGZ	Ambulante zorgverlening is voordelig: minder kans op psychiatrische ziekenhuisopname wanneer men ambulante diensten gebruikt die gericht zijn op autisme spectrum stoornis (ASDS). Er is echter geen bewijs dat ASS-specifieke poliklinische diensten de kans op een bezoek aan de spoedafdeling voor ASS verkleinden

**Tabel 9** Overzicht van interventiestudies onder het scharnierpunt ondersteuning van personen met ernstige psychische zorgnoden in de samenleving voor zorgniveau 2a (vervolg)

	<i>Studie</i>	<i>Interventie</i>	<i>Specifieke bevindingen voor continuïteit van zorg</i>
<b>Adolescenten</b>	Anderson, John-Baptiste, MacDougall, Li, Kurdyak, & Osuch (2019)	Behandelprogramma voor vroege interventie voor jongvolwassenen met stemmings- en angststoornissen (FEMAP). Belangrijke componenten zijn: outreaching en betrokkenheid; dienstverlening in een jeugd vriendelijke, niet-stigmatiserende, omgeving; een zelfverwijzingsbeleid; een gedetailleerde, persoonlijke intake om de geschiktheid voor het programma te bepalen; behandelregime en duur op basis van klinische behoefte en verzorgd door een multidisciplinair team; doorverwijzing met alternatieve diensten, indien nodig	Snellere toegang tot een psychiater; minder gebruik van de afdeling spoedeisende hulp om psychische redenen; geen effect op psychiatrische ziekenhuisopnames
	Buus et al. (2019)	‘Open dialoog’ is een behoefte-gerichte aanpak die psychosociale middelen mobiliseert in het sociale netwerk de patiënt. Een reeks netwerkbijeenkomsten worden georganiseerd en men streeft naar het bevorderen van geïntegreerde zorg obv goede samenwerking	Meer psychiatrische poliklinische behandelingen na één jaar, maar nadien stagnering; minder psychiatrische spoedeisende behandelingen en minder gebruik van huisartsen; geen significante vermindering van het aantal psychiatrische hospitalisaties of behandelingsdagen; lager werkloosheidspercentage; geen effect op onderwijsstatus
	Conway en Clatworthy (2015)	Grow2Grow is een project dat psychische -en beroepsondersteuning aanbiedt (therapeutisch ondersteunde beroepsstages ) in een niet-stigmatiserende natuurlijke omgeving (biologische boerderij), waarvan bekend is dat deze een positieve invloed heeft op het psychisch welzijn	Hoge mate van betrokkenheid en uiterst positieve feedback van participanten, een positieve invloed op de geestelijke gezondheid en het functioneren van de cliënten en beroepsresultaten
	Dresser, Clark, & Deschenes (2015)	Het Transition to Independence Process (TIP) -model wordt geoperationaliseerd door middel van zeven richtlijnen die ‘transition facilitators’ (d.w.z. Proactieve, intensieve casemanagers) gebruiken bij het begeleiden van hun werk met jongeren en jongvolwassenen	Verbeteringen in de meeste uitkomstindicatoren voor de volgende transitie-domeinen: functioneren thuis, school, werk en gemeenschap. Verminderde blootstelling aan beperkende situaties, meer betrokkenheid en succes mbt het leven in de gemeenschap, en meer geëngageerd in onderwijs en werk
	Fendrich et al. (2019)	Mobiele Crisis Services: patiënten hebben toegang tot mobiele crisisdiensten door een nummer (211) te telefoneren dat verbinding maakt met een oproepspecialist in een callcenter. Elke site heeft een klinisch team bestaande uit een leidinggevende en meerdere (master-level) clinici, evenals toegang tot een kinder- en jeugdpsychiater voor psychiatrische evaluatie en medicatiebeheer. Het team biedt crisisstabilisatie en ondersteuning; screening en beoordeling; suïcide evaluatie en -preventie; korte, oplossingsgerichte interventies; en doorverwijzing	Het risico van een volgend bezoek aan de spoedafdeling verminderde met 25%

**Tabel 9** Overzicht van interventiestudies onder het scharnierpunt ondersteuning van personen met ernstige psychische zorgnoden in de samenleving voor zorgniveau 2a (vervolg)

	<i>Studie</i>	<i>Interventie</i>	<i>Specifieke bevindingen voor continuïteit van zorg</i>
<b>Volwassenen</b>			
<i>Onder voogdij</i>	Ghesquiere, Mackniak, & Valentino (2019)	Zorgcoördinatieprogramma: ontslagplanning en behandelingsdoelen worden ontwikkeld en geïmplementeerd (1) Samenwerkingsmaatregelen met zorgverleners in de gemeenschap bevorderen en belangrijke informatie verspreiden onder de juiste personen (2)  Stimuleren van individuele deelname, het stellen van doelen en onafhankelijkheid (3)	Vermindering van: het totale aantal ziekenhuisopnames, het totale aantal opgenomen dagen in het ziekenhuis (vermindering met 50%), het totale aantal arrestaties, het totale aantal dagen in de gevangenis (vermindering van 75%), het totale aantal bezoeken aan spoedeisende hulp in de gevangenis (dit laatste niet significant)
<i>Daklozen</i>	Baker, Travers, Buschman, & Merrill (2018)	Door verpleegkundigen geleid gemeenschapsgericht model voor gecoördineerde zorg	Dienstverlening: alle klanten werden gehuisvest; niemand werd opgesloten; slechts 3% werd in het ziekenhuis opgenomen; gemeenschapssamenwerking: contractuele afspraken werden gemaakt
	Dore-Gauthier, Miron, Jutras-Aswad, Ouellet-Plannondon, & Abdel-Baki (2018)	Gespecialiseerde assertive community treatment	Huisvesting: verhoogde kans om vroeger en sneller huisvestingsstabiliteit te bereiken, meer kans om in ondersteunende woningen te leven na 12 maanden (dit effect verdwijnt). Scholing: geen effect op het hebben van werk en het volgen van educatie. Servicegebruik: afname van het gebruik van acute GGZ (aantal dagen ziekenhuisopname), geen effect op het aantal ziekenhuisopnames en spoedeisende hulp
	Holmes, Carlisle, Vale, Hatvani, Heagney, & Jones (2017)	Housing First: de snelle en directe plaatsing van daklozen in permanente huisvesting met beschikbare ondersteunende diensten, zonder dat gebruik van dienstverlening of of behandeling een voorwaarde is voor het ontvangen van huisvesting	Afname van het aantal psychiatrische hospitalisaties tijdens het programma en geen toename in het gebruik van GGZ. Na het verlaten van het programma werd een derde van de patiënten verdreven uit de huisvesting en verdubbelde de tijd doorgebracht in acute intramurale GGZ
	Lettner, Doan, & Miettinen (2016)	Het multidisciplinaire outreach-team (MDOT): biedt klantgerichte hulp bij huisvesting, naast het management van de geestelijke gezondheid en verslavingen, totdat de cliënten gehuisvest zijn en toegang hebben tot reguliere diensten.	46% (36/79) werd gehuisvest tijdens de onderzoeksperiode (vast adres). Het garanderen van huisvesting aan het einde van de behandeling werd aanzienlijk verbeterd door ziekenhuisopname. Cliënten die huisvesting kregen, hadden een significant hoger percentage psychiatrische ziekenhuisopnames tijdens MDOT-betrokkenheid.

**Tabel 9** Overzicht van interventiestudies onder het scharnierpunt ondersteuning van personen met ernstige psychische zorgnoden in de samenleving voor zorgniveau 2a (vervolg)

	<i>Studie</i>	<i>Interventie</i>	<i>Specifieke bevindingen voor continuïteit van zorg</i>
Middelenmisbruik	Drummond et al. (2017)	Assertive Community Treatment: een multidisciplinair team (psychiaters en verslavingspecialisten) staat in voor regelmatige contactname met de patiënt (outreaching). Men focust op zowel gezondheids- als sociale zorgbehoeften, afhankelijk van de wens van de patiënt (oa. huisvesting, vrije tijd, beroep en fysieke en psychische gezondheid) en relatievorming	Meer dagopvang voor alcohol, meer ambulante verslavingszorg en meer huisartsbezoeken. Minder opnamedagen en ambulante bezoeken aan niet-alcoholgerelateerde diensten
	Hawkins, Danner, Malte, Painter, Lott, & Baer (2018)	A care management approach (CMM): één-op-één afspraken met zorgverlener uit multidisciplinair team (één aanspreekpunt). De interventie wil zowel flexibele en efficiënte zorgverlening bieden als coördinatie. Ze bieden een gefaseerde dienstverlening waarin men focust op: vergroten engagement (1); aanpakken van ambivalentie (2); hervalpreventie en doorverwijzing (3)	Elementen die het engagement faciliteren volgens patiënten: de persoonlijke relatie met de zorgverlener die het aanspreekpunt is, de flexibiliteit van de dienstverlening (aangepast aan de wensen en noden die ze zelf aanbrenge), de focus op herstel en de mogelijkheid in het programma te blijven bij herstel. Hoog gebruik van dienstverlening zonder afspraak en per telefoon dus een flexibele dienstverlening is nodig. Geen vermindering in hospitalisatie, kleine vermindering in spoedopnames en gehospitaliseerde dagen.
	Ho et al. (2015)	Geïntegreerde zorg: kortdurende psychologische interventie en casemanagement voor druggebruikers met HCV.	Meer opstart van antivirale behandeling, vroegere opstart van antivirale behandeling, meer bezoeken aan de Hepatitis C kliniek, meer trouw aan de behandeling. Trend naar minder hospitalisaties, opnames op de spoedafdeling, en overlijdens
	Hoffman et al. (2019)	Implementeren van smartphone-apps in een een programma voor integratie van GGZ en medische basiszorg	Hoog gebruik van de applicatie (toegang). Voor verdere details zie Bijlage E en D.
	Watkin et al. (2017)	'Collaborative Care for Opioid and Alcohol Use Disorders in Primary Care': de inzet van zorgcoördinatoren voor patiënten die positief screenen om de motivatie te verhogen en patiënten aan te moedigen om therapie op te starten. De zorgcoördinator doet aan outreaching en monitort de voortuitgang van de patiënt.	Meer gebruik van evidence-based behandeling; meer opstart van gespecialiseerde behandeling; meer betrokkenheid bij de behandeling
	Walker, Stephens, Towe, Banes & Roffman (2015)	Onderhoudscontroles na behandeling voor cannabisafhankelijkheid bestonden uit het voltooiën van een korte geautomatiseerde evaluatie en het ontvangen van feedback	Geen significant verschil in het nakomen van behandelafspraken (geen verschil in het bijwonen van ten minste één sessie; geen verschil in aantal bijgewoonde sessies)



**Tabel 9** Overzicht van interventiestudies onder het scharnierpunt ondersteuning van personen met ernstige psychische zorgnoden in de samenleving voor zorgniveau 2a (vervolg)

	<i>Studie</i>	<i>Interventie</i>	<i>Specifieke bevindingen voor continuïteit van zorg</i>
<i>Psychotische stoornis</i>	Albert et al. (2017)	Gespecialiseerde vroege interventie (OPUS II)	Deelnemers die vijf jaar OPUS-behandeling kregen, bleven vaker in contact met gespecialiseerde GGZ-diensten, hadden meer poliklinisch contact en hadden een sterkere werkaliantie. Geen effect op de naleving van medische behandeling, aantal maanden tewerkstelling en aantal gehospitaliseerde dagen
	Anderson en Kurdyak (2017)	NYC START	Hoge percentages van patiënten die een eerste poliklinische afspraak voor GGZ bijwonen en die de eerste poliklinische afspraak voor GGZ bijwonen binnen 30 dagen na ontslag
	Brewer et al. (2015)	Intensieve casemanagement voor risicopatiënten met psychose in de eerste episode.	Vermindering van ziekenhuisopnames en crisiscontacten met een overeenkomstige toename van betrokkenheid, geen gefaalde verwijzingen of uitval
	Buchtemann et al. (2016)	Assertive outreach model	Geen effect op psychiatrische hospitalisaties en psychiatrische ziekenhuisdagen.
	Chang et al. (2015)	Een verlenging van 1 jaar bestaande uit casemanagement, met afbouwende psychiatrische zorg voor patiënten die een 2-jarige intensieve behandeling hadden gekregen in het EASY-programma voor hun eerste psychotische episode	Minder no-shows bij psychiatrische ambulante afspraken, geen effect op psychiatrische ziekenhuisopname, opnameduur (dagen), tewerkstelling, en therapietrouw
	Dixon et al. (2016)	Gecoördineerde specialistische zorg voor vroege psychose: het RAISE Connection Program	Patiënten bereiken een hoge mate van betrokkenheid en deelname aan de behandeling, inclusief gedeelde besluitvorming en gezinsbetrokkenheid.
	Kane et al. (2016)	RAISE Early Treatment Program	Patiënten blijven langer in behandeling, hebben meer kans op het krijgen van poliklinische GGZ, geen effect op ziekenhuisopname
	Malla et al. (2017)	Dienst voor vroege interventie - Modified assertive case management	Patiënten bleven langer in behandeling en kregen meer behandelingen van artsen en andere gezondheidswerkers
	Moncrieff et al. (2016)	De 'Medication Review Tool', bestaat uit een formulier van één pagina, ontworpen in een toegankelijk formaat zodat patiënten de belangrijkste voor- en nadelen van antipsychotica die ze ervaren kunnen opsommen, veranderingen die ze zouden willen overwegen en andere discussiepunten kunnen oplist. Het is de bedoeling dat het door de patiënt wordt ingevuld, indien nodig met ondersteuning van een professional, en vervolgens wordt opgenomen in een psychiatrisch consult	Grotere neiging tot therapietrouw

**Tabel 9** Overzicht van interventiestudies onder het scharnierpunt ondersteuning van personen met ernstige psychische zorgnoden in de samenleving voor zorgniveau 2a (vervolg)

<i>Studie</i>	<i>Interventie</i>	<i>Specifieke bevindingen voor continuïteit van zorg</i>
Nordentoft et al. (2015)	OPUS treatment	Meer therapietrouw; minder gebruik van psychiatrische bedden; minder dagen in ondersteunende huisvesting
Puntis, Oke, & Lennox (2018)	Vroege interventie voor psychose	De meeste patiënten (83,5%) werden ontslagen naar de basiszorg. Overplaatsing naar gespecialiseerde GGZ ging gepaard met eerdere hospitalisaties en een langere behandeling. Het terugvalpercentage (ziekenhuisopname van de patiënt of verwijzing naar een crisis- of thuisbehandelingsteam) was het hoogst kort na het verlaten van het programma.
Ruggeri et al. (2015)	Een multi-element psychosociale interventie voor first-episode psychosis: GET UP PIANO	Er werd geen verschil gevonden voor hospitalisatie, verblijfsduur en het afbreken van de dienstverlening
Secher et al. (2015)	OPUS Specialized Early Intervention Trial	Minder vaak tijd doorgebracht in ondersteunende huisvesting (over 10 jaar) ; minder psychiatrische beddagen (alleen in de eerste drie jaar); vaker poliklinische psychiatrische behandeling (eerste twee jaar); geen effect op bezoeken aan de spoedafdeling (tien jaar); geen effect op jaarlijkse ziektedagen (tien jaar); geen effect in de tijd (10 jaar) op werken of onderwijs.
Srihari et al. (2015)	First-episode services - STEP	Minder kans op psychiatrische hospitalisatie; betere beroepsbetrokkenheid; vaker contact met poliklinische diensten
Tepper et al. (2017)	Implementatie van vier belangrijke verbeteringen van de medische en psychiatrische dienstverlening: medische zorg ter plaatse, gezondheidsbevordering, ondersteuning van zorgcoördinatie en transities en mogelijkheden voor peer-to-peer-ondersteuning (1), verbetering van gezondheidstechnologie (gedeeld patiëntendossier) (2) drie nieuwe posities: een medisch verpleegkundige, zorgmanager en programmamanager (3), verschuiving naar geïntegreerde, teamgebaseerde zorg, groepstherapiemodaliteiten, gezondheidsbevordering, screening / monitoring van chronische ziekten, sociale inclusie en bevolkingsbeheer (4)	Minder psychiatrische hospitalisaties; minder bezoeken spoedafdeling

**Tabel 9** Overzicht van interventiestudies onder het scharnierpunt ondersteuning van personen met ernstige psychische zorgnoden in de samenleving voor zorgniveau 2a (vervolg)

<i>Studie</i>	<i>Interventie</i>	<i>Specifieke bevindingen voor continuïteit van zorg</i>
<i>Psychiatrische problematiek – niet gespecificeerd</i>	Bouchery et al.(2018)	Afname van hospitalisaties en bezoeken aan de spoedeisende hulp
	et	
	Een programma voor holistische zorg in een 'community mental health centre': toevoeging van medische assistenten toe aan elk zorgteam om medische gegevens van patiënten te ondersteunen en een betere coördinatie te vergemakkelijken (1), opleiding van personeel in middelengebruik en algemene medische aandoeningen (2) wellness programming	
	Breslau et al. (2018)	Meer ziekenhuisopnames (ziekenhuisopname) voor algemene medische diagnoses (lichamelijke gezondheidszorg) maar niet voor psychische problemen; geen effect op de kans tot opname in het ziekenhuis; minder bezoeken aan de spoedafdeling omwille van psychische redenen (in de eerste fase). Deze bevindingen suggereren dat het programma tegemoet kwam aan onvervulde medische zorgnoden zonder bij te dragen aan een hoog gebruik van residentiële zorg
	De integratie van zorg voor lichamelijke gezondheidsproblemen in organisaties voor gespecialiseerde GGZ	
	Clouse, Williams, & Harmon (2017)	Een laag no-showpercentage voor alle deelnemers en een verlaging van het no-showpercentage in vergelijking met het jaar ervoor (26%)
	Een tweeledige telefonische contactname voor de eigenlijke afspraak door een verpleegkundige	
	Gulliver, Morse, Wilson, Sargent, Banfiel (2018)	Patiënten hebben meer vertrouwen in het hebben van toegang tot zorg; evidentie voor de sleutelrol van de ondersteunende 'Support Facilitators' bij het coördineren van zorg (netwerkanalyses illustreerden de sterke connecties tussen cliënten en 'Support Facilitators' en de ondersteunende facilitators met bijna alle diensten). Deelnemers onderschreven ook dat hun 'Support Facilitator' de zorg voor hen ondersteunde of volledig organiseerde; zwak bewijs van koppelingen tussen services (anders dan met de ondersteuningsfacilitator)
	Sleutelmechanismen van het 'Partners in Recovery program': 1) het faciliteren van gecoördineerde klinische en ondersteunende diensten om 'wrap around' zorg op maat te leveren,	
	2) het creëren van sterkere partnerschappen en verbindingen tussen deze klinische en ondersteunende diensten,	
	3) verbetering van verwijzingsroutes naar en tussen diensten 4) het promoten van een gemeenschapsgericht herstelmodel	

**Tabel 9** Overzicht van interventiestudies onder het scharnierpunt ondersteuning van personen met ernstige psychische zorgnoden in de samenleving voor zorgniveau 2a (vervolg)

<i>Studie</i>	<i>Interventie</i>	<i>Specifieke bevindingen voor continuïteit van zorg</i>
Hastrup en Aagaard (2015)	De interventie bestond uit de implementatie van de essentiële principes van het assertive community-model gecombineerd met een gezinsgroepsbijeenkomsten, een opleidingsgroep sociale vaardigheden, crisiscentra en een aanbod van begeleid werken	Geen effect op contact met psychiatrische diensten bij de opvolging van 4 jaar. Afname van intramurale zorg (aantal psychiatrische beddagen) en toename van psychiatrische poliklinische bezoeken
Hunt, Spence, & McBride (2016)	Twee personeelsleden van het community mental health team (CMHT) werden op parttime basis voor het project gedetacheerd als coördinatoren. De interventie die in dit artikel wordt beschreven, was bedoeld om een CPHC-rol te implementeren en om bijeenkomsten tussen eerstelijnszorg te coördineren om de fysieke gezondheid van mensen met psychische aandoeningen te verbeteren	De introductie van een tweeledige benadering van samenwerking heeft enkele belangrijke verbeteringen in het management van de medische gezondheidszorg voor patiënten met een psychische aandoening aangetoond
Kalb, Beasley, Caoili, & Klein (2019)	START-programma: START Teams ontwikkelen en onderhouden samenwerkingscontracten met lokale zorgverleners en dienstverleningssystemen die door START-coördinatoren worden gebruikt in hun dagelijkse praktijk (24/7). Het doel van deze overeenkomsten is het bevorderen van samenwerking tussen systemen, het verduidelijken van rollen en verantwoordelijkheden en het identificeren en overwinnen van bestaande barrières in het systeem	Verbetering in de ervaringen van zorgverleners betreft de dienstverlening. Afname in psychiatrische ziekenhuisopnames en spoedeisende hulp
C.C. Lee et al. (2015)	Assertive community treatment: Uitgevoerd door een multidisciplinair team (klinisch psychologen, wijkpsychiatrische verpleegkundigen, medisch maatschappelijk werkers en ergotherapeuten. De casemanager was een psychiatrisch verpleegkundige of ergotherapeut door opleiding) geleid door een consulent psychiater.	Ongeacht de conditie: afname van psychiatrische heropname, afname van bezette psychiatrische beddagen per jaar, afname van het aantal bezoeken aan een afdeling spoedeisende hulp; afname van gemiste psychiatrische afspraken. ACT had een extra positief effect op de resultaten van zorgverbruik bovenop de conventionele behandelingsmodellen
Mueller-Stierlin et al. (2017)	“Netwerk voor geestelijke gezondheid” dat de dienstverlening van geïntegreerde GGZ mogelijk maakt, in samenwerking met lokale GGZ-diensten. Het doel van nwp-g-IC is het voorkomen van psychiatrische ziekenhuisopname door het bieden van acute en langdurige psychiatrische en psychosociale zorg voor patiënten met een breed spectrum aan psychiatrische diagnoses en zorgbehoeften	Geen effect op de prevalentie en het aantal psychiatrische hospitalisaties
Myers (2018)	The Brand New Day Model: integratie van medische en psychische zorg	Daling van 50% in het gebruik van psychiatrische residentiële zorg en daling van 26% in het gebruik van medische residentiële zorg. Hoger gebruik van preventieve diensten en eerstelijnszorg

**Tabel 9** Overzicht van interventiestudies onder het scharnierpunt ondersteuning van personen met ernstige psychische zorgnoden in de samenleving voor zorgniveau 2a (vervolg)

<i>Studie</i>	<i>Interventie</i>	<i>Specifieke bevindingen voor continuïteit van zorg</i>
Nugter, Engelsbel, Bähler, Keet, & van Veldhuizen (2016)	FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT): FLEXIBLE ACT-teams zijn multidisciplinair (oa. Een psychiater, casemanagers, psycholoog, peer-specialist, en een specialist arbeidsondersteuning) en bieden twee zorgniveaus: individueel casemanagement en volledige ACT wanneer er behoefte aan is	Bijna twee derde van de patiënten had gedurende de studieperiode één of meer perioden waarin de zorg werd geïntensiveerd, en er waren grote verschillen in zowel het aantal perioden van intensivering als de duur van intensivering. Vaak werd de zorg geïntensiveerd om crisis te voorkomen of omdat de symptomen tijdelijk verergerden. Een niet significante afname van zowel het aantal gehospitaliseerde patiënten als het aantal ziekenhuisdagen. Minder ziekenhuisgebruik en een afname van het aantal poliklinische contacten.
Rogers, Maru, Kash-MacDonald, Archer-Williams, Hashemi, & Boardman (2016)	Integratie van medisch personeel in een centrum GGZ (een verpleegkundige die in de organisatie is gestationeerd)	Betere toegang tot zorg en zorggebruik
Sytema, Jorg, Nieboer, & Wunderink (2014)	Assertive Community Treatment	Geen significante verschillen in het gebruik van intramurale, residentiële zorg
Titheradge en Galea (2019)	Crisis resolution home treatment team.	Tijdens een gemiddelde zorgperiode van 14.6 dagen, zijn er gemiddeld 8.9 contacten en zien patiënten 5.1 verschillende personeelsleden. Hoe langer de zorgperiode duurt, hoe meer verschillende zorgverleners er worden gezien. In 71% van de zorgperioden werden een of meer sleutelwerkers toegewezen aan een servicegebruiker. Deze zijn gemiddeld genomen verantwoordelijk voor 21% van de persoonlijke bezoeken tijdens de zorgperiode.
Vidal, Perroud, Correa, & Huguelet (2019)	Assertive Community Programs	Geen significant verschil in therapietrouw; minder ziekenhuisopnames
Wells, Breckenridge, Kite, & Sunbury (2018)	Geïntegreerde zorg in een 'Community Mental Health Center'	Afname van ziekenhuisopnames; afname van de verblijfsduur in het ziekenhuis

### 2.3 Zorgniveau 2b – gespecialiseerde supraregionale GGZ

**Zorgniveau 2** omvat de *gespecialiseerde GGZ*. Op dat zorgniveau situeert zich alle professionele zorg die gericht is op en ontwikkeld is voor personen met *ernstige* psychische zorgnoden en hun context. Een deel van de gespecialiseerde GGZ wordt *supraregionaal* georganiseerd (zorgniveau 2b). Studies die interventies beschrijven die continuïteit van zorg ondersteunen voor personen die opgenomen en ontslagen worden uit de residentiële GGZ zijn gecategoriseerd onder zorgniveau 2b. In Tabel 10 wordt het aantal interventies getoond per doelgroep in elk scharnierpunt voor dit zorgniveau. Een korte beschrijving van de interventies en de uitkomsten van de studies zijn voorgesteld in Tabel 11.

