

# Een pragmatisch en patiëntgericht raamkader voor de geestelijke gezondheidszorg

**P. De Meulemeester, E. Nassen, G. Molenberghs en P. Bellings**

*Patrick De Meulemeester is klinisch psycholoog-psychotherapeut en werkt op de psychiatrische afdeling van het Ziekenhuis Oost-Limburg te Genk.*

*Geert Molenberghs is hoofddocent biostatistiek aan het Limburgs Universitair Centrum.*

*Edgard Nassen is klinisch psycholoog-psychotherapeut. Hij is werkzaam in het Medisch Centrum Sint-Jozef te Bilzen en sinds november 1997 halftijds projectmedewerker-MPG aan het Verbond van Verzorgingsinstellingen te Brussel.*

*Pol Bellings is maatschappelijk werker en werkzaam op het Beschut Wonen-project Bewust te Sint-Truiden.*

*De auteurs zijn alle actief betrokken bij de werking van het Limburgs Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg SPIL, in het bijzonder in de Stuurgroep GGZ-Kaart. De drie laatste auteurs participeren tevens aan het Registratieproject Psychiatrie Limburg.*

In een veranderende geestelijke gezondheidszorg vindt het functiegerichte denken steeds meer ingang. Het functiegerichte denken sluit nauw aan bij een patiëntenperspectief en vult het traditionele structurele voorzieningenperspectief aan. Daarbij bestaat de behoefte aan een kader dat de verschillende perspectieven integreert en in een logisch verband plaatst. Het voorgestelde raamkader is pragmatisch van opzet en vindt zijn kracht in zijn interne consistentie. Op basis van een grondige analyse van hulpvragers en hulpvragen worden modules gedefinieerd in functionele termen. Modules worden gevormd door bepaalde zorgfuncties die in een bepaalde modus (tijdsduur, locatie, periodiciteit, beschermingsgraad) aan een bepaalde doelgroep worden aangeboden. Uit de drie functionele dimensies (zorgfunctie, modus en doelgroep) volgt de structurele organisatie van de zorg in zorgeenheden, voorzieningen, zorgcircuits en regionale netwerken. Het raamkader is patiëntgericht omdat het de analyse van zorgvragen als basis neemt om het zorgaanbod in functionele termen te definiëren en in laatste instantie in structuren vorm te geven. Het raamkader biedt mogelijkheden om in een bepaalde regio het zorgaanbod in kaart te brengen en om zorgcircuits te ontwikkelen. Het kan het algemene beleid in de geestelijke gezondheidszorg inspireren.

## **Motivering**

In de huidige veranderende geestelijke gezondheidszorg worden veelvuldig nieuwe begrippen gehanteerd. Het gaat om begrippen als functie, module, traject, programma, zorgcircuit, netwerk, ... . Ze reiken een meer functioneel perspectief op het zorgaanbod aan en worden als vernieuwend ervaren omdat zij het vertrouwde structurele perspectief (voorziening, sector, ziekenhuis, dienst, beroepsgroep, centrum, afdeling, ...) aanvullen.

Deze concepten roepen voor gezondheidswerkers en bestuurders vernieuwing en enthousiasme op omdat zij een meer patiëntgerichte en gemeenschapsgeoriënteerde zorg dichterbij kunnen brengen. Zij brengen echter ook dikwijls verwarring en bedreiging met zich mee. Verwarring omdat de nieuwe concepten weinig eenduidig worden gebruikt en de samenhang tussen verscheidene concepten (nieuwe en oude) onduidelijk blijft. Bedreiging omdat de identiteit van menig gezondheidswerker, bestuurder en organisatie traditioneel in structurele concepten vanuit een voorzieningenperspectief worden beleefd en aldus worden geformuleerd. Een raamkader waarin kernconcepten helder en logisch consistent geplaatst kunnen worden en waarin het functionele en het structurele als twee elkaar aanvullende perspectieven op het zorgaanbod kunnen gesitueerd worden, kan een deel verwarring en bedreiging wegnemen. Het kan bovendien een gemeenschappelijke taal bieden die verdere onderzoeksmogelijkheden schept en zorgvernieuwingsprocessen stimuleert in een samenwerking van voorzieningen. Het raamkader dat hier wordt voorgesteld pretendeert geen academische volledigheid. Het wil helder en pragmatisch zijn en toch voldoende gedifferentieerd om de complexiteit van de geestelijke gezondheidszorg op grotere en kleinere schaal te vatten.

Het voorgestelde raamkader ontstond in de specifieke context van een werkgroep van het Limburgs Overlegplatform SPIL die de opdracht had om een bestaande geïnformatiseerde Kaart Geestelijke Gezondheidszorg ('Spiller') te optimaliseren. Deze Stuurgroep GGZ-kaart werd geconfronteerd met de vraag op welke relevante dimensies initiatieven zinvol tegenover elkaar gesitueerd kunnen worden. Alleen dan zou de onderscheidende of discriminatieve waarde van de kaart vergroot kunnen worden. De bestaande kwalitatief rijke informatie (bestuurlijk, werkinhoudelijk, diagnostisch, kwantitatief) liet immers moeilijk toe om initiatieven van elkaar te onderscheiden en onderling te vergelijken. Dit werd gewenst om

bijvoorbeeld het gebruik van de kaart voor verwijzingsdoeleinden mogelijk te maken. Een zoektocht doorheen Spiller leverde doorgaans de meerderheid aan initiatieven op. De bestaande informatie diende beter omschreven en geordend te worden en de patiëntgebonden en structuurgebonden informatie dienden aangevuld met functionele informatie. Het zorgaanbod van een bepaalde organisatorische eenheid moest ook beschreven kunnen worden in termen van zijn functies ten aanzien van cliënten/patiëntennoden. Welke functie dient het zorg- of behandelaanbod van deze eenheid? Hoe gebeurt dit aanbod en voor wie?

### **Functiegericht denken**

Het begrip ‘functie’ werd een decennium geleden in zijn specifieke betekenis voor de geestelijke gezondheidszorg gedefinieerd in Nederlandse gezondheidsbeleidsrapporten als: “Een antwoord op gegeneraliseerde hulpvragen, bestaande uit op hetzelfde doel gerichte taken en activiteiten” (Nationale Raad voor Volksgezondheid, 1989). Het begrip is er nog steeds richtinggevend in het zorgvernieuwingsproces. Ook in België en Vlaanderen vindt het functiegerichte denken volop ingang (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, 1997) en kreeg het een bijzondere impuls in december 1996 door het congres ‘De Geestelijke Gezondheidszorg in Perspectief’ te Knokke (Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, 1997).

Het functiegerichte denken ligt aan de basis van de netwerkgedachte en het organiseren van de gezondheidszorg in zorgcircuits. Van Aken en Bagchus (1997) presenteerden een helder uitgewerkt ontwerpmodel voor de structuur van een zorgcircuit en voor het proces om een dergelijk circuit in gang te zetten. Het voorgestelde raamkader sluit hier goed op aan. Wij citeren de auteurs: “Een *zorgcircuit* kan gedefinieerd worden als een bundeling van *mensen en middelen* ten behoeve van *hulpverlening* aan cliënten uit een bepaalde *doelgroep*, waarbij die hulpverlening door deze cliënten als een *samenhangend geheel* wordt ervaren. (...) Voor ieder zorgcircuit wordt een aantal *zorgprogramma’s* gedefinieerd: de doelgroep van het circuit wordt verdeeld in een aantal categorieën cliënten en voor iedere categorie wordt een afzonderlijk zorgprogramma ontwikkeld. Zo’n zorgprogramma bestaat uit een aantal *behandelelementen*, (...). In een zorgprogramma wordt de zorg in functionele termen gedefinieerd, zonder dat men zich al uitsprekt over de organisatorische vormgeving van de uitvoering van zo’n programma.”

