

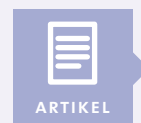
De ggz in Oost-Lille: inspiratie voor de praktijk van netwerkzorg in de ggz

K.H. WESTEN, C.L. MULDER, H. KROON, PH. DELESPAUL

- ACHTERGROND** In Oost-Lille werkt men al enige tijd met een relatief moderne maatschappelijke ggz die opvallend dicht bij een Nederlandse zorgorganisatie staat, met dezelfde waarden en normen die we ook in Nederland willen implementeren.
- DOEL** Het opdoen van inspiratie om regionale samenwerking en 'netwerkzorg' in de Nederlandse psychiatrie verder te onderzoeken.
- METHODE** Werkbezoek in Lille door een delegatie van het bestuur van F-ACT Nederland en het CCAF.
- RESULTATEN** De basis van de werkwijze in Oost-Lille is een charter van gezamenlijk gedragen waarden, ontwikkeld met alle partijen, cliënten, naasten, medewerkers en externe professionals, dat door elke professional ondertekend wordt. Bij twijfel, verandering van de context of bij de introductie van nieuwe werkwijzen grijpt men eerst terug op de basiswaarden.
- CONCLUSIES** Goede ggz ontwikkelt zich in dialoog, waarbij werkwijzen, zorgmodellen en interventies met elkaar verbonden worden middels netwerkzorg. Middels reflectie, moreel beraad en waarderend auditen wordt progressief de zorg verbeterd. Deze procedures borgen moderne kwaliteitsontwikkeling.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)6, 465-471

TREFWOORDEN audit, netwerkzorg, zorgmodellen



Lille ligt minder dan 2 uur rijden van de Nederlandse grens en is een WHO Collaborating Center op het gebied van de geestelijke gezondheid (zoals bijvoorbeeld ook Verona, Triëst en Londen). Sinds jaren wordt er gepioneerd met een 'burger'-ggz (*psychiatrie citoyenne*) die in tegenstelling tot het sterk ideologisch gedreven Triëst, opvallend dicht bij een Nederlandse zorgorganisatie staat met dezelfde waarden en normen die we ook bij ons willen implementeren. Bij herhaling geeft het team van Lille aan dat het zijn inspiratie mede in Nederland gehaald heeft. Een delegatie van het bestuur van F-ACT Nederland en het CCAF is op een driedaags werkbezoek gegaan om dit model te leren kennen en zelf inspiratie op te doen.

Setting

Met een regio van 1,2 miljoen inwoners is Lille de op drie na grootste stad van Frankrijk. Het is de hoofdstad van Frans 'Vlaanderen' en deel van het historische graafschap

Vlaanderen, waar ook het Belgische Oost- en West-Vlaanderen en het Nederlandse Zeeuws-Vlaanderen onder vielen. Tot 100 jaar geleden was het Vlaams de volkse voertaal en heette de stad Rijsel. Lille kent de kortste levensverwachting van Frankrijk en een hoog percentage mensen die leven in armoede en zonder inkomen uit arbeid (Roelandt e.a. 2014). In Lille is een van de weinige, gelukte projecten van de Franse *sectorisation*, de lokale variant van de eerste de-institutionaliseringsgolf in Europa. Frankrijk en ook Lille kenden in de jaren 70 een klassieke institutionele psychiatrie, met 98% van de ggz-middelen in ziekenhuisbedden. De overheid besloot om de psychiatrische bedden toe te bedelen aan *secteurs* (of regio's van ongeveer 70.000 inwoners – situatie 1960). Het budget (telkens een equivalent van 210 bedden) kon vrij besteed worden aan bedden of ambulante zorg. De voorwaarde was dat de middelen ingezet werden om de integrale regioverantwoordelijkheid voor geestelijke gezondheid waar te

maken (Fourquet & Murard 1980).

In 1977 kreeg de sector van Oost-Lille (sector 21), verbonden aan het Psychiatrisch Ziekenhuis in Armentières, een nieuw management. Geïnspireerd op de democratische psychiatrie van Basaglia te Triëst, werkte men aan de institutionalisatie en maatschappelijke inclusie.