Tabel 10 Aantal interventies per doelgroep en scharnierpunt voor zorgniveau 2b

<i>Categorieën</i>	<i>Aantal interventies</i>
<b>Ontslag uit residentiële GGZ</b>	<b>41</b>
Volwassenen	35
Angst –of stemmingsstoornis	3
Psychotische stoornis	7
Middelenmisbruik	5
Geïnterneerden	3
Psychiatrische problematiek – niet gespecificeerd	18
Adolescenten	2
<b>Opname in residentiële GGZ</b>	<b>4</b>

#### 2.3.1 Ontslag uit residentiële GGZ

##### 2.3.1.1 *Volwassenen*

- Angst –of stemmingsstoornissen

De kern van deze drie interventies bestaat uit het **contact houden** met de patiënt na ontslag [172-174]. In één interventie volgt de huisarts een opvolgprocedure (binnen 1 week na ontslag contact opnemen en 5 opvolgcontacten inplannen) [172]. In een andere interventie is het de therapeut van de instelling die wordt getraind om als casemanager 6 contacten te organiseren met de patiënt na ontslag [173]. Deze sessies hebben tot doel de patiënt te ondersteunen in de organisatie van nazorg. Beide studies tonen een positief effect van het contact houden met de patiënt na ontslag op continuïteit van zorg: er zijn meer consultaties bij de huisarts [172] en meer patiënten starten poliklinische/ambulante psychische zorg op ontslag [173].

Een laatste interventie bestaat uit een internet ondersteuning (toegang tot website, e-mail en smartphone berichten, monitoring met de korte versie PHQ en een peer-support forum, groep consultatie of één-op-één chat met klinisch expert)[174]. Dit blijkt geen effect te hebben op continuïteit van zorg resultaten.

- Psychotische stoornis

Zeven interventies zijn onder deze categorie geplaatst [175-181]. Twee van deze interventies, het RAISE programma en het NYC START programma, focussen op personen met een eerste psychotische ervaring [180, 181]. Zoals in de andere interventies die onder dit scharnierpunt zijn gecategoriseerd, ligt ook in deze interventies de nadruk op het **contact houden** met de patiënt na ontslag.

Eén interventie bestaat louter uit een follow-up consultatie vanuit het psychiatrisch ziekenhuis binnen de 30 dagen na ontslag [175]. De interventie in het artikel van Schulze en collega's (2019) bestaat uit proactieve regelmatige telefonische contactname in de eerste zes maanden na ontslag waarin er wordt gefocust op medicatietrouw en bijwerkingen van medicatie. Beide interventies hebben een positief effect: de kans op rehospitalisatie in de eerste 120 dagen verkleint en patiënten zijn meer medicatietrouw.

De andere vijf interventies zijn veel **intensiever** [177-181]. Ze starten met ontslagplanning tijdens de opname en voorzien ondersteuning op verschillende levensdomeinen die van belang zijn voor een goede integratie in de samenleving.

Twee intensieve programma's bieden **behandeling** aan na ontslag, het RAISE programma en het 'integrated care program' [179, 181]. Beide interventies bieden outreaching door middel van huisbezoeken, crisis-interventie, casemanagement, psycho-educatie, ondersteuning voor familie, ondersteuning bij educatie en tewerkstelling. In het RAISE-programma wordt er expliciet vernoemd dat men ook medicatie management aanbiedt. In beide interventies staat dan ook een **multidisciplinair team** (met psychiater), in voor dit aanbod. De studie van Kerkemeyer en collega's (2018) toont geen effect aan van de interventie op rehospitalisatie. Uit het kwalitatief onderzoek van Lucksted en collega's (2015) naar het RAISE-programma kwam naar voor dat er vier domeinen het verdere engagement van de patiënt in de behandeling beïnvloeden. Het aanbieden van een individuele behandeling, waarbij er wordt gefocust op levensdoelen, effectiviteit en respect; programma karakteristieken zoals een vlot verlopen van zaken, hoe deze initieel waren vooropgesteld met de nodige flexibiliteit, ligging, teamstructuur, medicatie management en outreach; het betrekken van familie; persoonlijke attributen zoals ambivalentie, zelf-bezorgdheid en betrouwbaarheid.

Drie andere intensieve interventies leggen de klemtoon op het connecteren van de patiënt met bestaande voorzieningen en dus op **coördinatie van zorg**. Alle drie de interventies verlopen in **fasen** en **eindigen** 1 maand na ontslag [178], 3 maanden na ontslag [180] en 9 maanden na ontslag [177]. Twee interventies die gebaseerd zijn op het '**critical time intervention**' model, bieden persoonlijke begeleiding op verschillende domeinen (ook tewerkstelling, huisvesting, educatie) en ondersteuning in het opstarten en volhouden van ambulante behandeling [177, 180]. Ook wordt er ondersteuning voorzien voor leden uit het sociaal netwerk van de patiënt. In het NYC START programma wordt deze ondersteuning kracht bij gezet door 'peers specialists', d.i. personen die dezelfde ervaring hebben meegemaakt en die zich hebben geschoold om patiënten die worstelen met een eerste psychotische ervaring bij te staan. De ondersteuning vermindert gradueel naar het einde van het programma toe en er wordt een overdracht voorzien door middel van een multidisciplinaire vergadering met de ambulante hulpverlening. De studie van het NYS START programma toont een hoge ratio aan van patiënten die een eerste afspraak bij de ambulante zorgverlening nakomen [180]. Het succes van programma's die gebaseerd zijn op dit model betreft de toegang tot zorg is echter erg wisselend [34, 177, 180] en het engagement in zorg op lange termijn niet aangetoond [177, 182]. Ook wanneer dit model wordt aangewend op een spoeddienst door het inzetten van een casemanager heeft dit geen aangetoond effect op heropname op de spoeddienst, opname in een residentiële setting of het aantal bezoeken aan de huisarts [112].

In het *'Transitional care support'* programma wordt er een sterke nadruk gelegd op **inter-organisatiele samenwerking** waarin de zorg tijdig wordt gepland (afspraak met de huisarts of specialist z.s.m. na ontslag, afspraken met apotheek voor medicatie opvolging) en gecoördineerd voor de patiënt, en informatie wordt doorgegeven. In dit programma staat een **zorgmanager** in voor ontslagplanning z.s.m. na opname in samenspraak met het ziekenhuisteam (bestaande uit bed-site bezoek en eventuele thuisbezoeken), het vastleggen en voorbereiden van een afspraak met de huisarts of specialist, informatie-uitwisseling tussen de verschillende zorgorganisaties, medicatie management (door middel van samenwerking met de apothekers), educatie van patiënt en het sociaal netwerk van de patiënt, ondersteuning van zelfmanagement, en de cultivatie van inter-organisatiele samenwerkingsverbanden. Patiënten hebben 30 procent minder kans om binnen het jaar gerehospitaliseerd te worden [178]. In deze interventie wordt de rol van de zorgmanager benadrukt in het connecteren van de nodige diensten zodat de patiënt kan navigeren door het zorgsysteem.

- Middelenmisbruik

Vijf interventies zijn gericht op continuïteit van zorg voor personen met middelenmisbruik bij ontslag uit residentiële zorg [183-187]. Ook in deze interventies tracht men **contact te onderhouden** met de patiënt. Eén interventie doet dit door middel van een smartphone applicatie [183]. De andere vier interventies gebruiken een meer persoonlijke benadering door het aanbieden van individuele opvolging. In de studie van Wimberly en collega's (2018) blijkt de individuele opvolging de component te zijn die een negatief effect heeft op de kans op strafrechtelijke vervolging. De opvolging gebeurt in deze vier interventies zowel face-to-face als telefonisch. In drie interventies worden er tijdig (voor ontslag) afspraken vastgelegd voor opvolging [184, 185, 187]. In de interventie beschreven in de studie van Nielsen en Nielsen (2018) stelt de verpleegkundige die instaat voor de opvolging een contract op met de patiënt over de aanwezigheid op afspraken. In AirCare wordt er een ontslagplan opgesteld in samenwerking met een multidisciplinair team en werkt men samen met eerstelijns gezondheidswerkers om dit plan vorm te geven [185].

In het Aircare project worden ook familieleden of personen uit het sociale netwerk van de patiënt telefonisch ondersteund. Door toevoeging van deze component hebben patiënten minder kans op te worden heropgenomen in het eerste jaar na ontslag. In drie interventies wordt medicatie management expliciet vernoemd als onderdeel van de opvolging na ontslag [183, 185, 186].

Drie interventies baseren zich op verschillende modellen [183, 185]. De smartphone applicatie A-CHESS stoelt op de zelfdeterminatietheorie en cognitive behavioural relapse prevention [183]. Ook de interventie in de studie van Wimberly en collega's steunt op cognitieve gedragstherapie [187]. Aircare behelst een casemanagement benadering [185].



Tabel 11 Overzicht van interventiestudies onder het scharnierpunt 'ontslag uit de residentiële geestelijke gezondheidszorg'

	<i>Studie</i>	<i>Interventie</i>	<i>Specifieke bevindingen voor continuïteit van zorg</i>
<b>Volwassenen</b>			
<i>Angst- of stemmingsstoornis</i>	Grimholt et al. (2015)	Gestructureerde opvolging door huisartsen	Meer behandeling; toename van het totale aantal consultaties; gemiddeld 7 dagen tussen ontslag en eerste consultatie; afname van uitval; toename van telefonisch contact
	Kivelitz et al. (2017)	Telefonische nazorg (casemanagement)	Meer kans dat patiënten ambulante psychotherapie volgden of op een wachtlijst stonden; Barrières voor de behandeling van patiënten zijn: communicatie- en coördinatieproblemen tussen verschillende diensten en zorgverleners, gebrek aan integratie van de verschillende stappen in het zorgplan, deze kunnen zowel op organisatorisch niveau ontstaan (bv. lange wachtlijsten voor poliklinische psychotherapie) als op individueel niveau (bv. Onvoldoende kennis over beschikbare behandelingsopties)
<i>Psychotische stoornis</i>	Kordy et al. (2016)	Internet-Delivered Disease Management	Geen verschil in het volhouden en voltooiën van de behandeling; geen verschil in bijwerkingen
	Anderson, Choden, Sandseth, Teoh, Essock, Harrison (2018)	NYC START : een vrijwillige, critical time intervention van drie maanden door maatschappelijk werkers en opgeleide lotgenoten	Hoge percentages van deelnemers die opdagen voor een eerste poliklinische afspraak en opdagen voor een eerste poliklinische afspraak binnen 30 dagen na ontslag uit het ziekenhuis
	Jackson et al. (2015)	Transitional Care: het uitvoeren van een screening, beoordeling of interventie tussen de datum van ziekenhuisopname en 30 dagen na ontslag door een zorgmanager	70% heropname binnen 1 jaar; de reden van heropname wisselt voor 20% van de patiënten tussen een psychiatrische en medische reden; 36% heropname in andere ziekenhuizen; afname van het risico op ziekenhuisopname voor deze populatie (30% minder waarschijnlijk)
	Kerkemeyer et al. (2018)	Integrated care program	Geen effect op psychiatrische intramurale behandeling of de tijd tot heropname
	Lucksted et al. (2015)	RAISE Connection Program	Hoge klantbetrokkenheid en retentie; de kwalitatieve studie biedt inzicht in het hoe en waarom van betrokkenheid voor deze populatie (zie Bijlage D voor verdere details)
	Marcus, Chuang, Ng-Mak, & Olfson (2017)	Ambulante opvolging na hospitalisatie	Vervolgbezoek binnen 30 dagen na ontslag is geassocieerd met lagere kans op heropname tijdens 31–120 dagen na ontslag
	Schulze et al. (2019)	Telemedicine: proactieve regelmatige telefonische contactname in de eerste zes maanden na ontslag waarin er wordt gefocust op medicatietrouw en bijwerkingen van medicatie	Een significant grotere kans om na 6 maanden medicatietrouw te zijn
<i>Middelenmisbruik</i>	Tomita en Herman (2015)	Critical time intervention	Geen significant verschil in toegang tot zorg; geen verschil in stabiliteit van de relatie tussen patiënt en dienstverlener; geen verschil in ernst van de instabiliteit van de relatie tussen patiënt en zorgverlener
	Muroff et al. (2017)	Smartphone Recovery Tool	26,6% stopte het gebruik van CASA-CHESS; 73,4% bleef vier of meer maanden actief
	Nielsen en Nielsen (2018)	Outreach visits: een verpleegkundige van een organisatie die ambulante verslavingszorg biedt legt outreachbezoeken aan de patiënt die is opgenomen in het psychiatrisch ziekenhuis	Meer patiënten dienden zich aan voor poliklinische behandeling; meer patiënten kregen een poliklinische behandeling gedurende ten minste 3 maanden; patiënten die geen bezoek hadden gekregen, hadden 55% meer somatische en psychiatrische beddagen in het eerste jaar na ontslag

**Tabel 11** Overzicht van interventiestudies onder het scharnierpunt 'ontslag uit de residentiële geestelijke gezondheidszorg' (vervolg)

	<i>Studie</i>	<i>Interventie</i>	<i>Specifieke bevindingen voor continuïteit van zorg</i>
	Proctor, Wainwright, Herschman, & Kopak (2017)	Aircare omvat het verlenen van 12 maanden geïndividualiseerde telefonische ondersteuning	Gunstige resultaten op korte en lange termijn voor de meerderheid van de patiënten, ongeacht de conditie. Er bleek enige waarde te zijn bij het betrekken van familie aan de behandeling mbt het verminderen van het risico van heropname in de 12 maanden na ontslag.
	Reif, Acevedo, Garnick, & Fullerton (2017)	Ambulante behandeling en medicatiemanagement na ontslag	Twee derde had geen opvolgconsultatie binnen 14 dagen na ontslag; 29% wordt heropgenomen omwille van psychische redenen 90 dagen na ontslag. Medicatiemanagement en residentiële behandeling in de 90 dagen na ontslag is geassocieerd met een verminderd risico op heropname.
	Wimberly, Hyatt, & mckay (2018)	Behandeling na ontslag in de vorm van: (1) Intensief poliklinisch programma (IOP) - Groepsbehandeling werd gegeven voor ongeveer negen uur per week. Sessies hadden thema's zoals ontkenning, terugvalpreventie en het stimuleren van betrokkenheid bij zelfhulpgroepen en (2) Telefonische monitoring en counseling (IOP + TMC) - Deelnemers kregen het intensief poliklinisch programma aangevuld met telefonische monitoring (omvatte individuele counseling-sessies)	De combinatie van telefonische monitoring en een intensief poliklinisch programma verlaagt de kans op een strafrechtelijke veroordeling in de vier jaar na inschrijving in het programma
<i>Geïnterneerden</i>	Bursac, Raffa, Solimo, Bell, & Ford (2018)	De interventie zet een ' <i>boundary spanning clinician</i> ' in die meerdere contacten per week voorziet met de patiënt en zich focust op klinische stabiliteit, vermindering van maladaptieve copingstrategieën, psycho-educatie, en casemanagement diensten uitvoert.	Een afname van het totale aantal ziekenhuisopnames en heropnames binnen de 15 dagen
	Marquant, Sabbe, Van Nuffel, Verelst, & Goethals (2018)	Forensic Assertive Community Treatment: De ' <i>foract</i> ' interventie bestaat uit verschillende fasen waarin de patiënt eerst van een gesloten afdeling naar een open afdeling transfereert en na ontslag wordt opgevolgd door een multidisciplinair team (met oa. Een psychiater) dat zich toespitst op zowel assertive case management (ACT) als risico-assessment. Het team is 24/7 bereikbaar en kent een lage case load met huisbezoeken, en integratie van verslavingsbehandeling, sociale ondersteuning en ondersteuning bij tewerkstelling.	Betere resultaten op het gebied van forensische maatregelen, zoals arrestaties en opsluitingen; deelnemers vertoonde echter hoge ziekenhuisopnames
	Schaftenaar, van Outheusden, Stams, & Baart (2018)	'Presence benadering': het installeren van een <b>vertrouwensband</b> en het onderhouden van sociaal contact door blijvend vrijwillig contact te organiseren met dezelfde sociaal werker	Aanzienlijk minder misdaden; beduidend meer tijd tussen ontslag en recidive

**Tabel 11** Overzicht van interventiestudies onder het scharnierpunt 'ontslag uit de residentiële geestelijke gezondheidszorg' (vervolg)

	<i>Studie</i>	<i>Interventie</i>	<i>Specifieke bevindingen voor continuïteit van zorg</i>
<i>Psychiatrische problematiek – niet gespecificeerd</i>	Abraham, Myers, Brothers, Montgomery, Norman, & Fabian (2017)	Pharmacist involvement to improve care coordination Betrokkenheid van apothekers om zorgcoördinatie te verbeteren voor personen die langwerkende antipsychotica nemen	Uitdagingen: miscommunicatie, beperkte kennis van langwerkende antipsychotica en het zorgcoördinatieproces, en een gebrek aan standaardisatie van de rollen in het zorgteam. Facilitatoren van zorgcoördinatie omvatten verbeterde communicatie, gebruik van het elektronisch patiëntendossier en verificatie van verzekeringen door de apotheek van het ziekenhuis. De meeste patiënten kenden de naam van hun langwerkende antipsychoticum niet en herinnerden zich niet dat ze medicatiebegeleiding kregen.
	Bonsack et al. (2016)	Transitioneel casemanagement: een korte, gestructureerde interventie die dezelfde principes volgt als 'critical time intervention'. Het wordt gestart tijdens de ziekenhuisopname en duurt 1 maand na ontslag waarbij een casemanager, een verpleegster of een maatschappelijk werker de zorgverlening coördineert en het standpunt van de patiënt vertegenwoordigt	Verhoogde betrokkenheid bij ambulante dienstverlening voor een korte periode na ontslag (1-3 maanden), dit effect verdwijnt. Geen effect op de snelheid van rehospitalisatie.
	Frost et al. (2017)	Een herstelgericht verblijf voor personen na ontslag in een residentiële setting	Personeel waardeerde het zorgmodel; zelfbeschikking; de multidisciplinaire, holistische benadering; kwaliteit van behandeling; processen voor case evaluatie; de geboden kansen om organisationele verandering te faciliteren; betekenis van het ondernomen werk; inter-organisationele samenwerking, betrokkenheid van familie; ontslagprocedures. Feedback - verbeterpunten: het verzoenen van de herstelgerichte aanpak met onvrijwillige opnames; beheer van patiënten met een verhoogd risiconiveau; herstelgerichte training en begeleiding; onvoldoende verplegend personeel in dagdienst; zorgcoördinatie; en onvoldoende tijd gedurende 6 weken om effectief in te grijpen. Sommige personeelsleden stelden ook voor dat de verblijfsduur flexibeler zou moeten zijn
	Haselden et al. (2019)	Family Involvement	Elke betrokkenheid tussen familie en ziekenhuispersoneel was significant geassocieerd met het bijwonen van de patiënt bij een poliklinische vervolgspraak 7 tot 30 dagen na ontslag. Het aanwezig zijn van ondersteunende personen tijdens opname was significant geassocieerd met ontslagplanning en het komen opdagen op een opvolgconsultatie 7 tot 30 dagen na ontslag.
	Hegedüs, Kozel, Fankhauser, Needham, & Behrens (2018)	Een korte transitionele interventie (step) een korte interventie met meerdere componenten die tot doel heeft de copingvaardigheden van patiënten na ontslag uit residentiële psychiatrische zorgverlening te verbeteren. Step is een overbruggingsinterventie die sessies voor- en na ontslag omvat.	Geen effect op ontslagervaring (alle deelnemers beschreven de ontslagervaring als moeilijk en kwamen in de week na ontslag ten minste één probleem tegen); Geen effect op opname in een psychiatrisch ziekenhuis of ongepland contact met gezondheidsdiensten; Alle deelnemers die de step ontvingen, verklaarden dat ze de interventie zouden aanbevelen aan andere servicegebruikers. Ze beoordeelden het contact na ontslag, identificatie van mogelijke obstakels en probleemoplossende training als belangrijke kenmerken van de step.
	Hengartner, Passalacqua, Andrae, Rossler, & von Wyl (2017)	The Post-Discharge Network Coordination Programme heeft tot doel de ontslagplanning te verbeteren en de overgang van intramurale naar ambulante zorg te vergemakkelijken door een netwerk voor sociale ondersteuning te coördineren	Een gepercipieerd gebrek aan sociale steun houdt significant verband met de frequentie van volgende heropnames gedurende 12 maanden na ontslag

