

# Verpleegkundige somatische en farmacologische zorg binnen Vlaamse 2b-teams: een crosssectioneel verkennend onderzoek

N. MARTENS, M. DESTOOP, B. GOOSSENS, G. DOM

- ACHTERGROND** In het kader van de hervorming van de Belgische geestelijke gezondheidszorg (project 107) bieden 2b-teams zorg aan personen met een ernstige psychische aandoening (EPA), een doelgroep met frequent somatische aandoeningen en beperkte therapietrouw. Concrete informatie over teamsamenstelling en zorginhoud is tamelijk onduidelijk.
- DOEL** Vergelijken van teamkarakteristieken en focussen op de rol van verpleegkundigen in Vlaamse 2b-teams. Daarnaast vanuit verschillende disciplines en op basis van de huidige ervaringen inventariseren van de toekomstig gewenste invulling van de verpleegkundige rol.
- METHODE** Met een gestructureerd interview gingen wij teamkarakteristieken en modelgetrouwheid met het FACT-model na bij 12 Vlaamse 2b-teams en met een digitale vragenlijst met 16 stellingen onderzochten we de huidige en gewenste verpleegkundige zorg bij 151 verpleegkundigen en artsen.
- RESULTATEN** De verschillen in teamgrootte en -samenstelling waren niet significant. Vlaamse teams scoorden gemiddeld op FACT-modelgetrouwheid. Huidige verpleegkundige zorg was beperkt tot psychosociale interventies. In gewenste zorg werden er verschillen waargenomen naargelang de bevroegde discipline. Medewerkers binnen mobiele teams scoorden elke stelling significant hoger op gewenste zorg dan op huidige zorg.
- CONCLUSIE** Wij concluderen dat de samenstelling van Vlaamse 2b-teams varieert en dat de modelgetrouwheid met het FACT-model gemiddeld is. Teams beperken zich tot psychosociale interventies, waar meer somatische en verpleegkundige zorg gewenst is.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)6, 374-385

**TREFWOORDEN** FACT, mobiele teams, outreach, verpleegkundige zorg, Vlaanderen



ARTIKEL



Wegens hervormingen binnen de Belgische geestelijke gezondheidszorg worden er sinds enkele jaren mobiele teams opgericht (<http://www.psy107.be>). Deze teams bieden psychiatrische zorg aan huis en functioneren binnen ruimer opgezette netwerken binnen de ggz (De Jaegere e.a. 2011). De geboden zorg kan hierbij acuut of langdurig zijn, waarbij ze respectievelijk functie 2a en functie 2b vervullen in het kader van de opgezette hervormingen.

De doelgroep van teams met functie 2b omvat cliënten met een ernstige psychische aandoening (EPA). Dit betreft een breed diagnostisch palet, waarbij ongeveer een 67-75% bestaat uit personen met de diagnose schizofrenie (Delespaul 2013; Lorant e.a. 2016). De farmacologische behandeling vormt één van de basispijlers bij de behandeling van personen met een psychotische stoornis, waarbij de therapietrouw erg beperkt is. Interventies die dit kun-

nen verbeteren kunnen bijdragen tot een stabilisatie van de problematiek van deze doelgroep. Daarnaast vertonen cliënten met een EPA vaak comorbiditeit met somatische aandoeningen, al dan niet gerelateerd aan de behandeling met psychofarmaca, en er werd zelfs meermaals een verhoogde mortaliteit vastgesteld ten gevolge van cardiovasculaire aandoeningen (De Hert e.a. 2011, Ellis & Alexander 2016, Higashi e.a. 2013).

Vlaamse 2b-teams zijn veelal gebaseerd op het Nederlandse *flexible assertive community treatment* (FACT)-model (De Jaegere e.a. 2011). Nederlandse FACT-teams bieden zowel begeleiding als behandeling aan cliënten, waarbij verpleegkundigen een centrale rol opnemen en verantwoordelijkheid hebben voor het bieden van continue zorg op maat, somatische screening en farmacologische behandeling (Van Veldhuizen e.a. 2015). Bij vergelijkbare buitenlandse initiatieven geeft de literatuur een verscheidenheid aan van verpleegkundige rollen en taken binnen vergelijkbare teams, zoals casemanagement, maatschappelijk begeleiden, behandelen, medicatie voorschrijven en het uitvoeren van verpleegtechnische handelingen (Wells e.a. 2009; Van Veldhuizen e.a. 2015). De globale kerntaak van de verpleegkundige is het aanbieden van totale zorg aan personen met een EPA, bestaande uit psychische zorg, medicatiemanagement en somatische zorg (Ellis & Alexander 2016; Lawless e.a. 2016).

De Vlaamse 2b-teams lijken hierin onvoldoende aan te sluiten. De organisatie en de samenstelling van Vlaamse 2b-teams variëren en de verpleegkundige zorg lijkt voornamelijk beperkt tot herstelgericht begeleiden van cliënten in de thuissituatie, met mogelijk onvoldoende focus op de somatisch-psychiatrische behandeling en met weinig functiedifferentiatie tussen verschillende disciplines binnen deze teams (Helmer e.a. 2015). Tot op heden is er weinig informatie voorhanden betreffende de daadwerkelijke samenstelling en het zorgaanbod van de Vlaamse 2b-teams en hoe dit zou kunnen verbeteren vanuit het oogpunt van de professionals.

## METHODE

### Vraagstelling

In ons onderzoek gingen wij de disciplinaire samenstelling, de grootte en het zorgaanbod na binnen Vlaamse 2b-teams, waarbij de overeenkomst met het FACT-model werd bekeken. Daarnaast gingen wij de huidige verpleegkundige somatische en farmacologische zorg na binnen Vlaamse 2b-teams, en vroegen we betrokken hulpverleners welke zorg gewenst is.

## AUTEURS

**NICOLAAS MARTENS**, Msc verpleegkunde, Universiteit Antwerpen, Psychiatrisch Ziekenhuis Multiversum.

**MARIANNE DESTOOP**, psychiater, Psychiatrisch Ziekenhuis Multiversum, Collaborative Antwerp Research Institute (CAPRI).

