

Schatting van de behoeften
inzake mobiele crisisteam (2a)
en mobiele assertieve teams (2b)
en hun spreiding
binnen het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Pablo Nicaise, PhD

2019

Schatting van de behoeften inzake mobiele crisisteam (2a) en mobiele assertieve teams (2b) en hun spreiding binnen het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Pablo Nicaise, PhD
Institut de Recherche Santé et Société (IRSS), UCL
en Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Gebied Brussel-Hoofdstad

Samenvatting

In de huidige context van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg in de regio Brussel en van de ontwikkeling van een uniek netwerk, is de vraag van de schatting van de behoeften aan mobiele crisisteam (2a) en teams voor langdurige zorg (2b) en de spreiding ervan – rekening houdend met de beperkte middelen voor de uitrol op het territorium van het Gebied Brussel-Hoofdstad – een echte sleutelvraag. Bij gebrek aan gestandaardiseerde modellen, aan functionerings- en personeelsnormen en aan een duidelijk gedefinieerde doelgroep en tegelijkertijd aan gecentraliseerde, betrouwbare, globale gegevens betreffende de geestelijke gezondheid van de bevolking, is het noodzakelijk om benaderende berekeningen voor te stellen. Op basis van de modellen van mobiele crisisteam (CRT) en de teams voor langdurige zorg (ACT), zoals die beschreven worden in de wetenschappelijke literatuur, en van de evaluatie van hun werking in Groot-Brittannië, in de Verenigde Staten, in Australië, in Zwitserland, in de Scandinavische landen en in Nederland en op basis van de sociale gegevens betreffende Brussel, stellen we een ruime marge voor en een verdeelsleutel, die gebaseerd is op de sociaal-economische status van de verschillende gemeenten en wijken. Volgens deze schatting, zijn er 5 tot 8 crisisteam van gemiddeld 17 VTE nodig en verder 2 tot 7 teams langdurige zorg van gemiddeld 7 VTE. Een differentiëring van 30% wordt in aanmerking genomen voor het berekenen van de behoeften van achtergestelde buurten ten opzichte van de andere wijken. De schatting blijft niettemin zeer onnauwkeurig. Daarnaast is het een feit dat de optimale werking van de mobiele teams sterk bepaald wordt door het formaliseren van samenwerkingsverbanden met andere bestaande diensten. Meer bepaald van het ambulante aanbod van psychiatrische zorg, dat fair gespreid dient te zijn en uiteraard toegankelijk voor alle burgers.

Summary

Within the current reform of the organisation of mental health care in the Brussels region and the establishment of a single network, there is a key issue regarding the need for crisis mobile (2a) and assertive outreach teams (2b). The question also encompasses their spreading across the Brussels' territory, taking into account the scarcity of resources available for their development. Due to the lack of standardised models, working and personnel norms, strictly defined target-groups, and reliable, global, centralised data on the current state of the mental health of the population, we had to propose inaccurate estimations. We relied on the crisis resolution team (CRT) and assertive community team (ACT) models described in the literature and the evaluations carried out in Great-Britain, the USA, Australia, Switzerland, Scandinavian countries, and the Netherlands, as well as the social data available in Brussels. We suggest a large range and an allocation key based on the socioeconomic status of municipalities and boroughs. According to this estimation, 5 to 8 crisis teams including 17 FTE on average, and 2 to 7 assertive teams of 7 FTE each would be required. A differential of 30% in terms of needs is calculated between the deprived and wealthier areas. The estimation is, however, rather broad. In addition, an optimal functioning of the mobile teams is determined by the establishment of a formalised collaboration with the other existing services, particularly the outpatient psychiatric care services that provide the basic care to the whole population based on an equitable distribution and accessibility.

Samenvatting

I. Context

In de context van de implementatie van het geestelijke gezondheidsnetwerk in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest rijzen vragen rond het aantal mobiele crisisteam (2a) en mobiele assertieve teams (2b) dat nodig is om te voldoen aan de behoeften van de inwoners. De vragen hebben betrekking op het aantal vereiste teams, het aantal professionele zorgverleners (VTE) dat beschikbaar moet zijn binnen deze teams, alsook de passende spreiding van deze teams en professionals over het grondgebied, rekening houdend met de bestaande discrepanties tussen gemeenten en wijken die eigen zijn aan het stedelijke karakter van het BHG. Aangezien de maatschappelijke realiteit een dynamisch gegeven is, moeten we de behoeften aan mobiele teams, professionele zorgverleners en hun spreiding kunnen bepalen op basis van een herbruikbare methodologie. Om gelijke tred te houden met de veranderingen op het terrein moeten deze berekeningen immers regelmatig worden overgedaan.

Op dit ogenblik moeten we de gestelde vragen echter beantwoorden aan de hand van ruwe schattingen. Wat zijn de beperkingen?

(1) Er bestaan geen universele normen wat het aantal teams of het aantal VTE binnen de teams betreft die toepasbaar zijn op de Brusselse realiteit

De mobiele crisisteam en mobiele assertieve teams die werden voorzien in het kader van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg in België (het zogenaamde 'Art. 107') zijn geïnspireerd op twee soorten teams die in andere landen bestaan. Het oorspronkelijke model van de assertieve teams (2b) is de *Assertive Community Treatment (ACT)* die vanaf het begin van de jaren 80 in de VS tot stand kwam als alternatief voor de ziekenhuisopname (1). Het model werd uitvoerig overgenomen en gedocumenteerd in onder meer de Angelsaksische en Scandinavische landen, Nederland, Canada, Zwitserland, Duitsland, Italië ... telkens met eigen lokale accenten. Ook de crisisteam (2a) zijn geïnspireerd op het ACT-model dat in de jaren 80 werd aangepast in Australië (2). De verdere ontwikkeling ervan gebeurde in Groot-Brittannië onder de naam *Crisis Resolution and Home Treatment teams (CRHT)* (3). Dit model ligt eveneens aan de basis van talloze varianten, maar komt minder aan bod in de wetenschappelijke literatuur dan het ACT-model.

(2) Er bestaat geen precieze omschrijving van de kenmerken van de specifieke populaties waartoe de twee soorten mobiele teams zich richten

We komen daar nog op terug, maar aangezien er verschillende varianten bestaan van de ACT- en CRHT-teams, zijn er eveneens verschillende manieren om de doelgroep van de teams te identificeren. Het spreekt voor zich dat het aantal teams, het aantal professionele zorgverleners en hun passende spreiding afhankelijk zijn van het soort werk dat wordt verricht en van de doelgroep.

(3) Er bestaat op dit ogenblik geen duidelijk kader over de manier waarop de mobiele teams 2a en 2b in het Brusselse Gewest moeten worden georganiseerd

Door het ontbreken van een internationaal standaardmodel zouden we ons kunnen baseren op een specifieke richtlijn uit het Belgische hervormingskader. Helaas bestaat er geen dergelijk kader. Net als voor de bepaling van het hervormingskader in zijn totaliteit, koos de federale overheid voor een *bottom-upbenadering* om een kader voor de mobiele teams af te bakenen. Het resultaat is een generieke intentieverklaring waarin de principes worden vermeld zonder operationele uitwerking (4). Deze taak wordt toegewezen aan de lokale netwerken. Het project rond één netwerk in Brussel is in opbouw. De werkwijzen van de type 2a- en 2b-teams moeten nog worden vastgelegd, zoals hun geografisch bereik, het soort aangeboden interventies, de beoogde en niet-beoogde bevolkingsgroepen (vanuit het zorgaanbod, los van de behoefteraming aan vraagzijde), de toegangsmogelijkheden en openingsuren, de samenwerkingsmechanismen met het bestaande aanbod van zorg en ondersteuning enz. (niet-limitatieve opsomming).

(4) Er zijn geen betrouwbare, gecentraliseerde gegevens beschikbaar over de geestelijke gezondheidssituatie van de Brusselse bevolking, noch over de behoeften op dat vlak

Er bestaan al zeker geen gegevens die voldoende nauwkeurig zijn om de behoeften van de gemeenten en wijken in kaart te brengen. Binnen een bepaalde populatie (bijv. de inwoners van het Brusselse Gewest) kunnen we verschillende gezondheidsstatussen (bijv. op het vlak van geestelijke gezondheid) onderscheiden. Voor een betrouwbare weergave zijn bevestigingen of systematische screenings noodzakelijk. Aangezien dit niet haalbaar (en allicht niet wenselijk) is, moeten we ons behelpen met *proxy's*, dat zijn indicatoren die indirect iets over het te

bestuderen onderwerp zeggen. We beschikken daarvoor in principe over twee belangrijke bronnen: gezondheidsenquêtes onder de bevolking en gegevens over het gebruik van gezondheidsdiensten. De meest algemene bevraging in België is de **Gezondheidsenquête (HIS - Health Interview Survey)** van Sciensano (<https://his.wiv-isp.be/SitePages/Home.aspx>). Deze enquête mag dan wel een globaal beeld schetsen van de geestelijke gezondheidsstatus van de Brusselse bevolking, ze laat niet toe een nauwkeurige inschatting te maken van de populatie die specifiek wordt bereikt door de mobiele teams en biedt evenmin de gewenste mate van detail om een accurate verdeling van de middelen over het grondgebied van het BHG te bepalen.

Wat het gebruik van gezondheidsdiensten betreft, kan het zijn dat een aantal zones over gecentraliseerde registers beschikken. Deze registers kampen evenwel met twee belangrijke beperkingen: ze houden uiteraard geen rekening met personen die nood hebben aan de diensten maar er geen gebruik van maken, en ze kunnen kwalitatief minder goede gegevens bevatten, omdat het vaak om administratieve registers gaat die (bijv. administratieve) vertekeningen kunnen bevatten. Bovendien is het zorgsysteem in heel België en in Brussel in het bijzonder, zo opgebouwd dat er geen gecentraliseerd register bestaat inzake het gebruik van middelen voor geestelijke gezondheidszorg. Alle diensten, alle soorten dienstverlening en alle professionele zorgverleners verzamelen autonoom hun gegevens. Ook hier moeten we gebruikmaken van proxy's. We zouden bijvoorbeeld de **Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG)** kunnen raadplegen voor informatie over het gebruik van de residentiële diensten inzake geestelijke gezondheidszorg. We stellen echter vast dat dit soort gegevens beperkt is in kwaliteit en nauwkeurigheid, bovenop het feit dat deze gegevens slechts een deel van de betrokken populatie vertegenwoordigen.

In het licht van deze vele onbekende factoren zullen we ons bij de opmaak van een behoeftegeraming vooreerst baseren op de informatie die beschikbaar is over de bestaande mobiele teams en de werkings- en personeelsnormen waarop zij zich kunnen beroepen. Het is niet de bedoeling om de mobiele teams in Brussel een model op te leggen, maar eerder om een referentiemodel te omschrijven voor de schattingen die moeten worden uitgevoerd. Actoren die mobiele of assertieve crisisteams uitrollen kunnen daardoor zelf bepalen waarin

hun model gelijk op of verschilt van het generieke model, en aldus hun eigen behoeften inschatten.

Op basis hiervan kunnen we nagaan tot welke doelgroep deze teams zich richten en het eventueel beoogde deel van de Brusselse bevolking becijferen door diezelfde normen erop toe te passen. We gaan daarom op zoek naar beschikbare gegevens waarmee we een verdeelsleutel kunnen bepalen. Hoewel er geen betrouwbare, gecentraliseerde gegevens voorhanden zijn over de geestelijke gezondheidssituatie in Brussel, beschikken we wel over sociaal-demografische en sociaal-economische gegevens en kunnen we verbanden leggen tussen de geestelijke gezondheid en de sociale situatie van de bevolking, vooral in stedelijke gebieden (5). Tot slot zullen we voorstellen formuleren opdat de toekomstige monitoring van de behoeften (m.a.w. de evolutie van de behoeften in de tijd) door de verantwoordelijken voor het geestelijke gezondheidsnetwerk in Brussel, fijnmaziger kan verlopen.

II. Mobiele teams F2a en F2b, de modellen

1. Vermeldingen in de internationale wetenschappelijke literatuur

De mobiele teams F2a en F2b waarvan sprake in de hervorming 'art. 107' zijn geïnspireerd op twee conceptuele modellen die worden beschreven in de wetenschappelijke literatuur. Deze twee modellen hebben een eigen, andere koers gevaren, maar spruiten voort uit hetzelfde interventiemodel, met name de ***Assertive Community Treatment (ACT)***. Dit model werd in de eerste plaats ontwikkeld ter vervanging van de psychiatrische ziekenhuisopname (1) van patiënten die niet stabiel genoeg waren om onder gewone omstandigheden ambulante te worden opgevolgd. Het ACT-model zag het levenslicht in Madison (Wisconsin, VS) in het begin van de jaren 80. Vanuit empirisch oogpunt is het ACT-model echter geen snel interventiemodel. In bepaalde situaties – bijv. in een crisisperiode – zijn de patiënten mogelijk niet stabiel genoeg om naar behoren te worden opgevolgd door de ambulante diensten. In dergelijke gevallen is een snelle interventie noodzakelijk om hospitalisatie waar mogelijk te voorkomen. Met deze gedachte in het achterhoofd werkten Australische klinici in Sydney het ACT-model uit tot een crisisbeheermodel en legden ze aldus de basis van de ***Crisis Resolution Teams (CRT)*** (2). De twee soorten teams werden vervolgens in 2000 officieel opgenomen in een NHS-plan in Groot-Brittannië, het eerste land waar deze teams het volledige grondgebied mochten bedienen en waar aldus operationele normen op het vlak van doelpubliek en personeel werden voorgesteld (6). In Groot-Brittannië worden deze teams *Crisis Resolution and Home Treatment (F2a)* en *Assertive Outreach (F2b)* genoemd. We moeten opmerken dat de mobiliteits- en thuiszorgconcepten geen bepalende eigenschap vormen van de initiële modellen. Thuiszorg en mobiliteit behoren tot de mogelijkheden, maar zijn niet specifiek voor de ACT en CRT. Het is voornamelijk de Engelse aanpak die de nadruk legt op de mobiliteit ('*home treatment*', '*outreach*'). De teams die vervolgens werden opgericht in de verschillende landen, waaronder België, zijn hierop gebaseerd.