In een eerste fase (1975-1995) werd een stichting opgericht om psychische zorg naar de burgers van de zes geïncludeerde banlieues of wijken van de sector van 85.000 inwoners te brengen. Men besteedde bijzondere aandacht aan het proces gericht op verminderen van stigma. Tegelijkertijd maakte men werk van populatiebepresting voor de gehele sector.

Pas in de tweede fase (1995-2006) vond de organisatie haar weg naar de samenleving, zowel op sociaal en medisch als cultureel gebied (Caldas de Almeida & Killaspy 2011). In 40 jaar tijd ontwikkelde Oost-Lille zich tot een ggz-organisatie waarbij 80% van het beschikbare geld in de (wijk) sector wordt ingezet. Het aantal bedden is afgenomen van 209 naar 10 (zie **TABEL 1**) (Crepaz-Keay e.a. 2015).

De ontwikkelingen in Lille lopen parallel met de ambities van de Nederlandse ggz en overheid om het aantal bedden te reduceren en de zorg te ambulantisieren (Ministerie van vws 2012; Projectgroep Plan van Aanpak Ernstige psychische aandoeningen 2014). De afgelopen 15 jaar investeerde Nederland in het uitrollen van ambulante *flexible assertive community treatment* (FACT)-teams voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Recent is de basis-ggz opgericht voor mensen met psychiatrische problematiek, de POH-GGZ geïnstalleerd voor een heldere triage en preventie en heeft de gemeente de verantwoordelijkheid gekregen voor inclusie en participatie van alle burgers (met of zonder problematiek) op de verschillende levensdomeinen. De beoogde verschuiving van specialistische naar basis-ggz en POH-GGZ is op gang gekomen.

Onbedoeld is met de systeemwijzigingen de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen minder intensief geworden en meer versnipperd geraakt (Kroon e.a. 2018). De vraag is dan ook hoe we de zorg beter op elkaar af kunnen stemmen (Westen & Peeters 2018) of, beter nog, hoe we de zorg beter in netwerken kunnen vormgeven. Het idee van netwerkzorg in de ggz was geboren. Een werkbezoek aan l'Établissement Public de Santé Mentale Lille Métropole (sector 21) paste goed in deze nieuwe beweging naar integraal werken in een netwerk.

'Psychiatrie Citoyenne'

Het doel van de organisatie in Lille was dat de psychiatrie op termijn zou verdwijnen als aparte organisatie en praktijk buiten de maatschappij. Wanneer er behoefte is aan klinische infrastructuur, gebruikt men voorzieningen uit het algemeen ziekenhuis. Oorspronkelijk wilden de initi-

AUTEURS

KOEN WESTEN, docent-onderzoeker, Avans Hogeschool, en vicevoorzitter CCAF.

NIELS MULDER, psychiater, Parnassiagroep, en bijzonder hoogleraar Openbare geestelijke gezondheidszorg, Erasmus MC, en bestuursadviseur CCAF.

HANS KROON, psycholoog en hoofd programma Zorg en Participatie van het Trimbos-instituut, hoogleraar Ambulantisering en deinstitutionalisering aan Tilburg University, en bestuurslid CCAF.

PHILIPPE DELESPAUL, hoogleraar Innovatie in de GGZ, Maastricht University en Mondriaan Zorggroep, en bestuurslid van het CCAF.

CORRESPONDENTIEADRES

K.H. Westen, Avans Hogeschool, Hogeschoollaan 1, 4800 RA Breda.

E-mail: kh.westen@avans.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 6-12-2019.

atiefnemers een *grassroots* beweging: verandering vanuit een activistische gemeenschap (Roelandt 2005). De beweging kreeg de naam 'Psychiatrie Citoyenne' (burgerpsychiatrie). De naam reflecteert het streven naar inclusie, niet enkel van de cliënt, maar ook van de ggz-organisatie in de samenleving (Roelandt 2004).

Aan dit streven blijft sector 21, waar dit gedachtegoed is uitgewerkt, ook nu nog trouw. Het team ziet zichzelf als onderdeel van de samenleving, met verkozen vertegenwoordigers vanuit de samenleving als *critical friends* en met cliënten, ex-clieënten en naasten als geïntegreerd onderdeel van het behandelteam en management (Roelandt e.a. 2014). Lille is initiatiefnemer van de Franse interuniversitaire opleiding voor ervaringsdeskundigen. Monitoring-onderzoek rond kwaliteit (ROM) gebeurt door de cliënten-vertegenwoordiging.