De omschrijving van een functie als een bundeling van activiteiten gericht op hetzelfde doel, als antwoord op een bepaalde zorgvraag, is erg globaal. In de uitwerking van het concept functie bij het definiëren van behandelelementen (doorgaans ook behandelmodules genoemd) worden door verschillende auteurs diverse logische ordeningsprincipes gehanteerd. Hellings (1997) onderscheidt in navolging van Schadé (1990) de medische zorgfunctie, de verpleegkundige zorgfunctie, de verzorgende functie en de ondersteunende functie en voegt er de therapeutische functie aan toe. Remans (1997a) en Ouvry (1997) weerhouden enkele basisfuncties voornamelijk op basis van de setting en van tijdsduur: ambulante behandeling, zeer kortdurende opname, langdurig verblijf, woonfunctie, liaisonfunctie, ... . Van Aken en Bagchus (1997) en ook Igodt (1997) lijken functionele aspecten met inhoudelijke en methodische aspecten te combineren: ambulante individuele en groepspsychotherapie, klinische psychotherapie, klinische verzorging, crisisinterventie, dagbesteding, ... . Maertens (1997) hanteert in een lijstje van 'functies en actoren' eveneens een sterk inhoudelijke en structureel bepaalde invulling zoals: reanimatie op de spoedopname, telefonische hulp, training voor socio-economische reïntegratie, ... .

De diverse door elkaar gebruikte ordeningsprincipes (inhoudelijk, temporeel, ruimtelijk, op basis van beroepsgroepen en van settings) leveren bij verschillende auteurs een verschillend resultaat. Dit is verwarrend en bemoeilijkt consensusvorming. Het betekent ook een zekere uitholling van de oorspronkelijke definiëring van het concept functie. De kracht van het functiegerichte denken is juist dat het stimuleert om los te komen van het specifieke perspectief dat bepaald wordt door de organisatorische structuren waarin iemand zich bevindt.

In het voorgestelde raamkader wordt het begrip functie tot zijn oorspronkelijke patiëntgerichte definiëring beperkt en worden andere relevante variabelen als aanvullende dimensies toegevoegd. Daarbij werd vooral de logische samenhang tussen de dimensies gebruikt om begeleidend nieuwe concepten ondubbelzinnig te plaatsen en aldus een omvattend raamkader gestalte te geven. Structurele aspecten werden hierbij zorgvuldig gescheiden gehouden van het functionele perspectief, zoals door van Aken en Bagchus (1997) beschreven wordt.

## **Analyse van de zorgvraag: het patiënt- en gemeenschapsgerichte perspectief**

Het perspectief van de individuele cliënt/patiënt verschilt van die van de hulpverlener die zich “in” de gezondheidszorg bevindt. Voor hem of haar begint alles met een probleem, een klacht of een dysfunctie en eindigt het hopelijk met een oplossing. Wanneer hij of zij zich bij de hulpverlening aanmeldt verwacht hij op het gepaste moment naar de gepaste plaats georiënteerd te worden. Hierbij volgt hij of zij vanaf het aanmeldingspunt een bepaald *traject* volgens een overeengekomen *plan* (een zorg- of behandelplan). Zo nodig doorloopt hij of zij opeenvolgend of gelijktijdig diverse onderdelen (modules) van het passend zorgprogramma. Zoveel als nodig en zoveel als mogelijk. De patiënt of zijn omgeving vraagt zorg op maat en continuïteit in het zorgproces.

Voor de organisatie van concrete zorg is een analyse van de mogelijke bestaande zorgvragen het vertrekpunt. Men omschrijft een verzameling cliënten/patiënten, een groep waarrond men geglobaliseerde behandelnoten inventariseert en waarvoor men een doel voorop stelt. De zorgvragen gaan doorgaans uit van patiënten maar worden ook gesteld door de directe omgeving en de ruimere gemeenschap (onderwijs, justitie, ... ). De analyse van de hulpvragers en hulpvragen bepaalt welke functies er op welk moment en op welke wijze aangeboden moeten kunnen worden en bepaalt bijgevolg de modules die het gehele zorgprogramma samenstellen.

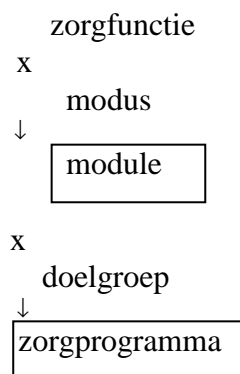
### **Functionele dimensies en modules**

Het functionele perspectief op het zorgaanbod is aldus onlosmakelijk verbonden met de analyse van de zorgvraag. Op welke zorgvraag is het aanbod een antwoord? Welk doel dient een bepaald aanbod van activiteiten? Screening, oriëntering, onderzoek, verzorging, begeleiding, behandeling, activering, preventie, vorming, ... zijn mogelijke invullingen. We benoemen deze eng gedefinieerde functies als *zorgfuncties*, om het onderscheid te maken met gebruik van het begrip functie in zijn meer algemene taalkundige betekenis en als beleidsconcept onder de term ziekenhuisfunctie. De term aanbodfunctie kan als synoniem gelden voor zorgfunctie, maar klinkt eigenlijk gekunsteld.

Een zorgfunctie wordt steeds aangeboden op een bepaalde wijze, in een tijd-ruimtelijke context. De wijze waarop een zorgfunctie wordt aangeboden bepaalt aldus de *modus*. In het voorgestelde raamkader worden vier modaliteiten als subdimensies van de modus weerhouden: de *locatie* (de plaats waar de zorgactiviteit gebeurt), de *tijdsduur* van begin tot einde van de zorg of behandeling, de *periodiciteit* (de weerkerende tijdsintensiteit van het contact tussen patiënt en zorgaanbieder(s)), en de toezichts- of *beschermingsgraad*.

De combinatie van een zorgfunctie en een bepaalde *modus* bepaalt een behandel- of *zorgmodule*. Een module is aldus een bundeling van zorgactiviteiten met een bepaalde *functie* die op een bepaalde wijze, een *modus*, wordt aangeboden. In zijn kortste formulering gesteld is een module een geglobaliseerd aanbod op een geglobaliseerde hulpvraag.

Alle modules die nodig zijn in het zorg- of het behandeltraject van een bepaalde *doelgroep* vormen samen een *zorgprogramma*. Samen met de diverse te onderscheiden doelgroepen vormen de zorgfunctie en de modus de functionele dimensies van zorg. De modules vormen hierin als afgeronde pakketten de bouwstenen van een zorgprogramma voor een doelgroep.

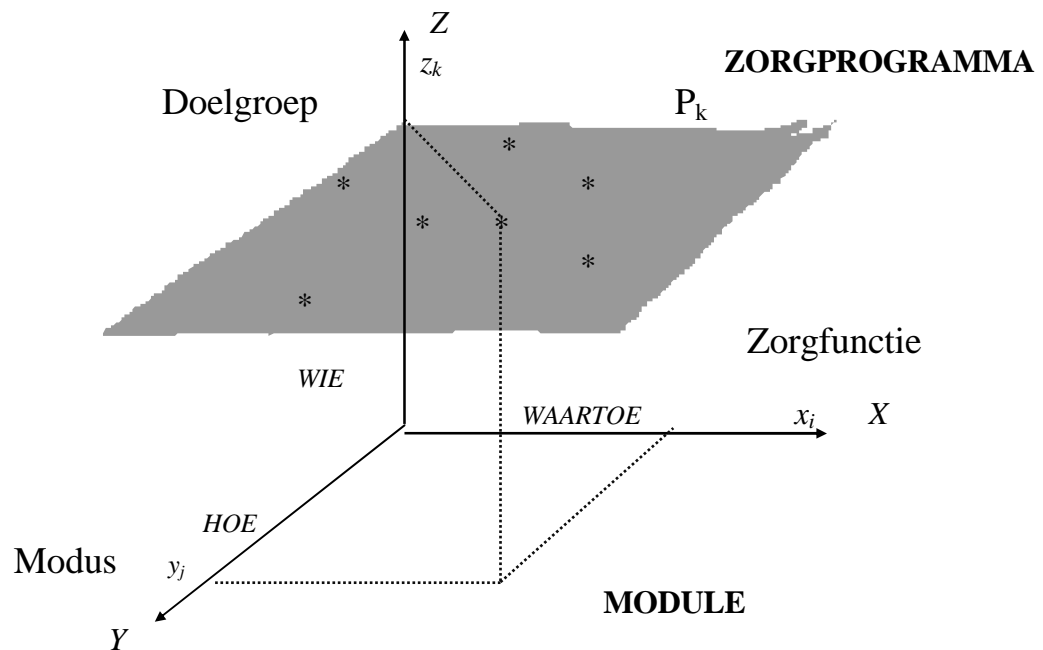


afbeelding 1:

Logische samenhang tussen functionele dimensies in de geestelijke gezondheidszorg

De drie dimensies waarmee modules en zorgprogramma's worden opgebouwd, kunnen samengevat worden als de vragende bijwoorden 'waartoe', 'hoe' en 'voor wie'. De zorgfunctie: *Waar*toe dient dit zorgaanbod? Als antwoord op welke zorgvraag? Met welk doel wordt het georganiseerd?. De modus: *Hoe* gebeurt dit aanbod? Op welke wijze? In welke modaliteiten?. De doelgroep: Voor *wie* gebeurt het aanbod? Voor welke groep cliënten/patiënten?

Deze duidelijk onderscheiden dimensies kunnen ruimtelijk voorgesteld worden (afb. 2). Hun logische samenhang wordt erdoor verduidelijkt. Een module verschijnt als een punt in het XY-vlak door combinatie van een zorgfunctie  $x_i$  en een modus  $y_j$ . Gekoppeld aan een doelgroep  $z_k$  vormt het punt  $(x_i, y_j, z_k)$  één element van het zorgprogramma  $P_k$  dat met al zijn samenstellende modules een horizontaal vlak in de driedimensionele ruimte vormt.



afbeelding 2: Ruimtelijke voorstelling van het functionele perspectief

De mathematische conceptualisatie in duidelijk onderscheiden dimensies maakt het mogelijk om de complexiteit van de geestelijke gezondheidszorg te beschrijven en te analyseren met behulp van informatica en relatief eenvoudige mathematische bewerkingen.

Voor we verbanden tussen het functionele en het structurele perspectief op het zorgaanbod verduidelijken, presenteren we een hanteerbare indeling van de voorgestelde functionele dimensies.

### Zorgfunctie

We definiëren *zorgfunctie* als een reeks van samenhangende zorgactiviteiten gericht op eenzelfde resultaat of doelstelling. Het woordje ‘zorg’ is hier in brede zin bedoeld. Afgeleid van

gezondheidszorg en niet van verzorging. Het wordt ook niet geplaatst tegenover behandeling zoals 'cure' en 'care' wel eens tegenover elkaar worden geplaatst. In het perspectief van de patiënt biedt de zorgfunctie een antwoord op diens zorgvraag.

Diverse auteurs (Ouvry, 1997; De Brouwere, 1997; COPS, 1997) geven verschillende zorgfuncties aan. Acht relevante zorgfuncties werden weerhouden. Toetsing aan empirische gegevens kan leiden tot aanpassingen. Sommige zorgfuncties omvatten diverse omschrijvingen. Zij zijn allen van toepassing. Elke zorgfunctie wordt samengevat in een in vet gedrukt trefwoord. Er wordt telkens een woordje uitleg gegeven.

### 1. **Aanmelding**, screening, intake

*Het kort screenen van de aangemelde hulpvraag door getrainde, voor de cliënt en verwijzer centraal geplaatste hulpverleners met het oog op een snelle, onmiddellijke verwijzing naar een gepaste zorgmodule of andere verwijzing.*

### 2. **Indicatiestelling**, diagnostiek, evaluatie, observatie, oriëntering, onderzoek, advisering

*Een (kortdurende) exploratie of onderzoek van de hulpvraag met het oog op het afbakenen en verhelderen van de problematiek in functie van diagnostiek, prognose en toewijzing aan een zorg- of behandelmodule (binnen of buiten de eigen zorgenheid of initiatief).*

### 3. **Verzorging**

*Het bieden van hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen alsmede verzorging in verband met lichamelijk dysfunctioneren ten gevolge van ziekte, gebrek of invaliditeit,...*

### 4. **Begeleiding**, ondersteuning, psycho-educatie

*Activiteiten die het psychische, sociale en somatische functioneren van patiënten beïnvloeden met het oog op het draaglijk maken van psychische stoornissen, het voorkomen van terugval of het stimuleren van autonomie en zelfredzaamheid. Ondersteuning en aanleren van vaardigheden op verscheidene vlakken: sociaal-administratief (sociaal, juridisch, budgettair), huishouden (maaltijden, kleding, onderhoud/gebruik van meubilair en toestellen, geldbeheer, winkelen, vervoer), sociaal-emotioneel leven (samenleven, contacten, recreatie, leefklimaat), therapietrouw (inname en beheer van medicatie, afspraken), ...*

### 5. **Specialistische en methodische behandeling**

*Het op een systematische, gestructureerde en methodische wijze uitvoeren van activiteiten die het psychische, sociale en somatische functioneren van patiënten beïnvloeden met het oog op het herstellen, het veranderen, of het behouden van een verworven niveau van functioneren.*



## 6. **Activering**, tijdsinvulling, arbeid, bezigheid, vrije tijd, vorming

*Een georganiseerde reeks van activiteiten, meestal in de vorm van een dag- of weekrooster, met het oog op het bieden, aanhouden, aanleren van een dagstructuur en zinvolle daginvulling.*

## 7. **Dienstverlening**, vorming, preventie, informatie, supervisie

*Niet-patiëntgebonden activiteiten t.a.v. personen/gezondheidswerkers buiten de eigen zorgenheid, gericht op een verbetering van condities of contexten waarin patiënten of potentiële patiënten zich bevinden.*

## 8. **Wetenschappelijk onderzoek**, onderwijs, opleiding

*Onderzoeksactiviteiten over de eigen werking, doelgroepen of de enge en ruimere organisatie van de zorgverlening. Opleidingsactiviteiten binnen en buiten de zorgenheid, begeleiding van stages, ... .*

Het is belangrijk voor ogen te houden dat het hier niet gaat om een registratiesysteem voor zorgactiviteiten maar om een aanduiden van de functie van een samenhangende reeks activiteiten bij een toepassing. En dit in de taalkundige betekenis van het woord functie. Het is denkbaar dat eenzelfde activiteit in een verschillende context een verschillende zorgfunctie dient. Een psychodiagnostisch onderzoek bijvoorbeeld dat occasioneel plaats vindt bij moeilijk lopende behandelingen in een psychotherapeutische behandelmodule dient meestal de zorgfunctie ‘behandeling’ en niet ‘indicatiestelling’. De zorgfunctie ‘indicatiestelling’ wordt voor psychodiagnostisch onderzoek weerhouden wanneer patiënten er terecht kunnen voor een pakket activiteiten dat specifiek gericht is op het doel de hulpvraag te onderzoeken, een diagnose te stellen en een passende behandeling of zorgpakket voor te stellen. Zo ook dient een introductie in een project beschut wonen meestal de zorgfunctie ‘begeleiding’. Het gaat hier immers doorgaans niet om een eerste screening of aanmelding. De indicatie voor beschut wonen werd reeds elders gesteld. Wanneer een patiënt in een module gericht op ‘behandeling’ bloedend toekomt na een appellerende act zal hij/zij verzorgd worden, hetgeen evenwel niet impliceert dat de zorgfunctie ‘verzorging’ als globaal doel of functie van het reguliere aanbod moet weerhouden worden. De gedefinieerde zorgfuncties zijn dus niet bedoeld om elke zorgactiviteit los van enige andere op zich te inventariseren, daar zijn andere meetinstrumenten voor. Het denken in functies van zorg vraagt een zich los maken van de concrete praktijk. De voorgestelde indeling is hiertoe een uitnodiging.