**BART GOOSSENS**, adjunct-directeur patiëntenzorg, Psychiatrisch ziekenhuis Multiversum.

**GEERT DOM**, hoogleraar Psychiatrie, Universiteit Antwerpen, Collaborative Antwerp Research Institute (CAPRI), Psychiatrisch ziekenhuis Multiversum.

## CORRESPONDENTIEADRES

Nicolaas Martens, Psychiatrisch Ziekenhuis Multiversum, Provinciesteenweg 408, 2530 Boechout, België.  
E-mail: nicolaas.martens1@fracarita.org

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 31-10-2017.

## Methodologie

Een crosssectionele enquête werd uitgevoerd door middel van een mondeling gestructureerd interview en een onlinevragenlijst.

## Samenstelling en taken 2b-teams

Het gestructureerde interview peilde naar de teamsamenstelling en het zorgaanbod van Vlaamse 2b-teams. 26 Vlaamse teams werden aangeschreven met het verzoek tot deelname. Inclusiecriteria waren: gelegen in Vlaanderen, team met functie 2b, zorg gebaseerd op het FACT-model en zorg bieden aan personen met een EPA. Per geïncludeerd 2b-team werd de teamcoördinator bevraagd omtrent het aantal, fulltime-equivalenten (FTE) en opleidingsachtergrond van de hulpverleners binnen het team. Uit de FACTSchaal (Van Vugt 2011) werden de subschalen 'teamstructuur' en 'diagnostiek, behandeling en interventie' bevraagd, met in totaal 26 items.

## Verpleegkundige somatische en farmacologische zorg

De tweede, digitaal aangeboden vragenlijst betrof verpleegkundige rol en zorg binnen Vlaamse 2b-teams. Hiervoor werden coördinatoren, huisartsen, psychiaters en verpleegkundigen werkzaam binnen een 2b-team bevraagd. Andere disciplines werden niet bevraagd wegens een mogelijk beperkte kennis van verpleegkundige zorg. Gezien de specifieke taakinfilling werd 'coördinator' ook beschouwd als discipline. Er werd gevraagd de vragenlijst

**TABEL 1** Resultaten van literatuurstudie naar inhoud van verpleegkundige zorg voor personen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) in het kader van vragenlijst

Zorggebied	Inhoud/interventies
Algemene zorg (Baller e.a. 2015; Meeuwissen 2015)	Medische voorgeschiedenis bij aanvang behandeling* Algemene anamnese Medicatieschema*; kennis van algemeen welbevinden; bepalen somatische klachten Gebit: gebit- en mondcontrole wegens mindere mondhygiëne Algemene nuchtere bloedafname (jaarlijks, of bij starten antipsychotica meermaals)* Wondzorg indien gewenst Parameters, jaarlijks te bepalen, of bij opstarten antipsychotica meermaals*
Metabool syndroom (De Hert e.a. 2011)	Op systematische wijze (jaarlijks; bij starten antipsychotica: bij aanvang, 3 weken, 6 weken): Meten bloeddruk* Volgen BMI* Meten buikomtrek* Nuchtere glucosebepaling* Nuchtere lipidenbepaling*
Cardiovasculaire aandoeningen, bepalen cardiovasculair risico (De Hert e.a. 2011; Baller e.a. 2015; Meeuwissen 2015)	Afnemen electrocardiogram* Meten bloeddruk, minstens jaarlijks* Exploreren: rookgedrag, voedings- en bewegingspatroon Lipidenbepaling nuchter (triglyceriden en hdl-cholesterol)* Bepaling nuchtere HbA <sub>1c</sub> Pols* Monitoren gewicht
Diabetes (De Hert e.a. 2011; Meeuwissen 2015)	Bloedafname nuchter glucose of HbA <sub>1c</sub> Glykemiebepaling niet nuchter* Glucosedagprofiel Toediening insuline Educatie over diabetes* Educatie over insulinetoediening bij diabetes* Screening diabetes bij verhoogde bloeddruk ( $\geq 140/90$ mmHg)* Oogcontrole: visus
Medicatiemanagement (Meeuwissen 2015)	Toedienen antipsychotische depotmedicatie* Toedienen orale psychofarmaca Evalueren bijwerkingen Voorschrijven psychofarmaca Bloedspiegelbepaling (o.a. clozapine, lithium)* ECG bij start clozapine, lithium, sertindol* Cognitief functioneren Monitoring volgens richtlijn* Subjectieve ervaringen van patiënt met medicatie: klachten en therapietrouw* Vaststellen medicatiegebruik
Verslavingszorg (WHO 2016)	Parameters bij ontwenning* Medicamenteuze ondersteuning bij ontwenning Algemene bloedafname Toxicologische drugtesten in urine* Motivatieel werken Educatie

\*geïnccludeerd in de 16 stellingen van de digitale vragenlijst.

te scoren naar zowel huidige zorg, en hoe zij op basis van hun huidige ervaring, vonden dat de verpleegkundige rol het beste zou moeten worden ingezet binnen het 2b-team. Door middel van een selecte sneeuwbalsteekproef werd de vragenlijst verdeeld via 54 huisartsenkringen, 21 huisartsenwachtposten, 1 beroepsvereniging voor huisartsen, 1 beroepsvereniging voor psychiaters, 21 Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen en 31 2b-teams. Deze respondenten werd gevraagd te scoren naar gewenste verpleegkundige zorg door een 2b-team.

Om de validiteit van de vragenlijst te vergroten gingen we aan de hand van een literatuurstudie na welke onderdelen de verpleegkundige somatische en farmacologische zorg inhoudt aan personen met een EPA (zie **TABEL 1**). Op grond hiervan zetten we 16 stellingen uit op een 10-puntenschaal, waarbij 1 staat voor 'geen patiënten' en 10 voor 'alle patiënten'.

