



Het Mobiel Crisis Team

RESEAU: Noord-West-Vlaanderen

PERSONNE DE CONTACT: Kim Vanderhaeghen

TELEPHONE: 050 47 01 50

MAIL : 2a.kernteam@RESEAUggzregionw-vl.be

SITE WEB: www.RESEAUggzregiow-vl.be

Het Mobiel Crisis Team (MCT) Noord-West-Vlaanderen werd opgestart in maart 2012 als pilootproject in het kader van artikel 107. De werking situeert zich binnen functie 2 van artikel 107 met als promotoren PZ OLV Brugge en PC Sint-Amandus Beernem. Het team werd opgericht in een samenwerkingsverband tussen vijf verschillende partners (3 psychiatrische ziekenhuizen en 2 algemene ziekenhuizen). Het MCT biedt de mogelijkheid om (jong)volwassenen met een acute psychiatrische problematiek in de thuiscontext te begeleiden en behandelen. Het MCT werkt nauw samen met een uitgebreid netwerk van partners en heeft als belangrijkste doelstelling het voorkomen of verkorten van een residentiële opname of het vermijden van herval. Het team is multidisciplinair samengesteld en bestaat uit 2 psychiaters, een teamverantwoordelijke, een klinisch psycholoog, drie maatschappelijk werkers en acht psychiatrisch verpleegkundigen. Aanmeldingen kunnen gebeuren via de huisarts, behandelend psychiater, spoeddiensten of PET (Psychiatrisch Expertiseteam) en worden binnen de 24 uren behandeld.

La « Mobiel Crisisteam Noord-West-Vlaanderen » a démarré le 12 mars 2012 en tant que projet pilote de l'article 107. Son action s'inscrit dans le cadre de la fonction 2 de l'article 107, avec comme promoteurs l'hôpital psychiatrique OLV Brugge et le centre psychiatrique Sint-Amandus Beernem. L'équipe est née de la collaboration entre cinq partenaires (3 hôpitaux psychiatriques et 2 hôpitaux généraux).

La MCT offre la possibilité d'accompagner et de traiter à domicile des (jeunes) adultes présentant une problématique psychiatrique aiguë. Elle travaille en étroite collaboration avec un vaste réseau de partenaires et a pour principal objectif de prévenir/écourter une prise en charge résidentielle ou d'éviter les rechutes. L'équipe est multidisciplinaire et compte deux psychiatres, un responsable d'équipe, un psychologue clinicien, trois travailleurs sociaux et huit infirmiers psychiatriques. Les situations peuvent être orientées par le médecin généraliste, le psychiatre traitant, les services d'urgence ou la PET (équipe d'expertise psychiatrique) et sont traités dans les 24 heures.

1. De geestelijke gezondheidszorg in België

De geestelijke gezondheidszorg in België wordt gekenmerkt door relatief veel psychiaters (met de laatste jaren een dalende instroom), een uitgebreid residentieel aanbod en weinig mogelijkheid tot thuisbegeleiding (Hermans et al., 2012; WHO, 2008 & 2012; Vandeurzen, 2010). Observaties vanuit de zorgnetwerken toonden een gebrekkige samenwerking en communicatie aan tussen de verschillende GGZ actoren en een tekort aan expertise in de eerste lijn. Een snelle, efficiënte weg naar de gepaste zorg is voor de patiënt niet steeds eenvoudig. Artikel 107 poogt hierop een antwoord te kunnen geven.

Met reeds drie jaar ervaring in functie 2a in de regio Noord-West-Vlaanderen willen wij u een overzicht geven van de werking van ons Mobiel Crisisteam. Daarnaast geven we een overzicht van de verzamelde statistische gegevens m.b.t. de patiëntenpopulatie, in- en uitstroom, samenwerking met netwerkpartners en outcome monitoring. Tot slot presenteren wij u de resultaten van onze tevredenheidsenquête.

2. Artikel 107 in de regio Noord-West-Vlaanderen

Het Mobiel Crisisteam Noord-West-Vlaanderen werd opgestart op 12 maart 2012 als pilootproject in het kader van artikel 107. De werking situeert zich binnen functie 2 van artikel 107 met als promotoren PZ OLV Brugge en PC Sint-Amandus Beernem. Het team werd opgericht in een samenwerkingsverband tussen vijf verschillende partners (3 psychiatrische ziekenhuizen en 2 algemene ziekenhuizen). Het MCT biedt de mogelijkheid om (jong)volwassenen met een acute psychiatrische problematiek in de thuiscontext te begeleiden en behandelen.

Het Mobiel Crisisteam werkt nauw samen met een uitgebreid netwerk van partners en heeft als belangrijkste doelstelling het voorkomen of verkorten van een residentiële opname of het vermijden van herval. Het team is multidisciplinair samengesteld en bestaat naast 2 psychiaters uit 13 leden: een teamverantwoordelijke, een klinisch psycholoog, drie maatschappelijk werkers en acht psychiatrisch verpleegkundigen. In totaal is er sprake van 12,15 FTE. Beide psychiaters zijn elk 12 uren verbonden aan het MCT.