We kunnen de twee modellen in grote lijnen als volgt samenvatten (zie tabel 1).

De teams van het CRT-type (F2a) worden ingezet voor patiënten met ernstige psychische (psychiatrische) aandoeningen, EPA (in het Engels: *severe mentally-ill patients, SMI*; in het Frans: *patients psychiatriques dits sévères*) en tijdens crisisperiodes. Een psychische aandoening wordt als ernstig beschouwd wanneer de diagnose wijst op een psychiatrisch ziektebeeld (deze term omvat psychoses, ernstige stemmingswisselingen en bepaalde angststoornissen), wanneer de patiënt minstens twee jaar in contact staat met het psychiatrisch zorgsysteem, en in geval van sociale functiebeperkingen die verband houden met de ziekte (7). Het voornaamste doel van de CRT-teams bestaat erin snel te reageren op een crisissituatie om deze onder controle te krijgen, en een ziekenhuisopname of gedwongen opname te vermijden. Wanneer een ziekenhuisopname onvermijdbaar is, is het de taak van het CRT-team om de patiënt te begeleiden, bij de ondersteuning door en samenwerking met het residentiële team. Dit om het ziekenhuisontslag te vereenvoudigen, de duur van de ziekenhuisopname in te korten en de patiënt door te verwijzen naar de standaardvoorzieningen inzake ambulante psychiatrische zorg. We stellen dus vast dat de taak van het CRT-team wordt omschreven en opgevat als aanvulling op de psychiatrische basiszorg die plaatsvindt tijdens de klassieke ambulante consultaties. Bovendien wordt het CRT-team verondersteld om in deze omstandigheden enkel tussen te komen op vraag van de vaste zorgverleners. In de praktijk kan het gebeuren dat het team – in geval van een gekende patiënt – ingrijpt op verzoek van de patiënt of van zijn omgeving. Het is evenwel niet de taak van de CRT-teams om tussen te komen in eventuele crisissituaties (noodgevallen) van onbekende personen. De zorgtaken van het CRT-team zijn intensief, maar beperkt in de tijd, tot het opvangen tijdens de crisisperiode. We gaan er in theorie van uit dat deze opdracht 3 tot 4 weken duurt. De CRT-teams zijn snelle interventieteams en moeten bijgevolg 24/7 beschikbaar zijn.

De teams van het ACT-type (F2b) behandelen ook EPA-patiënten, evenwel in mindere mate. Het gaat om patiënten die moeite hebben om de stap te zetten naar en te volharden in de behandeling en begeleiding. Dit uit zich in een onvermogen om contact te handhaven met de vaste zorgverleners, in onafgebroken of herhaaldelijke problemen in de omgang met de ondersteunende omgeving, en herhaaldelijke crises en/of terugkerende ziekenhuisopnames. De taak van het ACT-team bestaat erin proactief het contact tussen de patiënt en het zorgsysteem in stand te houden en het (assertieve) behandelings- of begeleidingskader

onafgebroken voort te zetten, buiten de crisisperiodes. Het doel hiervan is crisisperiodes te voorkomen en de vaste zorgverleners en de omgeving van de patiënt te ondersteunen. Het (soms dagelijkse) contact met de patiënt onderhouden, de zorgverleners die met de patiënt werken bijstaan en, waar nodig, de hiaten in het systeem opvangen vormen een belangrijk deel van de taken van het ACT-team. We stellen bijgevolg vast dat de opdracht van het ACT-team eveneens wordt omschreven en opgevat als aanvulling op de psychiatrische basiszorg die plaatsvindt tijdens de klassieke ambulante consultaties. Het ACT-team komt alleen in actie voor patiënten bij wie het risico bestaat dat zij het door het ACT-team vooropgestelde begeleidingskader niet kunnen naleven. Voor deze specifieke patiënten die zijn ‘ingeschreven’ bij het ACT-team, moet het team snel kunnen reageren en onverwijld ingrijpen in eender welke situatie. Anderzijds is het niet de bedoeling dat het ACT-team in actie komt voor nieuwe of onbekende patiënten. Het team komt niet tussen op verzoek van de patiënten, hun naasten of andere professionele zorgverleners die niet tot zijn patiëntenbestand behoren. Deze teams hoeven dan ook niet buiten de normale uren voor opvolging van patiënten bereikbaar te zijn. De intensiteit van de zorgtaak van het ACT-team voor ingeschreven patiënten kan variëren naargelang de noden van de patiënt. De follow-up verloopt evenwel onvoorwaardelijk en onbeperkt.

Tabel 1: CRT- en ACT-model

	CR/HT (F2a)	ACT-AOT (F2b)
Hoofddoel	<ul style="list-style-type: none"> -Crisisbeheer om, indien mogelijk, ziekenhuisopname en onvrijwillige zorg te voorkomen -De patiënt begeleiden tijdens de ziekenhuisopname om zijn ontslag en spoedige terugkeer naar de 	<ul style="list-style-type: none"> -Indien nodig, dagelijks proactief contact -Crisispreventie -Ondersteuning van naasten -Opvolging van de medicatie -Als vervanging optreden van het onderbroken zorgtraject, en dit zo snel mogelijk opnieuw activeren

	ambulante zorg voor te bereiden	
Toegankelijkheid:	24/7, hoge reactiesnelheid	Kantooruren (voor nieuwe gevallen), maar 24/7 voor 'ingeschreven' patiënten
Caseload (VK)-Doelpubliek	1 team voor 150.000 inwoners, (gekende) EPA-patiënten tijdens crisisperiodes Actieve caseload van 20 tot 30 patiënten binnen een team van 14 VTE.	1 medewerker voor 10 patiënten, patiënten met zware, complexe aandoeningen, instabiele personen (= 15.000 personen in 2006 over het hele land volgens het Sainsbury Centre for Mental Health) Multidisciplinaire teams en zorgverlening
Duur van de interventie	3 tot 4 weken (in theorie), tot 6 maanden (in de praktijk)	Onbepaald

Op basis van alle geraadpleegde documenten over de mobiele teammodellen moeten we erop wijzen dat deze **altijd fungeren als gecoördineerde aanvulling van ambulante psychiatrische zorgdiensten (*community mental health*)**, en niet van residentiële diensten. De opdrachten en doelstellingen van de mobiele teams kunnen enkel worden gezien in samenhang met de ambulante zorgteams die de basis vormen van het zorgaanbod waarnaar zo vaak mogelijk wordt teruggegrepen. Daarbij komt dat noch de ACT-teams, noch de CRT-teams optreden als primaire zorgverleners van de patiënten. Het gaat ofwel om een aanvullende structuur (ACT), ofwel om een vervangende structuur, maar dan wel tijdens een relatief korte periode (CRT). Deze voorwaarden zijn essentieel voor een lage *caseload*, anders is het model niet houdbaar.

2. Beschrijving van de 2a- en 2b-teams in de intentiedocumenten van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg in België

Bij de uitwerking van het hervormingsbeleid heerste een dynamiek (8, 9) waarbij niet van meet af alle eenheden van de mobiele teams werden voorzien. De twee Belgische teammodellen hebben zich na verloop van tijd gedifferentieerd zoals blijkt uit hun benamingen die verband houden met functie 2, die onderverdeeld is in de deelfuncties a en b. De *'Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg'* (hierna *'Gids'*) (10) geeft daaromtrent geen bijzonder gedetailleerde informatie. De werkwijzen van de Belgische mobiele teams werden evenwel iets grondiger uitgewerkt tijdens de workshops die leidden tot de samenstelling van het *'Handboek innovatieve praktijken'* (2016), waarvan we hier de sleutelementen over de mobiele teams opnemen (hierna *'Handboek'*) (4). Het *'Handboek'* stelt ten eerste dat er vier soorten mobiele teams zouden bestaan: crisisteams, *'Community Mental Health Teams'*, *'Assertive Outreach'*-teams en mobiele teams voor personen met een vroegtijdige psychose. De auteurs van het *'Handboek'* hanteren een interpretatie die het Engelse geestelijke gezondheidssysteem benadert, waarin we die vier types onderscheiden. De crisisteams zijn de CRT-teams en zoals reeds aangegeven is *'Assertive Outreach'* de Britse benaming voor de ACT-teams. De teams die gespecialiseerd zijn in vroegtijdige psychoses zijn de zogenaamde *'Early Intervention'*-teams die zich vooral toespitsen op jonge patiënten. De *'Community Mental Health Teams'* (CMHT) op hun beurt zijn geen mobiele teams (ook al kunnen er raadplegingen aan huis plaatsvinden). Het gaat namelijk om het standaardaanbod van ambulante psychiatrische zorgverlening in het Engelse systeem.

Door hun voorgeschiedenis en uitrol in Engeland komen de CMHT dichterbij de buurt van onze Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) dan de mobiele teams. De CMHT kregen vorm vanaf de jaren 80 als ambulante basis voor geestelijke gezondheidszorg binnen het Engelse zorglandschap. De Engelse zorgsector is namelijk ingedeeld in verschillende zorggebieden. Elk gebied (*'catchment area'*) heeft zijn eigen dienstverleners en diensten, en elke patiënt heeft alleen toegang tot de dienstverleners en diensten van het gebied waar hij woont. Deze teams bestaan voornamelijk uit psychiaters, psychiatrisch verpleegkundigen, psychologen en maatschappelijk werkers. Ambulante raadplegingen vormen de basis van hun werkwijze, maar ze kunnen, net zoals de CGG, ook raadplegingen aan huis verstrekken. Bij hun oprichting protesteerde een deel van de geestelijke gezondheidswerkers tegen deze 'psychiatrische

ommekeer' met het argument dat de uitrol ervan ten koste ging van een populatie met een lichte tot matige behoefte aan geestelijke gezondheidszorg. Het ging om patiënten die zich vaak in een sociaal kwetsbare positie bevonden en ondersteuning kregen via psychotherapie en een luisterend oor. Een herstructurering leidde tot het ontstaan van drie soorten ambulante diensten: de *'Primary Care Mental Health Teams'* of generieke geestelijke gezondheidsdiensten waar men terecht kan voor fysieke zorg, psychologische ondersteuning en sociale bijstand; de gespecialiseerde psychotherapeutische diensten voor patiënten die door de CMHT worden doorverwezen. Deze laatste diensten zijn uitgegroeid tot het standaardaanbod inzake ambulante psychiatrische zorgverlening. De voornaamste vernieuwing in het Engelse teamconcept uit de jaren 80 was de massale aanwerving van psychiatrisch verpleegkundigen om de patiënten hun medicatie te kunnen verstrekken (zie (3) voor meer informatie over het aanbod in de geestelijke gezondheidszorg in Groot-Brittannië).

Net zoals blijkt uit de wetenschappelijke literatuur wordt in het 'Handboek' aangegeven dat de F2a-teams zich allicht kunnen richten op *"alle individuen die in aanmerking komen voor een acute psychiatrische ziekenhuisopname"* terwijl de F2b-teams zich toeleggen op *"een geselecteerde subgroep van individuen met complexe, langdurige zorgbehoeften"*. Het 'Handboek' sluit zich tevens aan bij de standaardinterventieperiodes (*"acute behandeling van korte duur [...] versus langdurig zorgtraject"*) (4), p. 4). Wat de 2a-teams betreft, benadrukt het 'Handboek' dat hun hoofddoel *"erin bestaat psychiatrische opnames te voorkomen of in te korten"* en wordt hen de taak van 'gatekeeping' toebedeeld op het vlak van ziekenhuisopnames ((4), p. 9), wat niet overeenstemt met het Engelse systeem¹. *"Het multidisciplinaire crisisteam dat bestaat uit (psychiatrisch) verpleegkundigen, een psychiater, een of meerdere maatschappelijk werkers en andere therapeuten (psychologen, ergotherapeuten ...) biedt in dat geval kortdurende, intensieve psychiatrische zorgen aan huis [...], de begeleiding door een crisisteam duurt over het algemeen zes weken"*. De 2b-teams worden in het 'Handboek'

¹ Uit een niet-gepubliceerde gegevensanalyse die ik persoonlijk heb uitgevoerd binnen een gebied in Oost-Londen, blijkt dat 42% van de nieuwe patiënten in contact kwamen met de psychiatrie via de algemene spoeddiensten, die deze patiënten voornamelijk doorstuurden naar de CRT. Deze teams daarentegen verwezen de patiënten vervolgens door naar de CMHT en via deze laatste werd toegang verleend tot residentiële diensten. Overigens werd 12% van de patiënten (26% voor psychotische patiënten) rechtstreeks toegelaten tot de ziekenhuisafdelingen wanneer zij reeds gekend waren bij de diensten (analyseverslag van RiO-gegevens van de *East London Foundation Trust*, 2013-2014, niet-gepubliceerd).

omschreven als: “*algemene multidisciplinaire teams van psychiaters, psychiatrisch verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, psychologen en ergotherapeuten die zorgverlening aan huis verstrekken binnen een geografisch afgebakende ‘catchment area’*”, waarbij expliciet wordt verwezen naar het ACT-model.

