

FEDERAAL ONDERZOEKSPROGRAMMA DRUGS

SAMENVATTING

SUMHIT

Substance use and mental health care integration

Een studie van de zorgnetwerken in de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg in België, naar hun toegankelijkheid en de noden van de gebruikers

AUTEURS:

Mégane CHANTRY (UCLouvain)
Jürgen MAGERMAN (HOGENT/UGent)
Kim FERNANDEZ (Sciensano)
Clara DE RUYSSCHER (UGent)
Deborah Louise SINCLAIR (UGent)
Ilse GOETHALS (HOGENT)
Jérôme ANTOINE (Sciensano)

PROMOTOREN:

Pablo NICAISE (Coord) – Institute of Health and Society (IRSS), UCLouvain
Jessica DE MAEYER – EQUALITY//ResearchCollective, HOGENT
Lies GREMAUX – Sciensano
Wouter VANDERPLASSCHEN – Department of Special Needs Education, UGent
Freya VANDER LAENEN[†] – Department of Law and Criminology, UGent
Philippe DELESPAUL – Department of Psychiatry and Neuropsychology and
School for Mental Health and Neuro Science, Maastricht University

SUMHIT

Substance use and mental health care integration: a study of service networks in mental health and substance use disorders in Belgium, their accessibility, and user's needs.

Contract - DR/89

SAMENVATTING

PROMOTORS: Pablo NICAISE (UCLouvain)
Jessica DE MAEYER (HOGENT)
Lies GREMAUX (Sciensano)
Wouter VANDERPLASSCHEN (UGent)
Freya VANDER LAENEN[†] (UGent)
Philippe DELESPAUL (Maastricht University)

AUTHEURS: Mégane CHANTRY (UCLouvain)
Jürgen MAGERMAN (HoGent/UGent)
Kim FERNANDEZ (Sciensano)
Clara DE RUYSSCHER (UGent)
Deborah Louise SINCLAIR (UGent)
Ilse GOETHALS (HOGENT)
Jérôme ANTOINE (Sciensano)





Uitgegeven in 2024 door het Federaal Wetenschapsbeleid (BELSPO)

WTCIII

Simon Bolivarlaan 30

B-1000 Brussels

Belgium

Tel: +32 (0)2 238 34 11 - Fax: +32 (0)2 230 59 12

<http://www.belspo.be>

<http://www.belspo.be/drugs>

Contactpersoon: Aziz Naji

Tel: +32 (0)2 238 36 46

Het Federaal Wetenschapsbeleid of iemand die handelt in naam van het Federaal Wetenschapsbeleid is niet verantwoordelijk voor het gebruik dat gemaakt kan worden van deze informatie. De auteurs zijn zelf verantwoordelijk voor de inhoud.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, elektronisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere wijze, zonder vermelding van de bron:

Chantry M., Magerman J., Fernandez K., De Ruyscher C., Sinclair D. L., Goethals I., Antoine J., De Maeyer J., Gremaux L., Vander Laenen F.[†], Vanderplasschen W., Delespaul P., Nicaise P. ***Substance Use and Mental Health care InTEgration, a study of service networks in mental health and substance use disorders in Belgium, their accessibility, and the user's needs.*** Samenvatting. Brussel: Federaal Wetenschapsbeleid 2024 – 31 p. (Federaal Onderzoeksprogramma Drugs)

I. INLEIDENDE OPMERKING

Drugsverslaving en psychische aandoeningen zijn gevoelige onderwerpen met verschillende mogelijke interpretaties afhankelijk van de gebruikte terminologie. In de verschillende hoofdstukken van dit rapport verwijzen we meestal naar stoornissen in middelengebruik (SUD), ongeacht het middel, inclusief alcohol, en naar psychische stoornissen (MI). We verwijzen ook naar "zorg" als elke vorm van ondersteuning, hetzij medisch, psychologisch, sociaal of anderszins, en naar mensen die gebruikmaken van zorgdiensten of zorg nodig hebben als "zorggebruikers" of soms "gebruikers". We onderscheiden daarom mensen die drugs gebruiken zonder specifieke behoeften van mensen die stoornissen in middelengebruik hebben en van zorggebruikers, d.w.z. mensen die diensten gebruiken of zorg nodig hebben. We gebruiken deze termen in algemene zin, zonder enige specifieke, normatieve oriëntatie die aan deze concepten ten grondslag zou liggen. Het conceptuele kader dat ten grondslag ligt aan het hele onderzoek is de persoonlijke herstelbenadering⁽¹⁻⁴⁾, waarvan we de belangrijkste aspecten op de volgende pagina's toelichten. Hoewel het concept ook onderhevig is aan verschillende interpretaties, vatten wij het op als een benadering van SUD en MI die de autonomie, sociale inclusie, empowerment en persoonlijke hulpbronnen van zorgbehoevende mensen ondersteunt om een zinvol leven te ontwikkelen ondanks de mogelijke problemen gerelateerd aan ziekte⁽¹⁾.

II. ALGEMENE ACHTERGROND

A. Inleiding

Onderstaand volgt de samenvatting van het eindrapport van het onderzoeksproject "Substance Use and Mental Health care Integration, a study of service networks in mental health and substance use disorders in Belgium, their accessibility, and users' needs" (SUMHIT). Dit onderzoek richtte zich op verschillende aspecten van de kloof tussen de organisatie van zorg in de geestelijke gezondheidszorg, die we in dit rapport "generiek" noemen (bv. gebaseerd op gemeenschapsdiensten voor geestelijke gezondheidszorg of psychiatrische afdelingen), en in stoornissen in middelengebruik, die we in dit rapport "gespecialiseerd" noemen.