Het team voelt zich verantwoordelijk om de aan hen toebedeelde taak (bijdragen aan de geestelijke gezondheid van burgers) zo goed mogelijk te realiseren. Fundamentele rechten van de mens zijn leidend. In gesprekken met medewerkers en cliëntvertegenwoordigers worden deze onderliggende waarden telkens bevestigd en lijkt men de uitvoering die daarop volgt volkomen logisch te vinden. Zo werkt men graag en veel samen met burgers, in het bijzonder lokale kunstenaars. Men stimuleert en exposeert werk van kunstenaars die cliënt zijn zonder onderscheid,

TABEL 1 Data van beschreven sector 21 in Lille, 1971-2012; bron: Etablissement Public de Santé Mentale, Lille Métropole

	1971	2002	2005	2009	2010	2011	2012
Cliënten in zorg per jaar	589	1677	1898	2507	2572	2661	2798
Ambulante behandelcontacten per jaar	-	23.478	25.808	34.700	48.315	44.704	61.058
Opnames (totaal)	145	444	353	322	360	328	301
Gedwongen opnames (%)	145 (100)	96 (22)	92 (21)	66 (21)	88 (24)	81 (25)	84 (28)
Gem. duur van opname	213*	14,5	12,4	8	6,5	7,8	7,5
Bezettingsgraad	314*	17,5	11,6	7	6,4	7,4	6,6
Aantal bedden	209	26	26	12	12	12	10

*Betreft schatting.

naast andere kunstenaars. In Lille hebben ze niets met *outsider art* of creatieve therapie; deze doen ze af als stigmatiserend. Kunst wordt gemaakt met en door kunstenaars (of ze nu cliënt zijn of niet...). De tentoonstellingen in de lokale galerij zijn een belangrijk regionaal sociaal evenement en een mogelijkheid om politici, bedrijfsleiders, en maatschappelijke belanghebbenden op een informele wijze te treffen en te betrekken in de agenda van de psychiatrie citoyenne.

Organisatie

De totale regionale ggz-zorg voor een populatie van 67.200 inwoners (ouder dan 16 jaar) wordt in Oost-Lille geleverd door 120 medewerkers; in 2018 waren in totaal 3500 cliënten op enig moment in zorg, van wie bijna 3200 (ofwel 4,7% van de bevolking) uit de eigen regio. Er is een ambulante wijkteam, een crisisteam, een ACT-team en een Herstelteam (Frontières) en bij deze teams is outreach de norm. Daarnaast is er een klinische afdeling met 10 bedden. 4 psychiaters (er is een vacature voor een 5de) staan in dienst van de organisatie en werken voor alle teams. De 10 psychologen verspreiden zich op indicatie over de teams. De verpleegkundigen en sociaal werkers zijn wel verbonden aan specifieke teams.

De integrale regioverantwoordelijkheid wordt afgestemd in een dagelijks telefonisch ochtend- en avondoverleg waarin de psychiaters, twee psychologen en de teamcoördinatoren participeren. Het overleg is efficiënt, met gebruik van een gedeelde Excel-spreadsheet (vergelijkbaar met ons FACT-bord) die door de secretaresse wordt bijgehouden. Het ochtendoverleg dat wij mochten bijwonen, duurde 20 minuten en nooit wordt de limiet van 30 minuten overschreden. Het overleg brengt informatie bij elkaar van de verschillende *regioteams*:

- *Het ambulante team*. Dit biedt outreachende behandeling voor mensen met enkelvoudige psychiatrische proble-

matiek. Men werkt met een casemanagementsysteem, waarbij opschaling tot maximaal 2x per week mogelijk is met gedeeld casemanagement. Indien hogere zorgintensiteit nodig is, stemt men dit af met het crisisteam. Dit kan invoegen in de behandeling of die tijdelijk overnemen.

