

Discussienota

Nieuwe rollen in de 'Betere GGZ' projecten: competenties van de netwerkcoördinator en de referentiepersoon.

Veerle De Jaegere, Ann DeSmet & Chantal Van Audenhove

Achtergrond

Met 158 psychiatrische bedden per 100 000 inwoners is in België de verhouding van het aantal psychiatrische bedden per aantal inwoners nog steeds één van de hoogste in Europa. De overheid plant met wetsartikel 107 een hervorming in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) waarbij een groot aantal residentiële opvangplaatsen vervangen wordt door ambulante zorg in de thuissituatie of een thuisvervangende omgeving. Hierdoor kan de GGZ beter aansluiten bij de noden van personen met psychische problemen (Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken, 2010).

Een kernaspect in de hervorming is de organisatie van het zorgaanbod via zorgcircuits en zorgnetwerken. Een zorgnetwerk is een netwerk van zorgaanbieders die samen één of meerdere zorgcircuits realiseren. Een zorgcircuit omvat het volledige GGZ-aanbod, dat afgestemd is op de specifieke noden van een bepaalde leeftijdsdoelgroep.

Voor een succesvolle hervorming is het belangrijk dat iemand de opbouw van dit netwerk faciliteert en dat iemand erover waakt dat deze werking aansluit bij de behoeften van de patiënt. Hiervoor zijn twee nieuwe rollen uitgewerkt, namelijk de netwerkcoördinator en de referentiepersoon. Wat zijn nu volgens de literatuur belangrijke persoonskenmerken voor die rollen?

De netwerkcoördinator dient zowel een goede leider als manager te zijn, en over een goede kennis te beschikken van de geestelijke gezondheidssector. Als leider inspireert de netwerkcoördinator, ontwikkelt en deelt hij/zij een visie. Concreet betekent dit dat de netwerkcoördinator overtuigd moet zijn van de meerwaarde van een gemeenschapsgerichte zorg. Als manager organiseert de netwerkcoördinator de praktische zaken van het netwerk, onderhandelt hij/zij en verbetert de werking (Beinecke, 2009).

De rol van de referentiepersoon leunt dicht aan bij de rol van een casemanager. Dit is een zorgverstreker die de centrale figuur is voor de patiënt, op elk moment van de hulpverlening. Elke patiënt heeft een referentiepersoon en kiest die ook zelf. De referentiepersoon zorgt dat de patiënt en diens noden centraal staan binnen het netwerk, en dat de patiënt benaderd wordt als een volwaardig persoon (Hermans et al. 2010; Young, Forquer, Tran, Starzynski, & Shatkin, 2000). Het is essentieel dat de zorgverstreker een goede therapeutische relatie heeft met de patiënt, gekenmerkt door vertrouwen (Corrigan, Mueser, Band, Drake, & Solomon, 2009; Simpson, Miller, & Bowers, 2003; Howgego, Yellowlees, Owen, Meldrum, & Dark, 2003). Psychiatrisch verpleegkundigen zijn heel geschikt om deze rol op te nemen, want ze hebben vaak een blijvende en intense band met de patiënt en diens onmiddellijke omgeving (Gommers, Van Audenhove, & Van Ertvelde, 2010; Elsom, Happell, & Manias, 2007; Chan, MacKenzie, Tin-Fu Ng, & Ka-yi Leung, 2000).

Alle projecten die een projectvoorstel indienden voor het hervormingsprogramma artikel 107 konden via een bevraging hun mening geven over profielkenmerken van de nieuwe rollen van de referentiepersoon en de netwerkcoördinator. De bevraging had als doel een antwoord te bieden op volgende onderzoeksvragen:

1. Het profiel van de netwerkcoördinator:
 - a. Is het belangrijk dat de netwerkcoördinator een leider is? In welke mate is het haalbaar om iemand te vinden met die kenmerken?
 - b. Is het belangrijk dat een netwerkcoördinator vertrouwd is met de klinische praktijk (zowel ervaring als netwerk)?
 - c. Is het belangrijk dat een netwerkcoördinator overtuigd is van de meerwaarde van een gemeenschapsgerichte zorg en hiernaar handelt?
2. Het profiel van de referentiepersoon:
 - a. Is het belangrijk dat de referentiepersoon een zorgverstreker is? In welke mate is het haalbaar om iemand te vinden met die kenmerken?
 - b. Is het belangrijk dat de referentiepersoon handelt in functie van de patiënt? Is het haalbaar om iemand te vinden met die kenmerken?

Methode

Een vragenlijst werd verstuurd naar de promotoren (i.c. 29) van de uitgeschreven projecten (i.c. 23). De promotoren konden de vragenlijst online invullen via Question Pro. Een literatuurstudie over belangrijke persoonskenmerken vormde de basis voor de gestelde vragen en opvattingen. Voor beide rollen werd gevraagd om:

- Zelf een invulling te geven van het ideale profiel en de noodzakelijke competenties hierbij.
- Aan te geven in welke mate het belangrijk is dat iemand de genoemde persoonskenmerken heeft om die specifieke rol in te vullen. Dit kon beantwoord worden op een vijfpuntenschaal (van 'zeer belangrijk' tot 'helemaal niet belangrijk') of via de antwoordmogelijkheid 'weet het niet'.
- De haalbaarheid dat iemand de genoemde persoonskenmerken heeft om die specifieke rol in te vullen aangeven op een vijfpuntenschaal (van 'zeer haalbaar' tot 'helemaal niet haalbaar') of met de antwoordmogelijkheid 'weet het niet'.
- Aan te geven in welke mate de eigen mening overeenstemt met bepaalde uitspraken over de persoonlijke invulling van die rol. Dit kon beoordeeld worden op een vijfpuntenschaal, van 'helemaal akkoord' tot 'helemaal niet akkoord'.