### Analyse

Algemene demografische gegevens werden per vragenlijst weergegeven, waarna de verkregen dataverdeling werd nagegaan op normaliteit (toets van Kolmogorov-Smirnov:  $> 0,05$ ) om verdere statistische verwerking te bepalen. Bij het mondeling interview werden verkregen aantallen aangepast in evenredigheid met een caseload van 200 cliënten, overeenkomstig met de FACTS-schaal. Statistische verschillen in teamkarakteristieken werden bepaald. Bij

de online-enquête werden statistische verschillen bepaald tussen respondenten en teams, en tussen huidige en gewenste zorg.

De resultaten werden verwerkt met SPSS versie 24, met als significantieniveau  $p < 0,05$ .

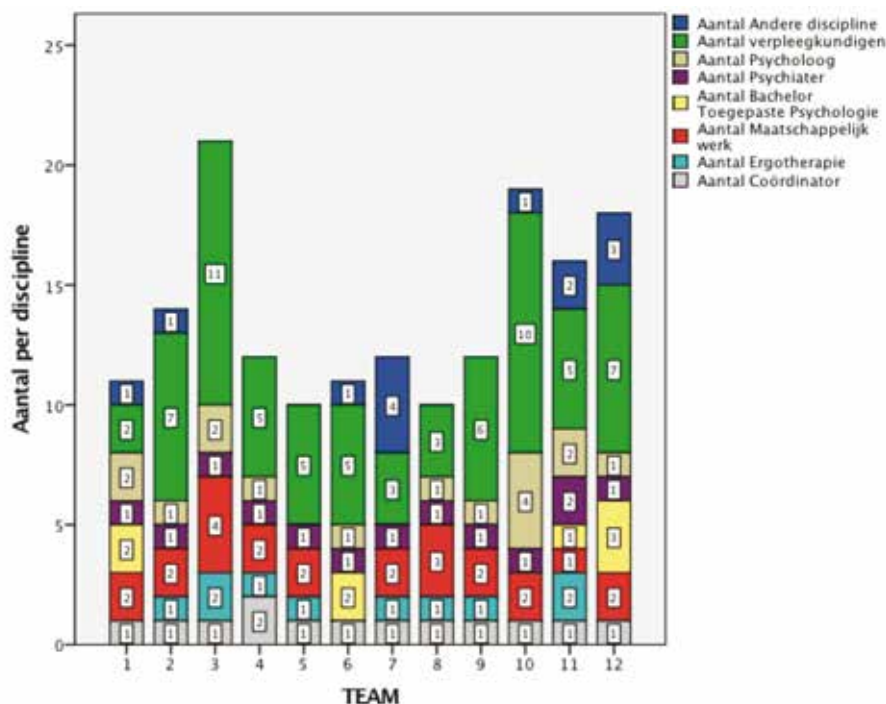
## RESULTATEN

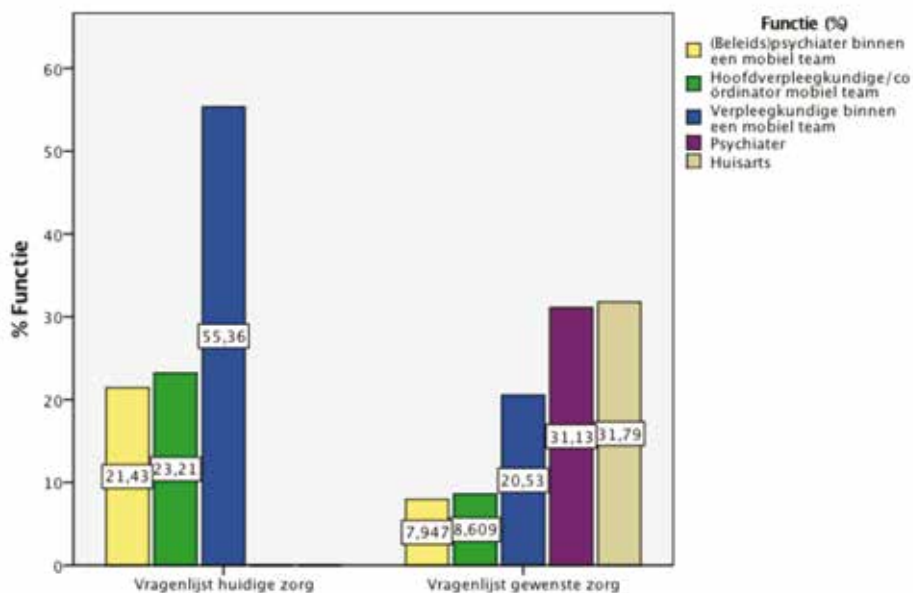
### Teamsamenstelling 2b-teams

Van de 31 gecontacteerde teams toonden 12 teams zich bereid tot deelname, 8 teams weigerden deelname en 11 teams gaven geen reactie. Het gestructureerd interview over teamsamenstelling en -activiteiten werd afgenomen bij coördinatoren van 12 mobiele teams met functie 2b. De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 45 jaar (SD 6,65), met 50% vrouwelijke coördinatoren. Het opleidingsniveau varieerde van hbo5- (n = 1; 8%), bachelor- (n = 1; 8%), postgraduaat/bachelor-na-bachelor- (n = 5; 42%) tot masterniveau (n = 5; 42%), met gemiddeld 10,33 jaar (SD 7,86) ervaring als leidinggevende.

Deze 12 teams waren verdeeld over de 5 Vlaamse provincies met minstens 2 teams per provincie, en 2 provincies met 3. De teamgrootte varieerde van 11 tot 21 personen (gemiddeld 14) of van 7,45 tot 19,30 fte (gemiddeld 10,68). De gemiddelde bestaansduur van de teams bedroeg 51 maanden (SD 16,50; uitersten 5-65).