- *Het crisisteam*. Dit biedt behandeling ten tijde van crisis gedurende 7 dagen in de week, 12 uur per dag. De medewerkers starten iedere dag met een belronde met alle netwerkpartners (politie en spoedeisendehulpdiensten van ziekenhuizen) met de vraag of één van hun inwoners in zorg is gekomen. Dit wordt in het ochtend- (en avond)overleg ingebracht. Dit borgt de regioverantwoordelijkheid en is mogelijk door de flexibele inzet van de medewerkers van de ambulante én klinische teams. Naast de klinische faciliteit van 10 bedden heeft de regio ook 4 gastfamilies (opvangduur tot enkele weken). De gastfamilies, waar cliënten in een (dreigende) crisis kunnen verblijven, krijgen ondersteuning vanuit het crisisteam.

- *Het ACT-team*. Dit biedt intensieve, outreachende en multidisciplinaire behandeling aan cliënten met langdurige ernstige psychiatrische problematiek. Aangezien men geen transities meer kent naar woonbegeleiding, basis-ggz of sociale wijkteams – men werkt volledig integraal – kunnen cliënten langdurig verbonden zijn aan dit team in alle fasen van herstel.

- *Het Herstelteam*. Dit team (Frontières) is multidisciplinair en werkt buiten de psychiatrie aan sociale inclusie op het gebied van werk, vrije tijd en cultuur. De medewerkers ervan kunnen tijdelijk als teamlid fungeren op de kliniek of in het crisisteam om het (behandel)aanbod te vergroten en met de cliënt naar alternatieve opties te zoeken, of zelfstandig werken met cliënten aan destigmatiserende activiteiten in de gemeenschap. Er is een subteam voor elk van de 6 woonkernen in de regio.

– *De klinische afdeling.* Deze is gevestigd op het terrein van het somatisch ziekenhuis en heeft daardoor korte lijnen naar de verschillende specialismen. De afdeling heeft 10 bedden die zelden allemaal bezet zijn. De jaarbezetting is gemiddeld 70% en er waren 4 patiënten opgenomen op het moment dat wij op bezoek waren. Bij opname verricht men een uitgebreide psychiatrische en medische screening. De regiopsychiaters hebben om de beurt 1 week ‘dienst’ en zijn dan ook verantwoordelijk voor de kliniek. Intrigerend anachronisme: de psychiaters zijn ‘in burger’, maar de verpleegkundigen dragen witte jassen.

De afdeling is – ook bij dwangopnamen – volledig open met 1-persoonskamers (met ruimte voor familie, ook tijdens de nacht) en heeft uiteenlopende mogelijkheden om alternatieven aan te bieden tijdens toenemende agitatie. Denk hierbij aan sport, kunst, behandeling door manicure of visagiste of zelfs wellnessactiviteiten. Het grote bubbelbad, de sauna en de wellnessomgeving zijn in Hollandse ogen een haast verkwistend lijkende rijke omgeving.

Hiervoor is bewust gekozen. Op de afdeling geldt een zero-separeerbeleid (alle teamleden ondertekenen een verklaring die voor patiënten ter inzage is). In Nederland komt men bij dreigende escalatie en onveiligheid snel zonder opties te zitten, en is het soms noodzakelijk om tot afzondering over te gaan. In Lille koos men voor een rijke omgeving met een constante uitnodiging tot afleiding. Tijdens ons bezoek voelden we dat in zo’n omgeving het streven naar het uitbannen van dwang realistisch wordt. Opnamen duren gemiddeld een week en beginnen met de vraag wat de cliënt nodig heeft om weer thuis te kunnen zijn.

Een ander voorbeeld van de focus op autonomie en eigen verantwoordelijkheid van patiënten op de opnameafdeling is de kunstuitleen (met een collectie van gerenommeerde regionale kunstenaars). Iedere opgenomen patiënt wordt uitgenodigd een kunstwerk te kiezen om op zijn of haar toegewezen kamer op te hangen. Dit gebeurt bij opname. Het is een symbolische daad om duidelijk te maken dat een patiënt ook met kostbare kunst vertrouwd wordt.