Een woordje uitleg bij de zorgfuncties ‘begeleiding’ en ‘behandeling’. De definiëring van beiden impliceert een valorisatie van de zorgfunctie ‘begeleiding’. Nog al te dikwijls wordt door gezondheidswerkers zelf ‘behandeling’ als het ware goud van de geestelijke gezondheidszorg beschouwd (geworteld in de goedbedoelde zin voor professionalisering), terwijl het behandelen van patiënten die vooral gebaat zijn met een begeleidende, ondersteunende aanpak (al dan niet in eigen omgeving) dikwijls schadelijke gevolgen heeft voor de patiënt. Dikwijls is de beste ‘behandeling’: ‘geen behandeling’. Deskundig ‘begeleiden’ vraagt een vergelijkbare professionalisering.

### **Modus**

We definiëren de zorgmodus als de wijze waarop gebundelde zorgactiviteiten worden aangeboden.

Klassiek gebruikte indelingen vermengen plaats- en tijdselementen en laten weinig ruimte voor differentiëring. Daarom opteren we om deze aspecten te onderscheiden in vier subdimensies: twee tijdsdimensies, één plaatsdimensie en één procesgerichte dimensie. We onderscheiden locatie, tijdsduur, periodiciteit en beschermingsgraad.

Deze uitsplitsing werkt veel zuiverder. Het maakt het mogelijk om gemakkelijker afstand te nemen van stadpunten die te zeer en uitsluitend bepaald zijn door het eigen vertrouwde voorzieningenperspectief. Wanneer enkele categorieën of zelfs dimensies samengenomen worden, kunnen soepel diverse indelingen worden gemaakt in functie van de doelstelling waarvoor men het raamkader wenst te gebruiken.. Aanpassingen van specifieke categorieën op basis van feitelijke gegevens of toekomstige evoluties zijn steeds mogelijk zonder dat het kader als geheel dient veranderd.

### ***Locatie***

Het gaat om de plaats waar de zorgactiviteit plaats vindt, waar hulpvrager en aanbieder elkaar ontmoeten.

1. **Aan huis**
2. **Buitenshuis en buiten een zorgenheid**
3. **Binnen de eigen zorgenheid**

#### 4. In een andere zorgenheid binnen de gezondheidszorg

Een equipe voor psychiatrische thuiszorg zal voornamelijk aan huis opereren (1). Maar men kan ook uitrukken naar openbare of andere plaatsen zoals bij de zogenaamde 'out reaching' equipe (2). Andere activiteiten kunnen in een andere zorgvoorziening plaatsvinden (4). Bijvoorbeeld: supervisie aan een sociaal opvangcentrum, activiteiten aan een somatisch bed binnen een liaison-module.

##### *Tijdsduur*

Het gaat om de tijdsduur van het zorgproces binnen de module. Deze subdimensie is in principe meetbaar op één enkel continuüm van 0 tot oneindig, waarvan een mogelijke categorisatie er als volgt uitziet:

1. **Minder dan 72 uur**
2. **72u tot 1 week**
3. **1 week tot 1 maand**
4. **1 tot 3 maanden**
5. **3 tot 6 maanden**
6. **6 tot 12 maanden**
7. **1 tot 2 jaar**
8. **Meer dan 2 jaar**

De tijdsduurindeling is pragmatisch gekozen en zou op basis van objectieve gegevens aangepast of bijgesteld kunnen worden. Aanpassingen kunnen gebeuren wanneer dit het onderscheidingsvermogen verhoogt.

##### *Periodiciteit*

Het gaat om de tijdsintensiteit van het contact tussen zorgvrager en aanbieder(s), zich uitend in een herhalend patroon in het contact tussen zorgvrager en zorgvoorziening over een reeks

opeenvolgende etmalen (dagen). Deze intensiteit wordt bepaald door de duur van het contact tijdens het etmaal (niet de duur van het gehele zorg- of behandelproces), de periodiciteit ervan (dagelijks, wekelijks, maandelijks), en de situering binnen het etmaal (overdag, avond, nacht).

Er zijn verscheidene mogelijkheden om de periodiciteit aan te duiden. Ze kan immers ononderbroken, regelmatig of onregelmatig zijn. Dit maakt dat we voor een weergave van periodiciteit in enkele categorieën subjectieve keuzes moeten maken. We weerhielden een combinatie van enerzijds een aanduiding van de **frequentie** (zoals in de MPG-registratie gebruikelijk) met anderzijds een indeling van **relevante dagdelen**.

- Frequentie:**
1. éénmalig
  2. dagelijks: 4, 5, 6 of 7 maal/week
  3. wekelijks: 1, 2 of 3 maal/week (vanaf 4 maal/maand)
  4. maandelijks: 1, 2 of 3 maal/maand of minder
  5. sporadisch (minder dan maandelijks)

- Dagdeel:**
1. < 3 uur
  2. 3-7 uur (een halve dag)
  3. 7-8 uur (een volle dag tijdens de werkuren)
  4. avond
  5. avond en nacht
  6. 24 uur

Uit de 4 x 6 theoretisch mogelijke combinaties van dagdelen werden er 13 relevant genoeg bevonden.

0. **Eénmalig (ongespecificeerd deel van een etmaal)**
1. **Sporadisch contact (ongespecificeerd deel van een etmaal)**
2. **Contact < 3 uur: maandelijks**
3. **Contact < 3 uur: wekelijks**
4. **Contact < 3 uur: dagelijks**
5. **Contact 3 - 7 uur: maandelijks**
6. **Contact 3 - 7 uur: wekelijks**

7. **Contact 3 - 7 uur: dagelijks**
8. **Contact 7-8 uur: maandelijks**
9. **Contact 7-8 uur: wekelijks**
10. **Contact 7-8 uur: dagelijks**
11. **Enkel de avond**
12. **Enkel de avond en de nacht**
13. **Ononderbroken**

### Enkele voorbeelden

- 0: Contacten op een spoedgevallendienst
- 1: Sociaal-psychiatrische follow-up om de drie maanden
- 3: Ambulante psychotherapie
- 4: Quasi dagelijkse thuiszorg
- 6: Twee halve dagen per week in een revalidatiecentrum
- 8: Een 'depotkliniek' waar patiënten maandelijks een dag in daghospitalisatie komen.
- 9: De zogenaamde partieel partiële daghospitalisatie
- 11: Activerende en ondersteunende avondactiviteiten in beschut wonen
- 12: Nachthospitalisatie

In verdere analyses kunnen afhankelijk van het onderwerp van onderzoek natuurlijk gemakkelijk enkele categorieën samengenomen worden.

### ***Beschermingsgraad***

Bescherming en toezicht zijn geen zorgfuncties op zich, maar zijn begeleidende dimensies die in wisselende mate aanwezig kunnen zijn bij de diverse zorgactiviteiten en zorgfuncties. Vanuit het perspectief van de hulpvrager zijn dit zeer relevante dimensies die sterk bepalend zijn voor een gepaste zorgtoewijzing en werd daarom als subdimensie weerhouden (Roosenschoon en Schuring, 1996).