**FIGUUR 1** Werkelijke teamsamenstelling 12 geïncludeerde Vlaamse 2b-teams



**FIGUUR 2** Percentuele verdeling naar functie per vragenlijst

De volgende disciplines waren aanwezig binnen alle bevroegde teams ( $n = 12$ ): coördinatoren, verpleegkundigen en psychiaters. Binnen de andere teams bevonden zich ook maatschappelijk werkers ( $n = 11$ ), psychologen ( $n = 10$ ), ergotherapeuten ( $n = 8$ ), bachelors in de toegepaste psychologie ( $n = 4$ ), orthopedagogen ( $n = 3$ ), ervaringswerkers ( $n = 3$ ), huisartsen ( $n = 2$ ), een arts-specialist in opleiding ( $n = 1$ ) en een criminoloog ( $n = 1$ ). Disciplines aanwezig in minder dan vier teams werden ondergebracht in de restgroep 'Andere discipline' (zie **FIGUUR 1**).

Om de vergelijkbaarheid te vergroten werden aantallen en fte herleid tot een caseload van 200 cliënten. Er waren geen significante verschillen in teamgrootte en disciplinaire samenstelling (toets van Kruskal-Wallis:  $p = 0,44$ ).

### FACT-modelgetrouwheid

Alle teams baseerden hun activiteiten op het Nederlandse FACT-model, maakten indien nodig gebruik van opschaling in zorg en werkten vanuit een herstelgerichte visie. Alle teams maakten gebruik van een FACT-bord, waarbij 5 teams tweemaal per week overleg pleegden, 4 teams driemaal en 3 teams vijfmaal per week. De hulpverlener-cliëntratio bedroeg gemiddeld 1:18,8 (SD 3,19) met een minimum van 1:13 en een maximum van 1:25. Eén team kon hierin geen sluitend antwoord voorzien door werken in duo's door de hulpverleners.

De modelgetrouwheid aan het FACT-model werd gescoord aan de hand van de FACT-schaal. Gezien het onderwerp van dit onderzoek werd dit beperkt tot de subschalen 'teamsamenstelling' en 'diagnostiek, behandeling en interventie'. Teamscores, gemiddelde en standaarddeviatie werden

berekend per item. Er werden geen significante verschillen gevonden. De gemiddelde totaalscore van de subschaal 'teamsamenstelling' bedroeg 3,7 (uitersten: 3,3-4,1; Cronbachs alfa = 0,06), van de subschaal 'zorgaanbod' 3,3 (2,8-3,7; Cronbachs alfa = 0,08). Cronbachs alfa voor beide subschalen samen was 0,25.

### Verpleegkundige zorg binnen 2b-teams

De digitale vragenlijst over de verpleegkundige zorg binnen 2b-teams bereikte 156 respondenten. De ingevulde lijsten van 3 van hen werden verwijderd omdat ze niet voldeden aan de inclusiecriteria, die van 1 psychiater werd verwijderd wegens betrokkenheid bij het onderzoek en die van 1 netwerkcoördinator omdat er geen vergelijkingsmogelijkheid was. De gegevens van 151 respondenten werden geanalyseerd (zie **FIGUUR 2**).

Binnen de variabele 'functie' werden 4 respondenten van de categorie 'psychiater binnen een mobiel team' gewijzigd in 'psychiater' omdat ze niet werkzaam waren binnen een 2b-team. Eén respondent binnen de categorie 'psychiater' werd gewijzigd in beleidspsychiater binnen een mobiel team, aangezien deze wel werkzaam was binnen een 2b-team.

De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 44,7 (SD 10,7), met gemiddeld 18,2 (SD 10,7) jaren werkervaring. Van de 151 geïncludeerde respondenten waren er 31 verpleegkundigen (20,5%), 13 coördinatoren (8,6%) en 12 (beleids-) psychiaters binnen een mobiel team (7,9%). Verder waren er 48 huisartsen (31,8%) en 47 psychiaters (31,1%).

Van de huisartsen en psychiaters hadden 64 artsen (59,8%) patiënten in begeleiding bij een mobiel 2b-team en 31

**TABEL 2** 16 stellingen uit de digitale vragenlijst over verpleegkundige zorg; gemiddelde en mediane scores voor huidige en gewenste verpleegkundige zorg binnen Vlaamse 2b-teams (score 1: bij geen enkele cliënt; score 10: bij alle cliënten)

Stelling	Huidige zorg (n = 56) (Cronbachs alfa 0,73)		Gewenste zorg (n = 151) (Cronbachs alfa 0,89)	
	Gem. (SD)	Mediaan (IQR)	Gem. (SD)	Mediaan (IQR)
Actueel zicht op medicatieschema van cliënten	5,9 (1,6)	6 (5-7)	8,9 (1,5)	10 (8-10)
Afnemen algemene parameters (bloeddruk, pols, temperatuur) op regelmatige tijdstippen	1,4 (1)	1 (1-1)	4,2 (2,6)	5 (2-6)
Systematisch screenen op metabool syndroom indien cliënt antipsychotica gebruikt	1,6 (1,6)	1 (1-1,75)	5,1 (3,3)	5 (1-8)
Geregeld nuchtere bloedafname bij cliënten om lipiden en glucose te bepalen	1,4 (1,3)	1 (1-1)	3,2 (2,6)	2 (1-5)
Jaarlijks meten van de bloeddruk	1,4 (1,2)	1 (1-1)	4 (3,3)	3 (1-6)
Indien geïndiceerd, aan huis een electrocardiogram afnemen	1,1 (0,7)	1 (1-1)	2,2 (2,2)	1 (1-3)
Subjectieve ervaringen van cliënt in verband met medicatie bepalen	6,9 (2,7)	7 (5-9)	7,9 (2,4)	8 (7-10)
Reeds voorgeschreven antipsychotische depotmedicatie toedienen in thuisituatie	1,2 (0,8)	1 (1-1)	6 (3,5)	7 (2-9)
Enkele keren per jaar een niet-nuchtere capillaire (vingerprik) om glykemie bepalen	1 (0,3)	1 (1-1)	3,2 (2,6)	2 (1-5)
Cliënten met insulineafhankelijke diabetes systematisch educatie bieden rond ziektebeeld en insulinegebruik	2,9 (2,4)	2 (1-4)	4,5 (3,3)	4 (1-7)
Op frequente basis toxicologische urinetest uitvoeren bij cliënten met verslavingsproblematiek	1,4 (1,4)	1 (1-1)	4,4 (3,2)	4 (1-7)
Minstens elke 6 maanden bloedafname ter bepaling van bloedspiegel bij cliënten die stemmingsstabilisatoren gebruiken	1,7 (1,9)	1 (1-1)	3,8 (3)	3 (1-6)
Psycho-educatie bieden aan cliënten over ziektebeeld en bijhorende behandeling	8,2 (1,9)	9 (7-10)	8,4 (2,1)	9 (8-10)
Volledige somatische voorgeschiedenis van cliënten in kaart brengen	4,4 (2,6)	4 (2-7)	5,6 (3,1)	6 (3-8)
Bij cliënten met verslavingsproblematiek tijdens ontwenningfase algemene parameters monitoren	1,9 (2,1)	1 (1-2)	5,4 (3,4)	5 (2-9)
Psycho-educatie bieden aan cliënten over gebruik en effecten van psychofarmaca	7,3 (2,4)	8 (7-9)	8,6 (2,1)	10 (8-10)