Tabel 1: overzicht van de uitnodigingsprocedure en het aantal reacties hierop

	Uitnodiging verstuurd op 23/12/2010	Herinnering verstuurd op 12/01/2011	Totaal aantal reacties (volledig + grotendeels ingevuld)
Respons graad Franstalige promotoren	6/15	4/15	10/15 (7 + 3)
Respons graad Nederlandstalige promotoren	3/14	4/14	7/14 (7 + 0)

De verwerking van de resultaten gebeurde via SPSS. Omwille van de kleine steekproef werden voornamelijk beschrijvende statistieken verricht.

Resultaten

1. Het profiel van de netwerkcoördinator

Zeventien promotoren (respons graad=59%) vulden dit deel van de bevraging in. Bij de vragen naar het belang en de haalbaarheid van de persoonskenmerken zijn er altijd twee promotoren die hierover geen mening hebben, soms is er ook een derde promotor zonder mening. Eén promotor vraagt expliciet advies over het profiel van de netwerkcoördinator, aangezien het project met een aantal aspecten worstelt. Dertien promotoren gaven zelf een indicatie voor het ideale profiel en de noodzakelijke competenties van een netwerkcoördinator. Tabel 2 biedt een overzicht van het belang en de haalbaarheid van de opgesomde persoonskenmerken van de netwerkcoördinator. Tabel 3 biedt een overzicht van bepaalde opvattingen van de promotoren over het profiel van de netwerkcoördinator.

Is het belangrijk dat de netwerkcoördinator een leider is? In welke mate is het haalbaar om iemand te vinden met die kenmerken?

Een leider inspireert mensen met een duidelijke visie en zorgt ervoor dat ze hiervan overtuigd blijven. Die persoon ziet erop toe dat er een transparante en duidelijke manier van communiceren is. Hij/zij heeft ook een stimulerende en motiverende invloed op mensen en hun zin om samen te werken. Promotoren vinden dit belangrijke kenmerken voor een netwerkcoördinator. Voor 15 van de 17 promotoren is dit belangrijk tot zeer belangrijk. De promotoren die zelf een voorstel invulden voor het ideale profiel vinden het belangrijk dat de netwerkcoördinator een visie ontwikkelt en overbrengt.

Het is belangrijk voor promotoren dat de netwerkcoördinator een leidersfiguur is, maar lijkt het voor hen ook haalbaar om zo iemand te vinden? Meer dan de helft van de promotoren vindt van wel, waarbij volgens hen het meest haalbaar is om een netwerkcoördinator te vinden die de visie bewaakt.

Tabel 2: overzicht van belangrijkheid en haalbaarheid van profielkenmerken van de netwerkcoördinator

Persoonskenmerk: De netwerkcoördinator...	(zeer) belangrijk	(zeer) haalbaar
bewaakt de visie van de organisatie.	15/17	12/17
inspireert mensen om te werken aan een gemeenschappelijk doel.	15/17	10/17
zorgt ervoor dat de communicatie binnen de organisatie transparant is.	14/17	12/17
stimuleert samenwerking binnen teams.	14/17	10/17
is een gerespecteerde partner door beleidsvoerders, kan wegen op het beleid.	13/17	7/17
verpersoonlijkt de organisatie in externe contacten en stimuleert samenwerking met externe partners.	12/17	8/17
is gemakkelijk aanspreekbaar voor iedereen binnen de organisatie.	12/17	9/17
houdt rekening met de mening van het personeel bij het nemen van beslissingen.	12/17	8/17
verbetert werking en efficiëntie van de organisatie.	11/17	8/17
handelt consistent volgens de doelen die hij/zij stelt.	11/17	12/17

Noot: Het aantal promotoren dat 'tussenin' of 'weet niet' aangaf, wordt niet weergegeven in deze tabel.

Is het belangrijk dat een netwerkcoördinator vertrouwd is met de klinische praktijk (zowel ervaring als netwerk)?

Voor promotoren die zelf het ideale profiel invulden, is het belangrijk dat de netwerkcoördinator een goede kennis heeft van het huidige zorgaanbod in de geestelijke gezondheidszorg. Eén promotor spreekt hierbij over een kennis van verschillende sectoren, namelijk gezondheidszorg, welzijnszorg en de sociale sector.

Alle promotoren duiden ook op het belang dat de netwerkcoördinator een zo ruim mogelijk netwerk heeft. Idealiter is het een voltijdse rol. Meer dan de helft van de promotoren vindt het ook beter dat die rol niet gecombineerd wordt met directietaken. Promotoren zijn enigszins verdeeld over de uitspraak of de netwerkcoördinator al dan niet beter komt uit een sterke positie in één van de deelnemende organisaties.

Maar wat vinden promotoren met betrekking tot het belang van enige klinische ervaring bij de netwerkcoördinator? Enerzijds vindt meer dan de helft van de promotoren dat een netwerkcoördinator best geen arts is en geen patiënten behandelde, opdat hij/zij een neutrale rol kan invullen. Anderzijds oordeelt ook iets meer dan de helft van de promotoren dat de netwerkcoördinator klinische competenties moet hebben. Een drietal promotoren vulden bij het ideale profiel zelf in dat praktische ervaring heel belangrijk is voor de rol van een netwerkcoördinator.

Is het belangrijk dat een netwerkcoördinator overtuigd is van de meerwaarde van een gemeenschapsgerichte zorg en hiernaar handelt?