In de wetenschappelijke literatuur is vastgesteld dat veel mensen met een aan middelengebruik gerelateerde stoornis (SUD) ook gelijktijdig psychische stoornissen hebben, terwijl veel mensen met een psychische aandoening (MI) ook drugs gebruiken. De zorg in de gespecialiseerde SUD-sector en in de generieke geestelijke gezondheidszorg (MHC) zijn echter afzonderlijk ontwikkeld. Professionals en diensten uit beide sectoren werken niet altijd efficiënt samen en zorgvragers in de twee sectoren kunnen verschillende behoeftenprofielen hebben. Bovendien kunnen er zorgbehoeften zijn waarin niet in zorg wordt voorzien net door deze kloof. Het hoofddoel van SUMHIT is dan ook het onderzoeken en expliciteren van de plaats die mensen die drugs gebruiken innemen binnen de generieke geestelijke gezondheidszorg. Het project onderzocht ook de beschikbaarheid van generieke geestelijke gezondheidszorg voor mensen met SUD en de capaciteit van zowel de generieke geestelijke gezondheidszorg als de gespecialiseerde SUD-zorgsectoren om samen te werken binnen het regelgevend kader van de netwerken voor geestelijke gezondheidszorg die sinds 2010 in België zijn opgericht. Met behulp van zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens richtte SUMHIT zich op drie onderzoeksniveaus: zorggebruikers, zorgprofessionals en diensten, en het bovenliggende zorgsysteem. In het bijzonder onderzocht het onderzoek (1) de vervulde en onvervulde behoeften van mensen met

SUD in termen van geestelijke gezondheidszorg en hun zorgtrajecten, (2) ervaringen van professionals (clinici en servicemanagers van het volledige scala aan generieke en gespecialiseerde diensten, netwerkcoördinatoren...), en (3) structurele kenmerken van het zorgsysteem (bijv. netwerken) die de samenwerking in de praktijk omkaderen. De belangrijkste bevindingen en suggesties voor organisatorische aanpassingen werden besproken met de belangrijkste stakeholders uit de twee taalgemeenschappen om overheden en professionals te inspireren met concrete beleids- en zorgaanbevelingen om de continuïteit van zorg tussen sectoren te verbeteren, zorgtrajecten af te stemmen op specifieke profielen en een globale benadering van het persoonlijk herstel van zorggebruikers te ondersteunen.

B. Probleemstelling

Veel mensen met een stoornis in het middelengebruik (SUD) hebben gelijktijdig psychische stoornissen, terwijl veel mensen met een psychische aandoening (MI) ook drugs gebruiken. Schattingen van drugsgebruik bij mensen met MI variëren gewoonlijk van 20 tot meer dan 50%^(5, 6). In België, in het kader van de evaluatie van de 'Artikel 107' hervorming van de geestelijke gezondheidszorg (2014-2015), had 18,5% van de 1200 zorggebruikers met ernstige MI die werden gerekruteerd uit alle dienstverleningsnetwerken van de geestelijke gezondheidszorg, een gelijktijdige diagnose van SUD⁽⁷⁾. Mensen met gelijktijdig SUD en MI lopen meer risico op ernstigere negatieve resultaten dan mensen met één van beide aandoeningen alleen, in termen van toegankelijkheid tot diensten, onvervulde behoeften, therapietrouw en terugval, sociale integratie en persoonlijk herstel⁽⁸⁾. In de meeste landen, waaronder België, is de specifieke zorg- en hulpverleningssector voor mensen met SUD (hierna de "gespecialiseerde verslavingszorgsector" genoemd) echter losstaand van de algemene geestelijke gezondheidszorg ontwikkeld. De meeste mensen die gebruik maken van zowel de algemene geestelijke gezondheidszorg als de gespecialiseerde verslaafdenzorg hebben echter te maken met vergelijkbare complexe en langdurige problemen, zowel in aard als omvang. Hun medische, psychologische en sociale zorgbehoeften vereisen een integratieve aanpak vanuit de hoek van de zorgverleners, in het bijzonder op vlak van zorgcontinuïteit en gepersonaliseerde zorg^(1, 3, 4, 9-12).

De kloof ligt aan de kant van de praktijken van de clinici en het zorgsysteem, niet aan de kant van de gebruikers⁽¹³⁾. Specifiek in België werd het capaciteitsgebrek van de diensten om de problemen van mensen met meervoudige noden aan te pakken, in het bijzonder met betrekking tot mensen met SUD, naar voren geschoven als een belangrijke valkuil van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg⁽¹⁴⁾. Bovendien wordt de versnippering versterkt door de complexe verdeling van verantwoordelijkheden op het vlak van gezondheidsbeleid tussen de federale staat en de verschillende overlappende gefedereerde entiteiten (gewesten en gemeenschappen)⁽¹⁵⁾. Tijdens de eerste twee decennia van de 21e eeuw hebben zowel de SUD- als de MHC-sector grote veranderingen ondergaan. Aan het begin van de jaren 2000 was de Belgische algemene MHC-sector nog steeds sterk ziekenhuisgericht geroriënteerd en gekenmerkt door één van de hoogste percentages ziekenhuisbedden per inwoner in de OESO-landen met lange verblijfsduur in psychiatrische opnamecentra^(16, 17). Het nationale hervormingsbeleid van de geestelijke gezondheidszorg, bekend als Artikel 107', startte in 2010. Binnen het kader van artikel 107 werden GGZ netwerken opgericht met vier concrete hoofddoelen: (1) het versterken van het zorgaanbod in de gemeenschap, (2) het verbeteren van de zorgcontinuïteit binnen en tussen zorgsectoren, (3) het verminderen en intensiveren van ziekenhuisopnames en (4) het bevorderen van de sociale rehabilitatie van zorggebruikers^(15, 18). Wat betreft de gespecialiseerde zorg voor mensen met SUD, werd in 2001 een nieuw drugbeleidskader opgesteld dat opriep tot een alomvattend en geïntegreerd drugbeleid⁽¹⁹⁾. Het verschoof de

hoofdprioriteit van het Belgische drugbeleid van handhaving naar preventie en hulpverlening. Dit beleidskader, gecombineerd met de deconcentratie van beleidsverantwoordelijkheden op het vlak van gezondheid naar gefedereerde entiteiten, zorgde voor een belangrijke groei van de preventiesector (met inbegrip van harm reduction en rehabilitatie), met een verscheidenheid aan nieuwe interventies en diensttypes, ingebed in meerdere benaderingen en visies. Net als in de algemene MHC-sector werd in de specifieke SUD-sector prioriteit gegeven aan gemeenschapsdiensten en werd sterk de nadruk gelegd op sociale reïntegratie boven de meer traditionele, residentiële drugsvrije behandeling - hoewel deze laatste deel wel bleef uitmaken van het continuüm van bestaande hulpverleningsopties. In het licht van deze ontwikkelingen wordt daarom een vernieuwd model van samenwerking of integratie tussen de twee sectoren vooropgesteld. Het hoofddoel van SUMHIT was dan ook het onderzoeken en beoordelen van de huidige situatie en de mogelijkheden om het zorgaanbod in de MH- en SUD-zorg te verbeteren.