artsen (29%) niet. 6 artsen (5,6%) wisten niet of ze patiënten in begeleiding hadden bij een mobiel team en van 6 artsen (5,6%) ontbrak deze informatie. De respondenten werkzaam binnen een 2b-team (n = 56; 37,1%) waren verspreid over 17 verschillende teams met gemiddeld 3,3 respondenten per team (uitersten 1-6).

De vragenlijst omvatte 16 stellingen omtrent verpleegkundige zorg aan personen met een EPA-problematiek, dit zowel voor huidige zorg als gewenste zorg. Cronbachs alfa was respectievelijk 0,73 en 0,89, wat wees op een goede interne consistentie. Cronbachs alfa voor de gehele schaal bedroeg 0,89, maar was enkel van toepassing op de 56 respondenten die beide situaties hadden gescoord.

Alle stellingen waren niet normaal verdeeld (toets van Kolmogorov-Smirnov > 0,05), ook na logaritmische transformatie. Bijgevolg werd gekozen voor het gebruik van non-parametrische testen.

Van de 16 stellingen werd, zowel van de huidige als gewenste zorg, de mediaan met interkwartielbereik bepaald (zie **TABEL 2**). Binnen de vragenlijst voor huidige zorg scoorden de meeste items gemiddeld tamelijk laag (mediaan tussen 1 en 3). Vijf stellingen hadden een mediaan van 4 of hoger.

Bij vergelijking van de mediaan van de stellingen was deze bij 14 stellingen verhoogd. Voor de stellingen 'Elektrocardiogram in de thuissituatie' (mediaan 1) en 'Bieden van educatie omtrent ziektebeeld en behandeling' (mediaan 9) bleef dit hetzelfde.

### Huidige zorg

Binnen huidige zorg werden significante verschillen gevonden bij de stellingen 'Toedienen depotmedicatie in de thuissituatie' (p = 0,04) en 'urinetesten bij verslaving' (p = 0,049). Paarsgewijze post-hocvergelijking toonde aan dat één team significant hoger scoorde op beide items ten opzichte van andere teams.

### Gewenste zorg

Met een kruskal-wallistoets werd voor 12 stellingen een significant verschil vastgesteld in score naargelang de functie, behalve voor de stellingen 'Educatie psychofarmaca', 'Educatie ziektebeeld', 'Educatie diabetes' en 'Vaststellen subjectieve ervaringen medicatie'. Paarsgewijze post-hocvergelijking toonde dat verpleegkundigen bij 11 stellingen significant lager scoorden ten opzichte van huisarts, psychiater en/of beleidspsychiater binnen een mobiel team. Op 11 stellingen scoorden de coördinatoren significant lager dan huisartsen en/of psychiaters/beleidspsychiaters van een mobiel team. Voor de stelling 'somatische voorgeschiedenis van de cliënt' scoorden de huisartsen significant lager dan de beleidspsychiaters binnen een mobiel team (zie **TABEL 3**).

### Huidige versus gewenste zorg

Met een rangtekentoets van Wilcoxon werd het verschil nagegaan tussen scores voor huidige ten opzichte van gewenste verpleegkundige zorg bij zorgverleners binnen een mobiel team (n = 56). Met paarsgewijze vergelijking stelden we voor elke stelling vast dat de score op gewenste zorg telkens hoger lag dan deze op huidige zorg. Op elke stelling werd dit verschil statistisch significant bevonden.

### DISCUSSIE

Dit onderzoek tracht een beeld te geven van de samenstelling en het zorgaanbod van Vlaamse 2b-teams. Na inschaling op een caseload van 200 cliënten bestaat het kleinste team uit 9,1 en het grootste uit 19,16 fte's, wat meer dan een verdubbeling aan personeel inhoudt en mogelijk effect heeft op het geheel van activiteiten van een team. Dit verschil in teamgrootte werd statistisch niet significant bevonden.

### Vergelijking met FACT-teams

De onderzochte Vlaamse teams baseren zich op het Nederlandse FACT-model. Een FACT-team verzorgt zelf de behandeling, in Vlaanderen is deze zorg eerder ingebed in een systeem van netwerken, waarbij het team meer een brugfunctie heeft tussen de eerstelijns- en residentiële gezondheidszorg (Helmer e.a. 2015; Van Veldhuizen e.a. 2015). Een hoge FACT-modelgetrouwheid zou kunnen bijdragen aan een effectievere en transparantere zorg voor cliënten met EPA (Dieterich e.a. 2017; Van Vugt 2011).

Afgetoetst op de FACTS-schaal (Van Vugt 2011) scoren Vlaamse teams middelmatige FACT-modelgetrouwheid op de bevroegde subitems. Op gebied van arbeidsdeskundigheid (gemiddeld 1,8) en ervaringswerk (gemiddeld 1,8) scoren de meeste teams onvoldoende. In het kader van herstelgericht werken scoren teams zichzelf sterk in herstelgerichte visie en activiteiten, wat eerder beperkt geïmplementeerd bleek in eerder onderzoek (Helmer e.a. 2015). Inzet van ervaringswerkers is een basiselement binnen herstelgericht werken, maar komt slechts in 2 teams aan bod. De beperkte financiering en erkenning van ervaringswerkers als beroepsgroep in Vlaanderen kan hiervoor een verklaring bieden (Vandenbroeck 2014).