Alle promotoren vinden het belangrijk dat de netwerkcoördinator gepassioneerd is door een noodzaak aan getrapte zorg en ervoor pleit om telkens eerst de minst ingrijpende interventie toe te passen bij een patiënt. De promotoren die het ideale profiel zelf invulden, ondersteunen dit. Ze vinden het belangrijk dat de netwerkcoördinator interesse toont in het beleid en toekomstige ontwikkelingen binnen de geestelijke gezondheidszorg, en hiervan overtuigd is. Promotoren zijn minder eensgezind over de nood aan een netwerkcoördinator die alles in het werk stelt om een opname voor de patiënt te vermijden. Er zijn namelijk telkens zeven promotoren die hierover een uitgesproken mening hebben.

Tabel 3: overzicht van de mate waarin promotoren akkoord zijn met uitspraken over de netwerkcoördinator

Meer eensgezinde uitspraken	Eerder niet of helemaal niet akkoord	Eerder of helemaal akkoord
De netwerkcoördinator moet zich hiervoor fulltime kunnen engageren.	0/17	14/17
De netwerkcoördinator kan best een zo breed mogelijk netwerk hebben.	0/17	14/17
De netwerkcoördinator moet gepassioneerd zijn door een noodzaak aan stepped care.	0/17	13/17
De netwerkcoördinator komt best uit een neutrale niet-behandelende rol.	2/17	11/17
De netwerkcoördinator dient over goede klinische competenties te beschikken.	3/17	9/17
De netwerkcoördinator is best een arts.	10/17	3/17
De netwerkcoördinator kan dit best combineren met andere directietaken.	11/17	3/17
Verdeeldheid in meningen	Eerder niet of helemaal niet akkoord	Eerder of helemaal akkoord
De netwerkcoördinator komt best al vanuit een sterke positie in één van de deelnemende voorzieningen aan het netwerk.	5/17	7/17
De netwerkcoördinator moet alles in het werk stellen om een opname voor de patiënt te vermijden.	7/17	7/17

Noot: Het aantal promotoren dat 'tussenin' aangaf, wordt niet weergegeven in deze tabel.

2. Het profiel van de referentiepersoon

Zeventien promotoren gaven hierbij hun beoordeling over het belang of de haalbaarheid van een aantal persoonskenmerken (respons graad=59%), terwijl 16 promotoren invulden of ze al dan niet akkoord gaan met uitspraken over het profiel van de referentiepersoon (respons graad=55%). Daarnaast waren er 12 promotoren die zelf een voorstel invulden voor het ideale profiel en de noodzakelijke competenties van de referentiepersoon. Bij de vragen naar het belang en de haalbaarheid van de persoonskenmerken zijn er minstens drie en maximum vier promotoren die hierover geen mening hebben.

Bepaalde opmerkingen van promotoren tonen aan dat er over het profiel van de referentiepersoon onduidelijkheid heerst. Een aantal van die opmerkingen zijn: *“de bedoeling van de referentiepersoon is nog onduidelijk”, “een onduidelijk verschil met behandelaars en begeleiders”, “onduidelijkheid rond het belang van de referentiepersoon als tussenniveau”*.

Tabel 4 biedt een overzicht van het belang en de haalbaarheid van de persoonskenmerken van de referentiepersoon. Tabel 5 omvat een overzicht van bepaalde opvattingen en de meningen van de promotoren over de referentiepersoon.

Is het belangrijk dat de referentiepersoon een zorgverstrekker is? Is het haalbaar om iemand te vinden met die kenmerken?

Voor promotoren is het belangrijk dat de referentiepersoon een behandelaar is met klinische competenties. Hij/zij dient vertrouwd te zijn met het uitvoeren van een assessment, hij/zij moet erop toezien dat het zorgplan effectief gebruikt wordt en dat aanpassingen gebeuren als nodig, vb. bij veranderende noden. Het ideale profiel dat een aantal promotoren zelf invulden, strookt met de bevinding dat een referentiepersoon een zorgverstrekker moet zijn.

Ondanks het hoge belang lijkt het voor promotoren minder haalbaar om een referentiepersoon te vinden die een goed assessment kan uitvoeren. Het lijkt voor hen meer haalbaar om iemand te vinden die goede klinische competenties heeft of waakt over de toepassing van het zorgplan.

Tabel 4: overzicht van de belangrijke en haalbare profiel kenmerken van de referentiepersoon

Persoonskenmerk: De referentiepersoon...	(zeer) belangrijk	(zeer) haalbaar
moet de patiënt kunnen ondersteunen om persoonlijke doelen te stellen.	14/17	11/17
moet over goede klinische competenties in de geestelijke gezondheidszorg beschikken.	14/17	12/17
moet waken over de toepassing en waar nodig ook de aanpassing van het zorgplan.	14/17	10/17
moet ervoor zorgen dat de familie en het natuurlijke steunsysteem van de patiënt betrokken wordt.	14/17	9/17
moet over een goed coördinatietalent beschikken.	13/17	11/17
moet een gedegen assessment kunnen uitvoeren van zowel gezondheids-, psychische als sociale noden.	13/17	8/17
moet goed aan het team en de patiënt kunnen duidelijk maken wat er nodig is om de patiënt te helpen.	12/17	11/17
moet heel communicatief zijn.	11/17	13/17
moet altijd aanwezig kunnen zijn op elk belangrijk overleg over de patiënt.	11/17	5/17
moet kunnen ingaan tegen andere hulpverleners als dit in het belang van de patiënt ligt.	9/17	4/17
moet toegankelijk zijn, belang van 24u/24u beschikbaarheid, 7d/7d erkennen.	0/17	0/17

Noot: Het aantal promotoren dat ‘tussenin’ of ‘weet niet’ aangaf, wordt niet weergegeven in deze tabel.

Is het belangrijk dat de referentiepersoon handelt in functie van de patiënt? In welke mate is het haalbaar om iemand te vinden met die kenmerken?