Een belangrijke deficiet van het Belgische gezondheidszorgsysteem, zowel in de SUD- als in de MHC-zorg is de eerder lage mate van zorgcontinuïteit^(20, 21). Zorgcontinuïteit bevat drie belangrijke dimensies: transversale continuïteit, ofwel de capaciteit van meerdere klinici en diensten om uitgebreide zorg en ondersteuning te bieden binnen één zorgepisode; longitudinale continuïteit, de capaciteit van het zorgsysteem om contact te houden met langdurige zorggebruikers doorheen zorgepisodes; en relationele continuïteit, d.w.z. een gepaste therapeutische alliantie⁽²²⁾. Terwijl relationele continuïteit van zorg vooral gerelateerd is aan elementen op individueel niveau, worden longitudinale en cross-sectionele continuïteit sterk beïnvloed door organisatorische- en systeemdimensies. Onderzoek heeft bijvoorbeeld aangetoond dat samenwerking binnen de netwerken eerder gedreven werd door interpersoonlijke en informele relaties dan door formele en organisatorische mechanismen⁽²³⁾. Er is echter weinig bekend over hoe zorg binnen servicenetwerken effectief georganiseerd kan worden⁽²⁴⁾.

Bijkomend legt de literatuur over zowel SUD als MHC al enkele jaren sterk de nadruk op persoonlijk herstel als richtinggevend principe^(1, 3, 9-11, 25-28). Het belang van de principes van persoonlijk herstel wordt uitgebreid aangetoond in de literatuur en wordt ondersteund door verschillende evidence-based interventies^(4, 12, 25, 27-41). Persoonlijk herstel is een benadering van psychosociale rehabilitatie van mensen met psychische of middelengerelateerde beperkingen die erop gericht is hen te helpen hun autonomie terug te krijgen ondanks de sequelen van de ziekte^(1, 2). Daarom beschouwen diensten en interventies die binnen deze benadering werken sociale integratie (huisvesting, activiteit, deelname aan het sociale leven en persoonlijke doelen) prioritair boven de behandeling van de eigenlijke ziekte en bijhorende symptomen. Dit impliceert betrokkenheid van mensen bij beslissingen over hun eigen gezondheid en zorg en het gebruik van eigen voorkeuren en eigen krachtbronnen van mensen bij het definiëren van zorgdoelen en -resultaten, waarbij sociale integratie prioriteit heeft^(28, 35, 40-42). Vanwege het mogelijk overkoepelende karakter zal het kader van persoonlijk herstel zorgprofessionals in beide sectoren waarschijnlijk ondersteunen om gezamenlijke doelen te stellen voor henzelf en voor de zorgvragers. Daarom wordt verwacht dat de toepassing van een persoonlijke herstelbenadering problemen met de continuïteit van zorg zal kunnen verminderen, en dus ook de risico's van ongewenste voorvallen en crisissituaties. Bovendien wordt aangenomen dat het de autonomie van de zorgvrager en zijn recht om te kiezen wat hij de meest geschikte en passende behandeling vindt, zal versterken. De aanpak van persoonlijk herstel op het niveau van de diensten en het hele zorgsysteem zal op deze manier waarschijnlijk de belangrijkste problemen van zorgcontinuïteit en fragmentatie kunnen verminderen, die de capaciteit van het systeem om te reageren op de behoeften van zorggebruikers vertraagt. Daarom zou het moeten resulteren in een verminderd gebruik van crisis- en spoedzorg, het

vermijden van de overbelasting van de meeste diensten (en het verkorten van de wachttijd om toegang te krijgen tot diensten), en uiteindelijk het dempen van de kosten terwijl de effectiviteit van het zorgsysteem toeneemt. Verwacht wordt dat het vooral positieve impact zal hebben op de meest kwetsbare subgroepen. Ondanks de beschikbaarheid van evidence-based tools en - interventies, wint de aanpak echter nu pas aan interesse bij veel zorgprofessionals in België⁽⁴³⁾. In dit onderzoek stellen we dat de persoonlijke herstelbenadering waarschijnlijk een optimale integratie van de SUD- en MHC-sectoren bevordert⁽¹⁰⁾.

C. Onderzoeksvragen en inhoud van het rapport

SUMHIT richtte zich op drie onderzoeksniveaus: (1) zorggebruikers, (2) zorgprofessionals en diensten, en (3) servicenetwerken binnen het zorgsysteem. De belangrijkste onderzoeksvraag was "wat is het huidige niveau van samenwerking/integratie tussen de (generieke) MH- en (gespecialiseerde) SUD-zorgsectoren en hoe kan dit effectief worden verbeterd?".

Om deze hoofdonderzoeksvraag te beantwoorden, werden verschillende werkpakketten uitgevoerd binnen deze drie onderzoeksniveaus. Het onderzoek maakte gebruik van diverse methodieken waarbij er zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens werden verzameld op deze drie niveaus, en er verschillende methodologieën werden gebruikt om ze te analyseren, waaronder statistische verwerking, sociale netwerkanalyse, inductieve en deductieve thematische analyses, en document- en literatuuronderzoek. Bij het samenstellen van het eindrapport leek het logischer om de resultaten te presenteren aan de hand van verschillende onderzoeksdeelvragen op de drie onderzoeksniveaus, in plaats van de resultaten per werkpakket te rapporteren. De meeste van deze onderzoeksdeelvragen worden immers beantwoord met bevindingen uit meerdere analyses. Daarom is het volledige rapport gestructureerd rond vijf hoofdstukken.

Het eerste deel is een *inleiding en algemene achtergrond van het onderzoek*. In het tweede deel behandelen we de *behoeften van gebruikers en de toegang tot diensten*. Er werd een enquête op basis van zelfrapportage uitgevoerd onder gebruikers van verschillende soorten diensten in het hele land om de vervulde en onvervulde behoeften van de gebruikers en de voorspellers van deze behoeften te beoordelen. Aan de hand van de bevindingen die in de loop van het project werden verkregen, konden we zorggebruikers met specifieke profielen rekruteren voor een diepgaandere verkenning van deze behoeften tijdens kwalitatieve interviews. We onderzochten de toegang tot en het gebruik van zorg door zorggebruikers en wilden onderzoeken of gebruikers van algemene MH en gespecialiseerde SUD diensten en professionals verschillende behoeften hadden en wat de determinanten waren van toegang tot en gebruik van deze twee sectoren. We onderzochten ook de eigen ervaring van gebruikers in hun contacten met beide sectoren, inclusief de ondervonden barrières en faciliterende factoren. Gebruikers zonder (meer) contacten met het zorgsysteem werden ook meegenomen in dit deel van het onderzoek.