### Realiseren van opdracht

In de initiële opdracht vanuit de Belgische overheid werd aanvankelijk aangegeven dat 2b-teams een behandelende functie dienden op te nemen voor cliënten met een EPA-profiel (Volksgezondheid 2010). Diverse richtlijnen geven aan dat zowel somatische als farmacologische behandeling essentieel zijn wegens een verlaging in mortaliteit en een verbeterde therapietrouw wat betreft medicatie (De Hert e.a. 2011; Meeuwissen 2015). Een generalistische

**TABEL 3** Mediane scores per stelling op gewenste verpleegkundige zorg door Vlaamse 2b-teams per discipline

Stelling	Score stelling gewenste zorg per functie: mediaan (interkwartielbereik)					p	Post-hoc test Significant paarsgewijs verschil (p)
	VPK (n = 31)	COORD (n = 13)	HA (n = 48)	PSY (n = 47)	PSY MT (n = 12)		
Zicht op medicatieschema	8 (7-10)	8 (5-9)	10 (9-10)	10 (8-10)	10 (8-10)	0,001*	VPK-HA (p = 0,04) CO-HA (p = 0,01)
Algemene parameters	1 (1-3)	1 (1-3,5)	5 (3-7)	5 (3-6)	5 (3-5)	<0,001*	VPK-HA (p < 0,001) VPK-PSY (p < 0,001) VPK-PSY MT (p = 0,04) CO-HA (p = 0,01) CO-PSY (p = 0,001)
Screening metabool syndroom	1 (1-5)	2 (1-7)	6 (3-8)	6 (3-10)	6 (3-10)	<0,001*	VPK-HA (p = 0,004) VPK-PSY (p < 0,001) VPK-PSY MT (p = 0,04) CO-PSY MT (p = 0,04)
Bloedafname lipiden	1 (1-1)	1 (1-3)	4 (1-6)	4 (1-5)	3 (1-6)	<0,001*	VPK-HA (p < 0,001) VPK-PSY (p < 0,001) VPK-PSY MT (p = 0,01) CO-HA (p = 0,01)
Bloeddruk	1 (1-1)	1 (1-4)	5 (1-9)	4 (1-7)	4 (1-6)	<0,001*	VPK-HA (p < 0,001) VPK-PSY (p < 0,001) VPK-PSY MT (p = 0,04) CO-HA (p = 0,02)
EKG	1 (1-1)	1 (1-1)	2 (1-4)	1 (1-2)	1 (1-4)	<0,001*	VPK-HA (p = 0,002) CO-HA (p = 0,03)
Toedienen depotmedicatie	1 (1-4)	1 (1-2)	8 (6-9)	9 (7-10)	6 (1-8)	<0,001*	VPK-HA (p < 0,001) VPK-PSY (p < 0,001) CO-HA (p < 0,001) CO-PSY (p < 0,001)

aanpak, met een goede therapeutische relatie met de cliënt en een optimale samenwerking tussen huisartsen en mobiele teams, is tevens onontbeerlijk (van Hasselt e.a. 2014; 2015). Somatische screening uitgevoerd door een verpleegkundig specialist ggz, zoals binnen het FACT-model, biedt een toegevoegde waarde aan de zorg door de huisarts. Slechts een derde van de personen met een EPA heeft regelmatig contact met een huisarts terwijl die gemiddeld 3 somatische problemen vertoont. (van Hasselt e.a. 2013; 2014; Van Veldhuizen e.a. 2015).

### Actuele versus gewenste zorg

Dit onderzoek toont aan dat de huidige verpleegkundige zorg binnen Vlaamse 2b-teams niet voldoet aan de gewenste situatie volgens de betrokken medische hulpverleners. De huidige zorg beperkt zich voornamelijk tot psychosociale interventies, waar de gewenste situatie ook uitgaat van somatische en farmacologische zorg door een

2b-team. Dit is gerechtvaardigd gezien een gestandaardiseerd mortaliteitsratio van 3,7 (95%-BI: 3,7-3,7) bij personen met schizofrenie en een gemiddelde vermindering in levensverwachting van 28,5 jaar (Olfson e.a. 2015). De meest gewenste interventies zijn het toedienen van depotmedicatie en toxicologische testen bij druggebruik. Dit is relevant aangezien slechts 40-50% van deze patiënten voldoende therapietrouw is wat betreft medicatie, onder andere door beperkt ziekte-inzicht (55,6%) en middelemisbruik (30,5%) (Velligan e.a. 2017). In het Verenigd Koninkrijk en enkele andere landen is het toedienen van depotmedicatie door *community mental health teams* tevens een taak van een (psychiatrisch) verpleegkundige (Patel e.a. 2005; Baker e.a. 2017). Daarbij verlaagt screening op metabool syndroom het risico op morbiditeit en is de verpleegkundige uitermate geschikt deze zorg te organiseren (De Hert e.a. 2011; Kioko e.a. 2016).