**Tabel 11**      Overzicht van interventiestudies onder het scharnierpunt ‘ontslag uit de residentiële geestelijke gezondheidszorg’ (vervolg)

<i>Studie</i>	<i>Interventie</i>	<i>Specifieke bevindingen voor continuïteit van zorg</i>
Hengartner, Passalacqua, Heim, Andrae, Rössler, & von Wyl (2016)	The Post-Discharge Network Coordination Programme	Geen effect op het aantal heropnames en de duur van de heropname
Humensky, Fattal, Feit, Mills, & Lewis-Fernandez (2017)	Een eerste poliklinische afspraak binnen zeven dagen na ontslag	De meeste patiënten (84%) woonden de eerste poliklinische afspraak bij; positieve associatie van casemanagement met het bijwonen van de eerste afspraak;
Kasmani, Goh, & Lee (2018)	A Multilevel Bidirectional Linkage Model	Verhoging van de jaarlijkse gemiddelde aantal acceptaties in het doorverwijsproces; afname van het percentage dat wordt geweigerd voor doorverwijzing
Khanbhai, Nance, & Smith (2018)	Discharge checklist	Een kleine verlaging van het aantal heropnames.
Lay, Blank, Lengler, Drack, Bleiker, & Rossler (2015)	Een outreach-programma dat psycho-educatie en monitoring biedt	Geen effect op het aantal heropnames en de duur van het verblijf; minder collocaties; vermindering in de duur van de verplichte residentiële zorg (niet significant)
Matarazzo et al. (2019)	Home-Based Mental Health Evaluation (HOME) Program	Meer kans om deel te nemen aan behandeling; woonde meer afspraken bij; snellere opstart van een behandeling
Molfenter, Connor, Ford, Hyatt, & Zimmerman (2016)	The Wisconsin Mental Health Readmissions Project	Vermindering van heropnames binnen 30 dagen na ontslag
Roos, Bjerkeset, Steinsbekk (2018)	Vrijwillige residentiële nazorg voor maximaal vier weken (eventueel langer voor daklozen) 24/7 dienstverlening door psychiatrische en algemeen verpleegkundigen en zorgkundigen. Een huisarts (huisarts) is één dag per week aanwezig voor medische opvolging. De filosofie van de dienst houdt de bewuste beslissing in om geen interne activiteiten aan te bieden en zo de connectie met de samenleving te versterken	Minder gebruik van ambulante GGZ diensten; geen significant verschil in totale opnamedagen, hoewel minder dagen opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen en minder (her) opnames (niet statistisch significant)
Smith et al. (2017)	Ontslagplanning: communicatie met ambulante diensten (1) het vastleggen van een opvolgconsultatie (2), en het doorsturen van een ontslagbrief (3)	Ten minste één van de praktijken werd voor 85% van de ontslagen voltooid; Personen die de drie ontslagpraktijken ontvingen, hadden een grotere kans op opvolging en hadden een eerste poliklinische opvolgconsultatie bijna tweemaal zo snel als personen die geen enkele ontslagpraktijk ontving
Taylor, Holsinger, Flanagan, Ayers, Hutchison, & Terhorst (2016)	‘a Brief Care Management Intervention’: een face-to-face open interview bestaande uit zes gespreksgebieden om de betrokkenheid bij nazorg te vergroten	Minder kans om binnen 30 dagen na ontslag opnieuw te worden opgenomen

**Tabel 11** Overzicht van interventiestudies onder het scharnierpunt 'ontslag uit de residentiële geestelijke gezondheidszorg' (vervolg)

	<i>Studie</i>	<i>Interventie</i>	<i>Specifieke bevindingen voor continuïteit van zorg</i>
	Velligan et al. (2017)	Ontslag naar residentiële setting	No significant difference in engagement in mental health services; no significant difference in intent to participate in treatment after TCC discharge; no significant difference in service utilization. Geen significant verschil in betrokkenheid bij GGZ; geen significant verschil in intentie om deel te nemen aan behandeling na ontslag uit TCC; geen significant verschil in servicegebruik
	Watson-Fargie & Cheape (2018)	Ontslagbrieven	Er waren patiënten die werden ontslagen zonder ontslagbrief; een aanzienlijk aantal ontslagbrieven waren van slechte kwaliteit (d.w.z. Niet voldoende informatie voor de eerstelijnszorg om een veilige overdracht van patiënten te verzekeren). Verbetering van kwaliteit na interventie
<b>Adolescenten</b>	Rengasamy en Sparks (2019)	Telefonische opvolging met assessments betreft suïcidaliteit, welzijn en veiligheid en veiligheidsplan	Patiënten hadden minder suïcidaal gedrag (vergeleken met SCI) en meer vertrouwen in hun veiligheidsplan na 90 dagen; er was geen verschil in het aantal ziekenhuisopnames tussen de MCI (15%) en SCI (19%) en het aantal vervolfbezoeken
	Rachael et al. (2019)	Sub-acute residentiële service (Y-PARC)	Het partnerschap tussen de ondersteunende diensten werd door het personeel en de stakeholders als een kracht van de dienst gezien en tegelijk als een uitdaging om te implementeren. Het personeel vond contact met personeel van andere diensten erg leerrijk en in hun mening heeft dit een sterke basis gelegd voor het holistische zorgmodel. Jongeren en familieleden spraken over problemen in de integratie van verschillende zorgverleners op de dienst. Ze meldden dat ze in de war waren over de rollen van de verschillende personeelsleden waarmee ze contact kwamen. Veel familie en personeel waren kritisch over de beperkte beschikbaarheid en het gebrek aan continuïteit van de psychiatrische zorg in het programma.

- Geïnterneerden

Hoewel deze drie interventies **gelijkaardige positieve uitkomsten** hebben, zoals een daling in arrestaties, criminele activiteiten en rehospitalisaties, zijn ze erg **verschillend** in inhoud [188-190].

De 'ForAct' interventie bestaat uit verschillende fasen waarin de patiënt eerst van een gesloten afdeling naar een open afdeling transfereert en na ontslag wordt opgevolgd door een multidisciplinair team dat zich toespitst op zowel assertive case management (ACT) als risico-assessment. Het is gebaseerd op een combinatie van ACT en twee forensische modellen ('*good lives*' en '*risk need responsivity model*'). Tot het team behoren psychiaters. Het is 24/7 bereikbaar en kent een lage caseload met huisbezoeken, en integratie van verslavingsbehandeling, sociale ondersteuning en ondersteuning bij tewerkstelling.

De interventie bestudeerd in de studie van Bursac (2018) spitst zich toe op personen die na ontslag binnen 15 dagen opnieuw worden gehospitaliseerd. De interventie zet een '*boudary spanning clinician*' in die meerdere contacten per week voorziet met de patiënt en zich focust op klinische stabiliteit, vermindering van maladaptieve copingstrategieën, psycho-educatie, en casemanagementdiensten uitvoert. Hij gebruikt hiertoe verschillende therapeutische technieken (motivationale interviews, bewegingstherapie, creatieve therapie).

In tegenstelling tot de andere twee interventies, is de interventie bestudeerd in het onderzoek van Schaftenaar (2018) niet gericht op 'instrumentele' doelen zoals beter worden, competenties verwerven of medicatiegebruik, maar op het installeren van een **vertrouwensband** en het onderhouden van sociaal contact. Door blijvend contact te organiseren met dezelfde sociaal werker, op vrijwillige basis, stelt deze '*precense benadering*' dat patiënten angsten, pijn en verlangen laat zien [188].

- Psychiatrische problematiek – niet gespecificeerd

De meeste interventies binnen deze categorie bieden **ondersteuning bij ontslag** naar de samenleving (13). Drie interventies zijn gericht op het ontslag van de patiënt naar een voorziening voor residentiële rehabilitatie [191-194]. Er lijken minimale interventies te zijn, zoals het gebruik van een 'ontslag checklist' [195] een gestandaardiseerde ontslagbrief [196] of het 'betrekken van familieleden' [197] maar de meeste interventies die ondersteuning bieden bij ontslag naar de samenleving omvatten meer gedetailleerde handelingen die in **twee fasen** kunnen worden onderverdeeld: handelingen voor ontslag en na ontslag [182, 198-206].

De ontslagplanning (dus voor ontslag) bestaat voor de meerderheid van de interventies binnen deze categorie uit het **vastleggen van afspraken** voor opvolging [182, 198-205]. Slechts in een aantal interventies staat een **multidisciplinair team** in voor de ontslagplanning [192, 194, 198, 201]. De meeste interventies maken daarentegen gebruik van een '**transitie coach**', één hulpverlener die gedurende een bepaalde periode instaat voor ondersteuning van de patiënt in deze overgang. Dit kan een 'personal mental health worker' zijn, een 'Home Program provider', een casemanager, een care manager, of een sociaal werker. Deze hulpverlener staat in voor de ontslagplanning en is na ontslag het aanspreekpunt voor de patiënt, monitort het functioneren, faciliteert het contact met bepaalde voorzieningen en organisaties en/of leert hen hulpbronnen uit de omgeving aan te spreken. Slechts één programma voorziet een multidisciplinaire vergadering om de ontslagplanning mee vorm te geven én een casemanager [201]. In zes interventies wordt er reeds voor ontslag samengewerkt met gezondheidswerkers uit eerstelijnszorg [182, 191, 193, 201, 202, 206].

Na ontslag gaan de afspraken door. In de meeste interventies zijn de momenten van de afspraken vastgelegd, zo wordt er bijvoorbeeld binnen één dag na ontslag telefonisch contact gemaakt en binnen

de week volgt het thuisbezoek. Zes interventies houden hierbij rekening met de mogelijkheden van de patiënt en voorzien outreach, bijvoorbeeld in de vorm van thuisbezoeken of telefonische opvolging [182, 199-201, 203-205]. Vier interventies stellen expliciet dat tijdens deze afspraken **symptomen worden gemonitord** die gerelateerd zijn aan de aandoening waaronder detorioratie, bijwerkingen van medicatie of medicatie-ontrouw, of de ‘inability to manage conditions at home’ [199, 200, 204, 205]. Eén interventie die gericht is op de overgang naar een andere residentiële rehabilitatie setting volgt ook, samen met het verantwoordelijk zorgpersoneel, de patiënt op ‘joint case management’.

De focus van de meeste interventies ligt op **zelfmanagement en empowerment** van de patiënt [182, 193, 199, 203, 207]. Zo wordt er in zes interventies gebruik gemaakt van een ‘**crisiskaart**’ of ‘**crisisplan**’ waarin de persoonlijke risico’s voor remissie en sociale ondersteuningsmogelijkheden worden opgenomen [182, 199-201, 204, 205, 207]. Onder zelfmanagement en empowerment verstaan we ook het betrekken van het sociaal netwerk in het reïntegratieproces van de patiënt in de samenleving [197, 204, 205]. Of voorzien minimaal counseling of educatie [198].

De duurtijd van de interventies na ontslag is sterk verschillend. Zo loopt het ‘outreach program’ tot twee jaar na ontslag, terwijl het SteP programma al na één week wordt beëindigd.

#### 2.3.1.2 *Adolescenten*

Slechts twee interventies zijn specifiek gericht op adolescenten. Eén interventie betreft een korte **residentiële** sub-acute opvang (tot 28 dagen) waarin er herstelgericht wordt gewerkt met jongeren van 16 tot 25 jaar [208]. Deze setting integreert andere ambulante diensten voor zowel somatische als psychische zorg. Zowel door personeel als stakeholders wordt deze samenwerking sterk gewaardeerd in die zin dat ze veel leren van elkaar en een holistische benadering mogelijk wordt gemaakt. De implementatie van deze diensten in de setting wordt echter opgevat als een uitdaging. Patiënten ervaren een gebrek aan relationele continuïteit in de psychische ondersteuning als gevolg van deze integratieproblemen.

De andere interventie betreft een **telefonische** opvolging na ontslag uit het psychiatrisch ziekenhuis na suïcide poging of suïcidale ideatie van adolescenten (12 tot 18 jaar) [209]. Personeel volgde een korte training voor het uitvoeren van de telefonische follow-up met patiënten en familie. In deze korte telefonische opvolging worden assessments uitgevoerd om suïcidaliteit, welzijn en veiligheid (medicatie en wapens) te meten, een herbeoordeling van het opgestelde veiligheidsplan en de mate van vertrouwen erin, redenen om te leven, korte –en lange termijn doelen. Er wordt ondersteuning geboden bij het oplossen van problemen rond medicatie, veiligheidseducatie gegeven en informatie over andere ondersteunde diensten.

## 2.4 **Ontslag uit de gevangenis van personen met ernstige psychische problematiek**

Onder dit scharnierpunt werden zes studies geplaatst. In Tabel 12 wordt een kort overzicht gepresenteerd van de interventies en de uitkomsten van de studie. Voor meer details verwijzen we naar Bijlage D en Bijlage E.

Drie van de zes interventies voor de psychische ondersteuning van gevangenen die worden vrijgelaten steunen op een **achterliggend model**. Het ‘*new prison model of mental health care*’ onderscheidt vijf stappen in deze dienstverlening [33]. De ‘*critical time intervention*’ steunt op principes van intensieve casemanagement en faciliteert integratie in de samenleving en continuïteit van zorg voor kwetsbare gevangenen in de periode van ontslag door het versterken van banden met ondersteuningsnetwerken

in de samenleving [34]. Het *'Community Mental Health Initiative'* leent principes van Assertive Community Treatment om het zozegde draaideur fenomeen tegen te gaan door gevangenen vaardigheden aan te leren om in de samenleving zich te handhaven [35].

Twee van de zes interventies stellen expliciet een **holistische benadering** voor waarin er aandacht is voor het ondersteunende informele netwerk van de gevangene en verschillende levensdomeinen zoals psychiatrische behandeling en medicatie management, management van de financiën, huisvesting en training in levensvaardigheden [34, 36]. Twee van de zes interventies zijn **multicomponent interventies** en voorzien ondersteunende acties voor de gevangene in verschillende fasen [35, 36].

Alle interventies zetten in op minstens één van de volgende twee zaken: ontslagplanning en ondersteuning na ontslag [33-38]. Onder **ontslagplanning** worden volgende zaken genoemd: uitgebreid assessment van de noden van de gevangene, het opstellen van een plan met vastgelegde afspraken met ambulante zorgverlening, het bijstaan van de gevangene door crisisinterventie en counseling, hulp bij administratie en belangenbehartiging. Belangrijk in deze ontslagplanning is dat er wordt samengewerkt met zorgverleners uit de eerste –en tweede lijn. Slechts één interventie geeft aan dat er voor ontslagplanning een formele procedure wordt voorzien zodat dit proces wordt gestandaardiseerd [33]. De meeste interventies maken gebruik van een vastgelegd tijds kader voor de start van de ontslagplanning [33, 34, 36].

Eén interventie maakt gebruik van een multidisciplinair team om het ontslag voor te bereiden [36]. Drie andere interventies stellen een **referentiepersoon** aan die de gevangene individueel begeleidt in deze overgang en ook na het ontslag voor een afgebakende periode ondersteuning biedt [34, 35, 37]. Deze referentiepersonen zijn bijvoorbeeld maatschappelijk werkers. De *'critical time intervention'*, waarbij de referentiepersoon een grote rol speelt en het takenpakket duidelijk wordt geëxpliciteerd in verschillende fasen, voorziet een training en supervisie voor referentiepersonen.

In de **ondersteuning na het ontslag** worden volgende acties benoemd in verschillende interventies: persoonlijke direct contact met de gevangene (zetten doelen, hulp bij administratie), begeleiding naar afspraken met ambulante zorgverlening, het monitoren van de interventie en het nagaan of het geïnstalleerde ondersteuningssysteem functioneert zoals gepland, overdracht naar ambulante zorgverlening door middel van een multidisciplinaire vergadering, doorverwijzing en belangenbehartiging.

Tenslotte zijn er een aantal **vereisten of randvoorwaarden** waar rekening mee gehouden moet worden bij de ondersteuning van gevangenen bij ontslag. Gevangenen met psychische ondersteuningsnood moeten worden geïdentificeerd. Er is nood aan een goede samenwerking met het gevangenispersoneel en opleiding om gevangenispersoneel bewust te maken van psychische noden van gevangenen is gewenst. In het geval van multidisciplinaire voorziening van ondersteuning bij ontslag moet er een goede omschrijving worden voorzien van ieders taken en verantwoordelijkheden. Wanneer er gebruik wordt gemaakt van een referentiepersoon is het van belang dat deze wordt opgeleid. Implementatie van interventies worden gesteund door de leidinggevenden.



Tabel 12 Overzicht van studies onder het scharnierpunt 'ontslag uit de gevangenis'

<i>Studie</i>	<i>Interventie</i>	<i>Specifieke bevindingen voor continuïteit van zorg</i>
Green, Denton, Heffernan, Russell, Stapleton, & Waterson (2016)	'Transition support programme' met twee grote componenten: 'transitional coordination program' (TCP) en 'recovery and support program' (TRRanS). Het programma is ontwikkeld om GGZ te bieden aan personen die tijdens gevangenschap positief gescreend zijn op psychische problemen. De clinici van het programma zijn verantwoordelijk voor de coördinatie en planning van de psychische ondersteuning bij ontslag uit de gevangenis.	Participanten die voor een langere tijd herstelgerichte ondersteuning genoten, hadden een langere overlevingstijd tot heropname in de gevangenis en participeerden meer in ambulante behandeling na ontslag. Een groot deel van de heropnames in de gevangenis was niet gerelateerd aan een nieuw misdrijf voor personen met psychiatrische problematiek
Morrissey, Domino, & Cuddeback (2016)	Personeel GGZ werkzaam in de gevangenis staan in voor de identificatie van gevangenen met een psychische stoornis, hulp bij administratie en doorverwijzing naar ambulante psychische ondersteuning waar gevangenen zich verplicht moeten aanmelden na ontslag.	Meer inschrijvingen en zorgverbruik in de 12 maanden na vrijlating; geen effect op recidive; meer verblijf in de gevangenis (meer toezicht is geassocieerd met groter risico op schendingen van voorwaardelijke vrijlating)
McKenna et al. (2015)	A new prison model of care (PMOC): GGZ in de gevangenis is onderverdeeld in vijf stappen; screening, doorverwijzing, assessment, behandeling en ontslagplanning	Geen effect van de interventie op contact voor ontslag met algemene diensten GGZ en diensten drugmisbruik; voor de mannelijke populatie heeft de interventie wel effect op het contact met algemene diensten GGZ en met residentiële opname na ontslag; voor de vrouwelijke gevangenen heeft de interventie wel effect op contact met probatie diensten na ontslag en face-to-face contacten voor ontslag. Verbetering in het opnemen van face-to-face contact na ontslag met ambulante diensten GGZ. Trend naar reductie van recidive na zes maanden
Shaw et al. (2017)	Critical time intervention: in dit programma zijn vijf domeinen prioritair (1) psychiatrische behandeling en medicatie management; (2) behandeling middelenmisbruik; (4) huisvesting crisismanagement; (5) training in levensvaardigheden. De interventie bestaat uit vier fasen; (1) ontwikkeling van een ontslagplanning op maat met de CTI manager in de gevangenis; (2) heel intensieve persoonlijke ondersteuning; (3) nagaan of het ondersteuningssysteem adequaat is en verloopt volgens plan (4) vervolledigen van de transfer	Meer contact met diensten GGZ zes weken en zes maanden na ontslag, maar niet op 12 maanden na ontslag

Tabel 12      Overzicht van studies onder het scharnierpunt ‘ontslag uit de gevangenis’ (vervolg)

<b>Studie</b>	<b>Interventie</b>	<b>Specifieke bevindingen voor continuïteit van zorg</b>
Stewart, Farrell-MacDonald, & Feeley (2017)	The Community Mental Health Initiative (CMHI) heeft de volgende sleutelcomponenten: ontslagplanning door sociaal werker; het tewerkstellen van sociaal werkers en psychiatrisch verpleegkundigen in ‘parole districten’ om gevangenen met psychische problemen die worden vrijgelaten te ondersteunen; het aanbrenge en regelen van diensten geestelijke gezondheid; werken rond bewustwording van problemen GGZ en training van correctioneel personeel, reclasseringsambtenaren, en andere partners in de samenleving.	Mannen die enkel ambulante GGZ genoten, hadden minder kans op heropname in de gevangenis en recidive dan mannen die enkel ontslagplanning kregen en geen ambulante GGZ. De voordelen van ambulante GGZ waren duidelijk op drie en zes maanden en bleven zichtbaar tot 4 jaar nadien.
Wang et al. (2019)	Transitions Clinic Network (TCN): ambulante gezondheidswerkers met een persoonlijke geschiedenis van gevangenschap worden tewerkgesteld in teams medische basiszorg om patiënten te identificeren en te ondersteunen die ontslagen worden uit de gevangenis en een risico lopen op slechte gezondheidsuitkomsten.	Geen verschil met controlegroep betreft: reincarceratie en bezoeken aan de spoeddienst en ziekenhuisopnames of opnameduur; wel significant minder dagen in penitentiaire inrichtingen

## 2.5 Overgang van pediatrie naar volwassenenzorg

In de literatuur zijn er zes interventies gevonden die de continuïteit van zorg bestuderen voor kinderen of adolescenten die de overgang maken naar volwassenenzorg [39-43]. Deze interventies worden voorgesteld in Tabel 13. Voor meer details verwijzen we naar Bijlage E en D.

Drie interventies situeren zich op het niveau van de **generalistische basiszorg** [39-41]. Twee interventies situeren zich op het **gespecialiseerde zorgniveau** [42, 43]. Eén interventie behelst de implementatie van een programma dat tewerkstelling en educatie ondersteunt voor adolescenten die in samenwonen onder begeleiding [44].

Drie interventies stellen een **stapsgewijs proces** voor om de overgang naar volwassenenzorg te maken [39, 40, 42]. In het 'Six Core Elements' model komen volgende elementen stapsgewijs aan bod: beleid, monitoring van het proces, voorbereiding door middel van assessment, planning, de transfer en de overdracht of beëindiging van de transfer [39, 40]. In het model van Moosa en collega's (2015) worden eerst vergaderingen georganiseerd om de transfer te plannen en voor te bereiden [42]. Vervolgens worden patiënten uitgenodigd in een 'transfer clinic' waarin de eigenlijke overdracht naar volwassenenzorg plaatsvindt. Bovendien vertrekt dit laatste model vanuit een **vaststaand tijds kader** waarbinnen transfers moeten worden voltrokken. Het proces van planning en voorbereiding start één jaar voor de 16<sup>de</sup> verjaardag van de patiënt en de overdracht naar volwassenenzorg wordt voltrokken ten laatste drie maanden na deze datum. Ook het Six Core Elements model geeft het advies om reeds op de leeftijd van 14 jaar na te gaan of de adolescent klaar is om de overgang te maken op de leeftijd van 18 jaar en noden en doelen in zelfzorg te bespreken [39, 40].