3. Werking Mobiel Crisisteam

Een *aanmelding* bij het Mobiel Crisisteam kan gebeuren via de huisarts, de psychiater of het Psychiatrisch Expertiseteam (PET, een regionale dienst voor vroegdetectie en -interventie). Het Mobiel Crisisteam is daartoe 7 dagen op 7 te bereiken van 8u tot 22u. Hierbij is het van belang dat zowel de patiënt als de huisarts toestemming geven om de begeleiding op te starten. Naast het informed consent zijn ook de regio en leeftijd van belang: is de patiënt tussen de 16 en 65 jaar en woont hij/zij in het werkingsgebied van 498 km² met 212 687 inwoners? (cfr. Figuur 1). Indien aan deze voorwaarden (cfr. Tabel 1) is voldaan, wordt de intake gepland binnen de 24u na aanmelding.



3

Inclusiecriteria
1. Aanwezigheid van acute psychiatrische problemen.
2. Leeftijd tussen 16 en 65 jaar.
3. "Informed consent" van de patiënt om de begeleiding op te starten.
4. Aanmelding via huisarts, psychiater, EPSI (Eenheid voor Psychiatrische SpoedInterventie) of PET (Psychiatrisch Expertise Team).
5. Het ambulante werkingsmodel kan voldoende omkadering bieden m.b.t. de pathologie.
6. Verblijfadres in werkingsgebied (498 km ² , 212 687 inwoners).

Tabel 1

Binnen de 72 uur na de aanmelding volgt een consult bij de *psychiater*. Dit gaat gezien de beperkte beschikbaarheid van de psychiaters, 24 uren in totaal, indien mogelijk door in de lokalen van het MCT doch kan ook ter plaatse gebeuren op indicatie. Vervolgens gaat ook de *psycholoog* langs bij de patiënt en wordt het behandelingsplan opgemaakt met doelstellingen op maat.

Dagelijks wordt een *zorgoverleg* georganiseerd met aanwezigheid van de teamcoördinator, psychiater en psycholoog. Hierbij worden alle geïnccludeerde casussen besproken, waarbij gefocust wordt op de vooropgestelde doelstellingen bij aanvang van het traject. De eerste week van de begeleiding worden doorgaans dagelijks huisbezoeken gepland, waarna de frequentie gradueel afneemt naargelang de evolutie van het toestandsbeeld. Tijdens de begeleiding gebeurt er een frequente risicotaxatie, wordt de progressie in teamverband geëvalueerd en staat de psychiater in voor opvolging van het medisch beleid. Er wordt van meet af aan sterk ingezet op hervalpreventie. Indien nodig, wordt een geschikte vervolgbehandeling geïnstalleerd.

Tijdens de begeleiding wordt nauw samengewerkt met het netwerk: de verwijzer, huisarts en behandelend psychiater blijven de spilfiguren in de zorg en worden actief betrokken bij de begeleiding. Door hulp in de thuiscontext worden partners, kinderen en andere familieleden of steunfiguren nauw betrokken. Daarnaast biedt de aanwezigheid in het thuismilieu ook een meerwaarde in het zicht krijgen op de problematiek en de mogelijkheden van de patiënt.

Als *werkingsmodel* gebruikt het MCT het korte oplossingsgericht systeemtherapeutisch kader, waarbij zowel de patiënt als omgeving centraal staan. In 1987 werd in België het Korzybski instituut opgericht, waar op het model van oplossingsgerichte psychotherapie uit de Verenigde Staten werd verder gebouwd en waaruit zich het "Brugse model" van de oplossingsgerichte systeemtherapie ontwikkelde (Isebaert et al., 2007; Le Fevere de ten Hove, 2000). Hierin staat de relatie met de patiënt centraal en wordt de focus gelegd op het bevorderen van ziekte-inzicht en op de opmaak van een duidelijk behandelplan in samenspraak met de patiënt, waarbij gewerkt wordt aan het verbeteren van de copingstrategieën, participatie, herstel en "empowerment". Meta-analyses van studies wijzen op een goede effectiviteit en brede toepasbaarheid (Stams et al., 2006; Macdonald A.J., 2007).

Bij *afronding* na 4 tot 6 weken, wordt de begeleiding geëvalueerd door de patiënt en het team. De huisarts en behandelend psychiater worden telefonisch en via een ontslagbrief op de hoogte gebracht.