Naast de klinische opname maken circa 100 cliënten gebruik van meer of minder geïndividualiseerde vormen van beschermd wonen en is er een respijtoptie: zes families in de regio zijn beschikbaar om iemand tijdelijk (gemiddeld twee à drie weken) te huisvesten. Aldus ondergebrachte cliënten worden dagelijks door het ggz-team bezocht.

Alle medewerkers zijn werkzaam voor de gehele organisatie (binnen het werkgebied) en hebben zich geconformeerd met de basiswaarden van de organisatie (iedereen heeft de

verklaring ondertekend). Het geheel van de organisatie is meer dan de som der delen en dat bevestigt men telkens in woord en daad. Eens in de drie weken vindt een beleids- c.q. afstemmingsoverleg plaats met afgevaardigden vanuit de teams en gedelegeerden vanuit de verkozen cliëntenraad.

Regioverantwoordelijkheid

Het zorgsysteem in Oost-Lille heeft een populatiebekostiging. Met in totaal 9 miljoen euro wordt zowel de klinische als de ambulante zorg gefinancierd met een 30/70-verdeling, terwijl in Nederland en de rest van Frankrijk vaak meer dan 60% aan klinisch zorg wordt besteed (Kroon e.a. 2018; EPSM Lille-Métropole 2019). De vrijgevestigde psychotherapeuten en de verslavingszorg vallen buiten het regiobudget. We zagen dat het team zich zeer bewust is van zijn verantwoordelijkheid, zowel voor de regio als geheel, als voor individuen met zorgbehoeften (*prise en charge* = verantwoordelijkheid nemen) die aangemeld worden.

Naast het eerdergenoemde sectorbordoeverleg dat 2x daags plaatsvindt, imponeerden ook de servicegerichtheid en flexibiliteit aan de voordeur. De lokale huisartsen kennen geen POH-constructie, maar verwijzen direct naar de geïntegreerde ggz. Als norm geldt dat cliënten binnen 2 dagen na huisartsverwijzing thuis bezoek krijgen van een verpleegkundige. In 2018 werd deze norm bij 92,5% van de cliënten gehaald, met een gemiddelde responstijd van 1,2 dagen (EPSM Lille-Métropole, 2019).

De intakes zijn deels gestandaardiseerde, deels open interviews, waarbij men de *Mini Mental State Examination* (MMSE) afneemt en een inschatting maakt van het suïciderisico. Afhankelijk van de urgentie krijgt de zorg binnen 24 uur (crisiszorg) tot 2 weken (reguliere therapie door een psycholoog) een vervolg. Daarnaast is er op 10 plekken in de regio een wachtlijstloze consultatie beschikbaar met openingstijden van 9:00 tot 20:00 uur op werkdagen en op zaterdagochtend.

Verantwoordelijkheid nemen voor de regio betekent verantwoordelijkheid nemen *in* het netwerk en zelf proactief onderdeel zijn *van* het netwerk. Dit beleven de medewerkers als fundamentele waarde, waardoor zij de daaropvolgende acties als logisch ervaren. Het geheel wordt continu gemonitord met doelstellingen rond onder meer responstijd, gebruik van dwang, toegankelijkheid van de zorg voor mensen met een psychotische aandoening en bipolaire stoornis en aantallen suïcides. We konden dan ook gegevens opvragen waarover we in Nederland niet (meer) geïntegreerd op regionaal niveau kunnen beschikken.

Een op het eerste gezicht een vreemd punt is dat psychiaters en psychologen niet teamgebonden werken, maar breed beschikbaar zijn voor alle teams. Continuïteit van zorg blijft echter belangrijk. Een cliënt kan zelf één van de vier psychiaters als hoofdbehandelaar kiezen, psycholo-

gen en behandelaars zijn beschikbaar voor alle teams en casemanagers kunnen voor kortere of langere tijd mee verschuiven tijdens en na een overplaatsing binnen de organisatie. Tijdens een klinische opname lopen alle behandelingen gewoon door. De dienstdoende psychiater is van piket, maar coördineert de zorg met de patiënt en het verwijzende team of professional. Hoe deze flexibiliteit en collegialiteit werken, zien we bij het crisisteam. Zij hebben hun eigen verantwoordelijkheid, maar assisteren daar waar nodig binnen de organisatie, zowel klinisch als ambulant.