De volgende elementen komen terug in alle interventies, buiten het programma bestudeerd in het artikel van Ellison en collega's (2015):

- Voorbereiding van de overgang door middel van assessment
  - Assessments om de mate waarin de adolescent klaar is voor overgang te achterhalen
  - Bespreken van noden en doelen met de adolescent en de familie betreft zelfzorg
  - Stel samen zorgplan op met zorgdoelen en acties en documenteer dit
- Planning
  - Zorgplan, medische samenvatting en plan voor spoedeisende zorg
  - Bereidt de familie en de adolescent voor op een andere aanpak door de volwassenenzorg (wettelijke veranderingen in besluitvorming, privacy en toestemming, en toegang tot informatie)
  - Is er ondersteuning nodig in besluitvorming en verwijst door naar juridische diensten indien nodig
  - Bespreek optimale timing voor transfer
  - Bekom de toestemming voor het delen van medische informatie
  - Ondersteuning van adolescent in het identificeren/aanduiden van een zorgverlener in de volwassenenzorg en contactname
  - Voorzien van linken naar informatie

- Transfer en overdracht
  - Vastleggen eerste afspraak met zorgverlener volwassenenzorg
  - Transfer wanneer er sprake is van psychische stabiliteit
  - Alle documenten worden overgedragen met brief en een bevestiging van aankomst
- Beëindiging
  - Na drie tot zes maanden contactname met adolescent en/of familie om de overdracht te bevestigen naar volwassenenzorg
  - Bevestiging overdracht aan volwassenenzorg en de mogelijkheid om contact te nemen bij vragen

Deze elementen worden echter op verschillende wijze benaderd. Het *'Six Core Elements'* model stelt dat de zorgverleners zelf de verschillende elementen op zich moeten nemen [39, 40]. Ze worden door middel van training ondersteund. In het model van Moosa en collega's is er een apart 'overgangsteam' samengesteld die de planning op zich neemt [42]. De eigenlijke transfer en overdracht gebeurt dan weer in een team samengesteld uit de verpleegkundige uit het overgangsteam en een gespecialiseerde verpleegkundige uit volwassenenzorg. In het voorgestelde model van Capelli en collega's (2016) wordt een verantwoordelijke coördinator aangesteld voor beide elementen [43]. Deze functie kan gezien worden als een boundary-spanner. Ook in de studie van Toulany en collega's wordt gesteld dat een eerstelijnszorgverlener een *sleutelfiguur* speelt in de planning van de overgang naar volwassenenzorg [41]. Adolescenten die steeds dezelfde eerstelijnszorgverlener zien in de periode van overgang, hebben minder hospitalisaties omwille van psychische problemen na de transitie naar volwassenenzorg.

In het model van Ellison en collega's wordt het zoeken naar werk en educatie ondersteund door een team van specialisten in tewerkstelling en wordt elke adolescent gekoppeld aan een 'peer' mentor [44].

Tabel 13 Interventiestudies onder het scharnierpunt 'overgang van pediatrie naar volwassenenzorg'

<i>Studies</i>	<i>Interventies</i>	<i>Specifieke bevindingen voor continuïteit van zorg</i>
<i>Zorgniveau 1</i>		
McManus et al. (2015)	Six Core Elements of Health Care Transition: deze zes kernelementen (transitiebeleid; registratie; planning; transfer uitvoering; voltooiing) definiëren een sequentieel klinisch proces met een voorbeeldset aan instrumenten die gebruikt kunnen worden in de pediatrie en volwassenen praktijk	Verbeteringen in alle zes indicatoren. Alle sites hebben een praktijkbreed transitiebeleid opgesteld en een georganiseerd klinisch proces ontwikkeld voor het opvolgen van transitiebereidheid. De pediatrie sites evalueerden de bereidheid voor 88% jongeren die in aanmerking kwamen en stelden een overgangsplanning op voor 29% van de jongeren die klaar zijn voor de transitie. De sites voor volwassenen evalueerden de bereidheid voor 73% van de jongvolwassenen en ontwikkelden plannen voor 33%. In totaal zijn er 50 jongvolwassenen systematisch overgebracht naar de huisartsenpraktijk voor volwassenen.
McManus, White, Pirtle, Hancock, Ablan, & Corona-Parra (2015)	Six Core Elements of Health Care Transition	<i>Implementatie van de interventie:</i> verbeteringen in alle zes indicatoren;  <i>Ontvangst van de kernelementen:</i> hoge voltooiingspercentages voor het ontvangen van informatie over transitiebeleid, invullen van transitie gereedheid / zelfzorgbeoordelingsformulier, en transitieplanning. Slechtere score op het afronden van overdracht.  <i>Ervaringen en noden in het transitie proces:</i> het belangrijkste doel is het verkrijgen van onafhankelijkheid in hun gezondheidszorgbeheer. Men heeft nood aan meer informatie nodig over eigen gezondheidstoestand. Hulp nodig bij werkgelegenheid en onderwijs / beroepsopleiding. De meesten meldden dat de arts respectvol met hun ouders sprak. Minder patiënten verklaarden dat de arts met hen een medische samenvatting had gemaakt en hen hielp een nieuwe arts te vinden. Volgens de patiënten was er minder aandacht voor zelfzorgvaardigheden en het nadenken over de toekomst. De meesten van hen waren bereid om over te stappen op een volwassen arts.
Toulany, Stukel, Kurdyak, Fu, & Guttmann (2019)	Het type consultatie van een medische zorgverlener uit de eerste lijn	In vergelijking met continue zorg, hadden jongvolwassenen die discontinue zorg ervoeren of geen medische basiszorg genoten na overgang naar volwassenenzorg, een verhoogde kans op hospitalisatie omwille van psychische problemen
Ellison et al. (2015)	Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment (SE/SED)	Participanten maakten gebruik van de specialisten van het programma en hun mentoren. Bijna 50% van de participanten werkten of volgden een educatieprogramma in het jaar na interventie. Het percentage dat een educatieprogramma voltooide en een job behield was laag

Tabel 13 Interventiestudies onder het scharnierpunt ‘overgang van pediatrie naar volwassenenzorg’ (vervolg)

<i>Studies</i>	<i>Interventies</i>	<i>Specifieke bevindingen voor continuïteit van zorg</i>
<i>Zorgniveau 2a</i>		
Cappelli et al. (2016)	Shared management model (the Youth Transition Project): een flexibele aanpak gericht op samenwerking waarbij zorgverleners uit de pediatrie en volwassenenzorg samenwerken met jongeren en gezinnen om geïndividualiseerde zorgplannen te ontwikkelen die de transitie naar volwassenenzorg ondersteunen	Het programma is succesvol in het identificeren van een geschikte groep jongeren die behoefte hebben aan transitie, het aanbieden van begeleiding en het faciliteren van transitie door een coördinator. Er is een afname van de wachttijd. Zestig procent van de jongeren wordt gezien door een zorgverlener uit de volwassenenzorg, terwijl de rest op wachtlijsten bleef staan of de dienst stopzette
Moosa en Sandhu (2015)	Een traject voor naadloze overgang, waarbij kinderen en jeugdpsychiaters tijdig moeten doorverwijzen; de gouden standaard is dat adolescenten drie maanden voor hun 16e verjaardag worden doorverwezen naar diensten voor volwassenenzorg en dat de zorgoverdracht binnen zes maanden na de verwijzing wordt afgerond.	Minder lange wachttijden en minder adolescenten die 16 werden en nog in pediatrie zorg vertoefden; verhoging van verwijzingspercentage of succesvolle overdracht; Afname wachttijd (in maanden: 12 tot 4 maanden); Meer transfers; Meer afwezigheid; Geen effect op drop-out

## Hoofdstuk 4

### Discussie van de bevindingen

#### 1 Inhoudelijke reflecties

Deze scoping review includeerde 208 studies over interventies op organisatieniveau waarvan het effect werd nagegaan op continuïteit van zorg voor personen met een psychische problematiek. De geïncludeerde studies in deze scoping review verschillen van elkaar op tal van kenmerken. Echter, alle artikels bestuderen interventies waarvan het effect wordt nagegaan op continuïteit van zorg.

Het groot aantal artikels dat werd geïdentificeerd in deze review over het onderwerp bevestigt het belang dat wordt gehecht aan continuïteit van zorg voor personen met psychische problemen. In deze review hebben we ervoor gekozen om de studies te ordenen volgens een aantal belangrijke scharnierpunten in de zorg: ontslag uit de gevangenis van personen met ernstige psychische problematiek (1); transitie naar gespecialiseerde GGZ (2); ondersteuning van personen met milde psychische zorgnoden in de samenleving (3); opname op de spoeddienst voor psychische problematiek (4); ondersteuning van personen met ernstige psychische zorgnoden in de samenleving (5); ontslag uit residentiële GGZ (6); overgang van pediatrische GGZ naar GGZ voor volwassenen (7). Rond deze thema's zochten we naar interventie-studies die zijn *ontwikkeld* om continuïteit van zorg te bevorderen. Ze verwijzen naar momenten waarop de problematiek van een gefragmenteerde dienstverlening voor personen met psychische problemen sterk naar voor komt, zoals bijvoorbeeld bij ontslag uit het ziekenhuis. De analyse toont echter enkel die scharnierpunten waarvoor organisationele maatregelen zijn bestudeerd. Die scharnierpunten waar er financiële middelen studies mogelijk maakten. Voor andere belangrijke overgangsmomenten zoals de overgang van pediatrische zorg naar volwassenenzorg zijn er slechts weinig studies teruggevonden.

Het identificeren van studies was een moeilijke taak. We includeerden onderzoek waarvan de uitkomsten in de brede opvatting pasten van continuïteit van zorg [8] en deze studies verwezen vaak niet expliciet naar zorgcontinuïteit als concept. Dit heeft wellicht bijgedragen tot de niet-eenduidige bevindingen. Eveneens zien we in de bestudeerde uitkomsten een operationalisatie van 'continuïteit van zorg' die geen recht doet aan het concept in al zijn aspecten. In experimentele studies wordt het vaak geoperationaliseerd in termen rond zorgverbruik, zoals 'het terugtrekken uit het zorgcontact' of het 'opdagen op een eerste vervolgspraak'. Ofwel is continuïteit van zorg het niet heropgenomen worden ofwel het juist wel komen opdagen op een afspraak.

Niettegenstaande het conceptueel onderzoek het perspectief van de patiënt naar voor schuift als overkoepelende dimensie over de verschillende vormen van continuïteit van zorg, wordt dit perspectief zelden meegenomen in het nagaan van organisationele interventies. Zodoende komen we tot dezelfde conclusie als Crawford en collega's en Adair meer dan tien jaar geleden: het is van belang dat de ontwikkeling en implementatie van dienstverlening die continuïteit van zorg tracht te verbeteren zich richt op het nagaan van het concept in al zijn facetten en dat het perspectief van de patiënt wordt meegenomen [2, 15].

Een andere opvallende bevinding is dat in vele scharnierpunten er een gemis is aan interventiestudies voor doelgroepen die gekenmerkt worden door een complexe psychische zorgnood, zoals ouderen en

kinderen. Om aan de complexe zorgbehoefte tegemoet te komen, ontvangen deze doelgroepen zorg van diverse zorgdiensten en zijn juist zij gebaat met continuïteit van zorg.

In de volgende paragrafen vatten we de belangrijkste resultaten van deze scoping review samen en kaderen we deze in de bestaande literatuur. Tot slot formuleren we enkele aanbevelingen voor organisaties die bereid zijn te werken aan continuïteit van zorg voor mensen met een psychische problematiek. Maatregelen op organisatieniveau die continuïteit ten goede komen zijn onlosmakelijk verbonden met de mogelijkheden die geschapen worden door de bredere context. Omwille van deze verwevenheid, presenteren we ook aanbevelingen die naar voren kwamen uit de doorgenomen literatuur voor de overheden die het beleid bepalen voor de GGZ.

## 1.1 Zorgniveau 1 – generalistische basiszorg

### 1.1.1 Transitie naar gespecialiseerde GGZ

De studies die zijn opgenomen onder dit scharnierpunt betreffen interventies die organisaties op zorgniveau 1 kunnen aanwenden om personen met psychische zorgnoden te ondersteunen in de overgang naar gespecialiseerde GGZ. Op zorgniveau 1 situeren zich alle professionele, *generieke* zorg voor deze doelgroep en hun context, die *lokaal* wordt aangeboden. In de studies die zijn opgenomen onder dit scharnierpunt richten de interventies zich op verschillende doelgroepen: personen die zich in de samenleving presenteren met een acute psychiatrische problematiek, adolescenten, vrouwen in de tijd rond de bevalling, ouderen en volwassenen.

In de interventies komen dan ook **specifieke** aspecten naar voren om de doelgroep waarop ze gericht zijn toe te leiden tot meer gespecialiseerde zorg. Zo is bijvoorbeeld samenwerking met de politiebureaus van belang in de triage van personen met een acute psychiatrische problematiek. Voor adolescenten is een plek met een eigentijdse, jeugdige uitstraling waar hij of zij voor elk probleem terecht kan van waarde voor de continuïteit van zorg. De gepercipieerde nood aan behandeling bij ouderen is een cruciale factor voor zorgcontinuïteit en voor vrouwen in de tijd rond de bevalling suggereren onze bevindingen dat logistieke hulp continuïteit faciliteert. Voor de specifieke details verwijzen we naar de resultaten en bijlage D en E.

Volgende thema's komen **generiek** sterk naar voren uit de analyse van de interventies. *Ten eerste* moet men personen met een psychische problematiek **bereiken**. In het merendeel van de interventies onder dit scharnierpunt wordt getracht mensen te connecteren met zorg vanuit settings waar men zich reeds naar toe begeeft. Zoals scholen voor adolescenten, apothekers voor volwassenen die opioïden substitutie therapie volgen, standaard perinatale en postnatale opvolgafspraken voor zwangere vrouwen [54-56, 60]. De zogenaamde 'headspace centra' voor adolescenten gebruiken dan weer een '*no wrong door*' beleid om de toegang tot zorg zo laagdrempelig mogelijk te houden [49, 50, 210].

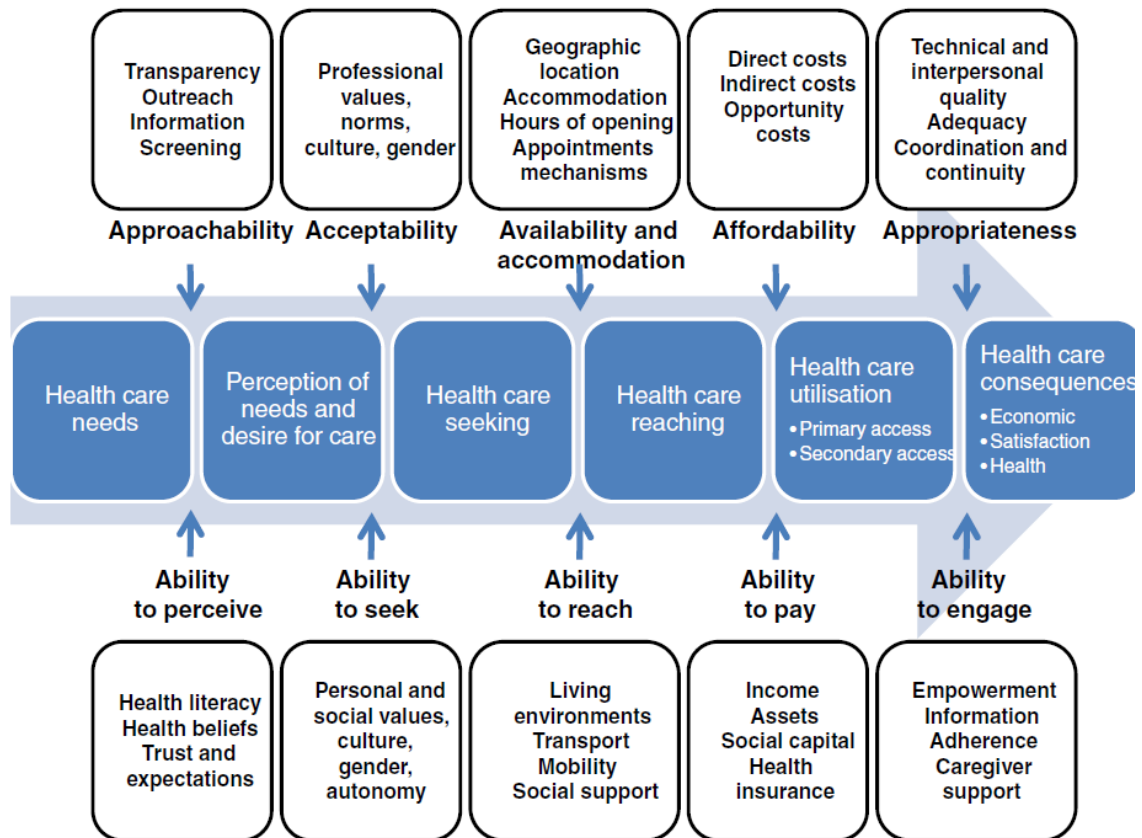
*Ten tweede* is het van belang om in al deze verschillende doelgroepen een psychische problematiek te **identificeren**. Door middel van screening en assessment wordt een juiste inschatting gemaakt van de geestelijke gezondheidstoestand en kan de zorg worden afgestemd. Zo gebruikt men bijvoorbeeld in de bestudeerde interventie van Guo en collega's (2017) de 'Patient Health Questionnaire – Adolescents' om jongeren in school te screenen op depressie [54]. In de studie van Boyd en collega's (2015) worden vrouwen dan weer op een postnatale depressie gescreend door middel van de 'Edinburgh Postnatal Depression Scale' [57].



Ten derde worden er **handelingen** uitgevoerd om de opstart van meer gespecialiseerde ondersteuning voor personen die geïdentificeerd zijn met een psychische nood, te faciliteren. In veel interventies blijft dit beperkt tot (een al dan niet 'warme') doorverwijzing', andere interventies gaan verder en maken gebruik van motivationeel interviewen [62], het actief betrekken van patiënt en familie [49, 50, 210], het aanbieden van informatie en een herinnering aan de gemaakte afspraak [63], of een zorgcoördinator [56-59]. In dit laatste geval wordt er persoonlijke begeleiding gegeven en gewerkt rond obstakels die een opstart van gespecialiseerde GGZ verhinderen, wat een positief effect heeft op de opstart van gespecialiseerde zorg.

Tenslotte zijn sterke **samenwerkingsverbanden** met andere relevante zorgvoorzieningen belangrijk. In de meeste interventies wordt niet geëxpliciteerd *hoe* deze samenwerking vorm wordt gegeven, enkel in het onderzoek gericht op personen met een acute psychiatrische problematiek vormt de samenwerking met politionele diensten de kern van de interventie [45, 46]. De resultaten tonen aan dat dit de kennis verhoogt bij de politionele diensten over psychische problematieken en GGZ.

De thema's die uit de huidige literatuurstudie naar voor kwamen, behoren tot verschillende stappen in de overgang naar gespecialiseerde GGZ. Een genuanceerde visie over toegang tot zorg vinden we ook terug in het literatuuronderzoek van Levesque en collega's (2013), waarin eveneens verschillende stappen worden onderscheiden in het proces van toegang tot zorg. Deze stappen corresponderen met vijf dimensies van 'toegankelijkheid' van dienstverlening: approachability, acceptability, availability of accomodation, affordability, en appropriateness. Deze zijn telkens in wisselwerking met factoren van de zorgvrager zoals bijvoorbeeld het hebben van een zorgverzekering, cultuur, mobiliteitsmogelijkheden enzovoort [211]. Het model wordt afgebeeld in Figuur 5 (Levesque, Harris & Russel, 2013, p 5). De thema's die naar voor komen uit de huidige studie: het bereiken van personen door rekening te houden met de setting, het identificeren van een psychische nood, en de handelingen die zorgverleners kunnen stellen, accorderen met de dimensies 'availability of accomodation', 'affordability', en 'appropriateness'.



Figuur 5 Toegang tot zorg

Noot. Herdrukt van "Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations", door Levesque, J.F., Harris, M.F. & Russel, G., 2013, *Int J Equity Health*, 12, p5

Samengevat, interventies die de toegang tot meer gespecialiseerde GGZ willen faciliteren, moeten gericht zijn op de specifieke uitdagingen die gepaard gaan met bepaalde levensfasen, zoals de adolescentie, volwassenheid en ouderdom of mijlpalen zoals acute psychiatrische crisis en zwangerschap. Het model van Levesque (2013) plaatst onze bevindingen in een ruimer kader door de factoren van de zorgvrager mee op te nemen. In bepaalde levensfasen zullen er factoren meer of minder doorwegen in de toegang tot zorg waarop organisaties in hun dienstverlening op in kunnen spelen. Samenwerking is van belang om de gepaste zorg te kunnen aanbieden in het proces van toegang tot zorg. Zoals we zullen zien, komt dit thema telkens terug in andere scharnierpunten.

Verder tonen de resultaten van deze review aan dat er een gemis is aan onderzoek waarin de mechanismen worden blootgelegd die de opstart van gespecialiseerde GGZ faciliteren. Tenslotte is er erg weinig onderzoek naar interventies voor ouderen.

### 1.1.2 Ondersteuning van personen met milde psychische zorgnoden in de samenleving

Een tweede groep interventies kunnen door zorgvoorzieningen die zich situeren op het niveau van de generalistische basiszorg (zorgniveau 1) worden aangewend om personen met een milde psychische problematiek te ondersteunen in het zichzelf handhaven in de samenleving. De meeste van deze interventies omvatten **de integratie van psychische zorg** in de medische basiszorg. Meer gespecialiseerde kennis over psychische aandoeningen wordt binnengebracht in de medische basiszorg door

middel van **training** van bestaande actoren (1) [64, 66, 68, 75, 77, 83, 103, 212] of **samenwerking** met specialisten inzake psychisch welzijn (2).

Om een geografisch verspreid en groot publiek aan eerstelijns werkers **op te leiden** in bepaalde psychische aandoeningen, maakt men in sommige interventies gebruik van digitale media [64, 75, 103, 212]. Ondanks de mogelijkheden op dit domein, wordt er in evenveel interventies gekozen om de training face-to-face aan te bieden [66, 68, 77, 83]. De resultaten tonen aan dat training gepaard gaat met een verhoogde identificatie van patiënten met psychische klachten en een verhoogd aantal **doorverwijzingen** naar gepaste psychische zorgvoorzieningen [64, 66, 68, 75, 77, 83, 103, 212]. Het is van belang dat er voldoende capaciteit aan psychische ondersteuning wordt voorzien om aan deze verhoogde zorgvraag tegemoet te komen.

De term 'integratie' wordt breed gebruikt om 'het samenbrengen van verschillende zorgcomponenten' te beschrijven [213]. Zoals hierboven beschreven, kunnen medische basiszorg en psychische zorg geïntegreerd worden door middel van educatie of samenwerking tussen beide disciplines. Met de term 'integratie' worden verschillende samenwerkingsmodellen aangeduid, gaande van een doorverwijzing naar psychische zorg, tot co-locatie van psychische dienstverlening, en een praktijk waarin er vanuit gedeelde waarden interdisciplinair wordt samengewerkt rond de gehele persoon en professionele grenzen tussen disciplines vervagen. Doherty, McDaniel en Baird stelden in 1996 een taxonomie voor van verschillende niveaus van integratie om duidelijkheid te scheppen in het toenemend onderzoek rond het thema [214]. De niveaus refereren naar de mate waarin er wordt samengewerkt en de capaciteit die er bestaat voor samenwerking in een bepaalde zorgsetting. Het SAMHSA-HRSA Center for Integrated Health Solutions herzag dit model en komt tot zes niveaus in drie categorieën: gecoördineerde zorg, zorg op colocation en geïntegreerde zorg [117]. Deze worden voorgesteld in Tabel 14.