3. ACT en casemanagement

Er dringt zich een specifieke vraag op rond de intensiteit van het casemanagement binnen de ACT-teams. In welke mate moet het ACT-team worden betrokken bij de klinische follow-up van zijn patiënten? Oorspronkelijk werd de aard van het casemanagement binnen de ACT-teams opgevat als een ‘broker service model’ (11): de casemanager van het ACT-team is geen klinische zorgverlener (hij neemt in ieder geval die taak niet op), maar staat in voor de coördinatie van de clinici die met de patiënt werken. Zijn specifieke functies zijn: beoordeling van de behoeften van de patiënt, planning van de zorgverlening, coördinatie van de dienstverleners, follow-up van de implementatie en behartiging van de belangen van de patiënten. Dit is de aanpak die in Groot-Brittannië wordt gehanteerd in het kader van de *Care Programme Approach*. In dit model wordt de rol van casemanagement hoofdzakelijk ingevuld door psychiatrisch verpleegkundigen uit de gemeenschap (*Community Psychiatric Nurses*) (12). Toch vertoont het model ook een aantal beperkingen. Er zijn immers momenten waarop die activiteiten als dusdanig een klinische follow-up vereisen. Het komt ook voor dat patiënten zo instabiel zijn dat de basisclinici altijd moeten worden bijgestaan. Patiënten gaan vaak hun casemanager als referentiearts beschouwen. Daarnaast blijkt uit de evaluaties van de *Care Programme Approach* dat deze werkwijze tevens een rist problemen met zich meebrengt (12). Dus werd het ‘*clinician case management model*’ (CCM) ontwikkeld. Dat is een benadering waarbij de klinische zorgverlener de rol van hoofdclinicus opneemt. Om te voorkomen dat deze klinische zorgverlener niet zou uitgroeien tot een ‘totale clinicus’ (en ook om de casemanager en burn-out te besparen), wordt een evaluatie van de zorgperiodes doorheen de tijd uitgevoerd. De rol van de casemanager en de werkdruk van het casemanagement evolueren bijgevolg in de loop van de tijd. In de eerste, behoorlijk intensieve fase is het CCM vooral gericht op de aansluiting op het zorgsysteem, de beoordeling van de behoeften en de planning van de zorgtaken. Daarna volgt een tussenfase met voornamelijk zogenaamde ‘omgevingsverantwoordelijkheden’: geen of weinig rechtstreeks contact met de patiënt, maar wel ondersteuning van de familieleden, de clinici die de patiënt begeleiden, de externe personen die met de patiënt in contact komen (huiseigenaar,

werkgever ...). Het CCM kan evenwel een nieuwe periode van intensieve begeleiding van de patiënt vertonen in het kader van een individueel begeleidingstraject (bijv. de patiënt helpen zoeken naar werk). Het CCM kan uiteindelijk op elk moment van een crisisfase opnieuw worden geactiveerd. Het is belangrijk om te benadrukken dat het casemanagement binnen de ACT-teams, ongeacht de werkwijze, in principe altijd uitgaat van een multidisciplinair team (11). De meeste teams bestaan uit specialisten in specifieke domeinen, zoals een deskundige op het vlak van verslavingen, een jobcoach, een opvoedkundige enz. die bij verschillende voorvallen kunnen worden ingezet.

4. Het model F-ACT, een intermediair model

Een model dat de laatste jaren heel wat aandacht krijgt in de wetenschappelijke literatuur is **het Nederlandse F-ACT-model (Flexible ACT)** (13-16). Dit intermediaire model stak het Kanaal en de Atlantische Oceaan over en werd opgepikt door zorgverleners in Groot-Brittannië, de VS en Canada. (17). Volgens de F-ACT-modelbenadering is het niet het profiel van de patiënt die de behoefte aan assertieve follow-up bepaalt, maar eerder de dynamiek die eigen is aan de ziekte en die verantwoordelijk is voor periodes van crisis en instabiliteit. Daarom zou het niet opportuun zijn om specifieke ACT-teams op te richten. De voorkeur gaat uit naar het implementeren van een assertief follow-upstelsel in de standaardzorgverlening van de ambulante psychiatrische teams waarbij de patiënten overgaan van een basisfollow-up naar een assertieve follow-up naargelang hun behoeften op een bepaald moment. In Nederland bedienen de ambulante psychiatrische zorgteams die volgens het F-ACT-model werken, EPA-patiënten verspreid over een gebied van 50.000 inwoners. In de klassieke aanpak moet een casemanager voorhanden zijn. Wanneer de situatie van de patiënt dit vereist, werkt datzelfde team een assertiever follow-upprogramma uit. Uit studies blijkt dat een F-ACT-team van 11-12 VTE zo'n 200 patiënten (14) zou opvolgen. Op een bepaald moment telt de intensieve werking 11 tot 20% van de EPA-patiënten (13). De effectieve caseload van het F-ACT-team zou 12:1 bedragen.

III. Personeelsnormen

Naast de theoretische normen moeten we ook de werking van de mobiele teams in de realiteit belichten. Het CRT-model werd voornamelijk bestudeerd en gedocumenteerd in Australië en in Engeland. Het ACT-model krijgt veruit de meeste aandacht in de wetenschappelijke literatuur over de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg.

1. Het CRT-model (F2a-teams) onder de loep

Engeland en Noorwegen zijn de enige landen die nationale criteria hebben opgelegd voor territoriale verzorgingsgebieden. De Engelse normen luiden als volgt: een team van 14 VTE (zonder medisch personeel) staat in voor een gebied van 150.000 inwoners om een caseload van lopende dossiers van ongeveer 30 patiënten per medewerker te behalen (6). In 2018 werd een grootschalige studie gepubliceerd met gegevens die in 2011-2012 werden verzameld. Dankzij die studie kon de effectieve werking van de CR/HT in Engeland (18) worden geëvalueerd. Op het ogenblik van de studie telde het hele Engelse grondgebied 215 CRT-teams waarvan er 184 daadwerkelijk deelnamen aan de studie. Twee derden van deze teams zijn actief op plaatsen waar zich ook residentiële psychiatrische voorzieningen bevinden. We merken evenwel op dat ook de CMHT in een derde van de gevallen op dezelfde locatie aanwezig zijn. In de Australische deelstaat Victoria maken de crisisteam, CAT (Community Acute Teams) genoemd, deel uit van de geïntegreerde centra voor acute zorg die eveneens residentiële afdelingen en psychiatrische spoeddiensten omvatten (19). Uit de Engelse studie blijkt dat de CRT grotendeels patiënten aannemen die werden doorverwezen vanuit de gewone geestelijke gezondheidsdiensten, maar evenzeer vanuit voorzieningen voor eerstelijnsgezondheidszorg. De helft van de teams gaat in op de aanvragen van de patiënten zelf of van hun naasten wanneer ze al gekend zijn bij de dienst. Alle teams zijn multidisciplinair en bestaan minimaal uit psychiatrisch verpleegkundigen en adviserende psychiaters. De meeste teams bevatten ook maatschappelijk werkers. Slechts een derde daarentegen heeft psychologen ter beschikking. Gemiddeld tellen de CRT-teams 20,8 VTE met grote schommelingen onderling. Deze bezetting is representatief voor stedelijke gebieden. De caseload komt in de buurt van 30:1.

Noorwegen is het enige andere land dat nationale normen heeft vastgelegd voor de verzorgingsgebieden van de crisisteam (21). Het Noorse model is echter minder intensief dan het Engelse model. De Noorse teams moeten zones bedienen van 65.000 tot 115.000 inwoners. Noorwegen wordt gekenmerkt door talloze dunbevolkte, rurale gebieden. Deze teams zijn actief tijdens de kantooruren en bestaan gemiddeld uit 9 VTE, voornamelijk verpleegkundigen.

2. Het ACT-model (F2b-teams) onder de loep

De ACT-teams worden specifiek gekenmerkt door hun vaste caseload van 10 patiënten voor één medewerker. In bredere zin is het ACT-model wellicht het meest genormeerde teammodel. De *Dartmouth ACT Scale* (DACTS) (22, 23) werd ontwikkeld om na te gaan hoe modelgetrouw de teams werken. Een hele reeks onderzoeken tonen aan dat ACT-teams met een hogere modelgetrouwheid ook efficiënter werken (24-28). Dankzij een grootschalig onderzoek in de jaren 2000 in Londen kon de doeltreffendheid van de invoering van deze normen worden uitgetest (29). Op het moment van het onderzoek waren 24 ACT(AOT)-teams aan de slag in Groot-Londen. Op het vlak van personeelsnormen varieerde de effectieve omvang van de teams van 3 tot 15 VTE (een gemiddelde van 7), voornamelijk verpleegkundigen en maatschappelijk werkers, en gemiddeld een 0,6 VTE psychiater voor 100 patiënten. Wat de caseload betreft, bedroeg het gemiddelde 9,4 patiënten per voltijdse medewerker (variërend van 5 tot 14), waarbij de gemiddelde caseload van een team 51 patiënten bedroeg. De AOT-teams aanvaardden patiënten afkomstig uit de CMHT en andere gespecialiseerde geestelijke gezondheidsdiensten, alsook een kleine minderheid uit andere voorzieningen. De behandelingscriteria hadden voornamelijk te maken met problemen inzake betrokkenheid van de patiënt, de diagnose, een verleden van ziekenhuisopnames en de duur van de ziekte. In de praktijk kon het onderzoek vaststellen dat de teams 0,3 tot 2,3 contactmomenten hadden per patiënt, per week, met een gemiddelde duur van 40 minuten (0-570, met een mediaan van 15 minuten). 10% van de contacten vond plaats buiten de reguliere kantooruren, in 62% van de gevallen ging het om face-to-facecontacten in de leefomgeving van de patiënten, 28% binnen de diensten en 13% per telefoon.

In Australië werd hetzelfde meetinstrument toegepast op 4 ACT-teams (27, 30). De Australische teams kunnen beschikken over gemiddeld 1,9 VTE psychiater voor 100 patiënten en behandelen 6,3 patiënten per medewerker. Verder vertonen ze dezelfde kenmerken als de Londense teams. In de literatuur zijn andere varianten te vinden (bijv. in Zwitserland en Nederland), maar met zeer vergelijkbare kenmerken (31-33).

IV. Schatting van het doelpubliek van de mobiele teams in het Brusselse Gewest

Op basis van de bovengenoemde normen en studies kunnen we er dus van uitgaan dat een CRT-team (2a) uit 14 tot 20 VTE bestaat en dat het een caseload heeft van ongeveer 30:1 (30 patiënten met lopende dossiers per VTE). Dat betekent dat een dergelijk team op een bepaald moment zo'n 450 tot 600 patiënten kan behandelen. Wat de ACT-teams (2b) betreft, bestaat een team uit ongeveer 7 VTE voor een caseload van ongeveer 10:1. Een ACT-team is dus in staat om aan de slag te gaan met 50 tot 70 patiënten. We herinneren eraan dat de CRT-teams de patiënten intensief begeleiden, evenwel gedurende een korte periode, terwijl de ACT-teams op verschillende behandelingsniveaus werken qua intensiteit, maar voor onbepaalde duur.

Op basis hiervan kunnen we een schatting maken voor de populatie in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest die in aanmerking komt voor dit zorgaanbod. We kunnen dus de verhoudingen die we waarnemen in andere stedelijke omgevingen, die in de bovenvermelde studies werden geanalyseerd, toepassen op het Brusselse Gewest.

Wat de crisisteam (F2a) betreft, zagen we in de Engelse stedelijke gebieden dat een team van 20 VTE op een bepaald moment instond voor de begeleiding van 600 patiënten. Als we ons baseren op de uitrol van één team voor een gebied van ongeveer 150.000 inwoners, kunnen we hieruit berekenen dat een CRT-team instaat voor 0,4% van de volwassen bevolking. In andere studies schommelt dit cijfer tussen 0,4% en 0,7% van de volwassen bevolking (zie bijvoorbeeld 18, 20, 21, 34-40). We mogen dus aannemen dat deze percentages ook gelden voor Brussel. Als we weten dat Brussel (in 2018) 766.155 volwassen inwoners telde (tussen 18 en 64 jaar) zouden we kunnen stellen dat ongeveer 3.000 tot 5.000 personen kampen met zware psychische aandoeningen en in aanmerking komen voor begeleiding door een F2a-team. Brussel heeft dus 5 tot 8 F2a-teams nodig van 14 tot 20 VTE.