Voor promotoren is het belangrijkste kenmerk van de referentiepersoon dat hij/zij de patiënt ondersteunt om persoonlijke doelen te stellen. De meeste promotoren gaan ermee akkoord dat de referentiepersoon best een hulpverlener is van de patiënt en er een vertrouwensrelatie is tussen beide. Bovendien is deze ook de centrale aanspreekfiguur voor de patiënt en is er dus maar één referentiepersoon per patiënt. Weinig promotoren zijn ervan overtuigd dat een referentiepersoon losstaat van een bepaalde voorziening, maar volledig handelt in functie van de patiënt. Minder dan de helft van de promotoren gaat ermee akkoord dat het niet uitmaakt welke kennis/ervaring de referentiepersoon heeft en van welke voorziening hij/zij komt, zolang er maar een vertrouwensrelatie is met de patiënt en de patiënt akkoord gaat met wie zijn/haar referentiepersoon is.

Geen enkele promotor vindt het belangrijk dat de referentiepersoon toegankelijk moet zijn en het belang van een continue toegankelijkheid erkent (24u/24u, 7 dagen op 7). Niemand van hen vindt het haalbaar om iemand te vinden met die kenmerken.

Met betrekking tot een grondige kennis van psychische problemen hebben promotoren een minder uitgesproken mening, aangezien meer dan de helft 'tussenin' aangeeft.

Tabel 5: overzicht van de mate waarin promotoren akkoord zijn met uitspraken over de referentiepersoon

Meer eensgezinde uitspraken	Eerder niet of helemaal niet akkoord	Eerder of helemaal akkoord
De referentiepersoon is best reeds een hulpverlener of begeleider voor de patiënt.	0/16	13/16
De referentiepersoon is best al een vertrouwenspersoon voor de patiënt.	1/16	11/16
Elke patiënt heeft best één referentiepersoon die de continuïteit over het hele zorgtraject garandeert en de centrale aanspreekfiguur is voor de patiënt.	1/16	10/16
De referentiepersoon is best een neutrale figuur die de voorziening goed kent, maar geen behandelende rol heeft.	8/16	3/16
Verdeeldheid in meningen	Eerder niet of helemaal niet akkoord	Eerder of helemaal akkoord
De patiënt duidt best zelf de referentiepersoon aan.	5/16	7/16
De referentiepersoon komt uit de voorziening die op dat moment de belangrijkste behandeling vormt.	4/16	5/16
De band met de patiënt is belangrijker dan een grondige kennis van psychische stoornissen. De referentiepersoon zou dus een afgevaardigde uit de eerstelijnszorg (bv. huisarts) kunnen zijn.	1/16	5/16
Er zijn best meerdere referentiepersonen per patiënt zodat elk de zorg voor de patiënt in zijn/haar voorziening goed kan verwoorden tijdens een overleg.	7/16	4/16

Noot: Het aantal promotoren dat 'tussenin' aangaf, wordt niet weergegeven in deze tabel.

Discussie

Het profiel van de netwerkcoördinator

De resultaten van de bevraging tonen aan dat promotoren de netwerkcoördinator niet louter beschouwen als een operationeel manager die de organisatie en de coördinatie van een netwerk op zich neemt. Eén van de belangrijkste kenmerken is dat hij/zij mensen enthousiasmeert en inspireert naar een gemeenschappelijk doel. Dit ligt in lijn met de kerncompetenties voor managers in de geestelijke gezondheidszorg die door Beinecke (2009) worden beschreven.

Er is minder eenduidigheid over het belang van klinische ervaring bij het uitvoeren van de rol van netwerkcoördinator. Het merendeel van de promotoren verkiest dat een netwerkcoördinator geen arts is en komt uit een neutrale niet-behandelende rol. Deze opvattingen zijn in overeenstemming met de studie van Tobin en Edwards (2002). Een goede kennis van de sector impliceert niet dat iemand klinische ervaring moet hebben. Als psychiater uit de klinische praktijk is het niet vanzelfsprekend om managementtaken in een hervorming op zich te nemen. Toch vindt een kleine meerderheid van promotoren het wel belangrijk dat de netwerkcoördinator over klinische competenties beschikt. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat een netwerkcoördinator met klinische competenties geloofwaardiger overkomt bij de partners en organisaties die deel uitmaken van het netwerk. Dit zorgt ervoor dat het gemakkelijker is om dit netwerk te faciliteren. Deze verklaring is gebaseerd op ervaringen van inhoudelijke coördinatoren binnen de therapeutische projecten (Leys, Antoine, De Jaegere, & Schmitz, 2011). Echter, binnen de rol van een netwerkcoördinator ligt de focus op het faciliteren van de opbouw van een netwerk. Hierbij is het belangrijker om de sociale kaart van een bepaalde regio te kennen en over management- en leiderschapsvaardigheden te beschikken, dan over klinische competenties.

De meerderheid van de promotoren deelt de mening dat een netwerkcoördinator best geen andere directietaken op zich neemt, en een voltijds engagement aangaat. Dit sluit aan bij de richtlijn binnen het overheidsprogramma rond de rol van netwerkcoördinator, genomen op basis van de veelheid aan taken, alsook de complexiteit ervan. De hervorming zal echter op termijn moeten uitwijzen in welke mate een voltijds engagement door één persoon effectief een meerwaarde biedt. De combinatie met een andere rol kan ook een voordeel bieden bij het opstarten en verder uitbouwen van een netwerk. Het biedt de mogelijkheid om contacten te leggen met andere organisaties etc. Dit sluit aan bij de mening van de meerderheid van de promotoren dat de netwerkcoördinator best een zo breed mogelijk netwerk heeft. Bovendien kan het, net omwille van de complexiteit van taken, een meerwaarde zijn dat twee personen samen één voltijdse rol van netwerkcoördinator invullen.