1. **Geen toezicht/bescherming**
2. **Steuntelefoon:** via de telefoon kan de patiënt advies, steun of hulp vragen

3. **Toezicht op afstand:** minimaal toezicht (op geregelde tijdstippen tijdens de dag en de week)
4. **Beperkt toezicht:** grote delen van de dag, met mogelijkheden tot onderbreking
5. **Volledig toezicht:** het gehele etmaal is een teamlid aanwezig bij patiënten in een orgeenheid
6. **Doorlopende bescherming:** noodzaak tot voortdurende observatie en bijsturing van het gedrag
7. **Intensieve bescherming:** permanente directe observatie, gedragscontrole, toezicht is vereist

## Doelgroep

De geestelijke gezondheidszorg in een regio wordt best georganiseerd voor duidelijk herkenbare groepen uit de populatie. In de literatuur (COPS, 1997; Igodt, 1997; Ouvry, 1997) en gepubliceerde beleidsdocumenten (Nationale Raad van Ziekenhuisvoorzieningen, 1997) worden doorgaans de volgende doelgroepen onderscheiden:

### Leeftijdsgroepen

1. Jeugdigen
2. Volwassenen
3. Ouderen

### Subdoelgroepen

- Verslaving
- Forensische
- Mentaal gehandicapten

Een woordje uitleg bij deze keuzen. Vanuit het perspectief van de patiënt en diens verwijzer is er behoefte aan zorgprogramma's voor globale maar gemakkelijk herkenbare doelgroepen. Dit dient zeker het geval te zijn voor de zorgfuncties aanmelding en indicatiestelling, zeer korte en kortdurende behandeling. We geven een voorbeeld. Stel dat er een specialistisch zorgprogramma voor niet-demente ouderen zou bestaan. Hoe kunnen patiënten en verwijzers dan bepalen tot wie zij zich moeten wenden zolang niet duidelijk is of psycho-organische stoornissen uitgesloten kunnen worden? Als algemene doelgroepen kunnen aldus onmogelijk specifieke diagnosegroepen genomen worden. Dit sluit niet uit dat in een tweede fase van het zorgproces

voor langerdurende verzorging, begeleiding of behandeling modules gericht op specialistische groepen in het algemeen zorgprogramma een plaats hebben.

Voor de zorgfuncties in de eerste fasen van het zorgproces geldt doorgaans het groepsdynamisch fenomeen dat heterogeniteit van de patiëntengroep veranderingsbevorderend werkt. Slechts naar de revalidatiefase toe verleent homogeniteit van patiëntengroepen door het identiteitsondersteunende aspect een stuwkracht aan het zorgprogramma.

Specifieke doelgroepen hebben slechts zin indien het gaat om duidelijk herkenbare kenmerken die zodanige invloed hebben op het zorgproces dat het anders en specifiek georganiseerd dient te worden. Dit lijkt min of meer het geval voor verslaafdenzorg, forensische psychiatrie en mentaal gehandicapten. Deze subdoelgroepen kunnen ook een beroep blijven doen op zorgmodules van de algemene doelgroep, naast de eigen specifieke zorgmodules. De indeling in subdoelgroepen is dan ook erg pragmatisch en kan in principe veranderen naarmate zich verdere wetenschappelijke evoluties in specifieke domeinen voordoen .

Vanuit gelijkaardige overwegingen is het onderscheid dat men vooral in Nederland pleegt te maken tussen zorgprogramma's voor de doelgroepen Volwassenen Kort (acuut) en Volwassenen Lang (chronisch) niet weerhouden. De zorgactiviteiten voor een psychotisch gedecompenseerde patiënt verschillen niet naargelang dit zijn eerste decompensatie is, dan wel of hij reeds een langere psychiatrische carrière achter de rug heeft. De verzorgingsfunctie kan evenzeer van belang zijn voor "recente" patiënten dan voor langdurig dysfunctionerende patiënten. Daarbij komt nog de ethische overweging dat op deze wijze een geestelijke gezondheidszorg met twee snelheden wordt gecreëerd. Zo bestaat toch ook reeds enige tijd de denkpiste om het onderscheid tussen A- en T- diensten in de psychiatrische centra te verminderen (Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, 1997). Het onderscheid tussen acute en chronische behandeling en zorg komt tot uiting in verschillen op de andere dimensies 'zorgfunctie' en 'modus'.

De indeling in doelgroepen blijft erg globaal om de redenen die werden aangehaald. Dit sluit geenszins uit dat rond meer specifieke problematieken een even specifiek aanbod kan worden georganiseerd en dient te worden georganiseerd in functie van bestaande noden. Deze differentiatie wordt evenwel weergevonden op het niveau van specifieke behandelmodules.

Bijvoorbeeld: enkele specifieke modules voor eetstoornissen of een behandelmodule klinische psychotherapie voor persoonlijkheidsstoornissen.

### **Module en zorgenheid**

Om modules te realiseren zijn structuren en organisatie vereist. Het structurele niveau volgt uit het functionele perspectief dat dan weer volgt uit het patiëntenperspectief. In afbeelding 3 wordt het globaal overzicht van het raamkader in zijn logische samenhang voorgesteld.

afbeelding 3: Overzicht van en samenhang tussen de verschillende perspectieven van het raamkader ( zie bijlage )

Modules van een zorgprogramma worden georganiseerd aangeboden door concrete personen met behulp van specifieke middelen. Een bundeling van *mensen* en *middelen* die *georganiseerd* één of meerdere modules aanbieden noemen we een *zorgenheid*. Elke zorgenheid is door deze drie elementen fysiek aantoonbaar: deze personen, in dit uurrooster, in deze werkruimtes, met deze overlegmomenten, dossiervorming en coördinatie, ... .

Nemen we bijvoorbeeld een module ‘thuiszorg’. Occasioneel komen één of meerdere medewerkers van een voorziening bij de cliënt/patiënt aan huis. Over deze activiteiten plegen zij geen specifiek teamoverleg dan wel af en toe in de marge van ander overleg. Er bestaat geen aparte dossiervorming en bijvoorbeeld ook geen apart thuiszorg-telefoonnummer. In dit geval gebeurt de module ‘thuiszorg’ vanuit de ruimere zorgenheid die uiteraard nog andere zorgmodules aanbiedt. Wanneer er echter specifieke personen beschikbaar zijn voor thuiszorgactiviteiten, er afzonderlijk overlegd wordt in welbepaalde werkruimtes en men over een eigen telefoonnummer en briefpapier beschikt, dan wordt de zorgmodule ‘thuiszorg’ aangeboden vanuit een aparte zorgenheid. Vanuit dezelfde logica zal een centrum voor geestelijke gezondheidszorg waarvan enkele medewerkers naast volwassenen ook wel kinderen en jeugdigen begeleiden, de dossiers op eenzelfde teamvergadering worden besproken en beide doelgroepen op dezelfde manier ontvangen worden in dezelfde ruimtelijke omgeving, één zorgenheid vormen.

Zorgenheden zijn dus organisatorische eenheden. Uiteraard behoort elke zorgenheid tot een bestuurlijke eenheid, tot een *voorziening*. Deze wordt gedefinieerd door bestuurlijke kenmerken

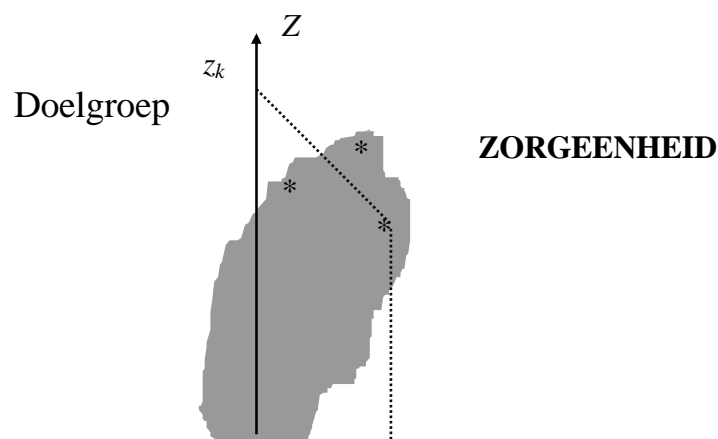


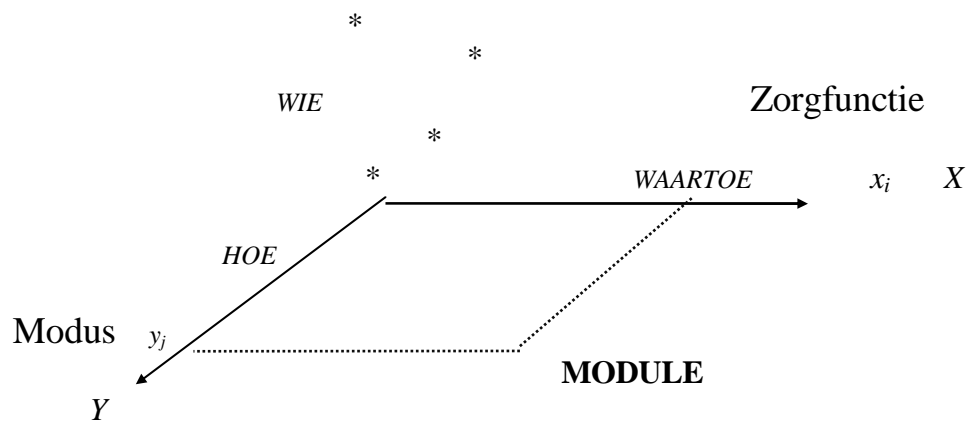
als een juridisch statuut (vzw, nv, ocmw, mengvorm, ...), verantwoordelijke personen (voorzitters, directie, raden van bestuur en van beheer, ...), enz ... . Een bestuurseenheid of voorziening kan bestaan uit één zorgeenheid, maar evengoed ook uit een groot aantal zorgeenheden.