Tabel 14 Taxonomie van integratie voorgesteld door het SAMHSA-HRSA Center for Integrated Health Solutions

<b>Gecoördineerde zorg</b>	
<i>Niveau 1 – minimale samenwerking</i>	Psychische dienstverlening en eerste lijn gezondheidswerkers werken in gescheiden voorzieningen en hebben gescheiden systemen. Er wordt zelden gecommuniceerd over casussen. Wanneer communicatie toch voorkomt, is het meestal omdat een zorgverlener nood heeft aan specifieke informatie over een gezamenlijke patiënt.
<i>Niveau 2 – eenvoudige samenwerking op afstand</i>	Psychische dienstverlening en eerste lijn gezondheidswerkers werken in gescheiden voorzieningen en hebben gescheiden systemen. Zorgverleners beschouwen elkaar echter als informatiebron en communiceren periodiek over gedeelde patiënten. Men overlegt typisch over bepaalde specifieke zaken. Bijvoorbeeld wanneer een huisarts een kopie opvraagt over een psychiatrische evaluatie om te weten te komen of er een diagnose is gesteld. Psychische dienstverlening wordt meestal beschouwd als gespecialiseerde zorg.
<b>Zorg op collocatie</b>	
<i>Niveau 3 – eenvoudige samenwerking op dezelfde locatie</i>	Psychische dienstverlening en eerste lijn gezondheidswerkers werken in dezelfde voorziening, waarbij dezelfde praktijkruimte al dan niet gedeeld wordt. Ze gebruiken gescheiden systemen. Communicatie is meer regulier, zeker per telefoon en e-mail, omdat men dicht bij elkaar werkt. Occasioneel worden vergaderingen belegd om gedeelde patiënten te bespreken. Patiënten worden doorverwezen naar elkaar. Zorgverleners kunnen zich voelen alsof ze deel uitmaken van een groter geheel. Het is echter onduidelijk hoe dit groter geheel is gedefinieerd en hoe het precies werkt. De meeste beslissingen rond de zorg van de patiënt worden dan ook niet overlegd.
<i>Niveau 4 – nauwe samenwerking met beperkte systeem-integratie</i>	Psychische dienstverlening en eerstelijnsgezondheidswerkers werken in dezelfde voorziening en delen een praktijkruimte. Bepaalde aspecten van het systeem worden gedeeld, wat het begin markeert van integratie. Een typisch model dat zich situeert op niveau 4 is een huisartsenpraktijk die een therapeut bevat. In zulk een verankerde praktijk, zal de receptionist de nodige afspraken vastleggen met beide diensten en heeft de therapeut toegang tot het medisch dossier. Omdat zorgverleners meer opportuniteiten hebben om patiënten te delen, hebben ze een beter begrip over elkaars taken en verantwoordelijkheden.
<b>Geïntegreerde zorg</b>	
<i>Niveau 5 – nauwe samenwerking met geïntegreerde praktijk</i>	Psychische dienstverlening en eerste lijn gezondheidswerkers beginnen te functioneren als een echt team, met frequente persoonlijke communicatie. Er wordt als team actief gezocht naar oplossingen op organisatieniveau wanneer er obstakels worden tegengekomen die een geïntegreerde zorg voor de patiënt belemmeren. Zorgverleners begrijpen de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende teamleden. Veranderingen in de handelingen van zorgverleners en in de organisatie van zorg worden doorgevoerd om beter de zorgdoelen van de patiënt te dienen.
<i>Niveau 6 – samenwerking in een samengevloeiende praktijk</i>	Het hoogste niveau van integratie vereist de meeste veranderingen. De cultuur van twee gescheiden systemen is nu samengevloeid tot één. Patiënten en zorgverlener beschouwen de praktijk als één dienstverlening waarbij de gehele patiënt wordt behandeld. Deze manier van werken wordt toegepast voor alle patiënten en niet enkel voor specifieke doelgroepen.

*Noot.* Herdrukt van 'A standard framework for levels of integrated healthcare and update throughout the document', door SAMHSA-HRSA Center for Integrated Health Solutions, 2013, p6

In deze review beschrijven de meeste bestudeerde programma's die personen met een milde psychische problematiek trachten te ondersteunen in de samenleving, een collocatie model, waarbij eerstelijns –en psychische zorgwerkers in dezelfde voorziening werkzaam zijn[69, 70, 74, 80, 84, 92-94, 102]. Al dan

niet is er sprake van beperkte systeemintegratie (verschil tussen niveau 4 en niveau 3) [72, 79, 81, 85, 87, 88, 91, 95, 97, 135].

Resultaten van de geïncludeerde studies onder dit scharnierpunt tonen positieve effecten van samenwerking op continuïteit van zorg. *Ten eerste* worden patiënten met psychische problemen **meer doorverwezen** naar de psychische zorgdienst, die zich dus meestal op dezelfde locatie bevindt. Ook uit ander onderzoek blijkt dat het tewerkstellen van beide diensten op dezelfde locatie een cruciale factor is in het verhogen van toegang tot psychische dienstverlening [92]. Meer communicatie leidt bovendien niet enkel tot meer doorverwijzing, onderzoek toont ook aan dat het de kwaliteit van het doorverwijsproces beïnvloedt: er wordt meer informatie doorgegeven door de huisarts aan de specialist [215].

*Ten tweede* is er een verhoogd zorgverbruik van psychische dienstverlening. Sommige studies tonen aan dat dit gaat gepaard met een daling in meldingen op de spoeddienst en hospitalisaties. Echter, één studie laat juist een stijging zien in het aantal meldingen op de spoeddienst van kinderen met gedragsproblemen [72]. Ook het effect op het volhouden van de psychische ondersteuning is niet eenduidig.

**De bevindingen tonen aan dat de integratie van GGZ in de medische basiszorg door middel van colocatie de toegang tot psychische ondersteuning verhoogt.** Een belangrijke kanttekening bij deze resultaten is dat met de integratie van psychische zorg er voldoende aandacht moet worden besteed aan het screenen van psychische gezondheid.

In de voorgestelde categorieën van integratie wordt er geen rekening gehouden met de opkomst van nieuwe vormen van samenwerking die worden mogelijk gemaakt door digitale vooruitgang. Ook in ander onderzoek wordt aangetoond dat programma's die gebruik maken van telepsychiatrie de samenwerking ondersteunen tussen zorgverleners uit de medische basiszorg en GGZ [216, 217]. In de review van Hilty en collega's (2018) kwamen er verschillende sleutelingrediënten naar voor die het succes bepalen van zulke programma's, zoals de toegankelijkheid van een consultatie, de kosten, en het monitoren van betekenisvolle uitkomsten doorheen de tijd. De intensiteit van samenwerking zoals die wordt vormgegeven in zulke programma's moet worden afgestemd met de nood van de patiënten en de organisaties in de basiszorg [218].

De bevindingen van deze review tonen aan dat er meer problemen worden gerapporteerd rond rolafbakening in studies waarin men door middel van een nauwe samenwerking integratie wil bekomen. Inter-professionele en inter-organisatorische samenwerking is een complex proces waarin verschillende dimensies een rol spelen en dat nog onvoldoende is bestudeerd [219]. Een interessant artikel in dit opzicht is dat van Bussu en Marshall (2020). De auteurs inspireren een pragmatische aanpak van het faciliteren van samenwerking, door de beperkte impact aan te tonen van een top-down benadering als het aankomt op het veranderen van werkrouines in functie van gezamenlijke communicatie en coördinatie. Ze beschrijven initiatieven die door zorgverleners op de werkvloer zelf ontwikkeld zijn om in dialoog te treden met elkaar en benadrukken het potentieel van een bottom-up benadering in het versterken van samenwerking [220].

## 1.2 Zorgniveau 2a – gespecialiseerde regionale zorg

### 1.2.1 Opname op de spoeddienst van personen met acute ernstige psychische zorgnoden

Interventies gericht op het opnemen van personen met acute psychische zorgnoden op de spoedafdeling behoren tot zorgniveau 2a dat alle professionele regionale zorg omvat voor personen met ernstige psychische zorgnoden en hun context. Er zijn minder studies gevonden over interventies die gericht zijn op kinderen dan volwassenen binnen dit scharnierpunt. Algemeen behelzen de maatregelen die in de interventies worden beschreven vaak het verhogen van de **kennis en beschikbaarheid van GGZ** door middel van **opleiding** [108] of door middel van de **integratie** van een gespecialiseerd GGZ team of programma in de spoeddienst [105, 106, 111, 114, 115].

De studie van Wharff en collega's is de enige interventie die het **sociaal netwerk** van de patiënt, in dit geval een adolescent, betreft. De studie toont aan dat het betrekken van het netwerk een negatief effect heeft op heropname op de spoeddienst. In deze review vonden we ook evidentie voor een positief effect van een ondersteunend sociaal netwerk op continuïteit van zorg wanneer de patiënt wordt ontslagen uit het ziekenhuis. Deze resultaten sluiten aan bij recent onderzoek dat de associatie tussen continuïteit van zorg en sociale ondersteuning verder nuanceert [221]. Enkel personen met een ernstige psychiatrische problematiek ervaren een betere continuïteit van zorg wanneer ze deel uitmaken van een klein maar sterk samenhangend sociaal netwerk. In dit opzicht is een zorgcoördinator interessant. Het is van belang om rekening te houden met de verandering van geestestoestand doorheen de tijd: wanneer de patiënt minder ziek wordt heeft deze misschien behoefte aan een andere netwerkstructuur. Het is echter niet enkel de grootte van het netwerk, maar ook de mate waarin sociale steun ervaren wordt die de continuïteit van zorg beïnvloedt. Verder onderzoek is nodig naar de mechanismen.

Personen die zich aandienen op de spoeddienst met een acute, ernstige psychische problematiek ervaren een **grote nood aan zorg na ontslag**. Studies die zich richten op de facilitatie van nazorg door middel van het informeren van de patiënt, het regelen van afspraken bij ambulante dienstverlening en transport tonen goede resultaten, zoals het gebruik van een opvolgdienst [109] en outreaching vanuit een centrum voor GGZ [113].

De studie van Newton toont echter aan dat consultatie bij een arts na opname juist gepaard gaat met meer heropnames op de spoeddienst voor kinderen met angst –en stress problemen [107]. De zorgbehoefte van deze kinderen wordt niet gelenigd door een ambulante consultatie bij een psychiater of huisarts en de spoeddienst fungeert als een noodzakelijk opvangnet tijdens terugkerende psychische crisis. Dit is een trend die de laatste jaren stijgt [222] en onvoldoende aandacht krijgt. Deze studies benadrukken de nood aan meer inzicht in de zorgpaden die kinderen volgen binnen de GGZ en de nood aan verder onderzoek naar het type en de kwaliteit van psychische ondersteuning die geboden wordt na opname.

**Casemanagement** op basis van het '*critical time intervention*' model voor personen die ontslagen worden uit de spoeddienst na aanmelding met psychische problematiek heeft geen effect op gebruik van de spoeddienst of bezoek aan de huisarts. Dit resultaat sluit aan bij andere studies die geen effect vinden van zorgcoördinatie, waaronder casemanagement, op het gebruik van de spoeddienst van personen met een psychiatrische aandoening [223].

Het is mogelijk dat de complexiteit van de aandoening van deze patiënten zorgt voor acute zorgnoden die niet kunnen worden behandeld door ambulante voorzieningen. De kwalitatieve bevindingen van de studie van Stergiopoulos (2017) toont aan dat patiënten de spoeddienst als enige beschikbare,

toegankelijk en accepteerbare optie percipiëren voor crisiszorg. Bovendien geven ze aan dat zorgverleners hen aansporen om de spoeddienst te bezoeken omdat ze niet in staat zijn een antwoord te bieden op dringende psychische zorgnoden. Deze zienswijze van patiënten wordt bevestigd in ander onderzoek [224]. Andere studies daarentegen, demonstreren wel de effectiviteit van casemanagement op het reduceren van spoedopnames [225]. De inconsistente resultaten kunnen te wijten zijn aan de grote verschillen tussen de studies voor wat betreft de definitie van de doelgroep, demografische en klinische karakteristieken, en het type van casemanagement dat wordt bestudeerd. Bovendien is casemanagement een complexe interventie dewelke in verschillende studies vaak anders wordt ingevuld.

In een recente studie komen volgende kernelementen van casemanagement naar voor in de succesvolle toepassing ervan voor personen die frequent gebruik maken van de spoeddienst: de toegang en de nauwe samenwerking met poliklinische psychische dienstverlening en de selectie en training van casemanagers [226].

Het breed beschikbaar assortiment dat bestaat aan psychische dienstverlening dat de laatste jaren nog is toegenomen, doet vermoeden dat er wel de mogelijkheid is tot behandeling en crisisinterventie, maar dat deze niet gevonden wordt. Opnieuw komt het belang naar voor van het voorzien van gecoördineerde zorg door een beperkt aantal zorgverleners op basis van sterke samenwerkingsverbanden. Het inzetten van één zorgcoördinator lijkt opnieuw een goede evidence-based keuze voor het versterken van continuïteit van zorg [227].

Integratie kan voor de meeste interventies worden gesitueerd op **colocatie niveau** (zie Tabel 14). Er is dus ruimte voor verdere integratie van psychische dienstverlening. Het blijft onduidelijk of dat dit betere uitkomsten geeft voor zorgcontinuïteit. Bovendien gaat de implementatie van zulke integratieprogramma's gepaard met meer moeilijkheden voor wat betreft rol –en taakverdeling.

### 1.2.2 Ondersteuning van personen met ernstige psychische zorgnoden in de samenleving

Organisaties die regionale gespecialiseerde psychische dienstverlening aanbieden (zorgniveau 2a) staan in om personen met ernstige psychische zorgnoden te ondersteunen wanneer zij zich trachten te handhaven in de samenleving. Studies die zijn opgenomen onder het scharnierpunt 'ondersteuning van personen met ernstige psychische zorgnoden in de samenleving' onderzoeken interventies die gericht zijn op **verschillende doelgroepen**. Hierin zijn volgende zaken opmerkelijk. *Ten eerste* zijn er meer studies die zich richten op een ernstige psychiatrische problematiek, zoals psychotische aandoeningen dan in de studies onder zorgniveau 1. Vooral personen die een eerste psychotische ervaring hebben zijn als doelgroep opgenomen. Gespecialiseerde vroege interventie programma's zijn gebaseerd op de hypothese dat er een kritische periode bestaat na een eerste psychose waarin interventies meer effect zouden hebben [228, 229]. Wanneer patiënten in deze periode gestabiliseerd kunnen worden op een lager niveau van disfunctioneren, heeft dit minder gevolgen op lange termijn.

*Ten tweede* vinden we studies die zich richten op daklozen met een psychiatrische problematiek. Daklozen worden gekenmerkt door complexe zorgnoden op somatisch, psychiatrisch en sociaal vlak [230]. Gegeven de stijging in hun aantal de laatste jaren, is er een noodzaak aan inzicht om deze populatie toegang tot zorg te verlenen en ze in zorg te houden op basis van interventie onderzoek [231].

*Ten derde* vinden we een laag aantal studies voor ouderen, kinderen, en adolescenten met ernstige psychische problemen. Nochtans hebben deze doelgroepen een hoge psychische zorgnood [232, 233]. Zo wordt maar liefst 7 procent van de invaliditeit voor ouderen verklaard door psychische en neurologische aandoeningen en de comorbiditeit met somatische aandoeningen is sterk aanwezig. Het

is overbodig te stellen dat continuïteit van zorg voor ouderen, die door hervormingen in de gezondheidssector (deinstitutionalisering) steeds meer thuis wonen, uitermate belangrijk is. Ook kinderen en adolescenten die kampen met psychosociale problemen en hun ouders hebben een uitgebreide dienstverlening nodig uit verschillende sectoren (medische, educatie, welzijn, justitie). Onderzoek toont de fragmentatie aan van deze dienstverlening [234]. Dit staat in schril contrast met het laag aantal studies rond interventies die continuïteit van zorg kunnen faciliteren.

Uit de analyse van de interventies kwamen volgende componenten naar voor. *Ten eerste* beschrijven interventies een **uitgebreid behandelaanbod** uitgevoerd door een **multidisciplinair team** en waarbij vaak ondersteuning wordt voorzien door een **psychiater**. Een *tweede* component van de interventies is het **coördineren van zorg** op basis van de behoeften van de patiënt. Vaak wordt dit uitgevoerd door één persoon (zoals een casemanager).

Zorgcoördinatie gaat gepaard met een **stijging in het ambulante zorgverbruik** van ouderen, kinderen en personen met een eerste psychotische ervaring. Het is dus gelinkt aan een verhoogde toegang tot zorg of anders gesteld: een betere continuïteit van zorg. Dit suggereert dat er met zorgcoördinatie winst te boeken valt in het lenigen van een hoge zorgnood van deze doelgroepen, wat bevestigd wordt in ander onderzoek [235]. Ook Hannigan en collega's (2018) komen tot de conclusie dat zorgcoördinatie in de GGZ een noodzakelijk aspect is van kwalitatieve dienstverlening, maar tonen op basis van hun review en kwalitatief onderzoek moeilijkheden aan in de uitvoering ervan. Zo belemmeren een schaarste aan middelen in de GGZ, een nadruk op prestatie management, de nood aan ervaren, opgeleide casemanagers en een grote administratieve last het uitvoeren van zorgcoördinatie 'zoals het zou moeten' [236].

Voor kinderen leidt zorgcoördinatie tot een **daling in het aantal residentiële opnames**. Dit is niet zo voor volwassenen met een eerste psychotische ervaring. De kans op hospitalisatie tijdens een intensief programma met een focus op zorgcoördinatie blijft hoog en stijgt zelfs na beëindiging van het programma. Misschien moet residentiële opname voor personen met een ernstige psychiatrische problematiek, zoals Lettner en collega's opperen (2016) gezien worden als een noodzakelijke complementaire interventie. Of misschien kan toekomstig interventie-onderzoek dat een daling in het aantal psychiatrische opnames beoogt, zich laten inspireren door kwalitatief onderzoek dat licht werpt op de specifieke uitdagingen die casemanagers ervaren in de begeleiding van deze doelgroep [237]. Een andere verklaring is dat er te weinig aandacht wordt besteed aan **crisisinterventie** in behandelprogramma's voor personen met een eerste psychotische episode. Voor adolescenten laat de literatuur een daling zien van het aantal hospitalisaties wanneer crisisinterventie wordt voorzien [127]. Het effect van programma's die in hun opzet het management voorzien van een acute psychiatrische problematiek tonen echter inconsistente resultaten op hospitalisatie [159-161].

Interessant in dit opzicht zijn studies die een daling in het aantal bezoeken aan de spoeddienst en psychiatrische opnames vaststellen na **integratie van somatische zorg** in gespecialiseerde psychische dienstverlening [154, 167-169]. Gegeven de hoge comorbiditeit van somatische aandoeningen zoals COPD, pneumonie, griep, longkanker, diabetes en leverstoornissen, is aandacht hiervoor misschien een cruciale factor in het verminderen van hospitalisaties. Hoewel verder onderzoek nodig is om dit uit te sluiten, is aandacht voor somatische zorg van belang voor het handhaven van een complexe psychiatrische problematiek in de samenleving [238]. Opnieuw kunnen we besluiten dat het vormgeven van samenwerking over disciplines heen de continuïteit van zorg ten goede komt.



### 1.3 Zorgniveau 2b – gespecialiseerde supraregionale GGZ

#### 1.3.1 Ontslag uit residentiële psychiatrische zorg

De studies die zijn opgenomen onder dit scharnierpunt betreffen interventies die organisaties op zorgniveau 2b kunnen aanwenden om personen met psychische zorgnoden te ondersteunen wanneer ze ontslagen worden uit de residentiële GGZ. Op zorgniveau 2b situeren zich alle professionele, *specialistische* zorg voor deze doelgroep en hun context, die *supraregionaal* wordt aangeboden. Het merendeel van de interventies zijn gericht op volwassenen met een psychiatrische problematiek. Er zijn slechts twee studies over interventies voor **adolescenten** die ontslagen worden uit een residentiële psychiatrische opname die continuïteit van zorg onder de loep nemen [208, 209]. Dit is weinig aangezien onderzoek aantoont dat bijna 75 procent van psychiatrische aandoeningen zich manifesteert voor de leeftijd van 25 jaar [239]. De impact van psychiatrische aandoeningen tijdens de adolescentie op sociaal gebied, educatie en tewerkstelling en ontwikkeling is ernstig en vaak dragen ze de gevolgen mee in de volwassenheid. Het is dus uiterst belangrijk dat er meer onderzoek wordt verricht naar continue zorg voor deze doelgroep op dit scharnierpunt.

Onder de interventies die zich richten op **volwassenen** zijn er een aantal specifiek ontworpen voor **bepaalde psychiatrische aandoeningen**, zoals middelenmisbruik, psychotische stoornissen en angst- of stemmingsstoornissen. Het merendeel van de interventies is echter algemeen gericht op ‘personen met een psychiatrische aandoening’. Uit deze review blijkt dat er weinig maatregelen specifiek zijn toegespitst op het soort aandoening. Voor personen die lijden aan depressie wordt de PHQ gebruikt als assessment instrument bij opvolging. Medicatie management wordt meer expliciet toegepast bij psychotische stoornissen en middelenmisbruik (referenties).

Uit de review van interventies onder dit scharnierpunt komt sterk naar voor dat het van belang is om een **zorgcontact te onderhouden** met de patiënt na ontslag om het opstarten en volhouden van poliklinische/ambulante dienstverlening te ondersteunen en rehospitalisatie te voorkomen. Kwantitatief onderzoek naar continuïteit van zorg voor personen met ernstige psychische problematiek zich doorheen de jaren hierop toegespitst [15]. Dit ‘in de zorg houden’ van de patiënt kan vanuit de zorgvoorziening waar hij uit wordt ontslagen, vanuit de zorgvoorziening waar hij naar toe gaat of door een programma dat onafhankelijk is van beide instellingen.

Een ondersteuning met een applicatie met een applicatie voor de smartphone of via een website is hiervoor niet voldoende [174]. Er moet sprake zijn van **persoonlijke** contactname. Louter **telefonisch** contact na opname, waarbij meestal op een gestandaardiseerde wijze vorm wordt gegeven aan het gesprek, toont reeds goede resultaten: meer patiënten staan op de wachtlijst voor ambulante GGZ of hebben ambulante GGZ opgestart en meer patiënten zijn medicatietrouw [173, 176]. Ook slechts één opvolgconsultatie in het psychiatrisch ziekenhuis verlaagt de kans op rehospitalisatie [175]. Gegeven de lage werkbelasting in vergelijking met andere meer intensievere interventies, lijkt telefonische contactname een **minimale vereiste** om continuïteit van zorg te voorzien voor patiënten na ontslag.