De opvattingen rond competenties op inhoudelijk vlak duiden op een interessante tegenstelling tussen de visie van de hervorming en de vertaling ervan in concrete gedachten en acties. Hoewel bijna alle promotoren het belangrijk vinden dat de netwerkcoördinator doordrongen is van de nood aan getrapte zorg, gaat minder dan de helft ermee akkoord dat netwerkcoördinatoren alles in het werk moeten stellen om ziekenhuisopnames zoveel als mogelijk te vermijden. Bovendien is de verdeeldheid tussen promotoren het grootst voor deze uitspraak. Nochtans is het vermijden van ziekenhuisopnames een concreet deel van de filosofie van getrapte zorg en een vermaatschappelijking van zorg.

In een netwerk of samenwerkingsverband is het belangrijk dat elke partner evenwaardig is en dat de netwerkcoördinator als een neutraal persoon wordt ervaren. Het kan een nadeel zijn dat die persoon een sterke positie invulde in een organisatie die deel uitmaakt van het netwerk. Dit kan namelijk de indruk wekken of bevestigen dat de netwerkcoördinator voornamelijk in functie van die voorziening handelt (Leys et al., 2011). Toch delen iets meer promotoren de opvatting dat de netwerkcoördinator best komt vanuit een sterke positie in één van de voorzieningen die deel uitmaken van het netwerk. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat promotoren het invullen van een sterke positie associëren met het opbouwen van legitimiteit ten aanzien van andere organisaties. Voor een netwerkcoördinator kan de verworven legitimiteit een meerwaarde zijn in het opbouwen van een netwerk. Een opvolging van de hervorming zal toelaten om beter zicht te krijgen op de effectieve meerwaarde hiervan en nagaan of dit een invloed heeft op de ervaren neutraliteit van de netwerkcoördinator.

Het profiel van de referentiepersoon

Voor bijna alle promotoren is het belangrijk dat de referentiepersoon over klinische competenties beschikt en een hulpverlener is met een behandelende rol. Dit omvat ook het uitvoeren van een assessment, en het opstellen en bijstellen van een zorgplan. Deze bevindingen sluiten aan bij de literatuur hierover (Hermans et al. 2010; Corrigan, Mueser, Band, Drake, & Solomon, 2009; Young, Forquer, Tran, Starzynski, & Shatkin, 2000).

De manier waarop promotoren de rol van een referentiepersoon invullen, toont aan dat de actieve en centrale rol van de patiënt in dit verhaal nog niet bij alle promotoren even sterk aanvaard is. Ze vinden het wel belangrijk dat de referentiepersoon patiënten ondersteunt om persoonlijke doelen voorop te stellen, en ervoor zorgt dat de familie en het natuurlijke steunsysteem betrokken worden. Echter, alle promotoren stellen het belang in vraag dat de referentiepersoon toegankelijk moet zijn voor de patiënt en de noodzaak aan een continue toegankelijkheid erkent. Bovendien deelt slechts een kleine meerderheid van de promotoren de visie dat de patiënt zelf de referentiepersoon aanduidt. Promotoren vinden het minder belangrijk dat de referentiepersoon de advocaat is van de patiënt, opkomt voor diens rechten en aanwezig is op elk belangrijk overleg. Een aantal promotoren zien de referentiepersoon als een spreekbuis voor de aangeboden zorg in een bepaalde organisatie en geven aan dat er best meerdere referentiepersonen per patiënt zijn. Slechts een minderheid van de promotoren laat in al zijn/haar antwoorden zien dat een vertrouwensband tussen de referentiepersoon en de patiënt primeert op een grondige kennis over psychische problemen. Nochtans duiden verschillende studies op het belang en de meerwaarde van een vertrouwensrelatie tussen patiënt en referentiepersoon (Corrigan et al., 2009; Simpson, Miller, & Bowers, 2003; Howgego, Yellowlees, Owen, Meldrum, & Dark, 2003). De antwoorden van de promotoren en de verdeeldheid hierbij geven de indruk dat er nogal geneigd wordt naar het makelaarsmodel van casemanagement (Corrigan et al., 2009). In het makelaarsmodel primeert een klinische kennis op een vertrouwensband met de patiënt en ligt de focus op zorgorganisatie en coördinatie van het overleg. Een mogelijke verklaring voor de gegeven antwoorden is dat promotoren voor de invulling van de rol van de referentiepersoon zich baseren op bestaande, gelijkaardige rollen binnen de geestelijke gezondheidszorg, zoals een inhoudelijke coördinator binnen de therapeutische projecten en een ontslagmanager binnen ziekenhuizen. Een inhoudelijke coördinator neemt een neutrale positie in en heeft geen hulpverlenende rol, in tegenstelling tot de referentiepersoon (Tambuyzer, Gelders,

Spruytte, Jacob, & Van Audenhove, 2010). De ontslagmanager werkt intramuraal en verzorgt de overgang naar een extramurale inhoudelijke coördinator, terwijl een referentiepersoon een centrale figuur blijft voor die patiënt (Goossens, César, Collard, Gosset, & Moons, 2010). De rollen van de inhoudelijke coördinator en de ontslagmanager sluiten meer aan bij het makelaarsmodel, in tegenstelling tot de rol van de referentiepersoon binnen het hervormingsprogramma 'Betere GGZ'.

Besluit

De bevraging duidt op een aantal aspecten waarover niet alle promotoren op dezelfde golflengte zitten of waarover onduidelijkheid heerst. Voornamelijk een aantal opvattingen over de rol van de referentiepersoon stroken minder met de visie van de hervorming. Het is belangrijk hierop in te spelen en een aantal zaken in vraag te stellen. Dit kan ondermeer via de aangeboden vorming als ondersteuning voor de projecten die deel uitmaken van het hervormingsprogramma 'Betere GGZ'.