Alle zorgeenheden die modules realiseren van een bepaald zorgprogramma verbonden aan een doelgroep vormen samen een *zorgcircuit*. Meestal maken deze zorgeenheden deel uit van verschillende bestuurlijke eenheden met een eigen autonomie. We kunnen dan spreken van een *netwerkcircuit* (van Aken en Bagchus, 1997). Wanneer zij tot dezelfde bestuurlijke eenheid behoren (dit kan doorgaans alleen voor grote organisaties met een veelheid aan modi) dan spreken we van een *netwerkorganisatie*. Beschouwen wij op een regionaal niveau welke bestuurlijke eenheden op een geformaliseerde wijze participeren aan gezamenlijke zorgcircuits dan kunnen we spreken van een *regionaal netwerk*. Op dit bestuurlijke niveau begint ook een juridisch aansprakelijkheidselement te spelen. Het is per definitie mogelijk dat een voorziening behoort tot verschillende regionale netwerken (Remans, 1997b).

Eén zorgeenheid kan dus verscheidene modules aanbieden, ook voor verschillende doelgroepen. Sommige modules van een zorgeenheid kunnen door verschillende doelgroepen gebruikt worden. In het voorbeeld van de zorgeenheid van het centrum voor geestelijke gezondheidszorg dat zowel met kinderen als met volwassenen werkt kan eenzelfde module ‘aanmelding’ door beide groepen gebruikt worden, maar kunnen de modules ‘begeleiding’ en ‘behandeling’ verschillend zijn voor beide groepen maar toch vanuit dezelfde zorgeenheid aangeboden worden.

In het raamkader wordt de zorgeenheid beschreven als een verzameling van modules. In de ruimtelijke voorstelling van het raamkader is de zorgeenheid (als verzameling van modules gekoppeld aan één of meer doelgroepen) een wolk van punten  $(x_i, y_j, z_k)$  die zich verspreiden in de driedimensionele ruimte (afb. 4).





afbeelding 4 : Ruimtelijke voorstelling van een zorgeenheid in het functionele perspectief

### Zorgcircuit en zorgprogramma

Aan een zorgcircuit participeren alle zorgeenheden die modules aanbieden aan de betreffende doelgroep en aldus participeren aan het betreffende zorgprogramma. In één zorgprogramma voor een bepaalde doelgroep kunnen twee verschillende zorgeenheden eenzelfde module aanbieden. Deze zorgeenheden kunnen deel uitmaken van dezelfde voorziening maar ook van twee verschillende voorzieningen (zoals men ook kan zien in afbeelding 5) waar alle voorgestelde concepten gesitueerd worden ten aanzien van een zorgprogramma voor een doelgroep.

afbeelding 5: Een zorgprogramma voor een doelgroep ( zie bijlage )

Wanneer men een zorgcircuit in een bepaalde regio gestalte wenst te geven, is het wenselijk te vertrekken van een analyse van de zorgvraag om de benodigde modules van het zorgprogramma te definiëren. Hiervoor zijn klinici nodig die goed vertrouwd zijn met de betreffende doelgroep. De structurele aspecten komen aldus ter sprake in functie van de zorgvraag. Dit maakt het overleg zinvoller dat anders het gevaar loopt om na een wederzijdse kennismaking te stranden op het niveau van de voorzieningen en hun belangen.

Naast de bepaling van benodigde en wenselijke modules dienen ook aspecten aan de orde te komen die de samenhang van het zorgcircuit betreffen: de problematiek van de informatie-overdracht, stroomlijning van frequente trajecten van cliënten/patiënten doorheen het circuit, de methodiek van casemanagement die continuïteit in de zorg kan bevorderen, het wenselijke centrale aanmeldingspunt, de flexibiliteit en verplaatsbaarheid van personeel, ... .

Aan de hand van een vereenvoudigd voorbeeld willen we de gebruikte terminologie aanschouwelijk maken. We beschrijven ruwweg een aantal (mogelijke) stappen in de hulpverlening.

### **Een illustratie**

Onze cliënt/patiënt is een twintiger die regelmatig cannabis gebruikt. Op een dag slaan bij hem in een café alle stoppen door. Hij slaat wartaal uit, ziet en hoort vreemde dingen, stuikt in elkaar. Hulpdiensten brengen hem over naar de Spoedgevallendienst, waar een psychiater vanuit de zorgeenheid PAAZ wordt opgeroepen.

*Zorgfunctie: aanmelding, eerste screening*

*Locatie: in een andere zorgeenheid binnen de gezondheidszorg*

*Tijdsduur: minder dan 72 uur*

*Periodiciteit: éénmalig (deel van een etmaal)*

*Beschermingsgraad: intensieve bescherming*

*Doelgroep: alle leeftijdsgroepen*

Deze verwijst hem naar de urgentiemodule van de psychiatrische opname-afdeling.

*Zorgfunctie: verzorging*

*Locatie: binnen de eigen voorziening*

*Tijdsduur: 72 uur tot één week*

*Periodiciteit: ononderbroken*

*Beschermingsgraad: doorlopende en intensieve bescherming*

*Doelgroep: alle leeftijdsgroepen*

Na stabilisatie gebeurt in de biopsychosociale onderzoeksmodule een zorgvuldige inventarisatie, diagnosestelling en indicatiestelling.

*Zorgfunctie: indicatiestelling, diagnostiek, observatie, onderzoek*

*Locatie: binnen de eigen voorziening*

*Tijdsduur: 72 uur tot 1 week*

*Periodiciteit: ononderbroken*

*Beschermingsgraad: doorlopende en intensieve bescherming*

*Doelgroep: volwassenen en ouderen*

In de module voor kortdurende behandeling klaart het psychotische beeld ten gevolge van cannabismisbruik niet helemaal op.

*Zorgfunctie: behandeling*

*Locatie: binnen de eigen voorziening*

*Tijdsduur: 1 week tot 1 maand*

*Periodiciteit: ononderbroken*

*Beschermingsgraad: doorlopende en intensieve bescherming*

*Doelgroep: volwassenen en ouderen*

Een transfer naar een gespecialiseerde behandelmodule in een psychiatrisch ziekenhuis dringt zich op.

*Zorgfunctie: behandeling*

*Locatie: binnen de eigen voorziening*

*Tijdsduur: 3 tot 6 maanden*

*Periodiciteit: ononderbroken*

*Beschermingsgraad: volledig toezicht en doorlopende bescherming*

*Doelgroep: volwassenen, subdoelgroep verslaving*

Na een viertal maanden schuift hij in het psychiatrisch centrum door naar een resocialisatiemodule van een andere zorgeenheid.