**Ondergrens: 5 F2a-teams met 14 VTE = 70 VTE; bovengrens: 8 F2a-teams met 20 VTE = 160 VTE;
gemiddelde raming: 5 F2a-teams met 17 VTE = 85 VTE.**

Wat de assertieve teams (F2b) betreft, is de inschatting van het doelpubliek iets complexer. Slechts een klein onderdeel van de hierboven ingeschatte populatie kan immers in aanmerking komen voor een behandeling door een assertief team. Deze zorgverlening is echter niet beperkt in de tijd en is onderhevig aan onvoorziene factoren. We kunnen deze schatting niettemin uitvoeren op basis van drie gegevensbronnen. In de eerste plaats is er de bovenvermelde studie uit Londen (29), waarbij 24 teams een gemiddelde caseload hadden van 51 patiënten per team, of 1.224 patiënten voor de hele Britse hoofdstad. Op het moment dat het onderzoek liep, telde Londen 5.012.800 volwassen inwoners (cf. <https://www.ons.gov.uk/>). Omgerekend zien we dat de Londense populatie die door de assertieve teams wordt bediend, 0,024% bedraagt van het totale aantal volwassen inwoners. Ten tweede kunnen we uit de Nederlandse schattingen met betrekking tot het F-ACT-model afleiden dat de intensieve werking van de F-ACT-teams op een bepaald ogenblik betrekking zou hebben op 11 tot 20% van de EPA-patiënten (13), wat neerkomt op 0,04% tot 0,1% van de volwassen bevolking. Ten derde is er een studie die werd uitgevoerd in stedelijk gebied in de Verenigde Staten en precies bedoeld was om de behoefte aan ACT-teams in te schatten (41). Daarin werd vastgesteld dat het 0,06% van de volwassen bevolking betrof. Op basis van deze vaststellingen verkrijgen we een marge die varieert tussen 0,02% en 0,1% van de volwassen bevolking, met een gemiddelde van 0,05%. Als we deze percentages vertalen naar de Brusselse volwassen bevolking, dan gaat het om 150 tot 750 mogelijke patiënten, met een gemiddelde van om en bij de 400 patiënten. Dat betekent dat we bij de toepassing van een caseload van 50 patiënten per team (zoals in de Londense studie (29)) 8 teams zouden nodig hebben van gemiddeld 7 VTE. Baseren we ons op een individuele caseload van 10:1, dan zouden we over 40 VTE moeten kunnen beschikken, wat neerkomt op ongeveer 6 teams.

**Ondergrens: 2 F2b-teams met 7 VTE = 14 VTE; bovengrens: 7 F2b-teams met 7 VTE = 49 VTE;
gemiddelde raming: 5 F2b-teams met 7 VTE = 35 VTE.**

Dat levert dus een totale gemiddelde schatting op voor het volledige Brusselse Gewest van 5 F2a-teams met 17 VTE (totaal van 85 VTE) en 5 F2b-teams met 7 VTE (totaal 35 VTE), of een algemeen totaal van 120 VTE. Deze berekening bevat evenwel een ruime marge. Rekening houdend met de minimale en maximale schattingen verkrijgen we een resultaat dat schommelt tussen 84 en 209 VTE die zouden worden verdeeld over een minimum van 5 F2a-teams (van 14 VTE) en 2 F2b-teams (van 7 VTE), en een maximum van 8 F2a-teams (van 20 VTE) en 7 F2b-teams (van 7 VTE). Door de invoering van een model dat geïnspireerd is op de F-ACT-teams zouden we deels de behoefte aan VTE voor de F2b-teams kunnen inperken. Binnen dit model wordt er immers vanuit gegaan dat 12 VTE kunnen instaan voor de begeleiding van 200 patiënten. Om het Brusselse Gewest te bedienen zouden dan 11 tot 27 VTE nodig zijn, ofwel een gemiddelde van 19 VTE, wat neerkomt op een totaal van 104 VTE. **We willen er eens te meer op wijzen dat dit werkingsmodel hoe dan ook alleen mogelijk is als het aanbod qua ambulante psychiatrische zorgverlening toereikend is.**

V. Verdeling van de middelen naargelang de behoeften van de bevolking in het Brusselse Gewest

De bovengenoemde schattingen zijn gebaseerd op de veronderstelling dat de Brusselse bevolking vergelijkbaar is met deze in de stedelijke gebieden waarop de geraadpleegde studies betrekking hebben. We beschikken echter niet over informatie met betrekking tot de behoeften inzake geestelijke gezondheidszorg van de Brusselse bevolking. Bovendien, zelfs al blijken de bovenvermelde ramingen te kloppen, ze stellen ons niet in staat om te bepalen hoe deze middelen moeten worden verdeeld om optimaal in te spelen op de Brusselse realiteit. We hebben daarvoor gegevens nodig over de geestelijke gezondheidstoestand van de Brusselse bevolking in de verschillende gemeenten en wijken. Gecentraliseerde, betrouwbare informatie hierover blijkt niet voorhanden te zijn. Er bestaan partiële gegevens, maar deze zijn niet bruikbaar voor onze onderzoeksvraag. De centra geestelijke gezondheidszorg (ziekenhuizen, CGG ...) zamelen gegevens in, zoals diegene die worden geregistreerd in de Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG). Toch blijven er pijnpunten:

- de kwaliteit van de gegevens is bedenkelijk;
- de ingezamelde gegevens hebben enkel betrekking op de gebruikers van de diensten en peilen niet naar de zorgbehoeften van personen die geen gebruik maken van de diensten;

-de gegevens over de diensten aan huis worden niet geregistreerd in een centrale database. Om inzage te verkrijgen in de verschillen qua behoeften tussen de gemeenten en wijken, zou elke dienst afzonderlijk moeten worden bevroegd. Het is dan nog de vraag of de diensten bereid zullen zijn om de informatie te verstrekken;

-de inwoners hebben vrije toegang tot alle diensten op het hele grondgebied. Op basis van de gegevens van de lokale diensten is het niet mogelijk om de zorgbehoeften van de inwoners van een specifieke geografische zone in kaart te brengen.

Deze lijst met beperkingen is niet limitatief.

Het gebruik van sociaal-economische gegevens kan een alternatief bieden. Die informatie is op een meer algemene en systematische wijze beschikbaar voor de gemeenten en wijken. Het staat immers vast dat er een wezenlijk verband bestaat tussen het sociaal-economische niveau van een bevolking en haar geestelijke gezondheidstoestand en zorgbehoeften (42). Uit de studie *'Making Mental Health Count'* van de OESO blijkt dat het Belgische armoederisicopercentage in 2012 een gemiddelde behaalde van 11%. Dat percentage bedroeg evenwel 10% bij mensen zonder geestelijke gezondheidsproblemen, ongeveer 16% bij personen met een lichte mentale stoornis, en bijna 20% bij mensen met een ernstige psychische aandoening (43). Volgens de sociale barometer van 2018 van het Brusselse Observatorium voor Gezondheid en Welzijn bedraagt het algemene armoederisicopercentage in het Brusselse Gewest, gebaseerd op de inkomsten van 2016, 33% (44). Dat cijfer geeft niet alleen een indicatie van de algemene kwetsbare sociale situatie van de Brusselse bevolking in vergelijking met de overige Belgische gewesten, maar wijst ook op een allicht grote behoefte aan geestelijke gezondheidszorg. Een recente studie van het InterMutualistische Agentschap toont aan dat de sociale gradiënt een significante invloed heeft op allerlei indicatoren die te maken hebben met geestelijke gezondheidszorg in Brussel. Het gebruik van antipsychotica en opnames in psychiatrische ziekenhuizen zijn enkele daarvan (45).

Daarnaast moet ook de samenhang worden gemeten tussen indicatoren met betrekking tot de sociale situatie en de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg. Er werd slechts uit één gegevensbron geput om de samenhang te meten tussen de geestelijke gezondheidstoestand

en de sociale situatie van de inwoners van het Brusselse Gewest, nl. de gezondheidsenquêtes onder de Belgische bevolking (Health Interview Survey – HIS), die op regelmatige basis en via persoonlijke interviews worden uitgevoerd door Sciensano. De recentste gezondheidsenquête waarvan de resultaten momenteel beschikbaar zijn, dateert van 2013 (cf. https://his.wiv-isp.be/nl/SitePages/Volledige_rapporten_2013.aspx). Deze steekproef heeft betrekking op heel België. Op een totaal van 10.000 deelnemers, zijn 3.000 ondervraagden afkomstig uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Sciensano publiceerde een hele reeks rapporten van deze bevraging, waaronder ook een rapport over de geestelijke gezondheidstoestand. De details van dit enquêteonderdeel werden gepubliceerd in een rapport (46). In het kader van onze onderzoeksvraag hadden we toegang tot de volledige database zodat we de samenhang konden onderzoeken tussen factoren zoals woonplaats, sociale gegevens en meetgegevens over de geestelijke gezondheidstoestand.

1. Schatting van geestelijke gezondheidsstatus in Brussel

In de HIS-enquête wordt de geestelijke gezondheidsstatus van de bevolking gemeten aan de hand van een gestandaardiseerde generieke schaal: de General Health Questionnaire (GHQ-12) (47). De GHQ-12 is een schaal van 12 items die betrekking hebben op het mentale wel- of onwelbevinden (zie tabel 2). De items zijn stellingen waarop men ja of nee moet antwoorden. De schaal geeft scores weer die schommelen tussen 0 en 12. Er wordt geoordeeld dat een score lager dan 4 wijst op het ontbreken van een noemenswaardig probleem, een score tussen 4 en 7 wijst op een matig probleem en een score boven 7 wijst op een ernstig probleem. Een ernstig probleem van geestelijk onwelbevinden kan niet worden gelijkgesteld met een ernstige psychische stoornis zoals bedoeld bij patiënten van de mobiele teams. Door het ontbreken van verdere beproefde gegevens zullen we hier deze informatie gebruiken en er bij benadering vanuit gaan dat de samenhang tussen de status van het geestelijk welbevinden en de sociale situatie van de Brusselse populatie kan worden toegepast op personen met ernstigere aandoeningen.

Tabel 2: De items in de GHQ-12 (47)

General Health Questionnaire (GHQ-12)
1. Concentratievermogen
2. Slaaptekort
3. Zich nuttig voelen
4. Beslissingen kunnen nemen
5. Stressgevoelens hebben
6. Zich niet in staat achten om problemen de baas te kunnen
7. Houden van gewone, dagelijkse bezigheden
8. Problemen onder ogen zien
9. Zich ongelukkig of neerslachtig voelen
10. Zelfvertrouwen hebben
11. Zichzelf als waardeloos beschouwen
12. Zich redelijk gelukkig voelen

Daarnaast bevat de HIS-database heel wat sociale indicatoren. Uit het Sciensano-rapport over de geestelijke gezondheidsstatus blijkt onder meer dat er een significante en omgekeerde correlatie bestaat tussen het opleidingsniveau en de score van het geestelijk onwelbevinden (naar controle voor leeftijd en geslacht). Bovendien ligt de prevalentie van matige en ernstige problemen significant hoger in Brussel dan in de twee overige Belgische Gewesten (46). Via de wetenschappelijke literatuur komen we verder te weten dat de globale prevalentie van psychische stoornissen samenhangt met factoren zoals inkomen, werk, woonkwaliteit, sociale contacten of gezinsstatus (48-53).

Voor onze schatting gebruikten we de score van de GHQ-12 van de Brusselse respondenten als onafhankelijke variabele samen met de volgende afhankelijke variabelen: geslacht, leeftijd,

opleidingsniveau, frequentie en kwaliteit van de sociale contacten, arbeidsstatuut en gezinssituatie. Het opleidingsniveau is onderverdeeld in 4 categorieën: lager onderwijs of geen diploma, lager secundair onderwijs, hoger secundair onderwijs en hoger onderwijs. De overige variabelen waren dichotoom gecodeerd: wekelijkse afspraak met minstens één vriend of niet, kwaliteitsvolle sociale contacten of niet, een job hebben of niet, alleen wonen of niet. De variabelen werden opgenomen in een logistische regressie.

Uit de resultaten blijkt dat 77% van de Brusselse volwassen populatie niet kampt met significante problemen van geestelijk onwelbevinden ($\text{GHQ-12} < 4$), 14% heeft een matig probleem ($4 < \text{GHQ-12} < 7$) en 9% een ernstig probleem ($\text{GHQ-12} > 8$). Op individueel niveau werden de geselecteerde sociale variabelen allen significant in verband gebracht met de geestelijke gezondheidsstatus (zie tabel 3).