Een mogelijke beperking bij deze bevraging is dat er geen onderscheid gemaakt wordt tussen de projecten die van start mogen gaan en deze die niet goedgekeurd zijn. Op het moment van de bevraging was namelijk nog niet bekend of het project al dan niet goedgekeurd was. Dit kan als gevolg hebben dat bepaalde reacties of opvattingen typerend zijn voor promotoren van wie het projectvoorstel niet werd goedgekeurd. Toch laat deze bevraging toe bepaalde vormingsnoden te detecteren en aandachtspunten te bepalen voor het vormingsaanbod. Op die manier kan er een bijsturing gebeuren van de projecten die niet zijn goedgekeurd. Dit biedt hen de mogelijkheid om bepaalde aspecten van het voorstel uit te werken volgens de doelstelling en filosofie van de hervorming.

Aanbevelingen voor het werkveld

De hervormingsprojecten moeten aan de slag gaan met de nieuwe rollen. Hierbij is het belangrijk dat ze voor de uitwerking van die rollen rekening houden met een aantal zaken:

- Denk goed na over wie de rol van netwerkcoördinator en wie de rol van referentiepersoon op zich zal nemen.
- De netwerkcoördinator heeft een rol in functie van het netwerk en alle betrokken organisaties en voorzieningen in dat netwerk:
 - De netwerkcoördinator moet een krachtig iemand zijn, die een duidelijke visie heeft en mensen kan inspireren. Hij/zij is namelijk de persoon die de visie van de hervorming moet uitdragen.
 - De netwerkcoördinator moet het netwerk faciliteren en moet door iedereen als neutraal gezien worden.
 - De netwerkcoördinator is een persoon met voldoende draagkracht, opdat hij/zij een netwerk kan uitbouwen.
- De referentiepersoon heeft een rol in functie van de patiënt:
 - De referentiepersoon is er voor de patiënt, wat maakt dat een vertrouwensrelatie tussen beide belangrijker is dan een kennis van psychische stoornissen.
 - Het is de patiënt die bepaalt wie zijn/haar referentiepersoon zal zijn, ongeacht uit welke voorziening die referentiepersoon komt of van welke voorziening de patiënt zorg krijgt. De

enige voorwaarde hierbij is dat de referentiepersoon een zorgverstrekker is van de patiënt en dat er een vertrouwensrelatie tussen beide is.

- De referentiepersoon is in feite de advocaat van de patiënt en moet voor die patiënt opkomen, ook al dient hij/zij daarvoor tegen andere hulpverleners in te gaan.
- De referentiepersoon zorgt voor de rode draad in de begeleiding van de patiënt om een continuïteit van zorg te garanderen. In die zin is het belangrijk dat de referentiepersoon het belang van een continue toegankelijkheid erkent. Bovendien dient hij/zij de centrale aanspreekfiguur te zijn voor de patiënt tijdens het volledige zorgtraject.

Aanbevelingen voor de overheid

Bij een hervormingsprogramma zoeken betrokken projecten een weg in de nieuwe manier van werken. De taak van de overheid hierbij is:

- om een duidelijke toelichting te geven rond de doelstelling en invulling van de nieuwe rollen.
- om de verwachtingen naar de sector toe te verduidelijken.
- om te waken over een uniform taalgebruik, dat begrijpbaar is voor iedereen.

Discussion

Le profil du coordinateur de réseau

D'après les résultats de l'enquête le coordinateur de réseau n'est pas considéré par les promoteurs comme un manager purement opérationnel qui se charge de l'organisation et de la coordination du réseau. Un de ses caractéristiques primordiales est qu'il/elle enthousiasme les gens et les inspire à travailler ensemble vers un but commun. Cette vision correspond aux compétences clés pour les managers dans les soins de santé mentale, telles que décrites par Beinecke (2009).

Au sujet de l'intérêt de l'expérience clinique dans l'exécution du rôle de coordinateur de réseau, il y a moins d'univocité. La plupart des promoteurs préfèrent que le coordinateur de réseau ne soit pas médecin. Ces conceptions correspondent à la recherche de Tobin et Edwards (2002). Une bonne connaissance du secteur n'implique pas nécessairement une expérience clinique. En tant que psychiatre de la pratique clinique, il n'est pas évident d'assumer des tâches de management dans le cadre d'une réforme. Pourtant pour une petite majorité des promoteurs il est important que le coordinateur de réseau dispose de compétences cliniques. Cela peut s'expliquer par le fait qu'un coordinateur de réseau disposant de compétences cliniques est plus crédible aux yeux des partenaires et des organisations faisant partie du réseau. Cela va faciliter la construction du réseau. Cette déclaration est basée sur les expériences des coordinateurs des projets thérapeutiques (Leys, Antoine, De Jaegere, & Schmitz, 2011). Toutefois le rôle principal du coordinateur de réseau consiste à faciliter la construction du réseau. Dans ce contexte il est plus important de connaître la carte sociale d'une région et de disposer d'aptitudes de leadership et de gestion, que d'avoir des compétences cliniques.

Selon la majorité des promoteurs il vaut mieux que le coordinateur de réseau n'assume pas d'autres tâches de direction, et qu'il s'engage à plein temps. Ceci correspond à la directive du programme de gouvernement en matière du rôle du coordinateur de réseau. Cette directive est basée sur la multitude des tâches et de leur complexité. La réforme démontrera dans quelle mesure un engagement à plein temps par une seule personne offre effectivement une plus-value. La combinaison avec un autre rôle peut également offrir un avantage lors du démarrage et du développement d'un réseau. Cela offre la possibilité de nouer des contacts avec d'autres organisations, etc. Ceci correspond à l'opinion de la majorité des promoteurs selon laquelle le coordinateur de réseau a besoin d'un réseau aussi large que possible. En outre, précisément à cause de la complexité des tâches, le fait d'engager deux personnes dans un plein temps remplissant le rôle de coordinateur de réseau peut constituer une plus-value.