**TABEL 3** Mediane scores per stelling op gewenste verpleegkundige zorg door Vlaamse 2b-teams per discipline (vervolg)

Stelling	Score stelling gewenste zorg per functie: mediaan (interkwartielbereik)					p	Post-hoc test Significant paarsgewijs verschil (p)
	VPK (n = 31)	COORD (n = 13)	HA (n = 48)	PSY (n = 47)	PSY MT (n = 12)		
Capillaire glykemiebepaling	1 (1-1)	1 (1-1)	5 (1-5)	4 (1-5)	2 (1-4)	<0,001*	VPK-HA (p < 0,001) VPK-PSY (p < 0,001) CO-HA (p = 0,005) CO-PSY (p = 0,01)
Urinetest verslaving	1 (1-2)	1 (1-1)	7 (5-9)	5 (2-7)	4 (1-5)	<0,001*	VPK-HA (p < 0,001) VPK-PSY (p < 0,001) CO-HA (p < 0,001) CO-PSY (p = 0,007)
Bloedafname stemmingsstabilisatoren	1 (1-1)	1 (1-2)	5 (2-7)	4 (1-6)	4 (1-8)	<0,001*	VPK-HA (p < 0,001) VPK-PSY (p = 0,001) VPK-PSY MT (p = 0,007) CO-HA (p = 0,009)
Kennis somatische voorgeschiedenis	6 (5-8)	5 (2-8)	5 (2-7)	6 (3-9)	9 (5-10)	0,32	HA-PSY MT (p = 0,027)
Parameters bij ontwenning	1 (1-5)	1 (1-8)	8 (5-10)	5 (3-10)	5 (4-10)	<0,001*	VPK-HA (p < 0,001) VPK-PSY (p = 0,02) CO-HA (p = 0,04)
Subjectieve ervaring medicatie	8 (6-10)	10 (6-10)	8 (7-9)	8 (7-10)	10 (8-10)	0,76	/
Educatie over diabetes	2 (1-8)	6 (1-6)	5 (1-8)	3 (1-6)	3 (2-4)	0,49	/
Educatie over ziektebeeld	10 (8-10)	10 (9-10)	9 (8-10)	9 (6-10)	10 (9-10)	0,11	/
Educatie over psychofarmaca	10 (8-10)	10 (8-10)	9 (7-10)	9 (7-10)	10 (8-10)	0,36	/

Toets van Kruskal-Wallis: \* = significant verschil; paarsgewijze post-hocvergelijking geeft per stelling weer tussen welke disciplines er significante verschillen in score waren.

VPK = verpleegkundige; CO = coördinator; HA = huisarts; PSY = psychiater; PSY MT = psychiater mobiel team

Opvallend is dat verpleegkundigen binnen dit onderzoek de gewenste verpleegkundige zorg lager scoren dan andere disciplines, terwijl zij juist zelf een cruciale rol kunnen spelen (van Hasselt e.a. 2015).

### Budget

In België bedraagt het budget van de geestelijke gezondheidszorg 6,1% van het totale budget binnen de gezondheidszorg, dit ondanks de verhoogde comorbiditeit met somatische aandoeningen. Dit budget is laag in vergelijking met buurlanden Frankrijk (11,5%), Nederland (8%) en Duitsland (10,3%) (WHO 2008; Hermans e.a. 2012). Verhoging van middelen binnen de geestelijke gezondheidszorg, waaronder die binnen de maatschappij, kan bijdragen tot een verbeterde zorg en bijgevolg tot een daling in toekomstige gezondheidskosten (Patel e.a. 2016).

### Beperkingen

Met ons onderzoek konden wij niet de mogelijk onderliggende redenen van de gevonden verschillen, scores en zorgaanbod van Vlaamse 2b-teams achterhalen. Wegens de beperkte tijdspanne van deze studie werd het patiëntperspectief niet meegenomen in de bevraging, wat mogelijkheden biedt voor toekomstig onderzoek. Resultaten kunnen gekleurd zijn door selectiebias en de vergelijkbaarheid met de Nederlandse context is voor zekere interpretatie vatbaar. Slechts een gedeelte van de FACT-schaal werd bevraged, wat vergelijkbaarheid eveneens inperkt. De spreiding van de teams over alle Vlaamse provincies verhoogt wel de betrouwbaarheid van de resultaten. De Nederlandse context kan echter wel een inspiratie zijn tot de richtlijnontwikkeling voor de Vlaamse 2b-teams. Verder moet de FACTS-schaal door twee beoordelaars worden afgenomen, wat nu niet gebeurde (Van Vugt 2011). Een

meer kwalitatieve aanpak kan waardevol zijn bij verder onderzoek naar de organisatie en het zorgaanbod binnen 2b-teams.

Ten slotte kan het feit dat er geen prioriteringstechnieken werden toegepast binnen dit onderzoek worden gezien als een beperking, aangezien dit bredere informatie kon bieden omtrent de gescoorde items.

## CONCLUSIE

In dit onderzoek gingen wij de teamsamenstelling en overeenkomst met het Nederlandse FACT-model binnen Vlaamse 2b-teams na. Daarnaast vroegen we naar huidige en gewenste verpleegkundige zorg voor personen met een EPA binnen deze teams. De resultaten tonen aan dat er een verschil is qua samenstelling en grootte van deze teams, al werd dit verschil niet significant bevonden. Vlaamse

teams zijn gemiddeld FACT-modelgetrouw. Verpleegkundige somatische en farmacologische zorg binnen deze teams beperkten zich momenteel voornamelijk tot psychosociale interventies, al zijn andere interventies gewenst door betrokken hulpverleners. Het ontbreken van een concreet Vlaams organisatorisch kader bemoeilijkt onderlinge vergelijkbaarheid.

Dit sluit aan bij het algemeen gebrek aan somatische zorg en omkadering binnen de geestelijke gezondheidszorg in België. De literatuur wijst op het belang van deze zorg én de voorname rol die de verpleegkundige kan vervullen. Ondanks de aangetoonde verschillen in gewenste zorg tussen verschillende disciplines, geeft ons onderzoek niet de onderliggende redenen van deze verschillen weer. Een meer kwalitatieve benadering kan hier een meerwaarde betekenen.

