

Rapport 43

Juni 2020

Referentiekader over continuïteit in de zorg voor personen met geestelijke gezondheidsproblemen

Onderzoeker: Sofie Hermans¹, dr. Aline Sevenants¹

Promotor: Prof. Dr. Chantal Van Audenhove¹

¹ 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 artikels 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 artikels: 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"> • <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? • <i>Comprehensiveness</i> – worden er interventies gepland om tegemoet te komen aan de individuele noden van elke patiënt? • <i>Accessibility</i> – kan de patiënt de voorzieningen bereiken die hij/zij nodig heeft? 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Continuity of contact</i> – blijft de dienst in contact met de patiënt? • <i>Continuity of service provider</i> – kan de patiënt consistent terecht bij dezelfde zorgverleners en/of dezelfde diensten? • <i>Continuity through discharges and transfers</i> – verlopen overgangen tussen organisaties soepel, snel en adequaat gepland? • <i>Implementation of service plans</i> – worden plannen voor interventies daadwerkelijk gerealiseerd?

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).

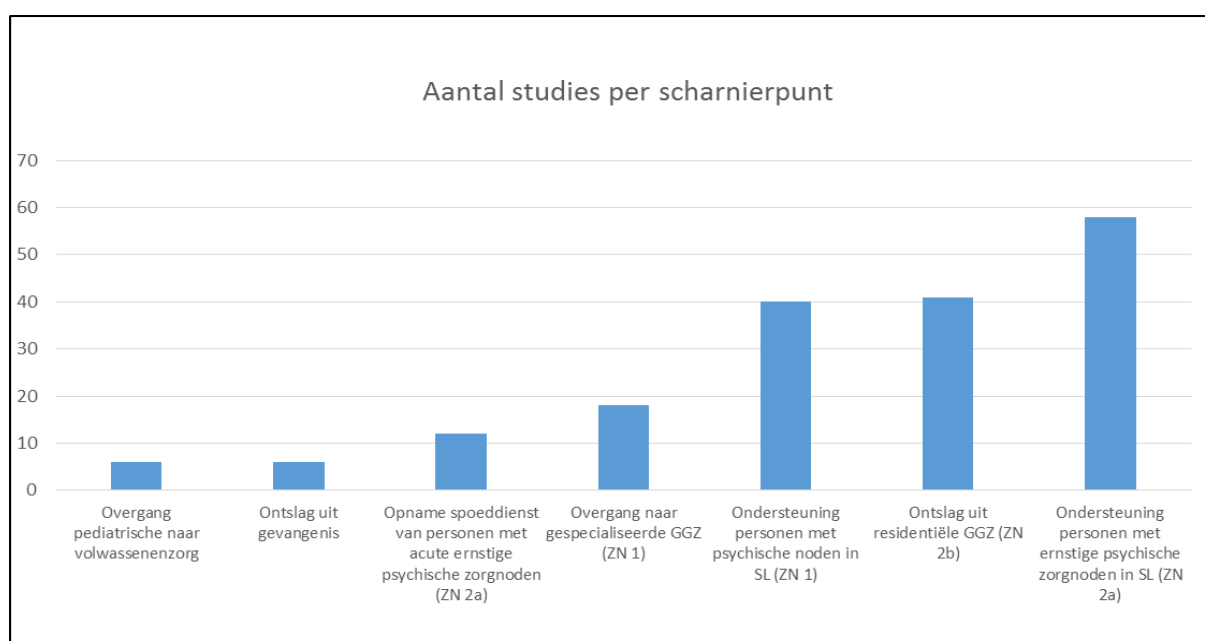
Vele vroege studies focussen op opvolging na hospitalisatie omwille van acute psychiatrische crisis (Burns et al., 2009). Longitudinale veranderingen in zorgcontinuïteit worden zelden nagegaan (Adair et al., 2003; Burns et al., 2009). Ook in het onderzoek van Goldman, Spaeth- Rublee, Nowels, Ramanuj 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.