4. Resultaten

Werkingsjaar 2013

2013 was het eerste volledige werkingsjaar met 299 aanmeldingen, waarvan er uiteindelijk 212 patiënten werden begeleid. Van 12 maart 2012 tot 31 december 2012 waren er 179 aanmeldingen, met 128 inclusies. Er was dus sprake van een forse toename in het aantal aanmeldingen. De frequentste reden voor exclusie in 2013 was afwezigheid van acute crisis (44.8%). De belangrijkste aanmelders waren de huisartsen (32.8%), de psychiaters (29,8%) en de eenheid voor psychiatrische spoedinterventie (27.8%). Bij de aanmelders hielden we ook rekening met de zogenaamde “originele verwijzers” die een aanmelding deden in overleg met de officiële aanmelders, bijvoorbeeld wanneer een psycholoog een huisarts contacteert met vraag naar mogelijkheid van inschakeling MCT en de huisarts vervolgens aanmeldt.

Uitgezet volgens zorgniveau komen we uit op een meerderheid van aanmeldingen via de tweede lijn. Bij de uiteindelijk geïnccludeerde patiënten vonden we gelijkaardige verhoudingen terug. De grootste aanmelder per functie zoals beschreven volgens artikel 107¹ was de residentiële sector, functie 4 (cfr. Figuur 4). Een groot deel van de aanmeldingen uit de residentiële sector was afkomstig vanuit de eenheid voor psychiatrische spoedinterventie van de algemene ziekenhuizen.

De primaire doelstelling bij aanmelding was in de overgrote meerderheid opnamevoorkomend. Ook doorverwijzingen vanuit diensten voor urgentiepsychiatrie beschouwden we toch als opnamevoorkomend daar de opname op dergelijke afdeling maximaal 72u bedraagt en patiënt zijn residentieel traject niet verderzet intern of extern. Bij 10% van de inclusies was de begeleiding gericht op het verkorten van een behandelopname en bij 1% ging het om een overbrugging tot opname.

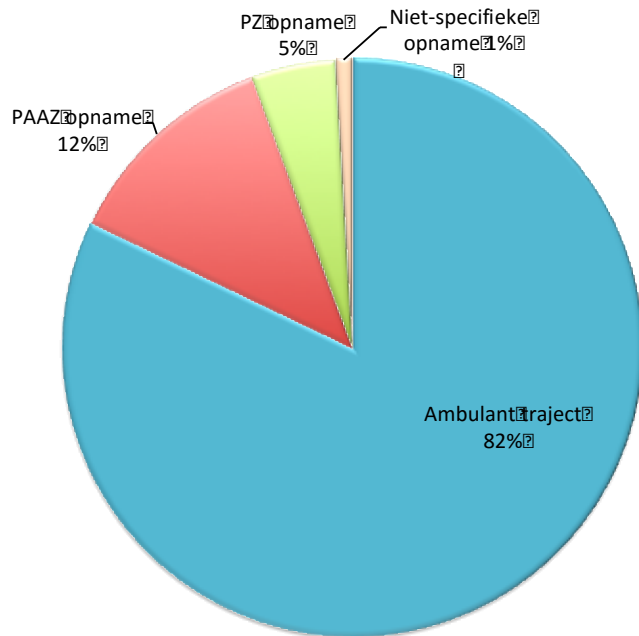
De gemiddelde leeftijd van de geïnccludeerde patiënt was 36.9 jaar, waarbij er beduidend meer vrouwen (66.5%) worden begeleid in vergelijking met mannen (33.5%). 44% van de geïnccludeerde patiënten was alleenstaand, waarvan bijna 1/3 alleenstaande ouder. De overgrote meerderheid was niet actief op de arbeidsmarkt (56%).

Diagnostisch was er hoofdzakelijk sprake van depressieve stoornissen. 55% van de geïnccludeerden werden gevolgd door een psychiater op het moment van aanmelding. Bij 59% van de patiënten zagen we comorbiditeit, waarvan het merendeel een middelenproblematiek of een persoonlijkheidsstoornis heeft. 60.8% kende reeds een niet-aansluitende opname in de voorgeschiedenis (exclusief de eenheid voor psychiatrische spoedinterventie) voor de MCT-begeleiding.

De gemiddelde duur van een begeleiding bedroeg 29.1 dagen met gemiddeld 13.4 huisbezoeken per patiënt. Door het MCT werden in totaal gemiddeld 8 huisbezoeken per dag uitgevoerd.

¹ We categoriseerden de verwijzers onder de verschillende functies, gebaseerd op de richtlijnen vanuit artikel 107 (2010). Functie 1: huisartsen, diensten voor vroegdetectie en –interventie; Functie 2: verwijzingen vanuit ambulante centra zoals CGG, privé praktijk psychiater; Functie 3: verwijzingen vanuit ambulante centra voor psychosociale revalidatie; Functie 4: verwijzingen vanuit de residentiële sector (PAAZ, PZ); Functie 5: verwijzingen vanuit de woonvormen zoals Beschut Wonen.