Het derde deel rapporteert de *ervaringen van de professionals*. Deze ervaringen hebben betrekking op de relaties van professionals met zorggebruikers, maar ook op de ervaren barrières en bevorderende factoren in het samenwerkingsproces met andere professionals en diensten, in het bijzonder binnen de GGZ netwerken. Dit deel rapporteert ook ervaringen met samenwerking en elders ontwikkelde interventies en goede praktijken uit de literatuur. Het vierde deel behandelde het *niveau van de netwerken en het zorgsysteem*. In het bijzonder onderzochten we de specifieke kenmerken van het

zorgaanbod en de structuur van netwerken, met een specifieke blik op de positionering van gespecialiseerde SUD-diensten in de bredere context van MHC-dienstennetwerken.

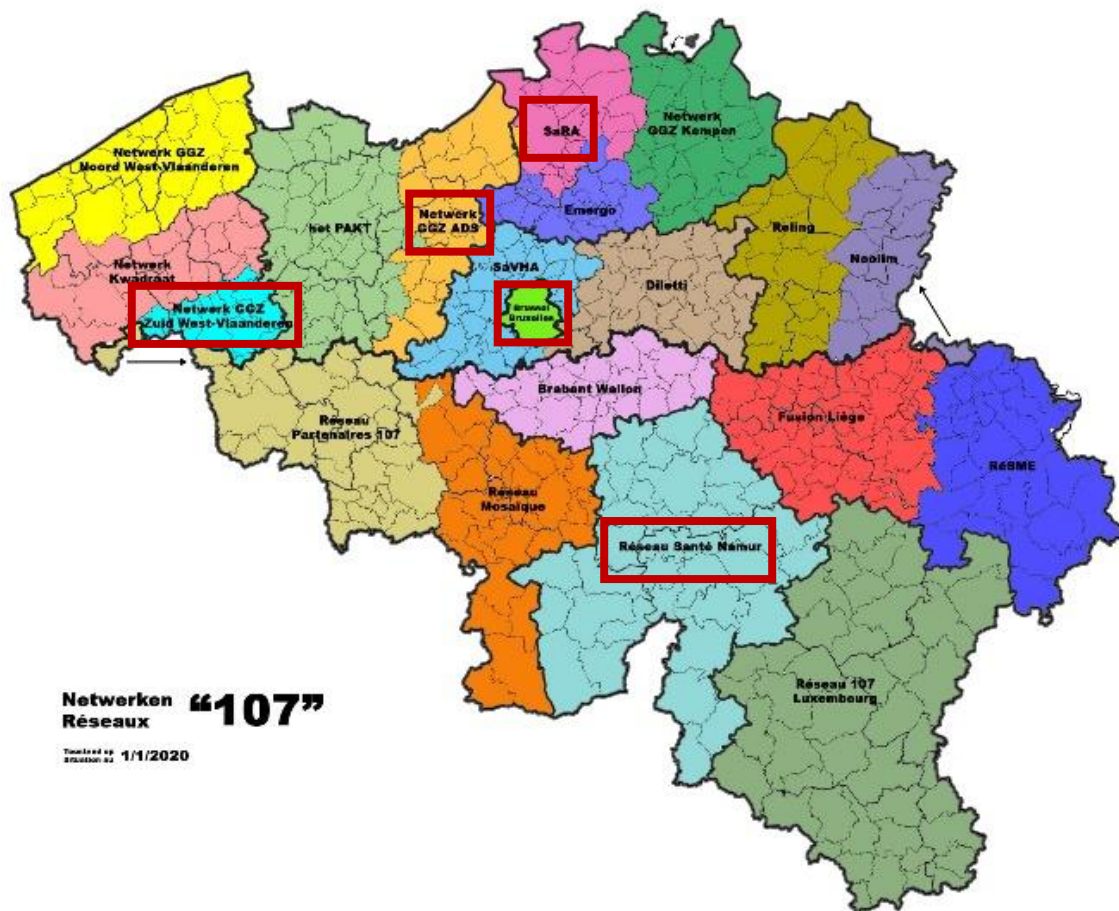
Het vijfde deel ten slotte is een *algemene discussie* van de bevindingen op de drie onderzoeksniveaus en bevat de *aanbevelingen voor zowel het beleid als de praktijk* om de samenwerkingscapaciteit van beide sectoren te verbeteren. Deze aanbevelingen zijn cocreatief uitgewerkt met managers en stakeholders. De algemene discussie en aanbevelingen zijn eveneens opgenomen in deze samenvatting.

D. Algemene methodologie en onderzoeksetting

SUMHIT richt zich op de Belgische geestelijke gezondheidszorg om de behoeften van mensen met SUD te detecteren. Daarom richt het onderzoek zich op organisatorisch niveau op het geestelijke gezondheidszorgsbeleid dat sinds 2010 regionale netwerken oprichtte om de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg te optimaliseren^(15, 18). Het hervormingsbeleid richtte in totaal 20 netwerkgebieden op die het hele landsgebied afdekken (12 in Vlaanderen, 1 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en 7 in Wallonië). Voor deze studie werden vijf gebieden geselecteerd op basis van verschillende criteria: (1) drie gewesten, (2) inclusie van grote stedelijke gebieden, waar mensen met SUD en mentale comorbiditeit gewoonlijk gemakkelijker worden gevonden en het aanbod van diensten belangrijker is, maar ook semi-stedelijke gebieden waar het aanbod van diensten schaarser kan zijn (3) voldoende variëteit in omvang van diensten binnen het netwerk, met name het aantal inbegrepen diensten binnen een netwerk maar ook variëteit, in samenstelling, d.w.z. het aandeel van de verschillende soorten diensten^(44, 45). Op basis van deze criteria selecteerden we vijf netwerkgebieden: Antwerpen (SaRA), Aalst-Dendermonde-St-Niklaas (GGZ ADS) en Zuid-West Vlaanderen (GGZ ZWVI) in Vlaanderen; Brumenta (het Brusselse netwerk, dat bestaat uit 4 subnetwerken: Brussel-Oost, Hermes+, Rézone en Norwest); en het "Réseau Santé Namur" in Wallonië (zie kaart).