Een verre gaande logistieke flexibiliteit van medewerkers is noodzakelijk om dwang en drang tot een minimum te beperken. Op alle niveaus moet flexibiliteit leiden tot het creëren van meer en creatieve alternatieven. In een Nederlandse keten is dat vaak niet het geval en moet een FACT-team bij opschalen van de zorg noodgedwongen overschakelen op *intensive home treatment* (IHT) of een klinische opname. De schaal van de Nederlandse FACT-teams (8 fte) is te klein en er kunnen geen extra mensen worden vrijgemaakt.

De teams van sector 21 in Lille laten alle mogelijke opties open en ondersteunen elkaar – zorg is immers een gezamenlijke regionale verantwoordelijkheid. Op die manier is men in staat de zorgintensiteit te verhogen tot meerdere keren per dag gedurende alle dagen van de week. De coördinatie ligt bij één van de multidisciplinaire en outreachende teams, mogelijk met ondersteuning van collega's, en altijd probeert men de continuïteit van de zorg te waarborgen en misschien nog belangrijker: de continuïteit van de relatie.

Zorg op welke schaal?

Vanuit een Nederlands perspectief sluiten de ontwikkelingen in Oost-Lille aan bij de beweging van 'de nieuwe ggz' (Delespaul e.a. 2016) en de daaruit voortkomende proeftuinen in het land waarin wijkteams samenwerken met FACT-teams op wijkniveau. De nieuwe ggz gaat uit van een wijkgerichte zorg per 15.000 inwoners. Sector 21 met 100.000 inwoners oogt dan als groot. Voordeel van deze schaalgrootte is dat de hele ggz-infrastructuur (inclusief de kliniek en regionale permanentie) op dat niveau kan worden geborgd. Het merendeel van de voorzieningen bevindt zich in het hart van de zandlopervormige regio, met beperkte reisafstanden per auto van maximaal een half uur.

De ambulante teams kennen echter ook een subregionale structuur met teams per woonkern (er waren er 6; dus ongeveer per 17.000 inwoners). Er is sprake van een dagelijkse, fysieke aanwezigheid van medewerkers in alle 6 banlieues, die samen de sector vormen. Omdat huisartsen de medicatie blijven voorschrijven, is er veelvuldig overleg

tussen de psychiaters, huisartsen en apothekers. Zowel voor algemene consultatie, als voor een specifieke behandeling en over de wijze van het (eventueel thuis) verstrekken van medicatie.

Het wijkgericht werken biedt een natuurlijke samenwerking met huisartsen, apothekers, wijkverpleegkundigen en een gemeentelijk team. Het is een kader voor flexibel werk en biedt intensieve en outreachende informele en formele contactmogelijkheden en soepele, veelvuldige zorgafstemming (Falloon & Fadden 1995; Delespaul e.a. 2016; Peeters & Westen 2018). De afwezigheid van diagnostische zuilen en de expliciete regioverantwoordelijkheid staan in contrast met de Nederlandse versnippering.

Is dit model overdraagbaar?

Opmerkelijk is dat het model van Lille niet representatief is voor de rest van Frankrijk. Dit roept vragen op over de overdraagbaarheid. Zelfs in direct aangrenzende sectoren binnen de agglomeratie Lille is het model niet overgenomen. Het werken met een lumpsumbudget voor de ggz is dus een faciliterende, maar geen afdoende maatregel geweest om tot deze sterke ambulante, waardegedreven zorg te komen.

Net als in Triëst is een andere factor ongetwijfeld charismatisch leiderschap, in dit geval van psychiater Jean-Luc Roelandt. Waarden moeten letterlijk en gedurende langere tijd worden gedreven, willen ze leidend zijn voor de dagelijkse praktijk. Net als in Triëst is het mogelijk gebleken de werkwijze, ook na pensionering van de oorspronkelijke 'goeroe', met nieuwe vaandeldragers in stand te houden en verder te verbeteren. Verbeteringen bereikt men via expliciete en systematische reflectie op de eigen werkwijze, via training en opleiding van nieuw personeel, en door een open oog te hebben voor internationale ontwikkelingen.

WERKEN ZORGMODELLEN BELEMMEREND?