## LITERATUUR

- Baker J, Travers JL, Buschman P, Merrill JA. An efficient nurse practitioner-led community-based service model for delivering coordinated care to persons with serious mental illness at risk for homelessness. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2017; doi: 10.1177/1078390317704044.
- Baller JB, McGinty EE, Azrin ST, Juliano-Bult D, Daumit GL. Screening for cardiovascular risk factors in adults with serious mental illness: a review of the evidence. *BMC Psychiatry* 2015; 15: 55.
- Bechter K, Vandenbroeck P. Eindrapport consultatieronde met betrekking tot de operationalisering van ervaringsdeskundigen in de GGZ. OGGPA vzw; 2014.
- Delespaul PH, Consensusgroep EPA. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 427-38.
- Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 1: CD007906.
- Ellis H, Alexander V. Eradicating barriers to mental health care through integrated service models: contemporary perspectives for psychiatric-mental health nurses. *Arch Psychiatr Nurs* 2016; 30: 432-8.
- Hasselt FM van, Oud MJ, Loonen AJ. Gezamenlijke somatische zorg voor patiënten met een ernstige psychische aandoening. *Ned Tijdschr Geneesk* 2015; 159: A9160.
- Hasselt FM van, Schorr SG, Mookhoek EJ, Brouwers JR, Loonen AJ, Taxis K. Gaps in health care for the somatic health of outpatients with severe mental illness. *Int J Ment Health Nurs* 2013; 22: 249-55.
- Hasselt FM van, Thier CS, van Rijswijk E, Loonen AJ. Is somatic health screening in patients with severe mental illness of added value? *Perspect Psychiatr Care* 2014; 50: 186-92.
- Helmer E, Vanderhaegen J, Van Audenhove C. Geïntegreerd rapport: wetenschappelijke opvolging van het hervormingsprogramma 'naar een betere geestelijke gezondheidszorg'. Leuven: LUCAS; 2015.
- Hermans MH, de Witte N, Dom G. The state of psychiatry in Belgium. *Int Rev Psychiatry* 2012; 24: 286-94.
- Hert M De, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, Ndeti DM, e.a. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry* 2011; 10: 138-51.
- Hert M De, Vancampfort D, Correll CU, Mercken V, Peuskens J, Sweers K, e.a. Guidelines for screening and monitoring of cardiometabolic risk in schizophrenia: systematic evaluation. *Br J Psychiatry* 2011; 199: 99-105.
- Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, Diez T, Granstrom O, De Hert M. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Ther Adv Psychopharmacol* 2013; 3: 200-18.
- Jaegere V De, De Smet A, Van Audenhove C. Een starterskit voor een betere ggz: visie en methodieken. Leuven: LUCAS; 2011.

- Kioko E, Williams K, Newhouse B. Improving metabolic syndrome screening on patients on second generation antipsychotic medication. *Arch Psychiatr Nurs* 2016; 30: 671-7.
- Lawless ME, Kanuch SW, Martin S, Kaiser D, Blixen C, Fuentes-Casiano E, e.a. A nursing approach to self-management education for individuals with mental illness and diabetes. *Diabetes Spectr* 2016; 29: 24-31.
- Lorant V, Grard A, Van Audenhove C, Helmer E, Vanderhaegen J, Nicaise P. Assessment of the priority target group of mental health service networks within a nation-wide reform of adult psychiatry in Belgium. *BMC Health Serv Res* 2016; 16: 187.
- Meeuwissen JAC, van Meijel B, van Piere M, Bak M, Bakkenes M, van der Kellen D, e.a. (Werkgroep Richtlijnontwikkeling Algemene somatische screening & Leefstijl). Multidisciplinaire richtlijn Somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening. Utrecht: V&VN; 2015.
- Olfson M, Gerhard T, Huang C, Crystal S, Stroup TS. Premature mortality among adults with schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry* 2015; 72: 1172-81.
- Patel MX, Baker D, David AS. Antipsychotic depot medication and attitudes of community psychiatric nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005; 12: 237-44.
- Patel V, Chisholm D, Parikh R, Charlson FJ, Degenhardt L, Dua T, e.a. global priorities for addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders. In: Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina-Mora ME, red. *Mental, neurological, and substance use disorders: disease control priorities (3d ed., Volume 4)*. Washington: International Bank for R&D/World Bank; 2016.
- Veldhuizen R van, Polhuis D, Bahler M, Mulder N, Kroon H. *Handboek (Flexibele) ACT*. Utrecht: De Tijdstroom; 2015.
- Vugt MD van, van Veldhuizen JR, Bähler M, Delespaul PH, Huffels N, Mulder CL, e.a. 2011. Ontwikkeling van een modelgetrouwheidsschaal voor functie-assertive community treatment (FACT). *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53: 119-24.
- Velligan DI, Sajatovic M, Hatch A, Kramata P, Docherty JP. Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness. *Patient Prefer Adherence* 2017; 11: 449-68.
- Volksgezondheid. Gids naar een betere gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken. *Volkgezondheid*; 2010.
- Wells J, Bergin M, Gooney M, Jones A. Views on nurse prescribing: a survey of community mental health nurses in the Republic of Ireland. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009; 16 10-7.
- WHO/UNODC. International standards for the treatment of drug use disorders. New York: UN Office on Drugs and Crime/WHO; 2016.
- WHO. Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges. Copenhagen: WHO; 2008.

## SUMMARY

# Somatic and pharmacological nurse care in 2b-teams in Flanders: a cross-sectional explorative study

N. MARTENS, M. DESTOOP, B. GOOSSENS, G. DOM

- BACKGROUND** In the context of the Belgian mental health care reform (project 107), 2b-teams provide care to people with a serious mental illness (SMI), a population encountering regular somatic comorbidity and limited compliance with medication. Team composition and care provided by these teams is rather unclear.
- AIM** To consider the team composition and to focus on the nurses' role within Flemish 2b-teams. Also, seen from different disciplines involved, to determine the desired future nursing role.
- METHOD** A structured interview was used to discover team characteristics and fidelity to the flexible assertive community treatment (FACT) model in 12 Flemish 2b-teams. With a digital survey containing 16 questions we explored the actual and desired nursing care, according to 151 nurses and medical physicians.
- RESULTS** Despite the difference in team size and composition, it was not found to be significant. Flemish team's FACT model-fidelity was average. Actual care was restricted to psychosocial interventions. Regarding desired care, significant differences were found between physicians and nurses. Caregivers within outreach teams scored items significantly higher on desired care compared to actual care.
- CONCLUSION** We conclude that the team composition of Flemish 2b-team varies, with an average FACT model fidelity. Team care is restricted to psychosocial interventions, while more somatic and nursing care is desired.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)6, 374-385

**KEY WORDS** FACT, Flanders Outreach teams, nursing