In de vijf geselecteerde gebieden werden verschillende onderzoeksacties uitgevoerd. Op het niveau van de gebruikers werd een enquête georganiseerd over zorgbehoeften en contacten met diensten. De enquête was gebaseerd op een zelfgerapporteerde vragenlijst die was samengesteld uit verschillende in de literatuur gevalideerde schalen. In het bijzonder bevatte de vragenlijst de Camberwell Assessment of Needs-Short Appraisal Scale for Patients (CANSAS-P) om de zorgbehoeften in 23 domeinen te kunnen beoordelen⁽⁴⁶⁾. Voor de enquête wensten we informatie te verzamelen van minstens 500 zorgvragers, waarvan de helft uit het Nederlandstalige gebied en de andere helft uit het Franstalige gebied. Bovendien wilden we de helft van de steekproef rekruteren bij generieke MHC-diensten en de andere helft bij gespecialiseerde SUD-diensten. Er werden ook 53 kwalitatieve interviews met gebruikers afgenomen (34 in het Nederlands en 19 in het Frans), zowel met gebruikers van diensten als met mensen die uit de zorg waren gestapt. Op het niveau van zorgverleners en diensten werd ook een dienstenuquête uitgevoerd met behulp van instrumenten die in eerder onderzoek werden gebruikt^(47, 48). Het onderzoek was gebaseerd op een online vragenlijst die door de teamleden van de diensten werd ingevuld en had betrekking op de organisatie van de diensten, het personeel, de financiering, de doelgroep van gebruikers, de toegankelijkheid, het zorgaanbod, de oriëntatie op herstel en de contacten met andere diensten in het netwerk. Er werden bijkomend ook focusgroepen georganiseerd met professionals en ervaringsdeskundigen. Deze gegevens werden aangevuld met literatuuronderzoek. Ter afsluiting werden er twee focusgroepen (één per taalgroep) uitgevoerd met

managers, coördinatoren en besluitvormers om samen de uiteindelijke aanbevelingen uit te werken. Gedetailleerde methoden worden in elk deel van het rapport gepresenteerd.



Bron: www.psy107.be

III. BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN EN AANBEVELINGEN

A. Belangrijkste bevindingen

De onderzoeksvraag die ten grondslag lag aan SUMHIT richtte zich op het huidige niveau van samenwerking en integratie tussen de algemene geestelijke gezondheidszorg en de gespecialiseerde verslavingszorg. Hierbij werd geëxploreerd hoe de integratie verbeterd zou kunnen worden. Daartoe onderzochten we verschillende aspecten van samenwerking, integratie en zorgbehoeften op het niveau van zorggebruikers, het niveau van professionals en diensten, en het niveau van de dienstverleningsnetwerken en het zorgsysteem, met behulp van zowel kwantitatieve als kwalitatieve methoden.

Het onderzoek bevestigde de hoge prevalentie van **comorbiditeit die aan middelengebruik gerelateerde stoornissen en andere psychische stoornissen** in relatieve termen met elkaar associëren. Het onderzoek was niet ontworpen om de prevalentie van comorbiditeit in absolute termen te beoordelen, d.w.z. de schatting van het percentage comorbiditeit in de algemene bevolking. Verschillende bevindingen van SUMHIT bevestigden echter duidelijk de sterke associatie tussen psychische stoornissen en middelengebruik. Het onderzoek naar de zorgbehoeften van gebruikers die middelen gebruiken, zowel in de algemene geestelijke gezondheidszorg als in de gespecialiseerde verslavingszorg, gaf aan dat gebruikers met een onvervulde zorgbehoefte in de geestelijke gezondheidszorg vijf keer meer kans hadden om ook een onvervulde behoefte te hebben met betrekking tot middelengebruik, en omgekeerd. Wanneer echter aan de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg werd voldaan, was de behoefte aan zorg gerelateerd aan middelengebruik significant drie tot vier keer lager.

De ervaringen van deze zorggebruikers gaven aan in welke mate deze comorbiditeit specifieke barrières opwerpt voor de **toegang tot zorg** in zowel de algemene geestelijke gezondheidszorg als de gespecialiseerde verslavingszorg. Het onderzoek bevestigde niet alleen de hoge prevalentie van deze comorbiditeit, maar benadrukte ook de **vele zorgbehoeften** die ermee gepaard gaan, zoals sociaaleconomische behoeften, behoeften op het gebied van dagelijkse activiteiten en relationele behoeften. Vooral deze laatste zorgbehoefte bleek voor de meerderheid van de zorgvragers een onvervuld zorgbehoefte domein te zijn, zelfs voor een groep zorgvragers die minder zorgbehoeften rapporteerden. Deze bevinding geeft aan in welke mate deze populatie lijdt onder sociaal isolement. In de wetenschappelijke literatuur is duidelijk aangetoond dat sociaal isolement en verbondenheid een grote invloed hebben op de geestelijke gezondheid ⁽⁴⁹⁻⁵¹⁾ en op de mogelijkheid van zorgvragers om toegang te krijgen tot de juiste ondersteuning ⁽⁵²⁾.

Het onderzoek geeft ook aan dat de mate van zorgbehoefte van mensen met psychische en middelengerelateerde comorbiditeit verschilt tussen beide geslachten. Vrouwen werden significant geassocieerd met de klasse van zorggebruikers die voornamelijk vervulde zorgbehoeften rapporteerden vergeleken met de twee andere klassen, d.w.z. zorggebruikers met weinig behoeften en zorggebruikers met veel onvervulde behoeften. Vrouwen rapporteerden dus meer zorgbehoeften, hoewel ze geen hoger aantal onvervulde zorgbehoeften rapporteerden. In de literatuur is bekend dat vrouwen doorgaans minder toegang hebben tot gespecialiseerde verslavingszorg en intramurale psychiatrische zorg, hoewel ze meer gebruik zouden maken van ambulante geestelijke gezondheidszorg dan mannen ⁽⁵³⁻⁵⁵⁾. Verder onderzoek zou dit fenomeen meer in detail moeten onderzoeken, maar deze bevindingen geven aan dat **geslacht een factor is die specifieke aandacht** en verschillende mechanismen voor toegang tot zorg vereist ⁽⁵⁶⁾.