Uit de review van meer intensieve en complexe programma’s komen volgende componenten naar voor als belangrijke organisatorische elementen voor continuïteit van zorg. Ten eerste wordt ontslagplanning in de meeste interventies **gestart tijdens de opname** van de patiënt. Ten tweede richten interventies zich tijdens de ontslagplanning op **zelfmanagement en empowerment van de patiënt**, bijvoorbeeld door middel van het opstellen van een crisisplan. Ook wordt er tijdens ontslagplanning gewerkt aan het

verstevigen van het **sociaal netwerk**. Sociale relaties zijn van belang voor continuïteit van zorg, in die mate dat de patiënt ook effectief sociale steun ervaart [204].

Naast zelfmanagement naar de patiënt toe, toont de analyse dat er in complexe programma's ook de focus wordt gelegd op **inter-organisatorische samenwerking** en **zorgcoördinatie**. Om dit te bewerkstelligen, wordt vaak een zorgcoördinator ingeschakeld. Afspraken met eerstelijns werkers of ambulante specialistische dienstverlening moeten tijdig worden vastgelegd en worden voorbereid met de patiënt, informatie moet over zorginstellingen worden doorgegeven. Recente studies concluderen dat de verwachtingen over een rol als zorgcoördinator uitgebreid zijn en dat deze verwachtingen in discrepantie zijn met de praktijk [236, 240]. Er is dan ook meer nood aan erkenning en ondersteuning van deze belangrijke rol.

#### **1.4 Ontslag uit de gevangenis**

Het aandeel van gevangenen dat lijdt aan psychische problemen is zeer groot [243]. De nood aan geestelijke en sociale ondersteuning, zeker wanneer deze personen worden ontslagen uit de gevangenis, is dan ook hoog [244, 245]. Zowel organisaties die basiszorg verlenen als organisaties die gespecialiseerde zorg verlenen, kunnen instaan om deze overgang te ondersteunen.

Er zijn slechts zes bestudeerde interventies gevonden. Net zoals Hopkin, Evans-Lacko, Forrester, Shaw en Thornicroft (2018) concluderen op basis van hun recente review naar interventies die het ontslag uit de gevangenis ondersteunen, wijzen onze bevindingen erop dat de inhoud van deze interventies erg verschillend is [246]. De meeste programma's bevatten de volgende componenten: ontslagplanning, ondersteuning na ontslag en het gebruik van een referentiepersoon.

De uitkomsten van deze interventies suggereren dat programma's gericht op dit scharnierpunt het zorgverbruik van personen die ontslagen worden uit de gevangenis verhogen. Echter, evidentie wordt ook gevonden dat ondersteuning leidt tot een verhoogde heropname in de gevangenis [38]. De associatie tussen interventies in deze periode, reïncarceratie en zorgverbruik is complex en er is meer onderzoek nodig om hier inzicht in te verwerven.

#### **1.5 Overgang van pediatrische naar volwassenenzorg**

Organisaties die instaan voor de overdracht van jongeren van de pediatrische zorg naar de volwassenenzorg kunnen zich zowel situeren op het zorgniveau van generalistische zorg als op het niveau van de gespecialiseerde ambulante en residentiële zorg (zorgniveau 1, 2a en 2b). Het lage aantal interventiestudies dat we hebben teruggevonden onder dit scharnierpunt, toont het tekort aan van kennis over de effectiviteit van programma's die deze overgang ondersteunen en continuïteit van zorg verzekeren. Hoewel niet toegespitst op GGZ, kwamen Rachas en collega's tot dezelfde conclusie in hun review [241]. Onze bevindingen tonen aan dat zulke programma's een positief effect hebben: meer kinderen worden getransfereerd, er zijn minder lange wachttijden en hospitalisaties. Een positief effect wordt voor algemene chronische aandoeningen ook gevonden in een recente review [242].

## 2 Methodologische reflecties

Versillende methodologische aandachtspunten kunnen worden geformuleerd die van belang zijn voor de interpretatie van de bevindingen:

- De meeste studies die geïnccludeerd zijn in deze review zijn uitgevoerd in de Verenigde Staten. Dit land heeft een ander gezondheidssysteem dan België. Dit beperkt de generaliseerbaarheid van de resultaten. Recent onderzoek dat de impact bestudeerde aan de hand van indicatoren van verschillende gezondheidssystemen op continuïteit van zorg toont aan dat een sterkere dienstverlening en financiering op lokaal niveau continuïteit van zorg ten goede komt [247]. De auteurs waarschuwen echter dat beleidsmakers voorzichtig moeten zijn bij het implementeren van een mechanisme dat in een ander gezondheidszorgsysteem effectief bleek omwille van de complexe verwevenheid van kenmerken van een bepaald gezondheidssysteem.
- De meeste programma's zijn multicomponenten interventies. Bovendien kunnen deze componenten interageren. Dit maakt het moeilijk om de cruciale factoren te identificeren die een effect hebben op continuïteit van zorg.
- Heel wat studies hebben een experimenteel onderzoeksdesign. Daarbij wordt er een groep personen onderworpen aan de interventie of het programma. De controlegroep krijgt meestal de 'gebruikelijke zorg'. Dit is echter meestal zorg van hoge kwaliteit, wat mogelijks de sterkte van de resultaten beïnvloedt.
- Er zijn verschillende beperkingen van dit onderzoek. Ten eerste hebben we op basis van de literatuur rond het concept een brede focus gehanteerd in dit onderzoek over de continuïteit van zorg. Dit leidde tot een groot aantal artikels en bemoeilijkte de interpretatie van de resultaten van de interventies. Men kan beargumenteren dat deze keuze heeft geleid tot een te grote diversiteit aan studies. Echter, aan de andere kant toont het juist de reikwijdte aan waarmee dit concept wordt toegepast en liet het toe dat we inzicht kregen in de wijze waarop dit concept wordt geoperationaliseerd binnen het domein van geestelijke gezondheidzorg. Ten tweede zijn de studies die werden geïnccludeerd in deze review, gepubliceerd tussen 2015 en heden. Dit is een beperking van het onderzoek. Ten derde is er een publicatiebias in die zin dat negatieve resultaten niet zijn gepubliceerd of gerapporteerd. Door onze uitgebreide zoektocht in de grijze literatuur hebben we dit evenwel proberen op te vangen. Ten vierde, we hebben studies uitgesloten die in een andere taal zijn gepubliceerd dan Engels of Nederlands, of die niet beschikbaar waren in de uitgebreide bibliotheek van de KU Leuven. Dit kan geleid hebben tot het uitsluiten van waardevolle informatie en betekenisvolle interventies.
- Er is echter een belangrijke sterkte te erkennen. Zo heeft een onafhankelijke review door twee auteurs en herhaalde discussie in het onderzoeksteam het risico op een selectiebias verminderd. Het volgen van het kader oorspronkelijk geformuleerd door Arksey en O'Malley maakt dat deze scoping review op een rigoureuze wijze is uitgevoerd.

### 3 Aanbevelingen

In onze studie wordt een brede waaier van transitieën verkend. We willen die niet zien als onvermijdelijke pijnpunten, maar eerst en vooral als opportuniteiten. Dat veronderstelt dan wel dat er telkens weer een context wordt gecreëerd die maximale kansen biedt om die overgang vlot te laten verlopen en (zelf)vertrouwen bij alle betrokkenen te verzekeren.

Bij wijze van besluit lijsten we de belangrijkste aanbevelingen nog eens kort op in het licht van de transitie waarbij ze het meest relevant zijn. Omdat de organisationele context onlosmakelijk is verbonden met het macroniveau van zorgbeleid- en financiering, vloeiden er uit deze literatuurstudie ook een beperkt aantal beleidsaanbevelingen voor bepaalde scharnierpunten. Deze aanbevelingen worden hieronder apart gepresenteerd.

#### 3.1 Overgang naar gespecialiseerde zorg

- Aanbevelingen op organisatieniveau
  1. **‘Laagdrempelige settings’** maken het gemakkelijker om de personen die nood hebben aan gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg te bereiken. Het gaat hier om settings waar men reeds aanwezig is (zoals apotheek, scholen, consultaties kind en gezin, consultaties materniteit) en settings die een sfeer van welkom oproepen, open zijn buiten de diensturen, een ‘no wrong door’ beleid volgen
  2. De identificatie van personen die nood hebben aan gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg kan het best gebeuren door gebruik te maken van **gevalideerde screening-instrumenten** (bv. PHQ voor depressie)
  3. De doorverwijzing naar gespecialiseerde GGZ kan best worden ondersteund door **informatie op maat aan te bieden**, de patiënt te **herinneren** aan een gemaakte afspraak, **motivationale interviewtechnieken te gebruiken**.
  4. Bepaalde doelgroepen (bv. depressie bij vrouwen in de tijd rond de bevalling en bij ouderen) zijn gebaat bij een persoonlijke begeleiding. De inzet van een **zorgcoördinator** kan helpen om de obstakels die de opstart van zorg verhinderen weg te werken.
  5. Een nauwe en constructieve samenwerking met de politionele diensten en centra voor gespecialiseerde GGZ faciliteert de overgang.
  6. Het is van belang dat zorgorganisaties aandacht schenken aan de continuïteit van zorg over alle zorgniveaus heen. Men kan dit meten en opvolgen door bijvoorbeeld de ‘Nijmegen Continuity Questionnaire’ (NCQ).

### 3.2 Ondersteuning in de samenleving

- Aanbevelingen op organisatieniveau
  1. (Medische) zorgverleners in de eerstelijns zijn gebaat bij **training en ondersteuning** met het oog op een goede samenwerking met de patiënten met een psychische problematiek
  2. Door in de eerste lijn training en educatie te voorzien verhoogt de **capaciteit** van gespecialiseerde GGZ. (zie punt 1)
  3. Een **aanbod van psychische zorg binnen de huisartsenpraktijk** en meer concreet de tewerkstelling van een specialist gg(z) verhogen de toegang tot GGZ
  4. Het gebruik van **gevalideerde screeninginstrumenten** helpt een adequate identificatie van personen met een psychische nood (zie punt 3).
  5. **Wederzijdse kennis en begrip bij zorgorganisaties** over elkaars verantwoordelijkheden en taken bevordert de integratie van de medische en psychische dienstverlening (zie punt 3)
  6. Zorgorganisaties kunnen best **de mate van integratie die ze bereiken** (zie punt 3) goed opvolgen. Dit kan bijvoorbeeld door gebruik van de 'practice integration profile' schaal
- Aanbevelingen op beleidsniveau
  1. Een verhoogd zorgverbruik van psychische dienstverlening in de eerstelijns vraagt (zie punt 3) voldoende capaciteit om die toenemende vraag op te vangen.

### 3.3 Opname in een spoeddienst

- Aanbevelingen op organisatieniveau
  1. Het betrekken van het **sociaal netwerk** van de patiënt is nuttig en nodig wanneer deze wordt opgenomen op een spoeddienst voor psychische problemen.
  2. Wanneer patiënten op de spoeddienst worden opgenomen voor een psychisch probleem is het belangrijk om te voorzien in de nodige **nazorg** en die te ondersteunen.
- Aanbevelingen op beleidsniveau
  1. Vanuit de opleiding of de onderlinge samenwerking kan de **kennis over GGZ** bij de spoeddiensten worden geïntegreerd en in de praktijk gebracht.

### 3.4 Ondersteuning in de samenleving van personen met een ernstige psychiatrische problematiek

- Aanbevelingen op organisatieniveau
  1. De **zorgcoördinatie** moet worden afgestemd op de behoeften van de patiënt.
  2. **Crisisinterventie** blijft een belangrijk aandachtspunt.
  3. Zorgorganisaties die gespecialiseerde GGZ voorzien, **werken samen** met de medische zorgdiensten. **Colocatie** bevordert die samenwerking.

### 3.5 Ontslag uit residentiële psychiatrische zorg

- Aanbevelingen op organisatieniveau
  1. Zorgorganisaties hebben een bijzondere aandacht voor **medicatie management** bij ontslagprocedures van personen die lijden aan psychotische stoornissen en middelenmisbruik
  2. Bij een ontslag en de opvolging ervan zullen de zorgorganisaties **persoonlijk contact** houden met de patiënt. Dit betekent dat er na ontslag vanuit de zorgorganisatie minstens telefonisch contact wordt gehouden met de patiënt.
  3. Meer complexe ontslagprocedures kunnen best gestart worden **tijdens de opname** van de patiënt.
    - **Zelfmanagement** en **empowerment** van de patiënt (bv. door het opstellen van een crisisplan) staan hierbij centraal.
    - Ook het verstevigen van de banden met het **sociaal netwerk** dat de patiënt zelf belangrijk acht is cruciaal.
    - Met het oog op een efficiënte en effectieve **zorgcoördinatie** en **inter-organisatorische samenwerking** wordt een **zorgcoördinator** ingeschakeld die:
      - Afspraken tijdig vastlegt met ambulante zorgverleners
      - Afspraken voorbereidt met de patiënt
      - Informatie doorgeeft tussen zorgniveaus
  4. Een consultatie bij de huisarts binnen zeven dagen na ontslag is aangewezen.

#### 4 Tot slot

Deze literatuurstudie brengt de belangrijkste bevindingen samen voor de scharnierpunten samen en voor elk scharnierpunt apart. Voor alle scharnierpunten komen we tot volgende globale aanbevelingen die als 'rode draden' doorheen de bevindingen van de scoping review lopen:

- Belangrijk is dat er een bewustzijn ontstaat rond deze scharnierpunten als overgangen of momenten waarop patiënten kwetsbaar zijn voor een gefragmenteerde zorg of gebrek aan toegang tot passende zorg.
- Het is nodig dat dit bewustzijn ertoe leidt dat organisaties de overgangen grondig en tijdig in gezamenlijk overleg met de betrokken patiënt en diens naasten en met de betrokken organisaties en hulpverleners voorbereiden.
- Het van belang dat mensen met een ernstige psychische problematiek worden geïdentificeerd en systematisch opgevolgd.
- Een persoonsgerichte aanpak waarbij de visie en de vraag naar ondersteuning van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood centraal staat, is aangewezen.
- Meetinstrumenten waarvan de psychometrische kwaliteit is aangetoond spelen een sleutelrol in de continuïteit van zorg en ondersteuning. Een 'comprehensive assessment' vormt de basis om de zorg af te stemmen op de behoeften van de patiënt (zorg op maat) en om de communicatie tussen verschillende zorgverleners doorheen verschillende sectoren en over de tijd heen, te bewerkstelligen. De stappen die in dit verband ondernomen worden met de BelRAI in de geestelijke gezondheidszorg dienen krachtig verder gezet te worden in het belang van een goede kwaliteit van zorg en ondersteuning voor de meest kwetsbare groepen.

Voor de samenwerking tussen organisaties komen we naast hogervermelde conclusies tot volgende **aanbevelingen**.

- Vanuit het zorgbeleid is er de laatste jaren steeds meer steun voor de ontwikkeling van samenwerkingsverbanden in inter-organisatiele zorgnetwerken. Echter, de implementatie van een zorgnetwerk als organisatiestructuur is op zich geen garantie op een succesvolle samenwerking. Er is aandacht nodig voor de processen die de kwaliteit en de dynamiek bepalen van succesvolle inter-organisatiele samenwerking.
- Het belang van samenwerking tussen organisaties en zorgverleners als sleutel tot continuïteit van zorg kwam op verschillende wijzen aan bod in deze studie, o.a.:
  - Samenwerking is beschreven van diensten GGZ met politionele diensten en medische zorg zoals huisartsen en de spoeddienst.
  - Een samenwerkingsmodel van colocatie waarbij zorgverleners elkaar op de werkplek ontmoeten en er een (al dan niet beperkte) systeemintegratie is zou de kennis van elkaars werking verhogen en een wederzijds begrip opleveren dat bijdraagt tot een betere GGZ.
  - De integratie van somatische zorg in praktijken voor gespecialiseerde ggz.
  - Veel interventies beschrijven ook de nood aan gezamenlijke opleiding en training om de samenwerking te ondersteunen. Bijvoorbeeld: huisartsen die opleiding krijgen rond ADHD bij kinderen of FEP zullen gemakkelijker doorverwijzen en hun medicatiebeleid aanpassen.
  - Veel interventies beschrijven de rol van een zorgcoördinator: iemand die de samenwerking regelt op het niveau van de patiënt.

### **Enkele nabeschouwingen van de onderzoekers**

De literatuur toont aan dat ‘continuïteit van zorg’ een vlag is die vele ladingen dekt en dat de operationalisaties bijgevolg ook geen recht doen aan de veelzijdigheid van het concept. Meten is weten, gaat hier dus niet altijd op.

In studies missen we hoe patiënten continuïteit van zorg hebben ervaren. Dus, het is van belang dat de ontwikkeling en implementatie van dienstverlening die continuïteit van zorg tracht te verbeteren zich richt op het nagaan van het concept in die facetten die voor de patiënt en zijn naasten belangrijk zijn en dat hun perspectief wordt bevraagd.

Deze studie toont ook aan dat zorg voor een goede continuïteit geen “one size fits all” oplossingen kan krijgen. Zo stellen we bijvoorbeeld vast dat daklozen met een ernstige psychiatrische aandoening eerder wel gebaat zouden zijn bij hospitalisatie niettegenstaande ze deelnemen aan een ondersteunend ambulans programma. Andere doelgroepen, zoals ouderen die zich in de samenleving handhaven met een milde psychische problematiek zouden dan weer beter toegang vinden tot passende zorg wanneer dit beter wordt gecoördineerd over verschillende zorgverleners. Er is dus is nood aan studies die de rekening houden met specifieke uitdagingen die gepaard gaan met bepaalde levensfasen, zoals de adolescentie, volwassenheid en ouderdom of mijlpalen zoals acute psychiatrische crisis en zwangerschap.

Tot slot wijzen we nog op enkele beperkingen van deze studie. De meeste studies die we in dit onderzoek hebben samengebracht focussen op de aanpak dicht bij de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en brengen relevante info over de wijze waarop continuïteit kan bewerkstelligd worden. Hierbij mag men echter niet vergeten dat de organisaties een sterke rol spelen in het hinderen of faciliteren van de goede praktijken op dit vlak. De organisaties en hun financieringssystemen dragen sterk bij tot de sectorisering en verkokering die samenwerking in een teamverband soms ronduit onmogelijk maakt.

Verder stellen we vast dat goedbedoelde netwerkorganisaties die opgezet zijn om de samenwerking te bevorderen en dus ook de continuïteit in de diverse betekenissen, wel als structuur aanwezig zijn, maar niet in procesmatige aspecten die nodig zijn om het echt waar te maken. Hinderpalen voor een vlotte samenwerking situeren zich voor wat betreft de dynamieken in de organisaties, op het vlak van leiderschap, aanwezigheid van procedures en het vertrouwen tussen de organisaties. Financieringsystemen die prestatiefinanciering in de hand werken zijn eveneens een belangrijk struikelblok om een goede continuïteit over de sectoren en scharnierpunten heen te realiseren. Dit kwam uit onze studie niet zo sterk naar voor. We pleiten ervoor om sterker in te zetten op het vervullen van randvoorwaarden op alle niveaus zowel klinisch, organisatorisch als beleidsmatig. Tegelijk zal het nodig zijn om in opleiding en (verder) onderzoek te focussen op deze thematieken zodat alle randvoorwaarden vervuld zijn opdat goede inzichten werkelijk voet aan de grond kunnen krijgen.



## Referenties

1. Nylenna, M., et al., *What is Good Quality of Health Care?* Professions and Professionalism, 2015. **5**(1).
2. Adair, C.E., et al., *History and measurement of continuity of care in mental health services and evidence of its role in outcomes.* Psychiatr Serv, 2003. **54**(10): p. 1351-6.
3. Weaver, N., M. Coffey, and J. Hewitt, *Concepts, models and measurement of continuity of care in mental health services: A systematic appraisal of the literature.* J Psychiatr Ment Health Nurs, 2017. **24**(6): p. 431-450.
4. Longo, F., et al., *Organizational correlates of continuity of care: A pendulum swing between differentiation and integration.* International Journal of Care Coordination, 2017. **20**(3): p. 76-86.
5. Adair, C.E., et al., *Continuity of care and health outcomes among persons with severe mental illness.* Psychiatr Serv, 2005. **56**(9): p. 1061-9.
6. Puntis, S., et al., *Associations Between Continuity of Care and Patient Outcomes in Mental Health Care: A Systematic Review.* Psychiatric Services, 2015. **66**(4): p. 354-363.
7. Catty, J., et al., *Continuity of care for people with psychotic illness: Its relationship to clinical and social functioning.* International Journal of Social Psychiatry, 2013. **59**(1): p. 5-17.
8. Uijen, A.A., et al., *How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts.* Fam Pract, 2012. **29**(3): p. 264-71.
9. Turner, W.E., D.C. Smith, and P. Medley, *Integration of mental health into public health programs--advantages and disadvantages.* Am J Public Health Nations Health, 1967. **57**(8): p. 1322-6.
10. Johnson, S., et al., *Continuity of care for the severely mentally ill: concepts and measures.* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 1997. **32**(3): p. 137-42.
11. Uijen, A., et al., *Measurement properties of questionnaires measuring continuity of care: a systematic review.* PloS one, 2012. **7**(7): p. e42256-e42256.
12. Bautista, M.A.C., et al., *Instruments Measuring Integrated Care: A Systematic Review of Measurement Properties.* Milbank Quarterly, 2016. **94**(4): p. 862-917.
13. Vandyk, D.A., et al., *Towards a conceptual consensus of continuity in mental healthcare: focused literature search and theory analysis.* Int J Evid Based Healthc, 2013. **11**(2): p. 94-109.
14. Bachrach, L.L., *Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis.* Am J Psychiatry, 1981. **138**(11): p. 1449-56.
15. Crawford, M.J., et al., *Providing continuity of care for people with severe mental illness- a narrative review.* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2004. **39**(4): p. 265-72.
16. Haggerty, J., et al., *Continuity of care: a multidisciplinary review.* BMJ 2003. **327**(22).
17. Holland, D.E. and M.R. Harris, *Discharge planning, transitional care, coordination of care, and continuity of care: clarifying concepts and terms from the hospital perspective.* Home Health Care Serv Q, 2007. **26**(4): p. 3-19.
18. Mistiaen, P., et al., *Organisation of mental health care for adults in Belgium 2019,* Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) Health Services Research (HSR) Brussels.
19. Burns, T., et al., *Continuity of care in mental health: understanding and measuring a complex phenomenon.* Psychol Med, 2009. **39**(2): p. 313-23.
20. Waibel, S., et al., *What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies.* Int J Qual Health Care, 2012. **24**(1): p. 39-48.
21. Kreyenbuhl, J., I.R. Nossel, and L.B. Dixon, *Disengagement From Mental Health Treatment Among Individuals With Schizophrenia and Strategies for Facilitating Connections to Care: A Review of the Literature.* Schizophrenia Bulletin, 2009. **35**(4): p. 696-703.
22. Loranger, C. and M.J. Fleury, *Factors Associated with Perceived Continuity of Care Among Patients Suffering from Mental Disorders.* Community Mental Health Journal, 2020. **56**(4): p. 670-679.