Quant aux compétences sur le plan du contenu, les conceptions à leur sujet suggèrent une opposition intéressante entre la vision de la réforme et sa traduction en termes d'actions concrètes. Bien que presque tous les promoteurs soient persuadés de l'importance que le coordinateur reconnaisse la nécessité des soins échelonnés, moins de la moitié d'entre eux estiment que la tâche primordiale du coordinateur serait d'éviter autant que possible des hospitalisations. A ce sujet les avis des promoteurs sont le plus partagés. Néanmoins, éviter des hospitalisations est un point concret dans la philosophie en matière des soins échelonnés et des soins axés dans la communauté.

Dans un réseau ou une association, il est important que chaque partenaire soit équivalent et que le coordinateur de réseau soit perçu comme une personne neutre. Que cette personne occupait un poste important dans une organisation qui fait partie du réseau peut être un inconvénient. Ceci peut donner l'impression ou confirmer que le coordinateur de réseau agit essentiellement en fonction de cette organisation (Leys et al., 2011). Pourtant une petite majorité des promoteurs est d'avis qu'il est préférable que le coordinateur du réseau occupait une fonction importante dans une des organisations faisant partie du réseau. Cela peut s'expliquer par le fait que les promoteurs sont d'avis qu'une fonction importante peut contribuer à assurer la légitimité vis-à-vis d'autres organisations. Pour un coordinateur de réseau, la légitimité acquise peut être une plus-value dans la construction d'un réseau. Un suivi de la réforme permettra de mieux constater la plus-value effective et évaluer l'influence éventuelle sur la neutralité du coordinateur de réseau.

Le profil du référent de soins

Pour presque tous les promoteurs, il est important que le référent de soins dispose de compétences cliniques et qu'il soit un professionnel avec un rôle traitant. Cela comprend également l'évaluation des besoins, l'établissement et la mise au point d'un plan de soins. Cela correspond à la littérature en cette matière (Hermans et al. 2010; Corrigan, Mueser, Band, Drake, & Solomon, 2009 ; Young, Forquer, Tran, Starzynski, & Shatkin, 2000).

La manière dont les promoteurs remplissent le rôle du référent de soins, montre que le rôle actif et central du patient n'est pas encore bien accepté par tous les promoteurs. Pour eux il est important que le référent de soins soutienne les patients afin de définir des objectifs personnels, et veille à ce que les proches du patient soient impliqués. Toutefois, tous les promoteurs doutent de la nécessité de l'accessibilité continue du référent de soins pour le patient et qu'il reconnaisse l'intérêt de cette accessibilité continue. En outre seule une petite majorité des promoteurs partage la vision que le patient lui-même indique le référent de soins. Les promoteurs le trouvent moins important que le référent de soins soit l'avocat du patient, lutte pour les droits du patient et soit présent à chaque concertation importante. Un nombre de promoteurs considère le référent de soins comme un porte-parole pour les soins offerts dans une certaine organisation et signalent qu'il est préférable d'avoir plusieurs personnes de référence par patient. Seule une minorité des promoteurs prouvent par leurs réponses qu'un lien de confiance entre le référent de soins et le patient prime sur une connaissance approfondie au sujet des problèmes mentaux. Pourtant différentes recherches indiquent l'intérêt et la plus-value d'une relation de confiance entre le patient et le référent de soins (Corrigan et al., 2009 ; Simpson, Miller, & Bowers, 2003; Howgego, Yellowlees, Owen, Meldrum, & Dark, 2003). Les réponses des promoteurs et la désunion à ce sujet donnent l'impression qu'on est plutôt enclin d'adopter le modèle de courtier ('brokerage model') de casemanagement (Corrigan et al., 2009). Dans ce modèle, une connaissance clinique prime sur un lien de confiance avec le patient et l'accent est mis sur l'organisation des soins et la coordination de la concertation. Ces réponses peuvent s'expliquer par le fait que les promoteurs, pour la concrétisation du rôle du référent de soins, se basent sur des rôles existants et similaires au sein des soins de santé mentale, comme un coordinateur des projets thérapeutiques et un référent hospitalier. Un coordinateur des projets thérapeutiques prend une position neutre et n'a pas de rôle d'assistance, contrairement au référent de soins (Tambuyzer, Gelders, Spruytte, Jacob, & Van Audenhove, 2010). Le référent hospitalier travaille en milieu hospitalier et se charge du passage à un coordinateur hors de l'hôpital,

contrairement au référent de soins reste un personnage central pour ce patient. (Goossens, César, Collard, Gosset, & Moons, 2010). Les rôles du coordinateur et du référent hospitalier correspondent au modèle de courtier ('brokerage model') de casemanagement, contrairement au rôle du référent de soins dans le programme de réforme 'vers de meilleurs soins en santé mentale'.

Conclusion

L'enquête signale un nombre d'aspects pour lesquels pas tous les promoteurs ont les mêmes opinions ou qui mènent à la confusion. Un nombre de conceptions au sujet du rôle du référent de soins correspondent moins avec la vision de la réforme. Il est important d'en tenir compte, de mettre en question un certain nombre de choses. La formation offerte comme soutien pour les projets faisant partie du programme de réforme 'vers de meilleurs soins en santé mentale' peut être utile à cet effet.

Une limitation potentielle de cette enquête est qu'il n'y a aucune distinction entre les projets qui peuvent démarrer et ceux qui ne sont pas approuvés. Au moment de l'enquête ces décisions n'étaient pas encore prises. Par conséquent certaines réponses ou opinions sont peut-être caractéristiques pour les promoteurs dont le projet n'a pas été approuvé. Néanmoins, cette enquête permet de détecter certains besoins de formation et de définir les points d'attentions pour la formation. Ainsi les projets qui n'ont pas été approuvés peuvent faire l'objet d'une adaptation, ce qui leur offre la possibilité de développer certains aspects de la proposition en accord avec l'objectif et la philosophie de la réforme.