Verdere bevraging gaf ook aan dat volgens de diensten zelf **31% van de zorggebruikers in de algemene geestelijke gezondheidszorg een aan middelengebruik gerelateerde stoornis had**. Dit percentage kan enigszins overschat zijn gezien niet alle diensten binnen de netwerken participeerden aan dit onderzoeksluik, maar blijft significant hoog. Aan de behoeften van de meerderheid van de zorggebruikers die werden gerecruteerd in de algemene geestelijke gezondheidszorg of in de gespecialiseerde verslavingszorg, werd voldaan in het specifieke domein van de zorg, d.w.z. geestelijke gezondheidszorg of verslaving. Gebruikers die werden gerecruteerd in de algemene geestelijke gezondheidszorg rapporteerden echter vaker onvervulde behoeften met betrekking tot middelengebruik, terwijl gebruikers die werden geworven in gespecialiseerde verslavingszorg vaker rapporteerden dat niet werd voldaan aan bestaande behoeften op het gebied van geestelijke gezondheid en sociaaleconomische behoeften. Het onderzoek identificeerde verschillende determinanten van zorgbehoeften en gaf aan dat de toegang tot diensten niet alleen werd bepaald door dergelijke behoeften. We stelden vast dat het aantal zorgbehoeften, in het bijzonder **het aantal onvervulde zorgbehoeften, samenhang met een lagere sociale integratie en een lagere levenskwaliteit**. We merkten ook op dat het hebben van meer onvervulde zorgbehoeften samenhang met het gebruik van meerdere middelen. Zorggebruikers die illegale drugs gebruiken, met name opiaten, werden vaker behandeld in gespecialiseerde verslavingszorg dan in de algemene geestelijke gezondheidszorg, ondanks het feit dat ze ook vaker onvervulde zorgbehoeften met betrekking tot hun geestelijke gezondheid rapporteerden. De resultaten laten echter zien dat **zorggebruikers die contact hadden met algemene maatschappelijke dienstverlening een significant lager aantal onvervulde behoeften hadden**. De meest achtergestelde bevolkingsgroepen hebben waarschijnlijk beperkte toegang tot algemene geestelijke gezondheidszorg, met name mensen die opiaten en meerdere middelen gebruiken, en nog minder tot de algemene dienstverlening, zoals sociale diensten.

Belemmeringen voor het verkrijgen van benodigde zorg worden helder gerapporteerd door zorggebruikers. De resultaten kunnen in perspectief worden geplaatst met het hoge aantal diensten (41%) dat middelengebruik als een uitsluitingscriterium op gaf om een behandeling te starten. Hoewel het begrijpelijk is dat het gebruik van middelen op individueel niveau een ongunstige startpositie kan zijn voor het aanvangen van diverse therapeutische programma's, vormt dit criterium ook een barrière voor zorg op populatieniveau en heeft het invloed op andere behoeften en omstandigheden van zorggebruikers. Op het niveau van netwerken zou in de geest van artikel 107 het volledige zorgaanbod beschikbaar moeten zijn voor zorggebruikers binnen een bepaald verzorgingsgebied. We gebruikten een aangepaste versie van de ESMS-classificatieboom^(57, 58) om het zorgaanbod in de vijf studiegebieden gedetailleerder te beschrijven. Vanuit het oogpunt van de populatie zou de aanwezigheid van drugsvrije diensten, d.w.z. diensten die therapeutische programma's aanbieden waarin het gebruik van middelen generiek of specifiek niet is toegestaan, in het zorgaanbod moeten worden aangevuld met **andere diensten die beschikbaar zijn voor mensen die drugs gebruiken** en die een ander traject naar herstel volgen. We raden netwerkcoördinatoren daarom aan om kritisch te kijken naar het zorgaanbod in netwerk, om er zich van te vergewissen dat er voldoende en gevarieerd zorgaanbod beschikbaar is voor mensen die middelen gebruiken.

In de kwalitatieve interviews meldden zorggebruikers bijkomend negatieve ervaringen met **stigmatisering, vooral met betrekking tot middelengebruik in de generieke diensten**. Zorggebruikers beschreven hoe stigma een belemmering kon zijn om toegang te krijgen tot de juiste informatie over zorgopties en behandeling. Ze wezen specifiek op onvoldoende aandacht voor het trauma dat velen van hen in hun leven of zorgtraject hadden ervaren, en het gevoel niet altijd écht gehoord te worden.

Dit gevoel versterkt hun algemene indruk van zorgversnippering, waarbij zorgverleners en diensten niet in staat zijn om informatie met elkaar te communiceren en de zorg niet steeds aanpassen aan de individuele behoeften en situaties.

Een illustratie van een dergelijk onvermogen wordt weerspiegeld in het fenomeen van wachtlijsten. De meeste diensten beheren hun caseload met dergelijke wachtlijsten, die een aanzienlijke impact kunnen hebben op het algemene zorgtraject van zorggebruikers met stoornissen in middelengebruik. Dit misschien wel meer dan op andere zorggebruikers gezien het belang van aandacht voor fluctuerende motivatie voor gedragsverandering. Hoewel **wachtlijsten** vooral het gevolg zijn van organisatorische kenmerken, worden ze door zorggebruikers gezien als een **teken van fragmentatie en silowerking**, omdat veel diensten langdurige en bureaucratische toelatingsprocessen hanteren. Zorggebruikers wijzen ook vaak op het belang van sommige individuele zorgverleners die ook een grote impact kunnen hebben op het zorgtraject. Vertrouwen in professionals is van het grootste belang en zorggebruikers melden goede praktijkvoorbeelden van belangrijke professionals die "echt luisterden" en zorgzaam waren, hoewel deze ontmoetingen meestal toevallig plaatsvonden. Zorggebruikers voelden het belang van dergelijke ontmoetingen in hun zorgtraject en pleitten voor een vorm van casemanagement die gebaseerd zou zijn op principes van wederzijds vertrouwen (bijv. strengths-based case-management⁽⁵⁹⁾). Zorggebruikers wezen ook op het belang van ervaringsdeskundigen voor het opbouwen van dergelijke wederzijdse vertrouwensrelaties. In het onderzoek van de diensten vonden we dat in alle typen diensten en netwerken ongeveer **30% van de diensten aangaf over ten minste één ervaringsdeskundige te beschikken.**

Andere resultaten van de enquête over diensten bevestigden de ervaringen van gebruikers echter slechts gedeeltelijk. Aan de ene kant zijn de wachtlijsten en de ervaring van beperkte toegang tot sommige diensten consistent met de resultaten van de enquête over diensten die aangeven dat **generieke geestelijke gezondheidsdiensten, met name intramurale diensten en revalidatiediensten, aanzienlijk restrictievere toegangsvoorwaarden hebben.** Hoewel het ook begrijpelijk is dat intramurale diensten restrictievere toegangsvoorwaarden hebben, lijkt dit contraproductief te worden ervaren voor revalidatie en algemene ambulante geestelijke gezondheidszorg in het algemeen. Aan de andere kant werden silo's, d.w.z. de neiging om de voorkeur te geven aan samenwerking met andere diensten in dezelfde sector, niet duidelijk weerspiegeld in de structuur van de contacten tussen diensten. **Homofilie, d.w.z. de tendens van diensten om zorggebruikers door te verwijzen naar diensten van hetzelfde type (d.w.z. binnen de algemene geestelijke gezondheidszorg of binnen de gespecialiseerde verslavingszorg), was immers laag in veel netwerken,** en was meer merkbaar in de gespecialiseerde verslavingszorg dan in de algemene geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van enkele subnetwerken in Brussel. Dit resultaat moet echter voorzichtig geïnterpreteerd worden, gezien de specifieke kenmerken van het netwerk in Brussel wat betreft omvang en de aanwezigheid van subnetwerken. Gespecialiseerde verslavingszorg lijkt ook niet méér perifeer te zijn in het netwerk dan algemene geestelijke gezondheidszorg. We moeten echter aangeven dat de motivatie tot deelname aan de enquête voor diensten kan zijn ingegeven door affiniteit met het onderwerp van de studie en dat de diensten die dus meer betrokken waren bij de zorg voor mensen met stoornissen in middelengebruik actiever deelnamen aan de enquête.