*Zorgfunctie: begeleiding*

*Locatie: binnen de eigen voorziening*

*Tijdsduur: 6 tot 12 maanden*

*Periodiciteit: ononderbroken, contact meer dan 7 uur: dagelijks*

*Beschermingsgraad: beperkt toezicht*

*Doelgroep: volwassenen*

Door de deterioratie van de leefsituatie in het primaire netwerk verhuist hij in de tweede fase van de resocialisatie in een huis voor beschut wonen voor personen met verslavingsproblemen.

*Zorgfunctie: begeleiding*

*Locatie: binnen de eigen voorziening*

*Tijdsduur: 3 maanden tot meer dan twee jaar*

*Periodiciteit: contact 3-7 uur: wekelijks*

*Beschermingsgraad: toezicht op afstand*

*Doelgroep: volwassenen, subdoelgroep verslaving*

Na beëindiging van de daghospitalisatie wordt een individuele psychotherapie opgestart op het centrum voor geestelijke gezondheidszorg.

*Zorgfunctie: behandeling*

*Locatie: binnen de eigen voorziening*

*Tijdsduur: 1 maand tot 1 jaar*

*Periodiciteit: contact minder dan 3 uur: wekelijks en maandelijks*

*Beschermingsgraad: geen toezicht/bescherming*

*Doelgroep: volwassenen*

## **Mogelijkheden van het raamkader**

In het voorgestelde raamkader wordt een zorgeenheid gedefinieerd door zijn functioneel aanbod als een verzameling van modules. De functionele dimensies die de modules en zorgprogramma's bepalen overspannen het rijke en gevarieerde zorgaanbod van de geestelijke gezondheidszorg. De dimensies (en subdimensies) vormen assen waarop logisch samenhangende categorieën zijn samengebracht. De zorgeenheden worden beschreven als een punt of een verzameling van enkele punten in een dimensionale ruimte. Sommige dimensies (zoals zorgfuncties) zijn nominaal en bevatten intrinsiek niet-geordende categorieën. Andere dimensies (zoals tijdsduur) zijn een geordende opdeling van wat onderliggend een continuüm is. Er is getracht om de basisconcepten zorgvuldig te scheiden. Zo is bijvoorbeeld de modus opgedeeld in vier subdimensies, waarbij het uit elkaar halen van periodiciteit en tijdsduur (nochtans allebei sterk temporele begrippen) een treffend voorbeeld is. Hetzelfde geldt voor het uit elkaar halen van hoofd- en subdoelgroepen.

We menen dat de kracht van dit raamkader bepaald wordt doordat het vertrekt van zorgbehoeften van patiënten(groepen) en hun nabije en ruimere omgeving en doordat het zich niet vastpint op een situatie zoals ze zich feitelijk of vanuit structureel-organisatorisch standpunt de wetgeving voordoet. Het is een open basiskader dat bruikbaar kan blijven ook al zouden er zich in de nabije toekomst bepaalde feitelijke, wetgevende of wetenschappelijke evoluties voordoen. Het raamkader kan getoetst worden aan empirische gegevens die nader onderzocht kunnen worden. Het kan een nuttig instrument zijn voor diverse doeleinden. Het kan gebruikt worden als kader om in een bepaalde regio zorgcircuits te ontwikkelen, zoals kort geschetst werd in de voorgaande paragraaf. Daarbij is het van belang te vertrekken van een grondige analyse van hulpvragers en hulpvragen in de regio. Op basis van deze analyse kan het zorgprogramma gemoduleerd worden, waarna de structurele organisatie met vertegenwoordigers van participerende zorgeenheden geïnventariseerd en op elkaar afgestemd kan worden.

Het raamkader kan ook nuttig blijken voor behoeftenonderzoek dat zich naast een kwantitatieve analyse ook richt op een kwalitatieve analyse van zorgvragen in een regio. Verder kan het ook het algemene beleid van de geestelijke gezondheidszorg door de verschillende overheden en stuurgroepen inspireren ( Nassen en Van Holsbeke, 1998 )

Tenslotte kan het raamkader ook gebruikt worden om het zorgaanbod in een bepaalde regio in kaart te brengen. Zoals in de motivering vermeld was dit de oorspronkelijke context van de auteurs waar behoefte bestond aan een kader dat het zorgaanbod in functionele termen kon beschrijven. Elke voorziening kan beschreven worden in zijn samenstellende zorgeenheden. Elke zorgeenheid kan de modules die het aanbiedt definiëren aan de hand van de functionele basisdimensies. De dimensies kunnen de structuur bieden voor een regionale kaart geestelijke gezondheidszorg, die geïnformatiseerd kan worden. Elke zorgeenheid kan aldus in zijn eigenheid gesitueerd worden tegenover andere zorgeenheden.

## **Bibliografie**

**van Aken J.E. en Bagchus P.M.**, “Het organiseren van zorgcircuits in de geestelijke gezondheidszorg”, *Acta Hospitalia*, 1997, 1, pp. 59-69.

**Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap**, “Gezondheidszorg in perspectief”, Themanummer *Acta Hospitalia*, 1997, 2, 163 p.

**Coördinatiepunt Ondersteuning Programmatische Samenwerking (COPS)**, “*Handleiding GGZ-programma's*”, Utrecht, april 1997, 47 p.

**De Brouwere J.**, “Toekomstvisie op de geestelijke gezondheidszorg”, *Acta Hospitalia*, 1997, 2, pp.17-22.

**De Meulemeester P. e.a.**, “*Een conceptueel raamkader voor de geestelijke Gezondheidszorg*”, Studienamiddag ‘Kaart Geestelijke Gezondheidszorg: een Spiller-moment’, Stuurgroep GGZ-kaart, SPIL - Limburgs Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg, niet gepubliceerd, april 1998, 17 p.

**Hellings J.**, “Een zorgcircuit voor ouderen met psychiatrische zorgnoden: kan casemanagement mee als een hefboom fungeren?”, *Hospitalia*, 1997, 4, pp. 159-169.

**Igodt P.**, “Ervaringen vanuit trends in de gezondheidszorg”, *Acta Hospitalia*, 1997, 2, pp.5-16.

**Interministeriële Conferentie Volksgezondheid**, september 1997, 20 p.

**Maertens J.**, “Opbouwen van een zorgcircuit toxicomanie. Een probleem zo groot als het werkveld?”, *Hospitalia*, 1997, 4, pp. 171-180.

**Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV)**, “*Functies van de GGZ*”, Nederland, 1989.

**Nationale Raad van Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV)**, “*Advies (2de deel) van de Permanente Werkgroep “Psychiatrie” NRZV inzake toekomstige organisatie en ontwikkeling in de geestelijke gezondheidszorg*”, Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu - Bestuur Gezondheidszorg, Brussel, 15/05/1997.

**Nederlandse Vereniging voor Ambulante Gezondheidszorg**, “*G.G.Z. in Programma’s*”, s.d., 72 p.

**Ouvry R.**, “Enkele krachtlijnen voor een visie op de toekomst van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen”, *Acta Hospitalia*, 1997, 2, pp.23-46.