Bij afronding (cfr. Figuur 3) wordt er een verder ambulant traject geadviseerd in 82.1% van de gevallen: opvolging door de huisarts (100%), een ambulant psychiater (65.5%), een ambulant psycholoog (30.5%), het CGG (15.5%) etc. 17.9% ging in opname, waarvan 12.3% op een PAAZ en 4.7% in een PZ. Bij 15.1% was de opname niet gepland bij intake. 1.4% werd gedwongen opgenomen. Bij slechts 6.6% was er ontslag op eigen vraag, vooraleer het geplande traject was vervolledigd.

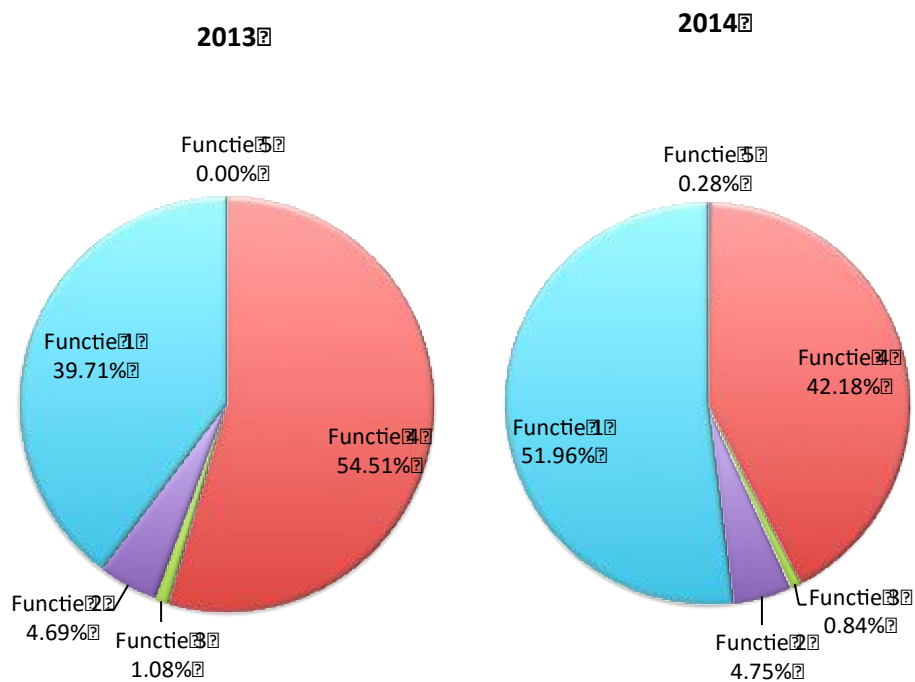


Figuur 3: Advies bij afronding in 2013.

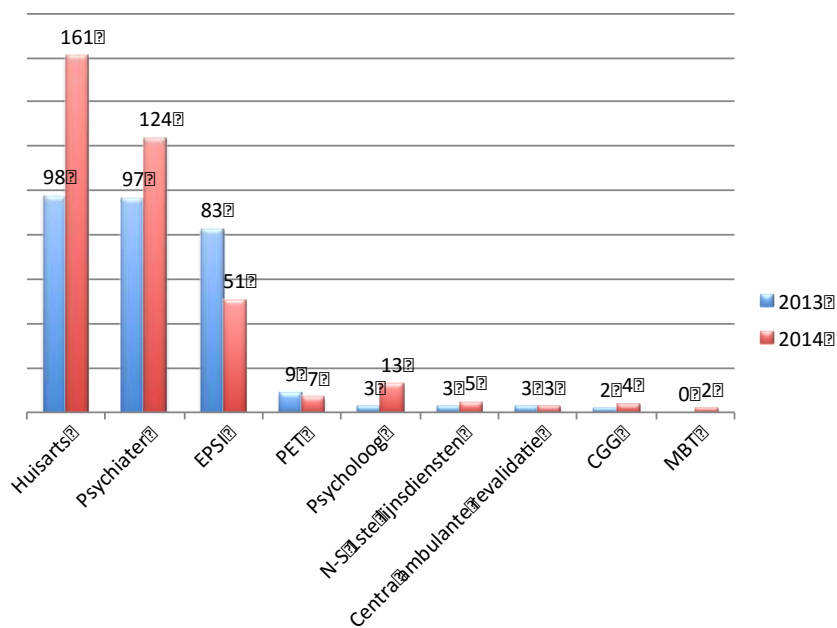
Werkingsjaar 2014

Het aantal aanmeldingen bleef verder stijgen met een gemiddelde van 31 per maand. In 2014 was er sprake van 268 inclusies. Het aandeel van de huisartsen in het aantal aanmeldingen steeg daarbij verder naar 43%. Er is een duidelijke toename van aanmeldingen via de huisarts na overleg met de behandelend psycholoog. Wanneer we het aantal aanmeldingen in 2014 uitzetten volgens zorgniveau verschuift de meerderheid naar de eerste lijn en functie 1 (cfr. Figuur 4, Figuur 5). De gemiddelde duur van begeleiding daalde naar 27 dagen. De primaire doelstelling blijft in het grootste deel van de casussen opnamevoorkomend (86%). Socio-demografisch en diagnostisch werden dezelfde trends waargenomen (cfr. Figuur 6).