Tabel 3: Maatschappelijke voorspellers van een ernstig probleem van psychisch onwelbevinden (GHQ-12>8) in de database van de gezondheidsenquête die Sciensano in 2013 via individuele interviews heeft afgenomen onder de Brusselse volwassen bevolking, odds ratio van de logistische regressie

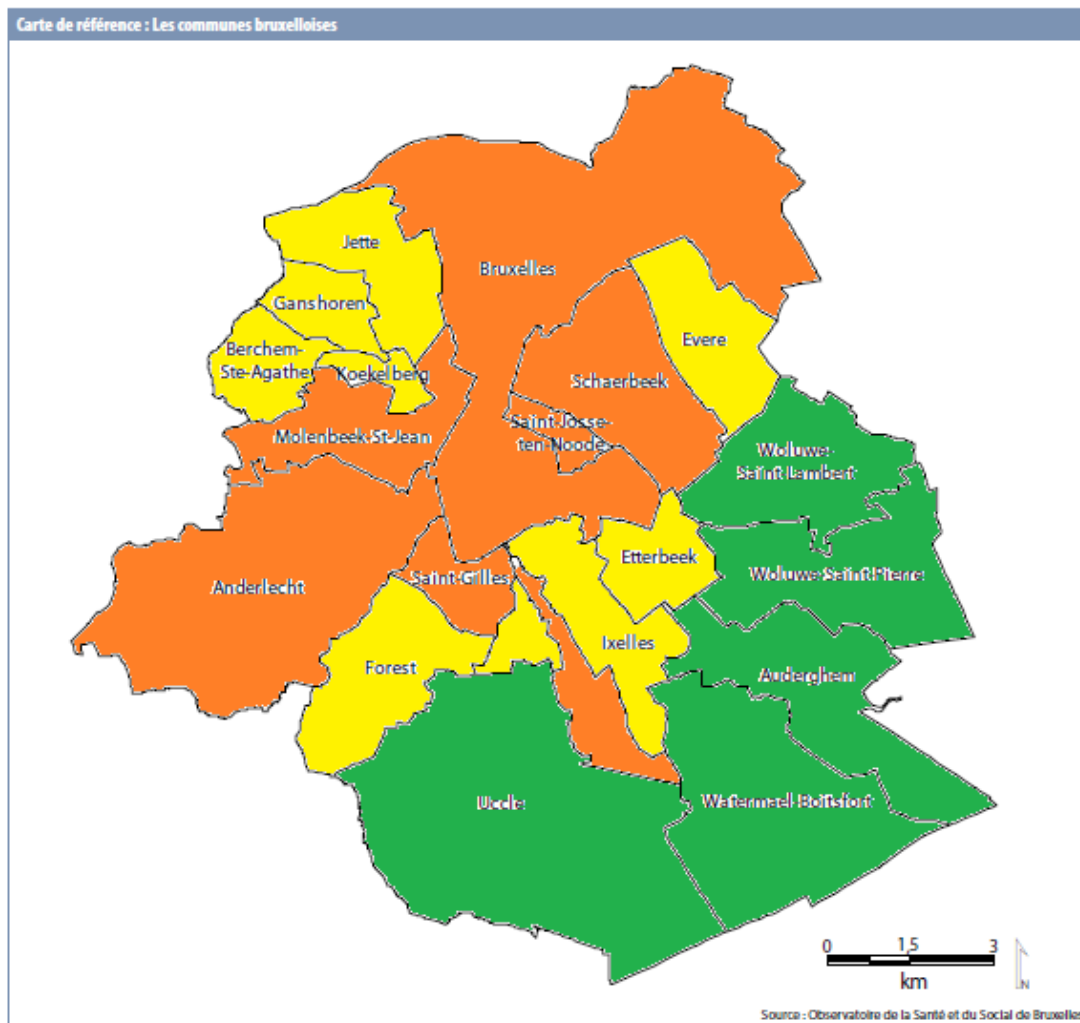
Afhankelijke variabelen	Kampen met een ernstig probleem van psychisch onwelbevinden	
	Odds ratios	p-value
Opleidingsniveau		
- Lager onderwijs of geen diploma	2.09	0.03
- Diploma lager secundair	1.01	NS
- Diploma hoger secundair	0.93	NS
- Diploma hoger onderwijs	REF	REF
Leeftijd	0.97	0.03
Geslacht, vrouwelijk (ref = mannelijk)	1.15	NS
Minder dan een sociaal contact per week (ref. = minstens één wekelijks contact)	2.23	0.02
Ondermaatse kwaliteit van de sociale contacten (ref. = kwaliteitsvolle contacten)	3.23	<0.001
Werkloos zijn (ref. = een job hebben)	3.10	<0.001
Alleen wonen (ref. = niet alleen wonen)	2.61	<0.001

In deze tabel zien we dat de Brusselse volwassenen zonder diploma of met hoogstens een diploma lager onderwijs op zak, twee keer meer risico vertonen op een ernstig geestelijk gezondheidsprobleem dan personen met een diploma hoger onderwijs. Het effect van een diploma secundair onderwijs is statistisch niet significant ten opzichte van personen met een diploma hoger onderwijs. Het effect van leeftijd is verwaarloosbaar en geslacht heeft evenmin een significant effect. Personen met weinig sociale contacten daarentegen en personen die vinden dat de kwaliteit van hun sociale contacten slecht is, hebben respectievelijk 2,25 tot 3,25 keer meer kans op een ernstig geestelijk gezondheidsprobleem dan individuen die minstens één sociaal contact per week hebben of hun sociale contacten als kwaliteitsvol beoordelen.

Werklozen op hun beurt hebben meer dan drie keer zoveel kans op een ernstig geestelijk gezondheidsprobleem tegenover mensen met werk. Personen die alleen wonen lopen 2,6 keer meer risico geconfronteerd te worden met een dergelijk problemen in vergelijking met mensen die niet alleen wonen. Deze waarden blijven vergelijkbaar en significant wanneer we rekening houden met de woonplaats (gemeente). We stellen vast dat deze resultaten vrij vergelijkbaar zijn met het onderzoek van Viviane Kovess-Masfety in Frankrijk (5), onder meer wat opleidingsniveau en gezinssamenstelling betreft.

Op het vlak van gemeenten onderscheidt de HIS-enquête drie sociaal-economische niveaus: gemeenten met een lage, een intermediaire en een hoge sociaal-economische status. Kaart 1 geeft de 19 Brusselse gemeenten weer, ingedeeld volgens deze drie categorieën. De gemeenten met een laag sociaal-economisch niveau worden in het oranje aangeduid, de gemeenten met een intermediair sociaal-economisch niveau in het geel, en de gemeenten met een hoge sociaal-economische status in het groen.

Kaart 1: Indeling van de Brusselse gemeenten op basis van de drie sociaal-economische niveaus van de HIS-enquête uit 2013.



Een logistische regressie op gemeentelijk niveau (zie tabel 4) toont aan dat het kampen met een ernstig psychisch onwelbevinden significant samenhangt met de woonplaats. Inwoners van gemeenten met een lage sociaal-economisch status hebben 29% meer kans op een ernstig probleem van psychisch onwelbevinden dan inwoners van gemeenten met een intermediaire status. Er is evenwel geen significant verschil tussen inwoners van gemeenten met een intermediaire status en gemeenten met een hoge status.

Tabel 4: Verband tussen de sociaal-economische status van de gemeenten waar de Brusselse volwassen populatie woont en het kampen met een ernstig probleem van psychisch onwelbevinden (GHQ-12>8) in de database van de gezondheidsenquête die Sciensano in 2013 via individuele interviews heeft afgenomen, Odds ratio van de logistische regressie

	Kampen met een ernstig probleem van psychisch onwelbevinden (GHQ-12>8)	
Sociaal-economische status van de gemeente	Odds ratios	p-value
Laag	1.29	0.04
Intermediair	REF	REF
Hoog	0.98	0.90

Bij deze schatting moet rekening worden gehouden met talloze beperkingen. We wijzen er nadrukkelijk op dat de gemeten geestelijke gezondheidsstatus overeenstemt met een maatstaf voor een ernstig psychisch onwelbevinden, maar niet geldt als maatstaf voor een ernstige psychiatrische geestelijke gezondheidsstatus, en dat het om een statistische correlatie gaat tussen deze maatstaf en diverse sociaal-economische maatstaven afgeleid uit een representatieve steekproef onder de bevolking, en geen maatstaf is voor de volledige bevolking. Nog een belangrijke beperking is dat de statistische correlatie werd uitgevoerd op gemeentecusters die op basis van hun sociaal-economisch niveau werden gegroepeerd, terwijl de sociale realiteit van de gemeenten en wijken veel gediversifieerder is. Als we gemeenten bekijken die sociaal-economisch laag worden ingeschat zoals Anderlecht, Schaarbeek of Brussel, moeten we er rekening mee houden dat dit in werkelijkheid zeer heterogene gemeenten zijn die zich uitstrekken over een groot grondgebied met zowel welvarende als kwetsbaardere wijken.

Deze schatting stelt ons wel in staat om de hypothese te formuleren dat de sociaal kwetsbare gebieden van de hoofdstad 29% meer behoefte kunnen hebben aan geestelijke gezondheidszorg voor een ernstig getroffen publiek dan de sociaal intermediaire of welvarende delen van de hoofdstad.

2. Verdeelsleutels van de middelen op het Brusselse grondgebied

Het is ook zinvol om dit resultaat te linken aan de spreiding van de bevolking in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. In tabel 5 vinden we het aantal volwassen inwoners (tussen 18 en 64 jaar) per gemeente. De gemeenten zijn ingedeeld volgens de sociaal-economische categorie waartoe ze behoren. Zo stellen we vast dat de helft van de volwassen Brusselaars in gemeenten woont met een lage sociaal-economische status.

Tabel 5: Aantal inwoners tussen 18 en 64 jaar per gemeente in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (Statbel, 2018)

Gemeente	Aantal inwoners (18-64 jaar)
Lage sociaal-economische status	
Anderlecht	72.274
Brussel	116.969
Molenbeek	57.825
Sint-Gillis	35.828
Sint-Joost	18.337
Schaarbeek	86.095
<i>Totaal (%)</i>	387.328 (50,6%)
Intermediaire sociaal-economische status	
Sint-Agatha-Berchem	14.848
Etterbeek	33.930
Evere	24.894
Vorst	35.760
Ganshoren	14.678
Elsene	63.488
Jette	31.703
Koekelberg	13.337
<i>Totaal (%)</i>	232.638 (30,4%)
Hoge sociaal-economische status	
Oudergem	21.013
Ukkel	50.017
Watermaal-Bosvoorde	14.759
Sint-Lambrechts-Woluwe	35.650
Sint-Pieters-Woluwe	24.750
<i>Totaal (%)</i>	146.189 (19,1%)
ALGEMEEN TOTAAL	766.155

Op basis van deze gegevens kunnen we inschatten wat de behoefte is aan mobiele teams voor het volledige Brusselse Gewest en een spreidingsstructuur voorstellen. Als we teruggrijpen naar de raming waarbij een F2a-team de behoeften invult van een zone van 150.000 volwassen

inwoners, en rekening houden met een differentiëring van 30% tussen de gemeenten met een lage sociaal-economische status (de helft van de bevolking) en de overige gemeenten, zouden we kunnen stellen dat er in de gemeenten met een lage sociaal-economische status één team nodig is voor een zone van 127.500 inwoners, terwijl er in de overige gemeenten één team beschikbaar moet zijn voor een zone van 172.500 inwoners. Als we uitgaan van de gemiddelde schatting van 5 F2a-teams van 17 VTE voor het volledige Gewest, zouden er drie teams nodig zijn om de gemeenten met een lage sociaal-economische status te bedienen, terwijl de twee resterende teams aan het werk zouden worden gezet in de overige gemeenten. Die lijn kan worden doorgetrokken voor de F2b-teams. Deze verdeelsleutel kan eveneens worden toegepast op de hierboven voorgestelde minimale en maximale ramingen.

Wel is het zo dat de verdeelsleutel bijzonder onnauwkeurig is. Zo wordt bijvoorbeeld geen rekening gehouden met de sociale heterogeniteit van de Brusselse wijken. Om een nauwkeurigere verdeelsleutel te verkrijgen kunnen we tegenwoordig gebruikmaken van sociaal-economische gegevens die beschikbaar zijn op het niveau van de wijken. Vervolgens passen we hierop het hierboven berekende differentiëring toe, hetzij ongeveer 30% extra behoeften in de kwetsbaardere wijken.

Het Brussels Instituut voor Statistiek en Analyse ([http://bisa.brussels/?set language=nl#.XcLIWzNKiUI](http://bisa.brussels/?set_language=nl#.XcLIWzNKiUI)) beschikt over talloze gegevens die kunnen worden gebruikt voor monitoring van de wijken (<https://wijkmonitoring.brussels/>). Op basis van de bovenvermelde studies die de geestelijke gezondheidsstatus van de bevolking koppelen aan diverse sociale indicatoren (5, 48-53) en de beschikbare gegevens van de wijkmonitoring, selecteerden we 6 kernindicatoren met betrekking tot de structuur van de huishoudens, de arbeidsmarkt, de inkomensniveaus, de huisvesting en de waargenomen gezondheid (zie tabel 6).

Tabel 6: Sociaal-economische indicatoren van de wijken die werden geselecteerd in het kader van de raming van de geestelijke gezondheidsbehoeften; wijkmonitoring.brussels, BISA

Indicator	Jaar	Bron
Aandeel geïsoleerde personen van 30 jaar en ouder binnen het totaal aantal private huishoudens	2016	BISA
Aandeel werkzoekenden binnen een populatie van 18 tot 64 jaar	2017	Actiris
Aandeel langdurig werkzoekenden binnen het totaal aantal werkzoekenden	2018	Actiris
Werkloosheidsgraad	2012	Actiris
Gemiddeld belastbaar inkomen per inwoner	2015	BISA
Aandeel van de woningen die door de eigenaar worden bewoond	2001	Statbel
Aandeel van de bevolking dat aangeeft niet in goede gezondheid te verkeren	2001	Statbel

1. Structuur van de huishoudens: de wetenschappelijke literatuur leert ons dat er een significant verband bestaat tussen geïsoleerde personen (eenpersoonshuishoudens) en een grotere prevalentie van psychische stoornissen. Wat de Brusselse wijken betreft, hebben wij het aandeel geïsoleerde dertigplussers onderzocht. Het gemiddelde op gewestbasis bedraagt 38% (in 2016).