De wijze waarop de verschillende zorgmodellen zich tot elkaar verhouden in sector 21 gaat verder dan de afzonderlijke beschrijving van de modellen doet vermoeden. Geen team staat op zichzelf. Er is een netwerk van (overlappende) zorgmodellen ontstaan en deze verhouden zich flexibel tot elkaar. De nieuw ontwikkelde FACT-schaal (Westen e.a. 2019) in Nederland door het CCAF biedt FACT-teams de mogelijkheid om zich in netwerken te organiseren, zowel binnen als buiten de ggz.

Echter, onze Nederlandse kwaliteitstools evalueren afzonderlijke zorgmodellen (bijv. FACT, IHT en HIC) en er wordt niet (of te weinig) gestuurd op onderlinge samenhang. Dit levert in Nederland soms conflicterende situaties op. Zoals de situatie waarin een IHT-team niet toekomt aan intensieve crisiszorg voor niet-ingeschreven cliënten, omdat een FACT-team de intensieve zorgopstapeling niet zelf uit-

voert of kan uitvoeren en deze taak overdraagt. Of de financiering van klinische bedden, waardoor ambulante werken financieel wordt afgestraft en gestuurd wordt op een hoge bezettingsgraad. Wanneer in de zorg meer gestuurd wordt op gedeelde waarden en netwerksamenhang, zouden we ook in Nederland deze ontwikkeling kunnen stimuleren.

KWALITEITSBORGING EN DISSEMINATIE

Kwaliteitsborging via accreditaties zoals we dat in Nederland proberen te doen, leidt tot verbazing bij onze Franse collega's. Het beschrijven en certificeren van modellen heeft het risico dat waarden worden vastgeklonken in acties. Maar de uitrol van FACT, mede door certificering, spreekt hen ook in Frankrijk aan. Men vroeg zich ook af hoe hun model verder uit te rollen. Het waardegedreven werken vraagt veel van het cognitieve en reflectieve vermogen van een organisatie, een team en een individu.

Zulke werkwijzen blijken moeilijk te dissemineren. Dat zien we ook in de geïsoleerde situatie van het Italiaanse Triëst (Muusse & Van Rooijen 2015). Het ontbreken van een modelbeschrijving belemmert ook de mogelijkheden tot vergelijkend onderzoek. Lille lijkt te voldoen aan de gemiddelde eisen die Thornicroft en Tansella (2004) stellen aan geestelijke gezondheidszorg, gecombineerd met duidelijke alternatieven voor (langdurige) opname en inclusiebevorderende interventies. Gespecialiseerde behandeling voor specifieke doelgroepen (bijv. verslavingszorg) lijkt buiten de organisatie van sector 21 te vallen en gezien de ambivalente relatie met andersoortige werkwijzen ook (bewust) buiten hun netwerk.

LITERATUUR

- Caldas de Almeida JM, Killaspy H. The long-term mental health care for people with severe mental disorders. Impact Consortium by the European Commission; 2011 http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/healthcare_mental_disorders_en.pdf
- Crepaz-Keay D, Cyhlarova E, Daumerie N, Marsili M. Lessons from Lille. In: Crepaz-Keay D, red. Mental health today and... tomorrow. Londen: Pavilion; 2015. p. 157-65.
- Delepaul PAEG, Milo M, Schalken F, Boevink W, Van Os J. Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie. Leusden: Diagnosis; 2016.
- EPSM Lille-Métropole. Projet du Pole de Sante Mentale des villes de Mons en Baroeul, Hellemmes, Lezennes, Ronchin, Faches Thumesnil, Lesquin. Secteur 59G21. Version 8. Lille: EPSM Lille Métropole; April 2019.
- Falloon I, Fadden G. Studies in social and community psychiatry integrated mental health care: a comprehensive, community-based approach. New York: Cambridge University Press; 1995.
- Fourquet F, Murard L, red. Histoire de la Psychiatrie de Secteur. Parijs: Éditions Recherche; 1980.
- Kroon H, Michon H, Knispel A, Hulsbosch L, De Lange A, Boumanse J, e.a. Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut; 2018.
- Ministerie van VWS. Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014. Den Haag: ministerie van VWS; 2012.
- Muusse C, Van Rooijen S. Freedom First. Utrecht: Trimbos-instituut; 2015.
- Peeters P, Westen K. Zorg voor afstemming. Amsterdam: SWP; 2018.
- Projectgroep Plan van Aanpak Ernstige psychische aandoeningen. Over de brug. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos; 2014.