Het is dus mogelijk dat de structuur en intensiteit van contacten tussen diensten de inhoud van het zorgproces voor gebruikers niet voldoende gereflecteerd wordt in de resultaten. Het blijft echter interessant om op te merken dat **de bestaande structuur van contacten tussen diensten samenwerking**

en mogelijke coördinatie mogelijk maakt. In verschillende netwerken zijn er immers veel contacten en doorverwijzingen tussen diensten en tussen verschillende soorten diensten. In veel gevallen is het structurele integratiemodel dat uit de contacten naar voren kwam **gunstig voor linkage**, d.w.z. talrijke links tussen alle diensten in een netwerk, wat primair geïntegreerde interventies mogelijk maakt en beantwoordt aan mildere behoeften van zorggebruikers. In verschillende netwerken waren de diensten met een hogere centraliteit ziekenhuisafdelingen. Binnen een persoonlijke herstelbenadering zou echter een hogere centraliteit van ambulante diensten verwacht worden. Evenzo zouden complexere behoeften en geformaliseerde integratieoperaties meer coördinatie kunnen vereisen, wat wordt aangetroffen in netwerken met een hogere centralisatie.

De resultaten van het literatuuronderzoek geven aan dat de **meeste kwesties die in SUMHIT zijn geïdentificeerd ook in andere landen onderwerp van debat zijn**. Verschillende studies wijzen op de noodzaak van meer herstelgericht beleid, passende training van professionals en aangepaste organisatorische kaders. Daarnaast benadrukken studies de noodzaak voor professionals om het herstelkapitaal van zorggebruikers te ondersteunen, d.w.z. niet alleen medische en psychologische behandeling bieden, maar ook aandacht besteden aan elementen met betrekking tot hun sociale inclusie, zoals huisvesting en werkgelegenheid. Hoewel het niet mogelijk is om een algemene aanbeveling voor netwerken te geven, omdat de structurele kenmerken van een netwerk moeten worden afgestemd op de lokale behoeften en situatie, kunnen we netwerkcoördinatoren adviseren om hun netwerk- en dienstenaanbod zorgvuldig door te lichten op basis van de bevindingen van SUMHIT.

Alle onderzoeken hebben hun beperkingen en SUMHIT is daarop geen uitzondering. Een van de belangrijkste beperkingen van de studie was dat we slechts beperkte toegang hadden tot “zorgverleners op kantoor”, zoals huisartsen, psychiaters en psychologen. Deze zorgverleners spelen echter een belangrijke rol in de zorgverlening aan de doelgroep van mensen met psychische stoornissen en stoornissen in middelengebruik in België. SUMHIT stelde bijvoorbeeld vast dat de meeste zorggebruikers die werden gerekruteerd voor de studie minstens één contact met een huisarts rapporteerden tijdens het jaar voor de enquête. In andere opzichten maakten recente beleidsmaatregelen het mogelijk om tot twintig jaarlijkse bezoeken aan een psycholoog die geregistreerd is bij een netwerk voor geestelijke gezondheidszorg, terug te betalen. Het is dus mogelijk dat sommige specifieke profielen van zorggebruikers niet in het onderzoek aan bod kwamen. Het is ook mogelijk dat we een deel van het zorgaanbod gemist hebben. In de kwalitatieve interviews probeerden we ook mensen op te nemen die geen toegang hadden tot zorgdiensten, hoewel zelfs mensen die de minste contacten hadden met het zorgsysteem, tot op zekere hoogte in contact stonden met een of andere zorgverlener, bv. met laagdrempelige programma's, outreachende teams of de zogenaamde '*lieux de liens*', d.w.z. diensten onder gelijken die gericht zijn op socialisatie, zoals in Brussel en Wallonië. We kunnen niet uitsluiten dat sommige achtergestelde preciaire bevolkingsgroepen met de grootste noden over het hoofd werden gezien.

Andere beperkingen hebben te maken met de deelnamepercentages aan de enquêtes. We weten dat sommige zorgsectoren zeer terughoudend waren om deel te nemen, ofwel omdat ze zich niet betrokken voelden bij het onderwerp, ofwel omdat ze vonden dat ze onvoldoende middelen hadden om deel te nemen. Wat deze laatste beperking betreft, bevelen we aan dat er bij komende onderzoeksprojecten die zich focussen op de realiteit van een volledig netwerk meer steun wordt gegeven aan de diverse diensten zodat ze volledig betrokken kunnen worden bij onderzoeksprojecten die de doeltreffendheid van de zorg willen verbeteren.

B. Aanbevelingen

Op basis van de bevindingen van SUMHIT wensen we verschillende aanbevelingen te formuleren voor beleidsinstanties en voor lokale zorgverleners en netwerkcoördinatoren. Verschillende van deze aanbevelingen werden besproken tijdens twee focusgroepen, één in elke taalgemeenschap. Voor elke aanbeveling schetsen we kort de ondersteunende kernbevindingen en hoe deze bevindingen geconnecteerd zijn met andere onderzoeksbevindingen. We geven ook aan voor welke stakeholders de aanbeveling gevolgen heeft en geven voorbeelden en mogelijkheden om de aanbeveling in de praktijk te brengen. De aanbevelingen worden geformuleerd op macro- (netwerken en zorgsysteem) en mesoniveau (diensten en zorgprofessionals).

1. Aanbevelingen op macroniveau

Aanbeveling 1: Persoonlijk herstel is een evidence-based benadering binnen de geestelijke gezondheidszorg en zorg voor stoornissen in middelengebruik. Het toepassen van de principes van van persoonlijk herstel moeten worden overwogen in de algemene organisatie van de zorg in de geestelijke gezondheidszorg en in de gespecialiseerde zorg voor mensen met stoornissen in middelengebruik, zowel op het niveau van organisatorische mechanismen (financiering, voorzieningen, bestuur) als op het niveau van diensten, individuele zorgverleners en interventies.