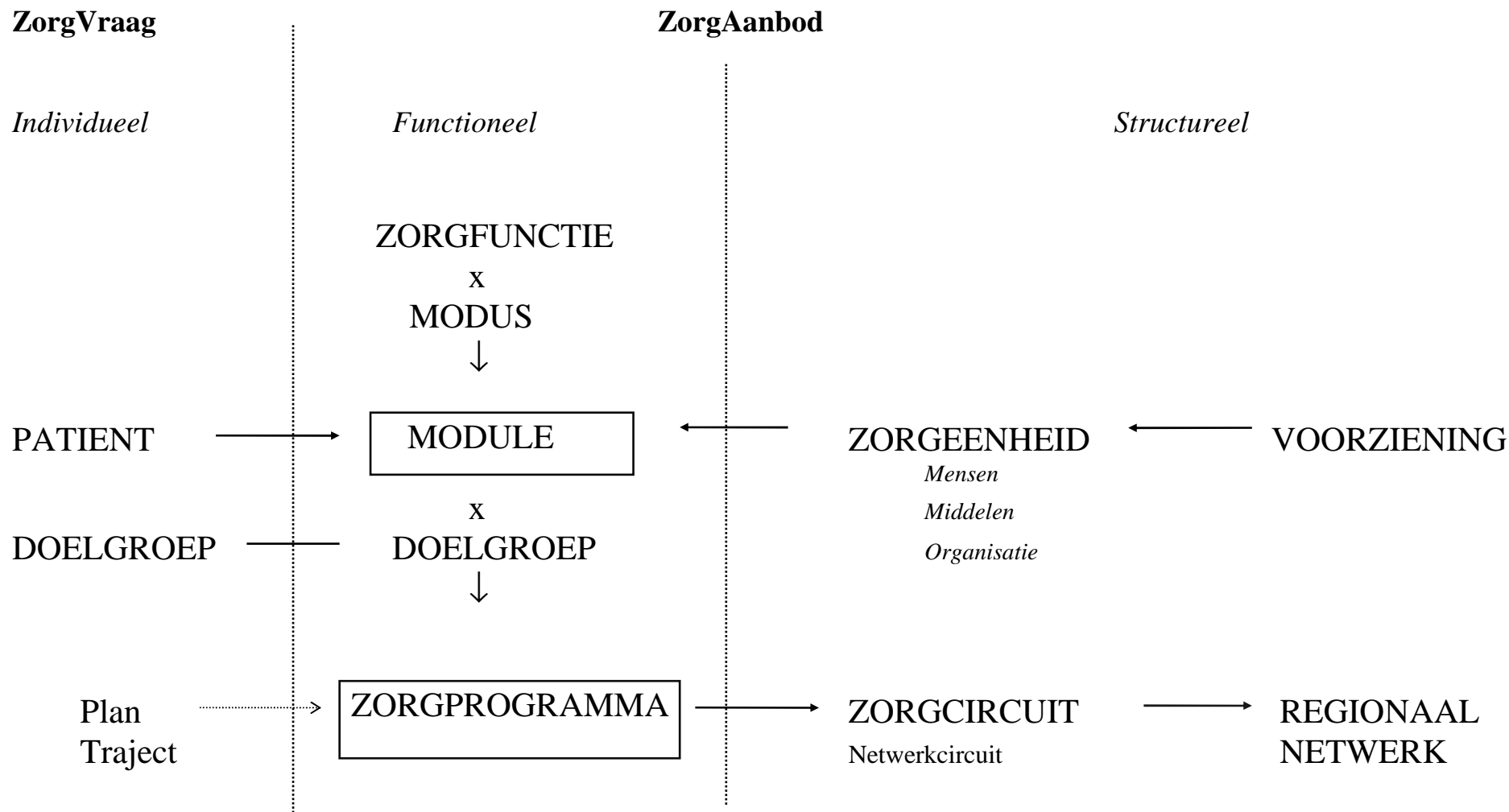
**Remans B.**, “*Dienst voor opvang van psychiatrische urgenties als functie van een regionaal psychiatrisch netwerk*”, voordracht studiedag ‘Psychiatrische spoedgevallen en crisisopvang in het ziekenhuis: Samenwerkingsverbanden’, Koningin Fabiolastichting, Brussel, 14 november 1997, niet gepubliceerd, 10 p.

**Remans B.**, “*Netwerkpsychiatrie... als vervolg van de reconversie*”, Regionaal Psychiatrisch Netwerk Genk, Bilzen en Oost-Limburg/Werkgroep ‘Netwerking’, SPIL - Limburgs Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg, niet gepubliceerd, 1997, 13 p.

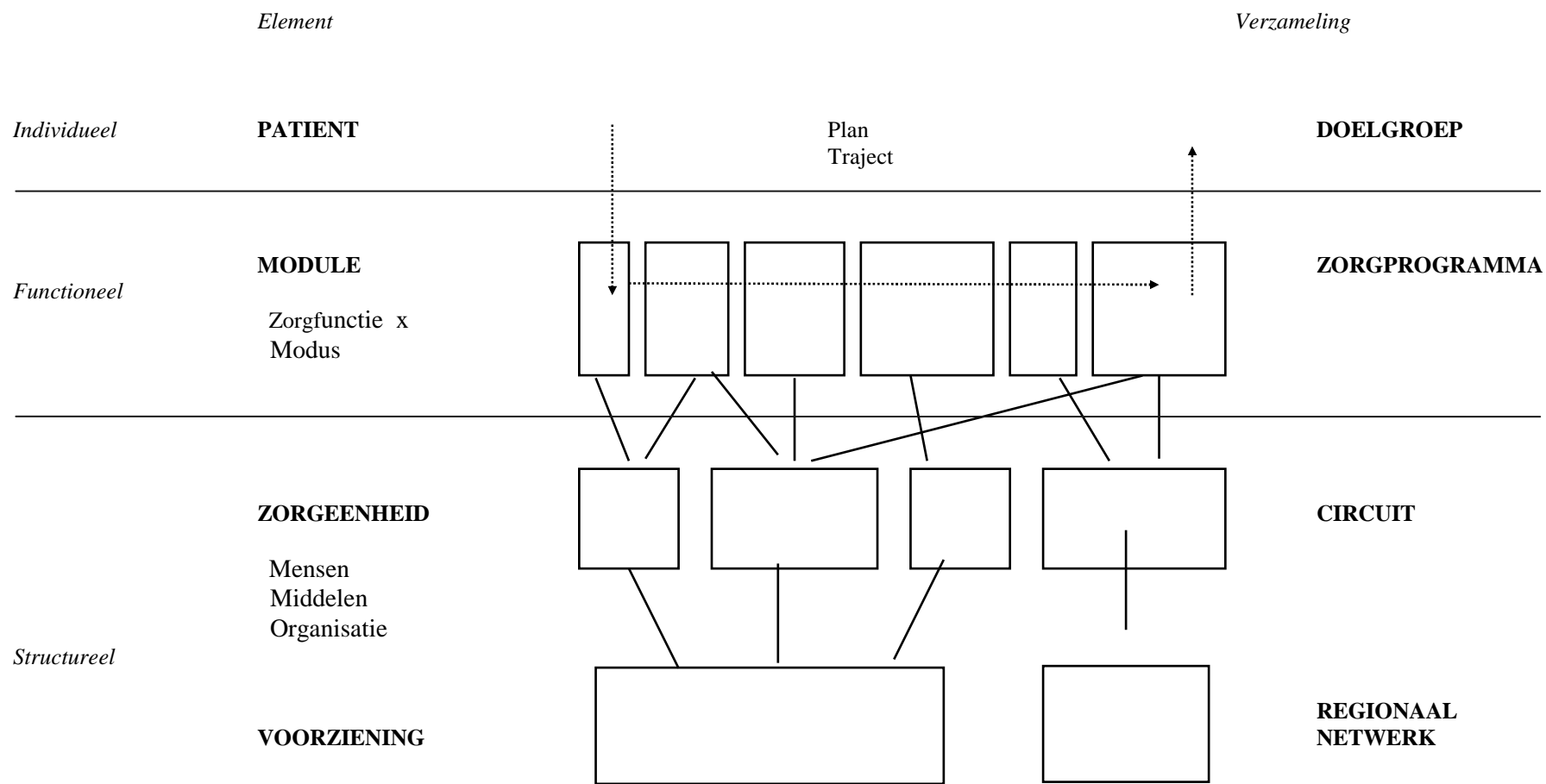
**Roosenschoon B.J. en Schuring G.**, “*Behandelmodule ‘96. Handleiding voor gebruik in instellingen*”, Concept, NZi-onderzoek, april 1996, 34 p.

**Schadé E.**, “Van ziekenhuiszorg naar thuiszorg, veranderingen in het zorgconcept in Nederland”, *Acta Hospitalia*, 1990, 41.





Afb. 3: Overzicht van en samenhang tussen de verschillende perspectieven van het raamkader



Afb. 5: Een zorgprogramma voor een doelgroep