Besluit

De wijze waarop in Lille sector 21 zich heeft ontwikkeld van een klinisch georiënteerde psychiatrie, via de democratische psychiatrie van Basaglia, tot een psychiatrie citoyenne is te loven. Medewerkers worden gestimuleerd om hun handelen te spiegelen aan de universele rechten van de mens en de waarden van de organisatie. Reflectie op eigen handelen vanuit van tevoren samen vastgestelde waarden vindt veelvuldig plaats. Men is gewend om elkaar hierop aan te spreken in een voortdurende dialoog. Daarmee ontstaan nieuwe, creatieve werkwijzen die de opties om sociale inclusie te bevorderen vergroten. Hierdoor is een kwalitatief hoogwaardig en relatief ontzuild regionaal ggz-netwerk ontstaan.

De basis is een krachtig fundament van gezamenlijk gedragen waarden waar in samenspraak met andere partijen, zoals cliënten, naasten, medewerkers en externe professionals, vorm aan wordt gegeven. Bij twijfel, verandering van de context of bij de introductie van nieuwe werkwijzen grijpt men eerst terug op de basiswaarden.

In Nederland lopen we het risico dat we, met het inruilen van behandeluitkomsten voor hersteluitkomsten, van die filosofisch fundamentele verschuiving een semantische verschuiving maken. Het resultaat zou niet fundamenteel verbeteren. Daarmee zouden we een eventueel ontzilde netwerkgerichte psychiatrie op een verkeerde wijze evalueren met verkeerd gekozen uitkomstmaten.

Het bezoek aan Lille was inspirerend. We zagen een zeer unieke, regionale Franse ontwikkeling, die als voorbeeld zou kunnen dienen voor een toekomstige Nederlandse ggz, in de vorm van een regionale, waarden-gedreven vorm van netwerkzorg. Geïnspireerd gaat onze zoektocht verder.

- Roelandt JL. Psychiatrie citoyenne et promotion de la santé mentale. Revue Française des affaires sociales 2004; 1: 205-213.
- Roelandt JL. Où va la psychiatrie ? Je ne sais pas... en tout cas elle y va! Santé mentale au Québec 2005; 1: 97-114. doi:10.7202/011272ar
- Roelandt JL, Daumerie N, Defromont L, Caria A, Bastow P, Kishore J. Community mental health service: an experience from the East Lille, France. J Mental Health Hum Behav 2014; 19: 10-8.
- Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care Overview of systematic evidence. Br J Psychiatry 2004; 185: 283-90.
- Westen K, Van Vugt MD, Bähler M, Delespaul PAEG, Kroon H. De ontwikkeling van de vernieuwde Flexible ACT-schaal: F-ACT-s 2017. Tijdschrift Psychiatr 2019; 61: 97-103.

SUMMARY

Mental health in Eastern Lille: a future of network-psychiatry?

K.H. WESTEN, C.L. MULDER, H. KROON, PH. DELESPAUL

- BACKGROUND** For some time now, East Lille has been working with a relatively modern mental health care system that remarkably resembles Dutch health care with the same values and norms that we want to implement in the Netherlands as well.
- AIM** Gaining inspiration to further investigate regional cooperation and 'network care' in Dutch psychiatry.
- METHOD** A delegation from the board of F-ACT-Netherlands and CCAF paid a working visit to Lille.
- RESULTS** The basis of the East Lille working method is a charter of shared values developed with all parties, clients, relatives, employees and external professionals, which is signed by every professional. In case of doubt, a change of context or the introduction of new working methods, these values are used first.
- CONCLUSIONS** High quality mental health care develops in dialogue, in which working methods, service delivery models and interventions are linked to each other by means of network care. Through reflection, moral deliberation and appreciative auditing, care is progressively improved. These procedures guarantee a modern process of quality improvement.

TJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)6, 465-471

KEY WORDS audit, network psychiatry, service delivery model