23. Wierdsma, A.I., M. van der Schee, and C.L. Mulder, *Breakdown of continuity in public mental healthcare in the Netherlands: a longitudinal case study*. International Journal of Integrated Care, 2011. **11**.
24. Burns, T. and M. Baggaley, *Splitting in-patient and out-patient responsibility does not improve patient care*. British Journal of Psychiatry, 2018. **210**(1): p. 6-9.
25. Paré, G., et al., *Synthesizing information systems knowledge: A typology of literature reviews*. Information & Management, 2015. **52**(2): p. 183-199.
26. Arksey, H. and L. O'Malley, *Scoping studies: towards a methodological framework*. International Journal of Social Research Methodology, 2005. **8**(1): p. 19-32.
27. Levac, D., H. Colquhoun, and K.K. O'Brien, *Scoping studies: advancing the methodology*. Implementation Science, 2010. **5**(1): p. 69.
28. Daudt, H.M.L., C. van Mossel, and S.J. Scott, *Enhancing the scoping study methodology: a large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework*. BMC Medical Research Methodology, 2013. **13**(1): p. 48.
29. Gaebel, W., et al., *EPA guidance on the quality of mental health services*. Eur Psychiatry, 2012. **27**(2): p. 87-113.
30. Vaismoradi, M., H. Turunen, and T. Bondas, *Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study*. Nurs Health Sci, 2013. **15**(3): p. 398-405.
31. Thomas, J. and A. Harden, *Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews*. BMC Medical Research Methodology, 2008. **8**(1): p. 45.
32. De Cuyper, K. and C. Van Audenhove, *Het nieuwe decreet geestelijke gezondheid: gevolgen voor de praktijk en organisatie van de geestelijke gezondheidszorg*. Tijdschrift Klinische Psychologie, 2019. **49**(4): p. 273-289.
33. McKenna, B., et al., *A prison mental health in-reach model informed by assertive community treatment principles: evaluation of its impact on planning during the pre-release period, community mental health service engagement and reoffending*. Criminal Behaviour and Mental Health, 2015. **25**(5): p. 429-439.
34. Shaw, J., et al., *Critical time Intervention for severely mentally ill prisoners (CRISP): A randomised controlled trial*. Health Services and Delivery Research, 2017. **5**(8): p. 1-138.
35. Stewart, L.A., S. Farrell-MacDonald, and S. Feeley, *The impact of a community mental health initiative on outcomes for offenders with a serious mental disorder*. Criminal Behaviour and Mental Health, 2017. **27**(4): p. 371-384.
36. Green, B., et al., *From Custody to Community: Outcomes of Community-Based Support for Mentally Ill Prisoners*. Psychiatry, Psychology and Law, 2016. **23**(5): p. 798-808.
37. Wang, E.A., et al., *Propensity-matched study of enhanced primary care on contact with the criminal justice system among individuals recently released from prison to New Haven*. Bmj Open, 2019. **9**(5).
38. Morrissey, J., P., M.E. Domino, and G.S. Cuddeback, *Expedited Medicaid Enrollment, Mental Health Service Use, and Criminal Recidivism Among Released Prisoners With Severe Mental Illness*. Psychiatric Services, 2016. **67**(8): p. 842-849.
39. McManus, M., et al., *Pediatric to adult transition: a quality improvement model for primary care*. J Adolesc Health, 2015. **56**(1): p. 73-8.
40. McManus, M., et al., *Incorporating the six core elements of health care transition into a Medicaid managed care plan: lessons learned from a pilot project*. Journal of pediatric nursing, 2015. **30**(5): p. 700-713.
41. Toulany, A., et al., *Association of Primary Care Continuity With Outcomes Following Transition to Adult Care for Adolescents With Severe Mental Illness*. JAMA network open, 2019. **2**(8): p. e198415.
42. Moosa, F. and T. Sandhu, *Transition from children's to adult services for patients with ADHD: A model of care*. Adolescent Psychiatry, 2015. **5**(1): p. 22-30.
43. Cappelli, M., et al., *Transitioning Youth into Adult Mental Health and Addiction Services: An Outcomes Evaluation of the Youth Transition Project*. The journal of behavioral health services & research, 2016. **43**(4): p. 597-610.

44. Ellison, M.L., et al., *Adapting supported employment for emerging adults with serious mental health conditions*. J Behav Health Serv Res, 2015. **42**(2): p. 206-22.
45. Jennings, P. and C.B. Matheson-Monnet, *Multi-agency mentoring pilot intervention for high intensity service users of emergency public services: the Isle of Wight Integrated Recovery Programme*. Journal of Criminological Research Policy and Practice, 2017. **3**(2): p. 105-118.
46. Lee, S.J., et al., *Outcomes achieved by and police and clinician perspectives on a joint police officer and mental health clinician mobile response unit*. International Journal of Mental Health Nursing, 2015. **24**(6): p. 538-546.
47. Hoffman, R., et al., *The use of a brief mental health screener to enhance the ability of police officers to identify persons with serious mental disorders*. International Journal of Law and Psychiatry, 2016. **47**: p. 28-35.
48. Mackey, K.E. and C.C. Qiu, *Can Mobile Integrated Health Care Paramedics Safely Conduct Medical Clearance of Behavioral Health Patients in a Pilot Project? A Report of the First 1000 Consecutive Encounters*. Prehospital Emergency Care, 2019. **23**(1): p. 22-31.
49. Hilferty, F., R. Cassells, and K. Muir, *Is headspace making a difference to young people's lives? Final report of the independent evaluation of the headspace program*. , U.o.N.S.W. Social Policy Research Centre, Editor. 2015, Sydney.
50. O'keeffe, L., et al., *Description and outcome evaluation of Jigsaw: an emergent Irish mental health early intervention programme for young people*. Irish Journal of Psychological Medicine, 2015. **32**(1): p. 71-77.
51. Rickwood, D.J., et al., *The services provided to young people through the headspace centres across Australia*. Medical Journal of Australia, 2015. **202**(10): p. 533-536.
52. Dubé, A., et al., *Transforming child and youth mental health care: ACCESS Open Minds New Brunswick in the rural Francophone region of the Acadian Peninsula*. Early Intervention in Psychiatry, 2019. **13**(S1): p. 29-34.
53. Hagell, A. and S. Lamb, *Developing an integrated primary health care and youth work service for young people in Lambeth: learning from the Well Centre*. J Child Serv 2016. **11**: p. 233-243.
54. Guo, S.S., et al., *Does Depression Screening in Schools Reduce Adolescent Racial/Ethnic Disparities in Accessing Treatment?* Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 2017. **46**(4): p. 523-536.
55. Herman, K.C., et al., *Bridging the Gap in Psychiatric Care for Children with a School-Based Psychiatry Program*. School Mental Health, 2018. **10**(2): p. 181-189.
56. Shepherd-Banigan, M., et al., *Do Maternity Care Coordination Services Encourage Use of Behavioral Health Treatment among Pregnant Women on Medicaid?* Women's Health Issues, 2017. **27**(4): p. 449-455.
57. Boyd, R.C., M. Mogul, and M.W. O'Hara, *A Pilot Investigation to Enhance Behavioral Health Referral for Perinatal, Low-Income Women With Mood Disorders*. Progress in Community Health Partnerships-Research Education and Action, 2015. **9**(4): p. 583-589.
58. Diaz-Linhart, Y., et al., *Patient navigation for mothers with depression who have children in head start: a pilot study*. Social work in public health, 2016. **31**(6): p. 504-510.
59. Sirey, J.A., et al., *Improving Mental Health Treatment Initiation among Depressed Community Dwelling Older Adults*. American Journal of Geriatric Psychiatry, 2016. **24**(4): p. 310-319.
60. Radley, A., et al., *A quasi-experimental evaluation of dried blood spot testing through community pharmacies in the Tayside region of Scotland*. Frontline Gastroenterology, 2017. **8**(3): p. 221.
61. Horevitz, E., K.C. Organista, and P.A. Arean, *Depression treatment uptake in integrated primary care: How a "warm handoff" and other factors affect decision making by Latinos*. Psychiatric Services, 2015. **66**(8): p. 824-830.
62. Kim, T.W., et al., *Receipt of addiction treatment as a consequence of a brief intervention for drug use in primary care: a randomized trial*. Addiction, 2017. **112**(5): p. 818-827.
63. Delgadillo, J., et al., *Can Low-Cost Strategies Improve Attendance Rates in Brief Psychological Therapy? Double-Blind Randomized Controlled Trial*. Journal of Clinical Psychology, 2015. **71**(12): p. 1139-1152.

64. Malas, N., et al., *Exploring the Telepsychiatry Experience: Primary Care Provider Perception of the Michigan Child Collaborative Care (MC3) Program*. Psychosomatics, 2019. **60**(2): p. 179-189.
65. Marcus, S.M., et al., *Partnerships with Primary Care for the Treatment of Preschoolers*. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 2017. **26**(3): p. 597-609.
66. Olufs, E.L., et al., *Brief educational "curbside consultation": Impact on attention-deficit/hyperactivity disorder referrals in an integrated healthcare setting*. Families, Systems, & Health, 2016. **34**(3): p. 221.
67. Ragunathan, B., E.J. Frosch, and B.S. Solomon, *On-site Mental Health Professionals and Pediatric Residents in Continuity Clinic*. Clinical Pediatrics, 2017. **56**(13): p. 1219-1226.
68. Reynolds, N., et al., *The impact of delivering GP training on the clinical high risk and first-episode psychosis on referrals and pathways to care*. Early Intervention in Psychiatry, 2015. **9**(6): p. 459-466.
69. Schetzina, K.E., et al., *The family check-up in a pediatric clinic: An integrated care delivery model to improve behaviors in the home environment*. International Journal of Child Health and Human Development, 2016. **9**(4).
70. Germán, M., et al., *Comparing two models of integrated behavioral health programs in pediatric primary care*. Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 2017. **26**(4): p. 815-828.
71. Grimes, K.E., et al., *Enhanced Child Psychiatry Access and Engagement via Integrated Care: A Collaborative Practice Model With Pediatrics*. Psychiatric Services, 2018. **69**(9): p. 986-992.
72. Hacker, K.A., et al., *Effect of Pediatric Behavioral Health Screening and Colocated Services on Ambulatory and Inpatient Utilization*. Psychiatric services (Washington, D.C.), 2015. **66**(11): p. 1141-1148.
73. Ingersoll, B. and N.I. Berger, *Parent Engagement With a Telehealth-Based Parent-Mediated Intervention Program for Children With Autism Spectrum Disorders: Predictors of Program Use and Parent Outcomes*. J Med Internet Res, 2015. **17**(10): p. e227.
74. Mufson, L., P. Yanes-Lukin, and G. Anderson, *A pilot study of Brief IPT-A delivered in primary care*. Gen Hosp Psychiatry, 2015. **37**(5): p. 481-4.
75. Fisher, E., et al., *Telementoring Primary Care Clinicians to Improve Geriatric Mental Health Care*. Population Health Management, 2017. **20**(5): p. 342-347.
76. Mehta, P., et al., *Community partners in care: 6-month outcomes of two quality improvement depression care interventions in male participants*. Ethnicity and Disease, 2017. **27**(3): p. 223-232.
77. Patel, S.R., et al., *Training community-based primary care physicians in the screening and management of mental health disorders among Latino primary care patients*. General Hospital Psychiatry, 2016. **38**(1): p. 71-78.
78. Price-Haywood, E.G., et al., *Collaborative Depression Care in a Safety Net Medical Home: Facilitators and Barriers to Quality Improvement*. Population Health Management, 2016. **19**(1): p. 46-55.
79. Sederer, L., et al., *The New York State Collaborative Care Initiative: 2012–2014*. Psychiatric Quarterly, 2016. **87**(1): p. 1-23.
80. Wozniak, L., et al., *Contextualizing the Effectiveness of a Collaborative Care Model for Primary Care Patients with Diabetes and Depression (Teamcare): A Qualitative Assessment Using RE-AIM*. Canadian Journal of Diabetes, 2015. **39**(3): p. S83-S91.
81. Goorden, M., et al., *Cost-utility of collaborative care for major depressive disorder in primary care in the Netherlands*. Journal of Psychosomatic Research, 2015. **79**(4): p. 316-323.
82. England Health and Social Care Information Centre. *Psychological therapies: annual report on the use of IAPT services*. 2015; Available from: <https://files.digital.nhs.uk/publication/g/1/psyc-ther-ann-rep-2016-17.pdf>.
83. Martin, M.P., *Integrated behavioral health training for primary care clinicians: Five lessons learned from a negative study*. Families, systems & health : the journal of collaborative family healthcare, 2017. **35**(3): p. 352-359.

84. Miller-Matero, L.R., et al., *Embedding a psychologist into primary care increases access to behavioral health services*. Journal of primary care & community health, 2015. **6**(2): p. 100-104.
85. Padwa, H., et al., *The Implementation of Integrated Behavioral Health Protocols In Primary Care Settings in Project Care*. Journal of Substance Abuse Treatment, 2016. **62**: p. 74-83.
86. Serrano, N., et al., *Does the Primary Care Behavioral Health Model Reduce Emergency Department Visits?* Health Services Research, 2018. **53**(6): p. 4529-4542.
87. van Orden, M.L., et al., *Five-year mental health care use by patients referred to collaborative care or to specialized care*. Psychiatric Services, 2015. **66**(8): p. 840-844.
88. Waugh, M., et al., *Using Telepsychiatry to Enrich Existing Integrated Primary Care*. Telemedicine and E-Health, 2019. **25**(8): p. 762-768.
89. Wennerstrom, A., et al., *Integrating Community Health Workers Into Primary Care to Support Behavioral Health Service Delivery: A Pilot Study*. The Journal of ambulatory care management, 2015. **38**(3): p. 263-272.
90. Zurovac, J., et al., *Effects of a Behavioral Health and Chronic Illness Care Intervention on Patient Outcomes in Primary Care Practices in the Dakotas*. Journal of health care for the poor and underserved, 2019. **30**(2): p. 702-720.
91. Brown-Johnson, C., et al., *Role definition is key-Rapid qualitative ethnography findings from a team-based primary care transformation*. Learning Health Systems, 2019. **3**(3).
92. Campbell, K., L. McKnight, and A.R. Vasquez, *Integrated primary care-behavioral health program development and implementation in a rural context*. Family Medicine and Community Health, 2018. **6**(3): p. 131-141.
93. Clarke, R.M.A., et al., *Delivering on accountable care: Lessons from a behavioral health program to improve access and outcomes*. Health Affairs, 2016. **35**(8): p. 1487-1493.
94. Hepworth, J., et al., *How an urban Aboriginal and Torres Strait Islander primary health care service improved access to mental health care*. International Journal for Equity in Health, 2015. **14**(1).
95. van Orden, M., et al., *Prediction of Mental Health Services Use One Year After Regular Referral to Specialized Care Versus Referral to Stepped Collaborative Care*. Community Mental Health Journal, 2017. **53**(3): p. 316-323.
96. Lanoye, A., et al., *The Impact of Integrated Psychological Services in a Safety Net Primary Care Clinic on Medical Utilization*. Journal of Clinical Psychology, 2017. **73**(6): p. 681-692.
97. Lanoye, A., et al., *The Impact of Integrated Psychological Services in a Safety Net Primary Care Clinic on Medical Utilization*. J Clin Psychol, 2017. **73**(6): p. 681-692.
98. Chaple, M., et al., *A Technical Assistance Framework to Facilitate the Delivery of Integrated Behavioral Health Services in Federally Qualified Health Centers (FQHCs)*. Journal of Substance Abuse Treatment, 2016. **60**: p. 62-69.
99. McMillan, S.S., et al., *The impact of a person-centred community pharmacy mental health medication support service on consumer outcomes*. Journal of Mental Health, 2018. **27**(2): p. 164-173.
100. Murphy, A.L., D.M. Gardner, and L.M. Jacobs, *Patient care activities by community pharmacists in a capitation funding model mental health and addictions program*. BMC Psychiatry, 2018. **18**.
101. Conway, P., et al., *Rural Health Networks and Care Coordination: Health Care Innovation in Frontier Communities to Improve Patient Outcomes and Reduce Health Care Costs*. Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 2016. **27**(4): p. 91-115.
102. Upshur, C., et al., *A randomized control trial of a chronic care intervention for homeless women with alcohol use problems*. J Subst Abuse Treat, 2015. **51**: p. 19-29.
103. Komaromy, M., et al., *Project ECHO (Extension for Community Healthcare Outcomes): A new model for educating primary care providers about treatment of substance use disorders*. Substance abuse, 2016. **37**(1): p. 20-24.
104. Baker, E., et al., *Refining a model of collaborative care for people with a diagnosis of bipolar, schizophrenia or other psychoses in England: A qualitative formative evaluation 11 Medical and Health Sciences 1117 Public Health and Health Services*. BMC Psychiatry, 2019. **19**(1).

105. Wharff, E.A., et al., *Family-Based Crisis Intervention With Suicidal Adolescents: A Randomized Clinical Trial*. *Pediatric Emergency Care*, 2019. **35**(3): p. 170-175.
106. Uspal, N.G., et al., *Use of a Dedicated, Non-Physician-led Mental Health Team to Reduce Pediatric Emergency Department Lengths of Stay*. *Acad Emerg Med*, 2016. **23**(4): p. 440-7.
107. Newton, A.S., et al., *Predicting time to emergency department return for anxiety disorders and acute stress reactions in children and adolescents: a cohort study*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2015. **50**(8): p. 1199-206.
108. Holder, S.M., et al., *The Impact of Mental Health Services in a Pediatric Emergency Department: The Implications of Having Trained Psychiatric Professionals*. *Pediatr Emerg Care*, 2017. **33**(5): p. 311-314.
109. McCullumsmith, C., et al., *Rapid follow-up for patients after psychiatric crisis*. *Community Ment Health J*, 2015. **51**(2): p. 139-44.
110. Merchant, R.C., et al., *Factors Influencing Uptake of Rapid HIV and Hepatitis C Screening Among Drug Misusing Adult Emergency Department Patients: Implications for Future HIV/HCV Screening Interventions*. *AIDS Behav*, 2015. **19**(11): p. 2025-35.
111. Okafor, M., et al., *Improving Quality of Emergency Care Through Integration of Mental Health*. *Community Mental Health Journal*, 2016. **52**(3): p. 332-342.
112. Stergiopoulos, V., et al., *The effect of brief case management on emergency department use of frequent users in mental health: Findings of a randomized controlled trial*. *PLoS ONE*, 2017. **12**(8).
113. Boudreaux, J.G., et al., *Using Mental Health Outreach Teams in the Emergency Department to Improve Engagement in Treatment*. *Community mental health journal*, 2016. **52**(8): p. 1009-1014.
114. Wand, T., et al., *Evaluating a new model of nurse-led emergency department mental health care in Australia; perspectives of key informants*. *International Emergency Nursing*, 2016. **24**: p. 16-21.
115. Wand, T., et al., *Evaluation of a nurse practitioner-led extended hours mental health liaison nurse service based in the emergency department*. *Aust Health Rev*, 2015. **39**(1): p. 1-8.
116. Erskine, D., B. Baumgartner, and S. Patterson, *Implementation and impact of an extended-hours service in mental health care: lessons learned*. *Australian Health Review*, 2015. **39**(5): p. 508-513.
117. SAMHSA-HRSA Center for Integrated Health Solutions. *A standard framework for levels of integrated healthcare and update throughout the document 2013*; Available from: <https://www.pcpcc.org/resource/standard-framework-levels-integrated-healthcare>.
118. Harvey, S.T., et al., *Evaluating a nurse-led community model of service for perinatal mental health*. *Collegian*, 2018. **25**(5): p. 525-531.
119. Amjad, H., et al., *Health Services Utilization in Older Adults with Dementia Receiving CareCoordination: The MIND at Home Trial*. *Health Services Research*, 2018. **53**(1): p. 556-579.
120. Hanson, L.C., et al., *Effect of the Goals of Care Intervention for Advanced Dementia: A Randomized Clinical Trial*. *JAMA Intern Med*, 2017. **177**(1): p. 24-31.
121. Wilberforce, M., et al., *Is integrated care associated with service costs and admission rates to institutional settings? An observational study of community mental health teams for older people in England*. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2016. **31**(11): p. 1208-1216.
122. Barnett, E.R., S.E. Cleary, and C.L. Donnelly, *Psychotropic Medications for Youth in Child Welfare: Developing and Pilot-Testing A Field Guide for Team Decision-Making*. *Journal of Public Child Welfare*, 2018. **12**(4): p. 492-513.
123. Burke, J.D. and R. Loeber, *The Effectiveness of the Stop Now and Plan (SNAP) Program for Boys at Risk for Violence and Delinquency*. *Prevention Science*, 2015. **16**(2): p. 242-253.
124. Blizzard, A.M., et al., *Impacts of a Medicaid Wraparound Model Demonstration Program on Youth Specialty Mental Health Services Use*. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 2017. **44**(3): p. 373-385.
125. Mandell, D.S., et al., *Effect of Outpatient Service Utilization on Hospitalizations and Emergency Visits Among Youths With Autism Spectrum Disorder*. *Psychiatric Services*, 2019. **70**(10): p. 888-893.