2. Toegang tot werk: werkloosheid is een factor die nauw samenhangt met een grotere prevalentie van psychische stoornissen. Deze impact is merkbaar op het vlak van welvaart en deelname aan het maatschappelijke leven. Daarnaast werkt de relatie tussen geestelijke gezondheid en tewerkstelling in twee richtingen: mensen met ernstige psychische stoornissen vinden moeilijker werk, en personen die van de arbeidsmarkt zijn uitgesloten lopen meer risico op het ontwikkelen van psychische stoornissen. We hebben twee variabelen uitgelicht die gerelateerd zijn aan tewerkstelling: het aandeel werkzoekenden binnen de volwassen bevolking en het aandeel langdurig werkzoekenden binnen het totaal aantal werkzoekenden. De beschikbare gegevens op wijkniveau wijzen op een gemiddeld aandeel van 12,2% van de werkzoekenden binnen de volwassen populatie, en het gemiddelde aandeel langdurig

werkzoekenden onder het totaal aantal werkzoekenden bedraagt 63,5% (wat trouwens wijst op een structureel probleem inzake toegankelijkheid van de arbeidsmarkt in het Brusselse Gewest). Daarnaast hebben we ook de werkloosheidscijfers in acht genomen. Deze hangen uiteraard samen met het bevolkingsaandeel dat op zoek is naar werk. De beschikbare gegevens op wijkniveau dateren van 2012. Het is niettemin mogelijk om de structurele problemen met betrekking tot de toegang tot werk aan te kaarten. In 2012 bedroeg de gemiddelde werkloosheidsgraad in het Brusselse Gewest 22,6%.

3. Belastbaar inkomen: het belastbaar inkomen (per individu) is een cruciale indicator voor het welvaartsniveau. In 2013 bedroeg het gemiddelde in het BHG € 13.831 per inwoner.

4. Eigendom: uit de literatuur blijkt dat het bezitten van een eigen woning een indicator is die sterk samenhangt met de prevalentie van geestelijke gezondheidsstoornissen, meer bepaald in stedelijke gebieden (5). Helaas dateert deze indicator al van 2001. Het gewestelijk gemiddelde van het aandeel woningen dat door hun eigenaar(s) wordt bewoond, bedroeg toen 41%.

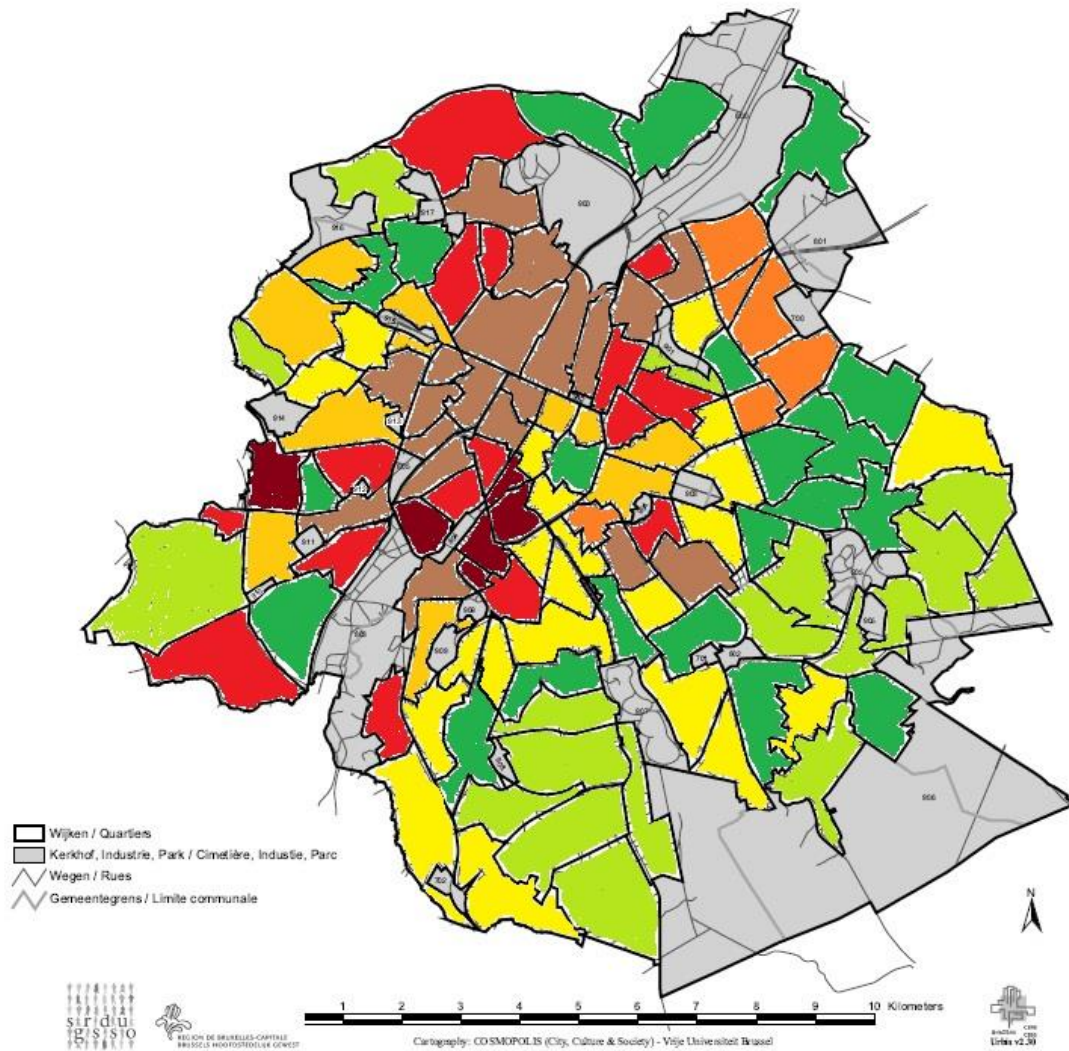
5. Perceptie op het vlak van gezondheid: De wijkmonitoring geeft een indicator aan voor perceptie op het vlak van gezondheid die eveneens dateert van 2001. We hebben deze bevindingen hier niettemin overgenomen. Gemiddeld 27% van de inwoners van het Brusselse Gewest gaf toen aan zich niet gezond te voelen.

Met het oog op een verdeelsleutel voor de wijken hebben wij deze 7 indicatoren overgenomen en aan elke wijk een punt toegekend wanneer de situatie er voor de desbetreffende indicator minder gunstig was dan het gewestelijke gemiddelde. De wijken kregen aldus een punt toegekend voor de volgende situaties:

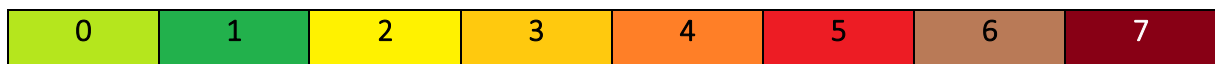
- het aandeel geïsoleerde personen ouder dan 30 lag hoger dan 38%;
- het aandeel werkzoekenden binnen een volwassen populatie lag hoger dan 12,2%;
- het aandeel langdurig werkzoekenden binnen het totaal aantal werkzoekenden lag hoger dan 63,5%;
- de werkloosheidsgraad lag in 2012 hoger dan 22,6%;
- het gemiddelde belastbaar inkomen per inwoner was in 2015 lager dan € 13.831;
- het aandeel woningen dat door de eigenaars wordt bewoond was lager dan 41%;
- het bevolkingsaandeel dat aangaf in slechte gezondheid te verkeren lag hoger dan 27%.

Deze berekening leverde een score op tussen 0 en 7 die respectievelijk staat voor de sociaal begunstigde wijken en sociaal kwetsbare wijken. Het resultaat van deze scores wordt weergegeven in kaart 2.

Kaart 2: Spreiding van de wijken op basis van het aantal geselecteerde indicatoren met cijfers die minder gunstig zijn dan het gemiddelde van het BHG. Deze cijfers zijn gebaseerd op de gegevens van de Wijkmonitoring van het Brussels Instituut voor Statistiek en Analyse.



Scores



Deze verdeling is uiteraard veel gedetailleerder dan de spreiding op het niveau van de gemeenten. Wat de **gemeenten met een lage sociaal-economische status** betreft, zien we dat Molenbeek, Sint-Gillis en Sint-Joost-ten-Node inderdaad overwegend bestaan uit wijken met een hogere sociale kwetsbaarheid dan gemiddeld en dat bepaalde wijken in Anderlecht (Neerpede, Bizet, Scherdemael), in Brussel-Stad (het oosten van de Vijfhoek, de Europese wijken, de Louizalaan, de noordelijke wijken van Neder-Over-Heembeek en van Haren) sociaal

meer begunstigd zijn. Bepaalde wijken in **gemeenten met een intermediaire sociaal-economische status** (zoals de Jourdanwijk en De Jacht in Etterbeek, Laag-Vorst en de Saint-Deniswijk, de Flageywijk in Elsene en Heymbosch en Woeste in Jette) situeren zich daarentegen in de eerder kwetsbare zones.

Op basis van de schatting op gemeenteniveau, mogen we stellen dat de wijken met een score van +4 extra middelen zouden moeten krijgen voor de mobiele teams, volgens een differentiëring van 30%. De wijken met een score van +4 vertegenwoordigen 43,7% van de volwassen populatie, of ± 335.000 inwoners, wat zou overeenstemmen met ongeveer de helft van de te verdelen behoeften aan mobiele teams. Tabel 7 hierna geeft een overzicht van de 118 bewoonde wijken per gemeente, samen met hun score en het aantal volwassen inwoners (18-64 jaar). De blanco kaart wordt in de bijlage weergegeven.

Tabel 7: Wijken in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, volwassen populatie (2016) en score van de geselecteerde sociaal-economische indicatoren, Wijkmonitoring in het Brussels Gewest, BISA^(1,4)

Wijknummer	Naam	Gemeente ⁽²⁾	Volwassen populatie (18-64 jaar) ⁽³⁾	Score sociale indicatoren
Gemeenten met een lage sociaal-economische status				
55	Neerpede	Anderlecht	656	0
53	Bizet - Rad - Coovi	Anderlecht	9.095	1
60	Buffon	Anderlecht	3.370	1
57	Scherdemaal	Anderlecht	5.905	3
11	Kuregem Bara	Anderlecht	7.975	5
52	Veeweide - Aurore	Anderlecht	9.816	5
54	Vogelenzang - Erasmus	Anderlecht	944	5
56	Goede lucht	Anderlecht	1.022	5
59	Scheut	Anderlecht	8.000	5
13	Kuregem Dauw	Anderlecht	3.899	6
58	Anderlecht - Centrum - Wayez	Anderlecht	9.234	6
12	Kuregem Veeartsenij	Anderlecht	6.229	7
61	Moortebeek - Peterbos	Anderlecht	5.210	7
76	Mutsaard	Brussel (Laken)	8.021	1
19	Oud Laken West	Brussel (Laken)	5.221	5
74	Heizel	Brussel (Laken)	8.445	5
20	Oud Laken Oost	Brussel (Laken)	11.595	6
21	Noordwijk	Brussel (Laken)	10.000	6
75	Houba	Brussel (Laken)	11.124	6
77	Heembeek	Brussel (NOH-Haren)	8.432	1
78	Haren	Brussel (NOH-Haren)	3.386	1