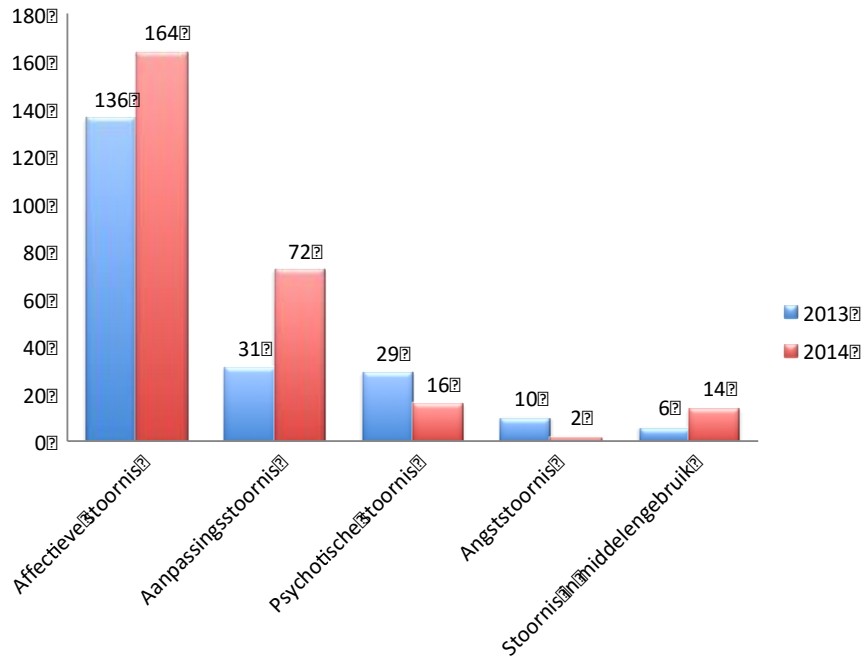
Ongeveer 20% van de geïnccludeerde patiënten werd tijdens de begeleiding opgenomen. Het percentage gedwongen opnames bedroeg 1,1%. Vroegtijdige afronding op eigen initiatief steeg naar 11%, toch een opmerkelijk verschil met het jaar voordien. 46% werd bij inclusie reeds behandeld door een psychiater.



Figuur 4: Aantal aanmeldingen volgens verwijzing per functie in 2014.



Figuur 5: Aantal aanmeldingen per verwijzer in 2013 en 2014.



Figuur 6: Primaire symptomatologie in 2013 en 2014.

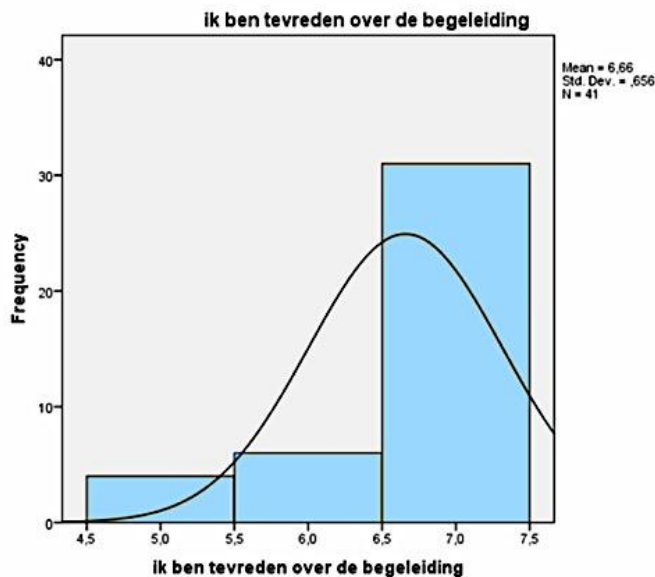
5. Tevredenheidsenquête

Tevredenheid over verleende zorg is een ruim en complex begrip. Om dit te zo objectief mogelijk te evalueren werd in 2014 een tevredenheidsenquête afgenomen bij de patiënten in afrondingsfase. Er werd gepeild naar algemene tevredenheid en verder werd er ook een specifiekere bevraging afgenomen rond de praktische werking, inhoudelijke begeleiding, opstart en afronding. Ook vergelijkende aspecten omtrent mobiele en residentiële zorg kwamen aan bod, waarbij we willen onderstrepen dat slechts de helft van de patiënten ooit een residentieel traject kende in de voorgeschiedenis en de resultaten m.b.t. deze vragen mogelijks minder representatief zijn.

De enquête werd tussen april en oktober 2014 afgenomen en bestond uit een vragenlijst van 39 items die positief en negatief omschreven werden volgens een 7-punts-Likert schaal. Ze werd standaard aan alle patiënten gegeven in het voorlaatste huisbezoek en er werd gevraagd de enquête terug te bezorgen onder gesloten omslag. Wij kregen 50 ingevulde enquêtes terug waarvan er 41 als bruikbaar werden geëvalueerd.