Recommandations pour le terrain

Les projets de réforme doivent se mettre au travail avec les nouveaux rôles. Pour l'élaboration de ces rôles, il est important qu'ils tiennent compte d'un certain nombre de choses :

- Réfléchissez bien avant de désigner la personne qui assumera le rôle de coordinateur de réseau et la personne qui assumera le rôle de référent de soins.
- Le coordinateur de réseau a un rôle en fonction du réseau et de toutes les organisations faisant partie de ce réseau:
 - Le coordinateur de réseau doit être quelqu'un avec énergie qui a une vision claire et qui peut inspirer les gens. Il/elle est la personne qui doit propager la vision de la réforme.
 - Le coordinateur de réseau doit faciliter le réseau et doit être perçu par tout le monde comme neutre.
 - Le coordinateur de réseau doit pouvoir disposer de suffisamment de moyens, pour développer un réseau.
- Le référent de soins a un rôle en fonction du patient:
 - Le référent de soins est là pour le patient. Une relation de confiance entre les deux est plus importante qu'une connaissance des troubles mentaux.
 - Le patient indique lui-même son référent de soins, quelle que soit l'organisation dont vient le référent de soins ou quelle que soit l'organisation qui fournit des soins au patient. L'unique condition est que le référent de soins soit impliqué dans le soin pour le patient et qu'il existe une relation de confiance entre les deux.

- Le référent de soins est l'avocat du patient et doit défendre celui-ci, même s'il/elle doit s'opposer à d'autres professionnels de soins.
- Le référent de soins assure le fil conducteur dans l'accompagnement du patient afin de garantir la continuité des soins. Il est en ce sens important que le référent de soins reconnaisse l'intérêt d'une accessibilité continue. En outre il/elle doit être le contact central pour le patient au cours du trajet de soins.

Recommandations pour le gouvernement

Un programme de réforme demande aux projets concernés de trouver leur chemin dans la nouvelle manière de travailler. Il incombe au gouvernement:

- d'établir un commentaire clair autour de l'objectif et de la concrétisation des nouveaux rôles.
- de préciser les attentes à l'égard du secteur.
- de veiller à l'utilisation d'un langage uniforme et compréhensible par tout le monde.

Referenties

- Anthony, W. & Huckshorn, K.A. (2008). *Principled Leadership in Mental Health Systems and Programs*. Boston: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Beinecke, R.H. (2009). Leadership Training Programs and Competencies for Mental Health, Health, Public Administration, and Business in Seven Countries. International Initiative for Mental Health Leadership.
- Chan, S., MacKenzie, A., Tin-Fu Ng, D. & Ka-yi Leung, J. (2000). An Evaluation of the Implementation of Case Management in the Community Psychiatric Nursing Service. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (1), pp. 144-156
- Corrigan, P.W., Mueser, K.T., Band, G.R., Drake, R.E. & Solomon, P. (2009). Casemanagement. In: *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation: An Empirical Approach*. pp.137-159. New York, London: The Guilford Press.
- Elsom, S., Happell, B. & Manias, E. (2007). Expanded Practice Roles for Community Mental Health Nurses: what do Consumers and Carers Have to Say? *Issues in Mental Health Nursing*, 28, pp. 1065-1079.
- Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken* (2010). Brussel: Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.
- Gommers, J., Van Audenhove, Ch. & Van Ertvelde, J. (2010). *De psychiatrisch verpleegkundige: vakkundig in balans. Professionalisering van de verantwoordelijk verpleegkundige in de geestelijke gezondheidszorg*. Antwerpen – Apeldoorn, Garant.
- Goossens E., César, A., Collard, J., Gosset, C., Moons, P. (2010). Ontslagmanagement in psychiatrische ziekenhuizen: tussentijds rapport april 2010. Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en leefmilieu.
- Hermans, K., De Coster, I., Demaerschalk, E., Michelini, S., Zelderloo, L., Van Audenhove, Ch. (2010). *Quality Approaches for Assuring the Quality of Training and Service Provision*. Thessaloniki: Cedefop.
- Howeggo, I.M., Yellowlees, P., Owen, C., Meldrum, L., 1 Dark, F. (2003). The Therapeutic Alliance: the Key to Effective Patient Outcome? A Descriptive Review of the Evidence in Community Mental Health Case Management. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, pp. 169-183.
- Leys, M., Antoine, C., De Jaegere, V. & Schmitz, O. (2011). Hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg: evaluatieonderzoek ‘therapeutische projecten’ /Réformes dans l’organisation des soins de santé mentale : étude d’évaluation des ‘projets thérapeutiques’ (Rep. No. KCE Reports 146A). Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg / Centre fédéral d’expertise des soins de santé.
- Simpson, A., Miller, C. & Bowers, L. (2003). Case Management Models and the Care Management Approach: How to Make the CPA Effective and Credible. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, pp. 472-483.

Tambuyzer, E., Gelders, C., Spruytte, N., Jacob, B. & Van Audenhove, Ch. (2010). Participatie van patiënten en mantelzorgers in de therapeutische projecten. Lucas: KU Leuven. Nog niet vrijgegeven onderzoeksrapport in opdracht van Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

Tobin M. & Edwards, J.L. (2002). Are Psychiatrists Equipped for Management Roles in Mental Health Services? *Australian and New Zealand Journal of psychiatry*, 36, pp. 4-8.

Young, A.S., Forquer, S.L., Tran, A., Starzynski, M. & Shatkin, J. (2000). Identifying Clinical Competencies that Support Rehabilitation and Empowerment in Individuals with Severe Mental Illness. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 27(3), pp. 321-333.