126. Anderson, K.K., et al., *Access and Health System Impact of an Early Intervention Treatment Program for Emerging Adults with Mood and Anxiety Disorders*. Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie, 2019. **64**(7): p. 492-500.
127. Fendrich, M., et al., *Impact of Mobile Crisis Services on Emergency Department Use Among Youths With Behavioral Health Service Needs*. Psychiatric Services, 2019. **70**(10): p. 881-887.
128. Buus, N., et al., *The association between Open Dialogue to young Danes in acute psychiatric crisis and their use of health care and social services: A retrospective register-based cohort study*. International Journal of Nursing Studies, 2019. **91**: p. 119-127.
129. Conway, P. and J. Clatworthy, *Innovations in Practice: Grow2Grow – engaging hard-to-reach adolescents through combined mental health and vocational support outside the clinic setting*. Child and Adolescent Mental Health, 2015. **20**(2): p. 112-115.
130. Dresser, K., H.B. Clark, and N. Deschenes, *Implementation of a Positive Development, Evidence-Supported Practice for Emerging Adults with Serious Mental Health Conditions: The Transition to Independence Process (TIP) Model*. J Behav Health Serv Res, 2015. **42**(2): p. 223-37.
131. Ghesquiere, A., M. Mackniak, and S. Valentino, *Outcomes of a model care coordination program for adults with mental illness under guardianship/conservatorship*. Social Work in Mental Health, 2019. **17**(1): p. 93-105.
132. Lettner, B.H., R.J. Doan, and A.W. Miettinen, *Housing outcomes and predictors of success: the role of hospitalization in street outreach*. Journal of psychiatric and mental health nursing, 2016. **23**(2): p. 98-107.
133. Holmes, A., et al., *Housing First: permanent supported accommodation for people with psychosis who have experienced chronic homelessness*. Australasian Psychiatry, 2017. **25**(1): p. 56-59.
134. Dore-Gauthier, V., et al., *Specialized assertive community treatment intervention for homeless youth with first episode psychosis and substance use disorder: A 2-year follow-up study*. Early Intervention in Psychiatry, 2018.
135. Baker, J., et al., *An Efficient Nurse Practitioner-Led Community-Based Service Model for Delivering Coordinated Care to Persons With Serious Mental Illness at Risk for Homelessness*. Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 2018. **24**(2): p. 101-108.
136. Drummond, C., et al., *Assertive Community Treatment For People With Alcohol Dependence: A Pilot Randomized Controlled Trial*. Alcohol Alcohol, 2017. **52**(2): p. 234-241.
137. Hawkins, E.J., et al., *Feasibility of a care management approach for complex substance use disorders and high acute services utilization*. Journal of Substance Abuse Treatment, 2018. **92**: p. 100-108.
138. Ho, S.B., et al., *Integrated Care Increases Treatment and Improves Outcomes of Patients With Chronic Hepatitis C Virus Infection and Psychiatric Illness or Substance Abuse*. Clinical Gastroenterology and Hepatology, 2015. **13**(11): p. 2005-2014.e3.
139. Watkins, K.E., et al., *Collaborative care for opioid and alcohol use disorders in primary care: the SUMMIT randomized clinical trial*. JAMA internal medicine, 2017. **177**(10): p. 1480-1488.
140. Walker, D.D., et al., *Maintenance Check-ups Following Treatment for Cannabis Dependence*. J Subst Abuse Treat, 2015. **56**: p. 11-5.
141. Malla, A., et al., *Comparing three-year extension of early intervention service to regular care following two years of early intervention service in first-episode psychosis: a randomized single blind clinical trial*. World Psychiatry, 2017. **16**(3): p. 278-286.
142. Nordentoft, M., et al., *From research to practice: how OPUS treatment was accepted and implemented throughout Denmark*. Early Interv Psychiatry, 2015. **9**(2): p. 156-62.
143. Secher, R.G., et al., *Ten-year follow-up of the OPUS specialized early intervention trial for patients with a first episode of psychosis*. Schizophr Bull, 2015. **41**(3): p. 617-26.
144. Albert, N., et al., *Five years of specialised early intervention versus two years of specialised early intervention followed by three years of standard treatment for patients with a first episode psychosis: randomised, superiority, parallel group trial in Denmark (OPUS II)*. BMJ, 2017. **356**: p. i6681.



145. Puntis, S., J. Oke, and B. Lennox, *Discharge pathways and relapse following treatment from early intervention in psychosis services*. *BJPsych Open*, 2018. **4**(5): p. 368-374.
146. Brewer, W.J., et al., *Intensive case management for high-risk patients with first-episode psychosis: service model and outcomes*. *Lancet Psychiatry*, 2015. **2**(1): p. 29-37.
147. Chang, W.C., et al., *Optimal duration of an early intervention programme for first-episode psychosis: randomised controlled trial*. *Br J Psychiatry*, 2015. **206**(6): p. 492-500.
148. Dixon, L.B., et al., *Implementing Coordinated Specialty Care for Early Psychosis: The RAISE Connection Program*. *Psychiatric Services*, 2015. **66**(7): p. 691-698.
149. Anderson, K.K. and P. Kurdyak, *Factors Associated with Timely Physician Follow-up after a First Diagnosis of Psychotic Disorder*. *Can J Psychiatry*, 2017. **62**(4): p. 268-277.
150. Kane, J.M., et al., *Comprehensive Versus Usual Community Care for First-Episode Psychosis: 2-Year Outcomes From the NIMH RAISE Early Treatment Program*. *American Journal of Psychiatry*, 2016. **173**(4): p. 362-372.
151. Ruggieri, M., et al., *Feasibility and Effectiveness of a Multi-Element Psychosocial Intervention for First-Episode Psychosis: Results From the Cluster-Randomized Controlled GET UP PIANO Trial in a Catchment Area of 10 Million Inhabitants*. *Schizophr Bull*, 2015. **41**(5): p. 1192-203.
152. Srihari, V.H., et al., *First-Episode Services for Psychotic Disorders in the U.S. Public Sector: A Pragmatic Randomized Controlled Trial*. *Psychiatr Serv*, 2015. **66**(7): p. 705-12.
153. Moncrieff, J., et al., *Results of a pilot cluster randomised trial of the use of a Medication Review Tool for people taking antipsychotic medication*. *BMC Psychiatry*, 2016. **16**(1).
154. Tepper, M.C., et al., *Mind the Gap: Developing an Integrated Behavioral Health Home to Address Health Disparities in Serious Mental Illness*. *Psychiatric Services*, 2017. **68**(12): p. 1217-1224.
155. Buchtemann, D., et al., *Hospital utilization outcome of an assertive outreach model for schizophrenic patients - results of a quasi-experimental study*. *Psychiatry Research*, 2016. **241**: p. 249-255.
156. Lee, C.C., et al., *From deinstitutionalization to recovery-oriented assertive community treatment in Hong Kong: What we have achieved*. *Psychiatry Research*, 2015. **228**(3): p. 243-250.
157. Mueller-Stierlin, A.S., et al., *Does one size really fit all? The effectiveness of a non-diagnosis-specific integrated mental health care program in Germany in a prospective, parallel-group controlled multi-centre trial*. *Bmc Psychiatry*, 2017. **17**.
158. Myers, R., *Fully-integrated medical home for people with severe and persistent mental illness: A description and outcome analysis of a medicare advantage chronic special needs program*. *Mental Illness*, 2018. **10**(2): p. 48-52.
159. Nugter, M.A., et al., *Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) Implementation: A Prospective Real Life Study*. *Community mental health journal*, 2016. **52**(8): p. 898.
160. Sytema, S., et al., *Adding evidence-based interventions to assertive community treatment: a feasibility study*. *Psychiatr Serv*, 2014. **65**(5): p. 689-92.
161. Titheradge, D. and A. Galea, *Continuity of care in a crisis resolution home treatment team*. *Progress in Neurology and Psychiatry*, 2019. **23**(01).
162. Vidal, S., et al., *Assertive Community Programs for Patients with Severe Mental Disorders: Are Benefits Sustained After Discharge?* *Community mental health journal*, 2019.
163. Clouse, K.M., K.A. Williams, and J.M. Harmon, *Improving the No-Show Rate of New Patients in Outpatient Psychiatric Practice: An Advance Practice Nurse-Initiated Telephone Engagement Protocol Quality Improvement Project*. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2017. **53**(2): p. 127-134.
164. Kalb, L.G., et al., *Improvement in Mental Health Outcomes and Caregiver Service Experiences Associated With the START Program*. *Ajidd-American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 2019. **124**(1): p. 25-34.
165. Hunt, C.M., M. Spence, and A. McBride, *The role of boundary spanners in delivering collaborative care: a process evaluation*. *BMC family practice*, 2016. **17**: p. 96.



166. Rogers, E.S., et al., *A Randomized Clinical Trial Investigating the Effect of a Healthcare Access Model for Individuals with Severe Psychiatric Disabilities*. Community mental health journal, 2016. **52**(6): p. 667-674.
167. Bouchery, E.E., et al., *Implementing a Whole Health Model in a Community Mental Health Center: Impact on Service Utilization and Expenditures*. Psychiatric services (Washington, D.C.), 2018. **69**(10): p. 1075-1080.
168. Wells, R., et al., *Community Mental Health Center Integrated Care Outcomes*. Psychiatric Quarterly, 2018. **89**(4): p. 969-982.
169. Breslau, J., et al., *Impact of a mental health based primary care program on emergency department visits and inpatient stays*. General Hospital Psychiatry, 2018. **52**: p. 8-13.
170. Gulliver, A., et al., *An evaluation of a tailored care program for complex and persistent mental health problems: Partners in Recovery program*. Evaluation and program planning, 2018. **68**: p. 99-107.
171. Hastrup, L.H. and J. Aagaard, *Costs and outcome of assertive community treatment (ACT) in a rural area in Denmark: 4-year register-based follow-up*. Nordic Journal of Psychiatry, 2015. **69**(2): p. 110-117.
172. Grimholt, T.K., et al., *Structured follow-up by general practitioners after deliberate self-poisoning: a randomised controlled trial.(Report)*. BMC Psychiatry, 2015. **15**(1).
173. Kivelitz, L., et al., *Effectiveness of telephone-based aftercare case management for adult patients with unipolar depression compared to usual care: A randomized controlled trial*. PLoS ONE, 2017. **12**(10).
174. Kordy, H., et al., *Internet-Delivered Disease Management for Recurrent Depression: A Multicenter Randomized Controlled Trial*. Psychotherapy and Psychosomatics, 2016. **85**(2): p. 91-98.
175. Marcus, S.C., et al., *Outpatient Follow-Up Care and Risk of Hospital Readmission in Schizophrenia and Bipolar Disorder*. Psychiatric Services, 2017. **68**(12): p. 1239-1246.
176. Schulze, L.N., et al., *Improving Medication Adherence With Telemedicine for Adults With Severe Mental Illness*. Psychiatric Services, 2019. **70**(3): p. 225-228.
177. Tomita, A. and D.B. Herman, *The role of a critical time intervention on the experience of continuity of care among persons with severe mental illness after hospital discharge*. Journal of Nervous and Mental Disease, 2015. **203**(1): p. 65-70.
178. Jackson, C., et al., *Readmission Patterns and Effectiveness of Transitional Care Among Medicaid Patients With Schizophrenia and Medical Comorbidity*. North Carolina medical journal, 2015. **76**(4): p. 219-226.
179. Kerkemeyer, L., et al., *Effectiveness and cost-effectiveness of an integrated care program for schizophrenia: an analysis of routine data*. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 2018. **268**(6): p. 611-619.
180. Anderson, D., et al., *NYC START, a new model for securing needed services for people hospitalized with early psychosis*. Early Intervention in Psychiatry, 2018. **12**: p. 57.
181. Lucksted, A., et al., *Client Views of Engagement in the RAISE Connection Program for Early Psychosis Recovery*. Psychiatric Services, 2015. **66**(7): p. 699-704.
182. Bonsack, C., et al., *Linking primary and secondary care after psychiatric hospitalization: Comparison between transitional case management setting and routine care for common mental disorders*. Frontiers in Psychiatry, 2016. **7**(JUN).
183. Muroff, J., et al., *Use of a Smartphone Recovery Tool for Latinos with Co-Occurring Alcohol and Other Drug Disorders and Mental Disorders*. Journal of Dual Diagnosis, 2017. **13**(4): p. 280-290.
184. Nielsen, A.S. and B. Nielsen, *Outreach visits improve referral of alcohol dependent patients from psychiatric hospital to continued care. A randomized trial*. Nordic Journal of Psychiatry, 2018. **72**(4): p. 303-310.
185. Proctor, S.L., et al., *AiRCare: A Naturalistic Evaluation of the Effectiveness of a Protracted Telephone-Based Recovery Assistance Program on Continuing Care Outcomes*. Journal of Substance Abuse Treatment, 2017. **73**: p. 9-15.
186. Reif, S., et al., *Reducing Behavioral Health Inpatient Readmissions for People With Substance Use Disorders: Do Follow-Up Services Matter?* Psychiatr Serv, 2017. **68**(8): p. 810-818.

187. Wimberly, A.S., J.M. Hyatt, and J.R. McKay, *Effect of continuing care for people with cocaine dependence on criminal justice sentences*. Behav Sci Law, 2018. **36**(1): p. 116-129.
188. Schaftenaar, P., et al., *Relational caring and contact after treatment. An evaluation study on criminal recidivism*. International Journal of Law and Psychiatry, 2018. **60**: p. 45-50.
189. Marquant, T., et al., *Forensic Assertive Community Treatment in a Continuum of Care for Male Internees in Belgium: Results After 33 Months*. Community Ment Health J, 2018. **54**(1): p. 58-65.
190. Bursac, R., et al., *Boundary-Spanning Care: Reducing Psychiatric Rehospitalization and Self-Injury in a Jail Population*. Journal of correctional health care : the official journal of the National Commission on Correctional Health Care, 2018. **24**(4): p. 365-370.
191. Roos, E., O. Bjerkeset, and A. Steinsbekk, *Health care utilization and cost after discharge from a mental health hospital; An RCT comparing community residential aftercare and treatment as usual*. BMC Psychiatry, 2018. **18**(1).
192. Velligan, D.I., et al., *Engagement-focused care during transitions from inpatient and emergency psychiatric facilities*. Patient Preference and Adherence, 2017. **11**: p. 919-928.
193. Frost, B.G., et al., *Implementation of a recovery-oriented model in a sub-acute Intermediate Stay Mental Health Unit (ISMHU)*. BMC Health Serv Res, 2017. **17**(1): p. 2.
194. Kasmani, S.S., E.C.L. Goh, and K. Lee, *A Multilevel Bidirectional Linkage Model in Enhancing Continuity of Psychiatric Care*. Health & Social Work, 2018. **43**(2): p. 126-130.
195. Khanbhai, Y., M. Nance, and D. Smith, *The development and implementation of a discharge checklist for psychiatric inpatients: a pilot study*. Australasian Psychiatry, 2018. **26**(3): p. 259-262.
196. Watson-Fargie, T. and R. Cheape, *Ensuring quality immediate discharge letters from mental health*. Int J Health Care Qual Assur, 2018. **31**(6): p. 545-551.
197. Haselden, M., et al., *Family Involvement in Psychiatric Hospitalizations: Associations With Discharge Planning and Prompt Follow-Up Care*. Psychiatric services (Washington, D.C.), 2019: p. appips201900028.
198. Abraham, O., et al., *Assessing need for pharmacist involvement to improve care coordination for patients on LAI antipsychotics transitioning from hospital to home: A work system approach*. Research in social & administrative pharmacy : RSAP, 2017. **13**(5): p. 1004-1013.
199. Lay, B., et al., *Preventing compulsory admission to psychiatric inpatient care using psycho-education and monitoring: feasibility and outcomes after 12 months*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 2015. **265**(3): p. 209-17.
200. Matarazzo, B.B., et al., *Efficacy of the Home-Based Mental Health Evaluation (HOME) Program for Engaging Patients in Care After Hospitalization*. Psychiatric Services, 2019. **70**(12): p. 1094-1100.
201. Molfenter, T., et al., *Reducing Psychiatric Inpatient Readmissions Using an Organizational Change Model*. Wmj, 2016. **115**(3): p. 122-8.
202. Smith, T.E., et al., *Psychiatric Inpatient Discharge Planning Practices and Attendance at Aftercare Appointments*. Psychiatric Services, 2017. **68**(1): p. 92-95.
203. Hegedüs, A., et al., *Outcomes and feasibility of the short transitional intervention in psychiatry in improving the transition from inpatient treatment to the community: A pilot study*. International journal of mental health nursing, 2018. **27**(2): p. 571-580.
204. Hengartner, M.P., et al., *The role of perceived social support after psychiatric hospitalisation: Post hoc analysis of a randomised controlled trial testing the effectiveness of a transitional intervention*. International Journal of Social Psychiatry, 2017. **63**(4): p. 297-306.
205. Hengartner, M.P., et al., *The Post-Discharge Network Coordination Programme: A Randomized Controlled Trial to Evaluate the Efficacy of an Intervention Aimed at Reducing Rehospitalizations and Improving Mental Health*. Frontiers in Psychiatry, 2016. **7**(27).
206. Humensky, J.L., et al., *Factors Associated With Outpatient Visit Attendance After Discharge From Inpatient Psychiatric Units in a New York City Hospital*. Psychiatr Serv, 2017. **68**(6): p. 624-627.

207. Taylor, C., et al., *Effectiveness of a Brief Care Management Intervention for Reducing Psychiatric Hospitalization Readmissions*. The journal of behavioral health services & research, 2016. **43**(2): p. 262-271.
208. Rachael, G., et al., *Key features of an innovative sub-acute residential service for young people experiencing mental ill health*. BMC Psychiatry, 2019. **19**(1): p. 1-13.
209. Rengasamy, M. and G. Sparks, *Reduction of Postdischarge Suicidal Behavior Among Adolescents Through a Telephone-Based Intervention*. Psychiatric Services, 2019. **70**(7): p. 545-552.
210. Rickwood, D., N. Van Dyke, and N. Telford, *Innovation in youth mental health services in Australia: common characteristics across the first headspace centres*. Early Interv Psychiatry, 2015. **9**(1): p. 29-37.
211. Levesque, J.F., M.F. Harris, and G. Russell, *Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations*. Int J Equity Health, 2013. **12**: p. 18.
212. Malas, N., *Building bridges with primary care providers across the state: The Michigan child collaborative care program (MC3)*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2017. **56**(10): p. S106.
213. Gröne, O. and M. Garcia-Barbero, *Integrated care*. International Journal of Integrated Care, 2001. **1**(2).
214. Doherty, W.J., S.H. McDaniel, and M.A. Baird, *Five levels of primary care/behavioral healthcare collaboration*. Behav Healthc Tomorrow, 1996. **5**(5): p. 25-7.
215. Scaioli, G., et al., *Communication between general practitioners and medical specialists in the referral process: a cross-sectional survey in 34 countries*. BMC Family Practice, 2020. **21**(1).
216. Straus, J.H. and B. Sarvet, *Behavioral Health Care For Children: The Massachusetts Child Psychiatry Access Project*. Health Affairs, 2014. **33**(12): p. 2153-2161.
217. Myers, K.M., et al., *Child and adolescent telepsychiatry: variations in utilization, referral patterns and practice trends*. Journal of Telemedicine and Telecare, 2010. **16**(3): p. 128-133.
218. Hilty, M.D., et al., *An Update on Telepsychiatry and How It Can Leverage Collaborative, Stepped, and Integrated Services to Primary Care*. Psychosomatics, 2018. **59**(3): p. 227-250.
219. Karam, M., et al., *Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research*. Int J Nurs Stud, 2018. **79**: p. 70-83.
220. Bussu, S. and M. Marshall, *Organisational development to support integrated care in East London: the perspective of clinicians and social workers on the ground*. Journal of Health Organization and Management, 2020: p. 17.
221. Wyngaerden, F., et al., *Social support network and continuity of care: an ego-network study of psychiatric service users*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2019. **54**(6): p. 725-735.
222. Rosic, T., et al., *Trends and Predictors of Repeat Mental Health Visits to a Pediatric Emergency Department in Hamilton, Ontario*. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2019. **28**(2): p. 82-90.
223. Tricco, A.C., et al., *Effectiveness of quality improvement strategies for coordination of care to reduce use of health care services: a systematic review and meta-analysis*. Canadian Medical Association Journal, 2014. **186**(15): p. E568.
224. Wise-Harris, D., et al., *"Hospital was the Only Option": Experiences of Frequent Emergency Department Users in Mental Health*. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 2017. **44**(3): p. 405-412.
225. Joo, J.Y. and M.F. Liu, *Case management effectiveness in reducing hospital use: a systematic review*. International Nursing Review, 2017. **64**(2): p. 296-308.
226. Hudon, C., et al., *Key factors of case management interventions for frequent users of healthcare services: a thematic analysis review*. Bmj Open, 2017. **7**(10).
227. Poremski, D., et al., *Improving continuity of care for frequent users of emergency departments: service user and provider perspectives*. Gen Hosp Psychiatry, 2016. **40**: p. 55-9.
228. McGorry, P.D., et al., *EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management*. Schizophr Bull, 1996. **22**(2): p. 305-26.

229. Birchwood, M., P. McGorry, and H. Jackson, *Early intervention in schizophrenia*. The British journal of psychiatry : the journal of mental science, 1997. **170**: p. 2-5.
230. Fazel, S., J.R. Geddes, and M. Kushel, *The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations*. Lancet (London, England), 2014. **384**(9953): p. 1529-1540.
231. Currie, L.B., et al., *Continuity of Care among People Experiencing Homelessness and Mental Illness: Does Community Follow-up Reduce Rehospitalization?* Health services research, 2018. **53**(5): p. 3400-3415.
232. Remschmidt, H. and M. Belfer, *Mental health care for children and adolescents worldwide: a review*. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA), 2005. **4**(3): p. 147-153.
233. World Health Organization. *Mental health of older adults*. 2017; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.
234. Tobon, J.I., G.J. Reid, and J.B. Brown, *Continuity of Care in Children's Mental Health: Parent, Youth and Provider Perspectives*. Community Mental Health Journal, 2015. **51**(8): p. 921-930.
235. Isaacs, A., et al., *Care Coordination Can Reduce Unmet Needs of Persons With Severe and Persistent Mental Illness*. Frontiers in psychiatry, 2019. **10**: p. 563-563.
236. Hannigan, B., et al., *Care Coordination as Imagined, Care Coordination as Done: Findings from a Cross-national Mental Health Systems Study*. International Journal of Integrated Care, 2018. **18**(3): p. 14.
237. Tindall, M.R., et al., *The missing voice of engagement: an exploratory study from the perspectives of case-managers at an early intervention service for first-episode psychosis*. BMC Psychiatry, 2019. **19**(1): p. 312.
238. Druss, B.G. and H.H. Goldman, *Integrating Health and Mental Health Services: A Past and Future History*. American Journal of Psychiatry, 2018. **175**(12): p. 1199-1204.
239. McGorry, P.D., T. Bates, and M. Birchwood, *Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK*. Br J Psychiatry Suppl., 2013. **54**:s(30-35).
240. Høyem, A., et al., *Keeping one step ahead: A qualitative study among Norwegian health-care providers in hospitals involved in care coordination for patients with complex needs*. International Journal of Care Coordination, 2018. **21**(1-2): p. 15-25.
241. Rachas, A., et al., *Evaluating Continuity During Transfer to Adult Care: A Systematic Review*. Pediatrics, 2016. **138**(1): p. e20160256.
242. Schmidt, A., et al., *Outcomes of Pediatric to Adult Health Care Transition Interventions: An Updated Systematic Review*. Journal of Pediatric Nursing-Nursing Care of Children & Families, 2020. **51**: p. 92-107.
243. Fazel, S. and J. Danesh, *Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys*. Lancet, 2002. **359**(9306): p. 545-550.
244. Hu, C., et al., *"When you first walk out the gates...where do you go?": Barriers and opportunities to achieving continuity of health care at the time of release from a provincial jail in Ontario*. Plos One, 2020. **15**(4).
245. Lennox, C., et al., *Critical Time Intervention: a qualitative study of the perspectives of prisoners and staff*. Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 2020. **31**(1): p. 76-89.
246. Hopkin, G., et al., *Interventions at the Transition from Prison to the Community for Prisoners with Mental Illness: A Systematic Review*. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 2018. **45**(4): p. 623-634.
247. Nicaise, P., et al., *Healthcare system performance in continuity of care for patients with severe mental illness: A comparison of five European countries*. Health Policy, 2020. **124**(1): p. 25-36.