Uit de resultaten blijken patiënten op alle subcategorieën een hoge gemiddelde score te geven met een lage standaarddeviatie, wat erop duidt dat de gegeven scores onder de geëvalueerden dicht bij elkaar aansluiten. De subcategorie die de tevredenheid van de opstart naging kreeg gemiddeld 6,51/7. De werking scoort gemiddeld 5,95/7, de begeleiding scoort gemiddeld 5,83/7. De afronding tenslotte scoort 5,91/7.

Verder noteren we nog de scores voor de items “Ik ben tevreden over de begeleiding” (cfr. Figuur 7) met gemiddeld 6,66/7 (SD^2 0.656) en “Ik verkies een begeleiding door het MCT boven een opname in een ziekenhuis” 6,72/7 (SD 0,615).



Figuur 7: Tevredenheid over de begeleiding

Met het negatief geformuleerde item “Ik zou een groter gevoel van veiligheid hebben gehad in een opname” is de meerderheid het oneens met een gemiddelde van 1,68/7, maar we noteren een grotere spreiding (SD 1,579). Diezelfde tendens vinden we terug bij het item “Op lange termijn ben ik meer geholpen door in opname te gaan” met een gemiddelde van 1,88/7 (SD 1,867).

We vinden een *positief verband* tussen tevredenheid en enkele specifieke items, nl. het praten over doelstellingen (PC^3 0,375; Sig^4 0,019), uitleg geven over klachten (PC 0,327; Sig 0,045), de mate waarin de begeleiding voldeed aan de verwachtingen (PC 0,662; Sig 0,000). Er bleek verder een correlatie te bestaan tussen de mate waarin de begeleiding voldeed aan de verwachtingen en het praten over doelstellingen (PC 0,460; Sig 0,004).

Op het einde van de vragenlijst lieten we ruimte voor opmerkingen, waarbij we heel wat positieve feedback kregen over deze nieuwe manier van werken en de begeleiding op maat. Toch vinden sommige patiënten de begeleiding te kort of vinden ze dat er te snel over afronden wordt gesproken. Daarnaast blijkt uit de reacties dat patiënten het vaak belastend vinden dat een huisbezoek veelal plaatsvindt met twee begeleiders. Eén patiënt ondervond duidelijk problemen met de gedeelde caseload.

Tenslotte werd gevraagd waarom patiënten wel of niet voor een MCT begeleiding opteren. Hieruit blijkt dat patiënten een begeleiding binnen de thuiscontext en het individuele behandelkarakter ten

² Standaarddeviatie

³ Pearson correlatie

⁴ Significantie

zeerste waarden. Enkele patiënten melden te ervaren dat snel terug stabiliteit wordt bereikt en dat ze zelf meer controle uitoefenen.

Samengevat werd er een positieve outcome gemeten op de verschillende subdimensies. Er werd geen statistisch verschil weerhouden en er werd geen statistisch verschil gemeten tussen patiënten die wel of geen opname kenden in het verleden. Ook m.b.t. de items die een vergelijking maken met een residentieel traject werden positieve resultaten gemeten.

We willen de beperkingen van deze bevraging benadrukken. Mogelijks dienden gemotiveerde, tevreden patiënten meer enquêtes in. Dit zou mogelijk tot een positieve vertekening kunnen leiden in de resultaten. Verder was deze steekproef zeer beperkt en konden de geënquêteerden hun scores kunnen laten beïnvloeden door tal van factoren zoals het ervaren van druk, verbetering in psychische conditie los van de begeleiding, de mogelijkheid van een grotere tevredenheid direct na de begeleiding ,... (McPhee et al., 1975).

HoNOS

De HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) werd in 1996 ontwikkeld door de Royal College of Psychiatrists, in opdracht van het Engelse Ministerie van Volksgezondheid. Het instrument omvat 12 items en meet klinische factoren (gedragsproblemen, symptomatologie, beperkingen) evenals het sociaal functioneren bij patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (Wing et al., 1996). Alle items worden gescoord op een 5-punts-Likert schaal (0: geen probleem, 1: ondergeschikt probleem, 2: licht probleem, 3: matig ernstig probleem, 4: ernstig tot zeer ernstig probleem).

De Honos wordt internationaal gebruikt, heeft een korte afnameduur en redelijk tot goede betrouwbaarheid en validiteit. Dit instrument biedt zowel op individueel niveau als op groepsniveau inzicht in de ernst van de problematiek op een aantal levensdomeinen en kan tevens de evolutie op deze gebieden meten op verschillende tijdstippen (Mulder et al., 2004). Het MCT registreert de HoNOS bij opstart en afronding van een begeleiding. Hierbij biedt de HoNOS enerzijds een objectieve ondersteuning bij de uitwerking van de individuele probleemanalyse na een intake assessment. Anderzijds functioneert de schaal als een uitkomstmaat.