6	Koningswijk	Brussel (Pentagon)	275	1
1	Grote Markt	Brussel (Pentagon)	2.768	2
7	Zavel	Brussel (Pentagon)	2.045	2
4	Martelaars	Brussel (Pentagon)	1.820	3
5	Onze Lieve Vrouw Ter Sneeuw	Brussel (Pentagon)	1.776	3
10	Anneessens	Brussel (Pentagon)	6.945	5
2	Dansaert	Brussel (Pentagon)	6.450	6
3	Begijnhof - Diksmuide	Brussel (Pentagon)	4.761	6
8	Marollen	Brussel (Pentagon)	8.134	7
9	Stalingrad	Brussel (Pentagon)	2.524	7
29	Squares	Brussel (Europese Wijk)	9.901	3
35	Europese Wijk	Brussel (Europese Wijk)	2.081	3
64	Frans Hospitaal	Molenbeek	7.598	2
65	Korenbeek	Molenbeek	5.138	2
62	Machtens	Molenbeek	12.941	3
14	Hertogin	Molenbeek	3.352	6
15	Weststation	Molenbeek	6.025	6
16	Historisch Molenbeek	Molenbeek	11.232	6
18	Havenwijk	Molenbeek	11.383	6
63	Karreveld	Molenbeek	8.261	6
41	Berckmans - Munthof	Sint-Gillis	6.898	2
47	Hoog Sint-Gillis	Sint-Gillis	11.077	5
48	Hallepoort	Sint-Gillis	9.698	7
49	Bosnië	Sint-Gillis	5.080	7
25	Sint-Joost Centrum	Sint-Joost	12.886	5
27	Josaphat	Schaarbeek	4.850	0
85	Josaphat Station	Schaarbeek	2.900	1
28	Plasky	Schaarbeek	7.018	2
30	Tervurense Poort	Schaarbeek	7.248	2
82	Terdelt	Schaarbeek	5.656	2
87	Reyers	Schaarbeek	1.770	4
24	Haachtse Steenweg	Schaarbeek	12.567	5
26	Dailly	Schaarbeek	12.313	5
81	Schaarbeek Station	Schaarbeek	5.202	5
22	Brabantwijk	Schaarbeek	12.805	6
23	Collignon	Schaarbeek	11.432	6
80	Helmet	Schaarbeek	7.937	6
Gemeenten met een intermediaire sociaal-economische status				
66	Potaarde	Sint-Agatha-Berchem	2.014	0
67	Sint-Agatha-Berchem Centrum	Sint-Agatha-Berchem	8.815	3
31	Sint-Michiel	Etterbeek	4.676	1
32	Sint-Pieter	Etterbeek	9.879	2
34	Jourdan	Etterbeek	6.587	5
33	Jacht	Etterbeek	12.483	6
79	Vrede	Evere	7.539	4
83	Conscience	Evere	4.962	4
84	Leopold III Laan	Evere	4.858	4
86	Paduwa	Evere	6.358	4
45	Molière - Longchamp	Vorst	6.669	2
46	Hoogte 100	Vorst	5.114	2
117	Vossegat - Roosendaal	Vorst	4.351	2

51	Van Volxem - Van Haelen	Vorst	8.308	3
118	Sint-Denijs - Neerstalle	Vorst	5.328	5
50	Laag Vorst	Vorst	9.168	6
69	Ganshoren Centrum	Ganshoren	7.060	1
68	Villa's van Ganshoren	Ganshoren	3.809	3
39	Vijvers van Elsene	Elsene	6.056	1
107	Universiteitswijk	Elsene	8.820	1
38	Hospitaal Etterbeek-Elsene	Elsene	7.399	2
40	Louiza - Langehaag	Elsene	4.619	2
42	Kastelein	Elsene	7.209	2
43	Brugmann - Lepoutre	Elsene	11.617	2
106	Boondaal	Elsene	6.666	2
36	Matonge	Elsene	7.101	4
37	Flagey - Malibran	Elsene	10.664	6
73	Heymbosch - AZ-Jette	Jette	5.780	0
72	Jette Centrum	Jette	7.813	1
71	Woeste	Jette	11.805	5
70	Basiliek	Koekelberg	8.411	3
17	Koekelberg	Koekelberg	5.157	6
Gemeenten met een hoge sociaal-economische status				
98	Oudergem Centrum	Oudergem	3.126	0
99	Vogelzang	Oudergem	6.013	0
100	Waversesteenweg - Sint-Juliaan	Oudergem	11.112	0
102	Transvaal	Oudergem	3.948	1
108	Montjoie - Langeveld	Ukkel	3.283	0
109	Observatorium	Ukkel	3.472	0
110	Fort Jaco	Ukkel	1.805	0
111	Diesdelle	Ukkel	1.885	0
113	Sint-Job Kauwberg	Ukkel	3.457	0
114	Dieweg	Ukkel	3.871	0
44	Churchill	Ukkel	7.930	1
116	Globe	Ukkel	9.804	1
112	Kriekenput - Homborch - Verrewinkel	Ukkel	2.666	2
115	Kalevoet - Moensberg	Ukkel	6.723	2
103	Bosvoorde Centrum	Watermaal-Bosvoorde	3.723	0
104	Watermaal Centrum	Watermaal-Bosvoorde	6.019	1
101	Drie Linden	Watermaal-Bosvoorde	3.878	2
105	Dries	Watermaal-Bosvoorde	3.506	2
88	Georges Henri	Sint-Lambrechts-Woluwe	10.078	1
89	Gribaumont	Sint-Lambrechts-Woluwe	7.257	1
90	Roodebeek - Sterrebeelden	Sint-Lambrechts-Woluwe	8.271	1
91	Gulledelle	Sint-Lambrechts-Woluwe	6.132	1
93	Woluwelaan	Sint-Lambrechts-Woluwe	3.935	1
92	Kapelleveld	Sint-Lambrechts-Woluwe	3.551	2
94	Stokkel	Sint-Pieters-Woluwe	5.112	0
95	Sinte-Aleidis - Mooibos	Sint-Pieters-Woluwe	2.608	0
96	Sint-Paulus	Sint-Pieters-Woluwe	4.476	0
97	Putdaal	Sint-Pieters-Woluwe	866	0

⁽¹⁾ De wijken zijn gerangschikt per gemeente en naargelang hun score; de gemeenten zijn gerangschikt volgens hun sociaal-economische categorie

⁽²⁾ De wijken kunnen over meerdere gemeenten zijn afgebakend. De hoofdgemeente wordt vermeld.

⁽³⁾ De beschikbare cijfers van de volwassen bevolking hebben betrekking op 2016.

⁽⁴⁾ De vetgedrukte wijken hebben een score van meer dan 4.

VI. Punten van discussie en voorstellen voor een meer gedetailleerde monitoring van de behoeften

We haalden het reeds meermaals aan in dit rapport: de vooropgestelde schatting botst op verschillende beperkingen door het ontbreken van werkingsmodellen voor de mobiele en assertieve crisisteams die actief zijn in het Brusselse Gewest, het ontbreken van overkoepelende normen op het vlak van doelpubliek en personeel en het ontbreken van beschikbare, gecentraliseerde gegevens over de geestelijke gezondheidssituatie van de bevolking en haar zorgbehoeften. De voorgestelde raming is gebaseerd op een groot aantal hypothesen, waarbij we:

- een werkingsmodel voor de F2a- en F2b-teams in aanmerking nemen op basis van de literatuur waarin CRT- en ACT-teams in andere landen worden beschreven, met inbegrip van de organisatorische relatie tussen deze teams en een formeel zorgnetwerk, meer bepaald de ambulante psychiatrische zorgteams;
- normen in aanmerking nemen die in ander zorgcontexten worden vastgelegd;
- op het Brusselse Gewest epidemiologische gegevens toepassen die afkomstig zijn uit andere stedelijke contexten en als gelijkaardig kunnen worden beschouwd;
- rekening houden met de samenhang tussen de geestelijke gezondheidsstatus en de zorgbehoeften inzake geestelijke gezondheid van de bevolking enerzijds en de gegevens van sociaal-economische aard anderzijds.

Het resultaat van deze hypothesen is een ruwe schatting. De schatting heeft evenwel het voordeel dat ze gebaseerd is op gegevens die bedoeld zijn om de zorgbehoeften van de bevolking in haar totaliteit in te schatten, en niet uitgaat van proxy's zoals de huidige gebruikers van de diensten of van afwegingen met betrekking tot de woonplaats. Bij dergelijke afwegingen

kunnen sommige verborgen bevolkingsgroepen over het hoofd worden gezien, zoals personen met zorgbehoeften die geen beroep doen op de huidige diensten, illegalen, mensen zonder papieren of daklozen. Deze laatsten worden weliswaar niet opgenomen in de officiële bevolkingscijfers van de gemeenten en wijken, maar maken wel deel uit van de populatie die daadwerkelijk door de mobiele teams wordt geholpen. Dit geldt althans in die gevallen waarin het doelpubliek via studies in cijfers kon worden uitgedrukt. In de onderzoeken naar de CRT- en ACT-teams die in Londen plaatsvonden bijvoorbeeld, werden eventuele populaties zonder papieren of daklozen wel meegeteld in de contacten en de caseload. Het zou uiteraard kunnen dat het aandeel van de verborgen groepen in Londen erg verschilt van de situatie in Brussel waardoor onze schatting minder nauwkeurig is. We kunnen echter redelijkerwijs aannemen dat er overeenkomsten zijn tussen deze fenomenen in de grote Europese steden en dat de onzekerheidsmarge beperkt is. Dat mensen zonder papieren of daklozen zich in de sociaal-economisch kwetsbaardere wijken ophouden en zich op een vergelijkbare manier gedragen in eender welke stad waarin ze zich bevinden, is immers zeer waarschijnlijk. Deze bevolkingsgroep kan in ieder geval de vastgestelde kloof tussen de kwetsbare en meer begunstigde wijken versterken door de zorgbehoefte in die eerste categorie nog lichtjes op te voeren.

We willen er eens te meer op wijzen dat de mobiele teams van het type 2a en 2b niet levensvatbaar zijn als ze om te beginnen niet worden ondersteund door een aanbod van ambulante psychiatrische zorgverlening dat toegankelijk is voor de hele bevolking en dat bestaat uit psychiatrische basiszorg. **Daarom adviseren wij het netwerkcomité en de bevoegde overheden, met name de gemeenschapsautoriteiten van het Gewest die bevoegd zijn voor de ambulante zorgverlening, om deze ambulante psychiatrische zorgverlening in overweging te nemen en uit te breiden, in combinatie met de organisatie van het verzorgingsgebied van de mobiele teams.** We raden ook aan om de werkingsmodellen en -procedures van de mobiele teams zo concreet mogelijk te definiëren om de samenwerking van die teams met andere zorgaanbieders, alsook hun onderlinge samenwerking te stroomlijnen met het oog op een optimale bediening van het Gewest.

De schatting die in deze studie werd gemaakt, moet uiteraard worden bijgesteld om de behoeften en de middelen voor een planning van het zorgaanbod op langere termijn te optimaliseren. Hiervoor zijn bepaalde gegevens noodzakelijk die op dit ogenblik niet beschikbaar zijn. Daarom **bepaleiten we ook de ontwikkeling van een informatiesysteem voor het uitwisselen van gegevens dat breed gedeeld moet worden onder alle betrokken actoren over het volledige grondgebied in kwestie.** Zonder een dergelijk systeem zullen de schattingen altijd ruw blijven en zal de samenwerking tussen de diensten, meer bepaald tussen de mobiele teams en de overige aanbieders van zorg en begeleiding, steeds gebreken vertonen. Een dergelijk systeem is noodzakelijk als de bevoegde overheden en de dienstbeheerders in de toekomst de beschikbare middelen verder willen toewijzen op basis van de evolutie van de behoeften op het grondgebied van de hoofdstad.

Als een dergelijk informatiesysteem zou worden overwogen, kan het relevant zijn om daarin een instrument op te nemen dat de zorgbehoeften kan opmeten. Een voorbeeld van een relevant instrument is de Camberwell Assessment of Needs-Short Appraisal Scale (CANSAS) (54, 55), die kan worden toegepast bij elke nieuw contact tussen een potentiële patiënt en een van de diensten van het netwerk. De CANSAS is een eenvoudige vragenlijst die peilt naar de behoeften van de respondenten op 22 gebieden (zie tabel 8). Voor elk van deze domeinen wordt een score van 0 toegekend als de respondent aangeeft dat het item geen deel uitmaakt van zijn behoeften, 1 als de behoefte bestaat, maar wordt ingevuld door een zorg- of begeleidingsaanbieder, en 2 als de behoefte onvervuld blijft. De doelgroep van de mobiele teams, in het bijzonder de assertieve teams, is een EPA-populatie met diverse onvervulde behoeften. Dit instrument is wetenschappelijk gevalideerd en wordt gebruikt op talrijke plaatsen om de zorg- en sociale begeleidingsbehoeften te monitoren. We merken op dat de reikwijdte van het instrument verder gaat dan een louter inzicht in de geestelijke gezondheid en wordt toegepast op eender welke populatie met psychosociale moeilijkheden.

Tabel 8: De 22 behoefte-domeinen van de CANSAS (54)

- | | |
|----------------|-------------|
| 1. Huisvesting | 12. Alcohol |
| 2. Voeding | 13. Drugs |

3. Zorg voor het huishouden	14. Gezelschap
4. Persoonlijke hygiëne	15. Intieme relaties
5. Activiteiten overdag	16. Beleving van seksualiteit
6. Lichamelijke gezondheid	17. Kinderen
7. Psychotische symptomen	18. Onderwijs
8. Informatie	19. Telefoon/communicatiemiddelen
9. Psychisch onwelbevinden	20. Vervoer
10. Veiligheid van de persoon zelf	21. Geld
11. Veiligheid voor anderen	22. Uitkeringen

Door het ontbreken van systematische gegevens over de onvervulde behoeften kunnen we een relatief betrouwbare schatting maken van de EPA-populatie door de verhouding te berekenen tussen het aantal psychiatrische ziekenhuisopnames en het aantal bezoeken aan de psychiatrische spoeddienst van eenzelfde instelling (56). Om dit te operationeel te maken zouden de ziekenhuizen uit het Gewest hun interne databases moeten doorlichten om de identificatiegegevens van de patiënten te kunnen vergelijken. Via deze methode wordt het echter moeilijker om een spreiding van de behoeften te bepalen op basis van de gemeenten en de wijken, tenzij er informatie beschikbaar is over de woonplaats van de patiënten, zoals bijvoorbeeld hun postcode.