Een eerste HoNOS teamopleiding werd in juni 2012 gegeven. 2 teamleden volgden in 2013 een HoNOS opleiding georganiseerd door de FOD volksgezondheid ('train the trainer'). Het volledige team werd vervolgens verder opgeleid door deze teamleden, teneinde inter-rater reliability te maximaliseren.

Gedurende het werkingsjaar 2014 werd de HoNOS volledig (HoNOS 1= bij opstart, HoNOS 2= bij afronding) ingevuld bij 190 van de 268 geïncludeerde patiënten (70.9 %).

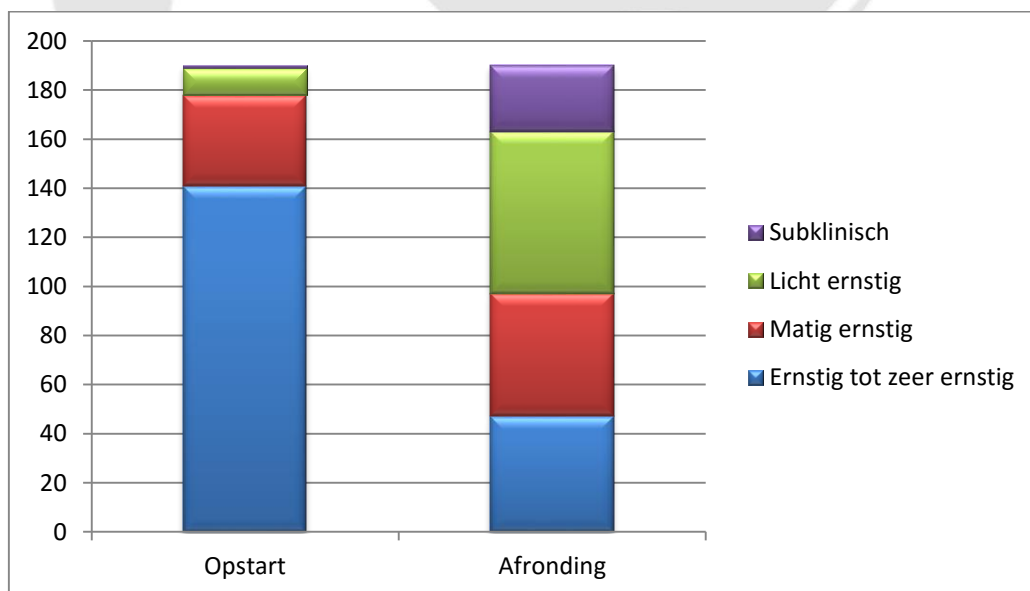
De totaalscores werden geanalyseerd (cfr. Tabel 2). Bij 82.1 % van de patiënten werd een afname van de totaalscore waargenomen bij afronding (4.7 %: score ongewijzigd, 13.2 %: toename totaalscore).

	HoNOS 1	HoNOS 2
gemiddelde	13.3	8.3
mediaan	13	7
range	22 (2-24)	25 (0-25)
Standaard deviatie	4.5	4.9

Tabel 2: Evolutie HoNOS score opstart/afronding.

Deze daling in HoNOS score bij afronding van de MCT begeleiding blijkt statistisch significant te zijn (Wilcoxon signed-rank test, z-score: 10.2, $p < 0.0001$). Een MCT begeleiding is dus geassocieerd met een statistisch significante verbetering in symptomatologie en/ of sociaal functioneren bij patiënten met een psychiatrische aandoening. Er dient echter rekening te worden gehouden met mogelijke selectiebias, aangezien de HoNOS scores van 29.1 % van de patiënten begeleid in 2014 niet volledig beschikbaar waren en dus niet werden gebruikt voor analyse.

Hiernaast werd tevens een “severity score” (= graad van het probleem) berekend, gebaseerd op de eerste 10 HoNOS items. Bij aanwezigheid van een matig ernstig (minstens 1 item ≥ 3) of ernstig tot zeer ernstig probleem (minstens 2 items ≥ 3) wordt een MCT inclusie aanbevolen. Indien lagere scores kunnen andere factoren een rol spelen bij de beslissing om al dan niet een begeleiding op te starten. Er werd bij afronding een majeure daling waargenomen in het aantal patiënten met een ernstig tot zeer ernstige severity score en een verschuiving naar een groter aantal patiënten met een licht probleem (minstens 1 item > 1 , alle andere items < 3) of subklinisch beeld (alle items < 2) (Cfr. Figuur 8).



Figuur 8: Evolutie severity score opstart/afronding.

6. Besluit en discussie

Een kortdurende, intensieve behandeling in de thuiscontext door het mobiel crisisteam kan een alternatief zijn voor een ziekenhuisopname of opgenomen patiënten toelaten sneller naar huis terug te keren. Na drie jaar ervaring in de regio Noord-West-Vlaanderen verfijnden we onze workflow verder om een zo gepast mogelijke zorg op maat van de patiënt te kunnen blijven aanbieden in het evoluerend landschap van de geestelijke gezondheidszorg.

De uitdagingen blijven groot. We streven naar een nog nauwere samenwerking met de eerste lijn en verdere uitbouw van de communicatie tussen de netwerkpartners. De gedeelde caseload in het continuüm van acute zorg vraagt efficiënte strategie en planning. Het blijft zoeken hoe de gepaste zorg in de ambulante context verder “op maat” uit te bouwen naargelang de verschillende ziektebeelden en daarbij een “schakelfunctie” in het netwerk te voorzien. De verdere implementatie van evidence based strategieën lijkt ons daarbij een must te zijn.

Zo streven we naar een duidelijkere, kostenefficiënte afbakening van de doelgroep, in optimale afstemming op het netwerk en met een sterke nadruk op de kwaliteit van zorg. In dit verband lijkt het ons belangrijk dat er, zoals tevens aangeraden in de literatuur, in acute crisiszorg aan huis wordt gestreefd naar inclusie van patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (Thornicraft et al., 2011) met de nadruk een alternatief te zijn voor residentiële zorg. We streven verder naar afstemming op het netwerk, vooral in het kader van pathologiespecifieke behoeften en integratie met zorgtrajecten.

Contact

Mobiel Crisisteam regio Noord-West-Vlaanderen

Beleidspsychiaters: Dr. Tilia Mertens
Dr. Kim Vanderhaeghen

Teamcoördinator: Stefaan Vandevoorde

Therapeutisch coordinator: Delphine Van Hevele

Hiërarchisch verantwoordelijke: Ludo Goderis

Inhoudelijk verantwoordelijke: Inge Vanthuyne

Spanjaardstraat 12 - 8000 Brugge
Tel.: 050 47 01 50 - Fax: 050 47 01 59

E-mail: 2a.kernteam@netwerkggzregionw-vl.be
Website: www.netwerkggzregionw-vl.be

7. Referenties

Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Van Oyen, H., Demarest, S., Demyttenaere, K. (2004). Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking. Resultaten van de European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). Tijdschrift voor Geneeskunde 2004, 60, 75-85.

Bruffaerts, R. Demyttenaere K., Claes S. (2008). Urgentiepsychiatrie in België: een uitdaging voor de geestelijke gezondheidszorg. Tijdschrift voor Psychiatrie, 50, 35-39.

Gezondheidsenquêtes België (2013). Belangrijkste resultaten. Wetenschap ten dienste van Volksgezondheid, Voedselveiligheid en Leefmilieu.

Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken. (2010). www.psy107.be

Hermans MHM, de Witte N, Dom G (2012). The state of psychiatry in Belgium. Int. Rev. Psychiatry; 24:286–94.

Isebaert, L. (red.), Le Fevere de Ten Hove, M., Cauffman, L., Van Coillie, G. & Dijk, D.J. van (2007). Praktijkboek oplossingsgerichte cognitieve therapie. Utrecht: de Tijdstroom.

Le Fevere de ten Hove, M. Korte therapie. Handleiding bij het 'Brugse model' voor psychotherapie met een toepassing op kinderen en jongeren. Apeldoorn: Garant; 2000.

Macdonald A.J. Solution-focused therapy. Theory, research & practice. London: Sage; 2007.

Mc Phee, C., Zusman, J., Joss, R. (1975) Measurement of Patient Satisfaction: A survey of Practices in Community Mental Health Centers. Comprehensive Psychiatry. 16.4, 399-404.

Mulder, C.L., Staring A.B.P., Loos J., Buwalda V.J.A., Kuijpers D., Systema S., Wierdsma A.I. (2004). De Health of the Nation Outcome Scales (honos) als instrument voor 'routine outcome assessment' . Tijdschrift voor Psychiatrie, 46 (5), 273-284.

OECD (2013). Mental health and work: Belgium.

Graham Thornicroft. Oxford Textbook of Community Mental Health: Hardback. Oxford University Press 2011.

Sinnaeve R. (2013). Vermaatschappelijking: ons engagement. Over artikel 107 en de eerstelijnspsychologen. Tijdschrift voor Psychologie, 43, 187-195.

Stams GJ, Dekovic M, Buist K, de Vries L. Effectiviteit van oplossingsgerichte korte therapie; een meta-analyse. Gedragstherapie 2006;39:81-94.

Vandeurzen, J. (2010). Beleidsplan Geestelijke Gezondheidszorg Vlaanderen. Brussel: Kabinet Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Wing, J.K., Curtis, R.H. & Beevor, A.S. (1996) HoNOS: Health of the Nation Outcome Scales: Report on Research and Development July 1993-December 1995. London: Royal College of Psychiatrists.

WHO-Europe (2008). Policies and practices for mental health in Europe – meeting the challenges.

WHO (2012). The state of psychiatry in Europe.