Voorlopig blijft er manoeuvreerruimte voor de organisatie van de mobiele teams en hun territoriale spreiding over het Brusselse Gewest. We wijzen erop dat de schattingen van het aantal teams en het aantal VTE gebaseerd zijn op een specifiek model van een mobiel team. Door de rol van de teams, hun doelpubliek, de taken die hen worden toegewezen en de kenmerken van hun samenwerking binnen het netwerk, voornamelijk in het kader van het

ambulante psychiatrische zorgaanbod, vanuit een andere invalshoek te bekijken, kunnen deze schattingen nog wijzigen. Het is logisch dat elke aanpak waarin de mobiele teams worden verondersteld patiënten gedurende een langere periode (F2a-teams) of autonoom te begeleiden (F2a-teams) kan resulteren in bijkomende behoeften. Anderzijds is het ook mogelijk om de samenwerking van de teams, vooral F2b, met het dichte netwerk van diensten aan personen in het Brusselse Gewest uit te breiden en aldus de werklast van de teams en hun zorgvolume te verlichten. Een belangrijk onderdeel van het werk van de ACT-teams bestaat er bijvoorbeeld in om proactief contact te onderhouden met de patiënten en hun omgeving te steunen. Dat gebeurt meestal via beleefdheidsbezoeken, telefoongesprekken enz. Wanneer een deel van deze taken wordt overgenomen door de wijkactoren die daarvoor worden ingeschakeld of sociale diensten uit de buurt die officieel samenwerken met de mobiele teams, kan dit hun werkdruk verlagen.

Anderzijds is de afbakening van het verzorgingsgebied van de mobiele teams een cruciale parameter voor de F2b-teams. De te organiseren follow-up houdt immers een beperkte caseload en een onbeperkte opvolging in, maar evenzeer een gedetailleerde kennis van het sociale bijstandsnetwerk van de patiënt dat vaak deel uitmaakt van het nabijgelegen grondgebied, en een grondige kennis van de lokale middelen. De territoriale afbakening van de 2a-teams gebeurt echter om een andere reden: de zekerheid dat er snel een team beschikbaar en bereikbaar is en de mogelijkheid om snel contact op te nemen met een bestaand ondersteuningsnetwerk van de patiënt. In dit verband is een sterker gecentraliseerde organisatie van de teams het overwegen waard. De personeelsbehoefte zou hierdoor licht kunnen dalen, voornamelijk als de samenwerking met de spoeddiensten en het mobiele personeel van de ziekenhuizen naar behoren wordt georganiseerd.

We verwijzen tot slot naar het Nederlandse model van de F-ACT (14) waarin een goede organisatie in samenhang met ambulante psychiatrische standaardzorgverlening, de caseload van de teams doet dalen. Deze laatste optie lijkt evenwel complex in het Brusselse Gewest omwille van de versnippering van de politieke bevoegdheden. De bestaande ambulante verstrekkers van geestelijke gezondheidszorg en de mobiele teams hangen daardoor af van verschillende machtsniveaus en administratieve en organisatorische kaders. Bovendien werd het F-ACT-model niet hoofdzakelijk ontwikkeld voor stedelijke gebieden (13,14).

Referenties

1. Stein L.I., Test M.A. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*. 1980;37(4):392-7.
2. Houlst J. Community Care of the Acutely Mentally Ill. *The British Journal of Psychiatry*. 1986;149(2):137-44.
3. Lester H., Glasby J. *Mental health policy and practice*. 2nd ed. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2010.
4. SPF Santé Publique. *Les équipes mobiles - Manuel des pratiques innovantes*. Bruxelles; 2016 [Cf. <http://www.innopsy107.be>].
5. Kovess-Masfety V., Boyd A. Modelling needs for mental healthcare from epidemiological surveys with validation using sociodemographic census data. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2015;11:186-94.
6. McGlynn P. *Crisis Resolution and Home Treatment, a practical guide*. London: Sainsbury Centre for Mental Health; 2006.
7. Ruggeri M., Leese M., Thornicroft G., Bisoffi G., Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;177(2):149-55.
8. Nicaise P., Dubois V., Lorant V. Mental health care delivery system reform in Belgium: The challenge of achieving deinstitutionalisation whilst addressing fragmentation of care at the same time. *Health Policy*. 2014;115(2):120-7.
9. Thunus S., Schoenaers F. How does policy learning occur? The case of Belgian mental health care reforms. *Policy and Society*. 2017;36(2):270-87.
10. SPF Santé Publique. *Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins*. Bruxelles: Conférence Interministérielle "Santé Publique"; 2010 [Cf. <http://www.psy107.be>].
11. Mueser K.T., Bond G.R., Drake R.E., Resnick S.G. Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*. 1998;24(1):37-74.
12. Goodwin N., Lawton-Smith S. Integrating care for people with mental illness: the Care Programme Approach in England and its implications for long-term conditions management. *International Journal of Integrated Care*. 2010;10(1).
13. Firn M., Hindhaugh K., Hubbeling D., Davies G., Jones B., White S.J. A dismantling study of assertive outreach services: comparing activity and outcomes following replacement with the FACT model. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2013;48(6):997-1003.
14. Van Veldhuizen J., Bahler M. *Manual Flexible Assertive Community Treatment (FACT): Vision, model, practice, and organization*. Groningen: 2015.
15. Cuddeback G.S, Morrissey J.P. Program planning and staff competencies for forensic assertive community treatment: ACT-eligible versus FACT-eligible consumers. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2011;17(1):90-7.
16. Nugter M.A, Engelsbel F., Bähler M., Keet R., van Veldhuizen R. Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) Implementation: A Prospective Real Life Study. *Community Mental Health Journal*. 2016;52(8):898-907.

17. Nakhost A., Law S.F., Francombe Pridham K.M., Stergiopoulos V.. Addressing Complexity and Improving Access in Community Mental Health Services: An Inner-City Adaptation of Flexible ACT. *Psychiatric Services*. 2017;68(9):867-9.
18. Lloyd-Evans B., Paterson B., Onyett S., Brown E., Istead H., Gray R., et al. National implementation of a mental health service model: A survey of Crisis Resolution Teams in England. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2018;27(1):214-26.
19. Flannery F., Adams D., O'Connor N. A community mental health service delivery model: Integrating the evidence base within existing clinical models. *Australasian Psychiatry*. 2011;19(1):49-55.
20. Wheeler C., Lloyd-Evans B., Churchard A., Fitzgerald C., Fullarton K., Mosse L., et al. Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2015;15(1):74.
21. Hasselberg N., Gråwe R.W., Johnson S., Ruud T. An implementation study of the crisis resolution team model in Norway: Are the crisis resolution teams fulfilling their role? *BMC Health Services Research*. 2011;11(1):96.
22. Teague G.B., Bond G.R., Drake R.E. Program fidelity in Assertive Community Treatment: Development and Use of a Measure. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1998;68(2):216-32.
23. McHugo G.J., Drake R.E., Teague G.B., Xie H. Fidelity to assertive community treatment and client outcomes in the New Hampshire dual disorders study. *Psychiatric Services*. 1999;50(6):818-24.
24. Cuddeback G.S., Morrissey J.P., Domino M.E., Monroe-DeVita M., Teague G.B., Moser L.L. Fidelity to recovery-oriented ACT practices and consumer outcomes. *Psychiatric Services*. 2013;64(4):318-23.
25. Monroe-DeVita M., Morse G., Bond G.R. Program fidelity and beyond: Multiple strategies and criteria for ensuring quality of assertive community treatment. *Psychiatric Services*. 2012;63(8):743-50.
26. Rollins A.L, McGrew J.H, Kukla M., McGuire A.B., Flanagan M.E., Hunt M.G., et al. Comparison of Assertive Community Treatment Fidelity Assessment Methods: Reliability and Validity. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2015;43(2):157-67.
27. Harvey C., Killaspy H., Martino S., Johnson S. Implementation of Assertive Community Treatment in Australia: Model Fidelity, Patient Characteristics and Staff Experiences. *Community Mental Health Journal*. 2012;48(5):652-61.
28. McHugo G.J., Drake R.E., Whitley R., Bond G.R., Campbell K., Rapp C.A., et al. Fidelity outcomes in the national implementing evidence-based practices project. *Psychiatric Services*. 2007;58(10):1279-84.
29. Wright C., Burns T., James P., Billings J., Johnson S., Muijen M., et al. Assertive outreach teams in London: Models of operation: Pan-London Assertive Outreach Study, Part 1. *The British Journal of Psychiatry*. 2003;183(2):132-8.
30. Harvey C., Killaspy H., Martino S., White S., Priebe S., Wright C, et al. A comparison of the implementation of Assertive Community Treatment in Melbourne, Australia and London, England. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2011;20(2):151-61.
31. Huguelet P., Koellner V., Boulguy S., Nagalingum K., Amani S., Borrás L., et al. Effects of an assertive community program in patients with severe mental disorders and impact on their families. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2012;66(4):328-36.

32. van Vugt M.D., Kroon H., Delespaul P.A.E.G., Dreef F.G., Nugter A., Roosenschoon B.J., et al. Assertive Community Treatment in the Netherlands: Outcome and Model Fidelity. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2011;56(3):154-60.
33. Sytema S., Wunderink L., Bloemers W., Roorda L., Wiersma D. Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2007;116(2):105-12.
34. Hasselberg N., Grawe R., Johnson S., Saltyte-Benth J., Ruud T. Psychiatric admissions from crisis resolution teams in Norway: a prospective multicentre study. *BMC Psychiatry*. 2013;13(1):117.
35. Irving C.B., Adams C.E., Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009(4). DOI: 10.1002/14651858.CD001087.pub3.
36. Ishikawa Y. A Japanese Perspective on Crisis-Intervention. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 1995;49:S55-S60.
37. Jacobs R., Barrenho E. Impact of crisis resolution and home treatment teams on psychiatric admissions in England. *The British Journal of Psychiatry*. 2011;199(1):71-6.
38. Malone D., Marriott S., Newton-Howes G., Simmonds S., Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007(3). DOI: 10.1002/14651858.CD000270.pub2.
39. McCrone P., Johnson S., Nolan F., Pilling S., Sandor A., Hoult J, et al. Economic evaluation of a crisis resolution service: A randomised controlled trial. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. 2009;18(1):54-8.
40. Murphy S., Irving C.B., Adams C.E., Driver R. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012(5). DOI: 10.1002/14651858.CD001087.pub4.
41. Cuddeback G.S., Morrissey J.P., Meyer P.S. How many assertive community treatment teams do we need? *Psychiatric Services*. 2006;57(12):1803-6.
42. Scheid T.L., Brown T.N. *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
43. OECD. *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*. Paris; 2014.
44. Observatoire de la Santé et du Social de la Région de Bruxelles-Capitale. *Baromètre social 2018*. Bruxelles: Commission communautaire commune de la Région de Bruxelles-Capitale; 2018.
45. Avalosse H., Maron L., Lona M., Guillaume J., Allaoui E.M., Di Zinno T. *Inégalités sociales en santé*. Bruxelles: Intermutualistisch Agentschap – Agence Intermutualiste; 2019.
46. Gisle L. Santé mentale. In Van der Heyden, J., Charafeddine, R. (eds) *Rapport 1 : Santé et Bien-être, Enquête de Santé par Interview chez les Belges*. Bruxelles: WIV-ISP; 2014.
47. Goldberg D.P., Gater R., Sartorius N., Ustun T.B., Piccinelli M., Gureje O., et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*. 1997;27(1):191-7.
48. Dunn E., Masyn K., Yudron M., Jones S., Subramanian S.V. Translating multilevel theory into multilevel research: challenges and opportunities for understanding the social determinants of psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*; 2014;49(6):859-72.
49. Shim R.S., Compton M.T. Addressing the Social Determinants of Mental Health: If Not Now, When? If Not Us, Who? *Psychiatric Services*. 2018;69(8):844-6.

50. Smyth N., Siriwardhana C., Hotopf M., Hatch S. Social networks, social support and psychiatric symptoms: social determinants and associations within a multicultural community population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2015;50(7):1111-20.
51. Carlson J.A., Sarkin A.J., Levack A.E., Sklar M., Tally S.R., Gilmer T.P., et al. Evaluating a measure of social health derived from two mental health recovery measures: The California quality of life (CA-QOL) and mental health statistics improvement program consumer survey (MHSIP). *Community Mental Health Journal*. 2011;47(4):454-62.
52. Priebe S. Social outcomes in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*. 2007;191(SUPPL. 50):s15-s20.
53. Priebe S., Watzke S., Hansson L., Burns T. Objective social outcomes index (SIX): A method to summarise objective indicators of social outcomes in mental health care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2008;118(1):57-63.
54. Phelan M., Slade M., Thornicroft G., Dunn G., Holloway F., Wykes T., et al. The Camberwell Assessment of Need: The Validity and Reliability of an Instrument to Assess the Needs of People with Severe Mental Illness. *The British Journal of Psychiatry*. 1995;167(5):589-95.
55. Slade M., Beck A., Bindman J., Thornicroft G., Wright S. Routine clinical outcome measures for patients with severe mental illness: CANSAS and HoNOS. *The British Journal of Psychiatry*. 1999;174(5):404-8.
56. Bruffaerts R., Bonnewyn A., Demyttenaere K. *Kan geestelijke gezondheid worden gemeten? Psychische stoornissen bij de Belgische bevolking*. Leuven: ACCO; 2011.