Betrokken belanghebbenden: Alle beleidsautoriteiten met bevoegdheid in de gezondheidszorg (federale en gefedereerde entiteiten), netwerkcoördinatoren en managers van organisaties, individuele zorgverleners.

Voorbeelden en actiemogelijkheden: Dit is een overkoepelende aanbeveling. Zie de volgende aanbevelingen voor voorbeelden en actiemogelijkheden.

Het belang van het inzetten van persoonlijke herstelprincipes zijn meermaals wetenschappelijk bewezen en worden reeds frequent toegepast in de organisatie en zorg in de meeste landen met een hoog inkomen⁽¹⁻⁴⁾. Deze principes zijn ook voorgesteld als leidend kader voor betere coördinatie en integratie van zorg in de geestelijke gezondheidszorg en zorg voor stoornissen in middelengebruik^(28, 35, 40-43). De belangrijkste kenmerken van de persoonlijke herstelbenadering zijn de ondersteuning van de sterkten en mogelijkheden van de cliënt en het ondersteunen van zijn eigen voorkeuren tot herstel, met sociale integratie, de mogelijkheid tot maximale sociale participatie en rehabilitatie als prioritaire. Herstel is gebaseerd op zelfbewustzijn, sociale verbondenheid en ondersteunende relaties, voortdurende ondersteuning van hoop op verandering, empowerment en ondersteuning van copingvaardigheden. Mensen met psychische stoornissen of stoornissen in het gebruik van verdovende middelen hebben intrinsiek de capaciteit om een zinvol leven te ontwikkelen ondanks de mogelijke beperkingen die de ziekte met zich meebrengt. Dit vereist het verminderen van stigma's en het actief creëren van zinvolle posities binnen de samenleving. Herstel, soms geduid als 'klinisch herstel', d.w.z. in de beperkte zin van afname van symptomen van psychische aandoeningen of verandering in het gedrag bij middelengebruik, is slechts één mogelijke weg naar zorg en kan eerder een gevolg zijn van persoonlijk herstel dan een voorwaarde voor persoonlijk herstel⁽⁶⁰⁾.

Persoonlijk herstel was ook het theoretische postulaat dat ten grondslag lag aan SUMHIT en daarom is de aanbeveling voor het centraal stellen van de principes van persoonlijk herstel geen resultaat van de studie op zich. Verschillende bevindingen van de studie zijn echter consistent met de in andere

onderzoeken geformuleerde noodzaak om deze aanpak te versterken in de organisatie van het zorgaanbod in België. Het veronderstelt prioriteit geven aan doelstellingen van sociale inclusie en levenskwaliteit, werken met de voorkeuren van de zorggebruikers, gebruikers alle nodige informatie geven zodat ze de zorgopties van hun voorkeur kunnen kiezen en barrières voor de toegang tot zorg verminderen. Op microniveau kunnen verschillende interventies worden toegepast, zoals het werken met ervaringsdeskundigen of het aanbieden van flexibel zorgbeheer op basis van de voorkeuren van de zorggebruikers. Op mesoniveau moeten management van de diverse organisaties en netwerkcoördinatoren zich organiseren om het volledige zorgaanbod op netwerkniveau aan te bieden, zodat alle zorgopties, inclusief diensten met focus op schadebeperking, beschikbaar zijn en gebruikers voldoende informatie krijgen over het beschikbare aanbod. Op macroniveau wordt van voorzieningen en financieringsregelende instanties verwacht dat ze contacten en informatie-uitwisseling tussen diensten faciliteren. De bevindingen van SUMHIT gaven bijvoorbeeld aan dat de toegankelijkheid aanzienlijk beperkter was bij diensten die out-of-pocket betalingen toepassen. Verschillende suggesties worden verder uitgewerkt in de volgende aanbevelingen.

Aanbeveling 2: Persoonlijk herstel is een nieuwe benadering die de zorg en sociale ondersteuning voor mensen met psychische stoornissen en stoornissen in middelengebruik zou moeten onderbouwen. Daarom moeten de principes van persoonlijk herstel worden opgenomen in de basisopleiding en training van sociale en zorgprofessionals. Daarnaast moeten sociale en zorgprofessionals voortdurend worden getraind in de persoonlijke herstelbenadering.

Betrokken stakeholders: Beleidsautoriteiten met bevoegdheid in gezondheidszorg (federale en gefedereerde entiteiten), beleidsautoriteiten in de gefedereerde entiteiten met bevoegdheid in onderwijs, autoriteiten die verantwoordelijk zijn voor onderwijsprogramma's aan universiteiten en middelbare scholen, netwerkcoördinatoren en managers van organisaties, organisaties die bijscholing aanbieden aan sociale en zorgprofessionals.

Voorbeelden en mogelijkheden voor actie: Opname van colleges en cursusmodules over persoonlijk herstel en revalidatie in universitaire programma's in de geneeskunde, met name in specialisatieprogramma's voor algemene geneeskunde en psychiatrie; opname van colleges en cursusmodules over persoonlijk herstel en revalidatie in universitaire programma's in klinische psychologie en orthopedagogiek; opname van colleges en cursusmodules over persoonlijk herstel en revalidatie in onderwijsprogramma's binnen sociaal werk, verpleegkunde, orthopedagogie, en elke andere beroepsopleiding gericht op zorg en sociale ondersteuning; organisatie van bijscholingsmodules gericht op persoonlijk herstel en revalidatie; financiële prikkels geven voor de organisatie van dergelijke programma's; prikkels geven (bijv. in de vorm van accreditatie) voor de organisatie van bijscholingsprogramma's over persoonlijk herstel en revalidatie. Dit bijvoorbeeld in de vorm van accreditatiepunten aan beroepsbeoefenaren die lezingen en cursusprogramma's over persoonlijk herstel- en revalidatie volgen.

Hoewel zorgprofessionals aangaven voorstander te zijn van interventies die in lijn zijn met de principes van persoonlijk herstel, geven de resultaten van SUMHIT aan dat er enkele misinterpretaties bestaan over wat persoonlijk herstel effectief inhoudt en over hoe dit te implementeren in de dagelijkse zorgpraktijk. Deze bevindingen worden ook op andere locaties gedetecteerd, zoals gerapporteerd in de literatuur ⁽⁴⁾, en professionals geven aan dat er behoefte is aan meer training. De snelle veranderingen in de huidige zorgpraktijk en -organisatie hebben nog niet geleid tot voldoende actualisering van onderwijs- en trainingsprogramma's. Persoonlijke herstelvaardigheden zouden geïntegreerd moeten worden in de meest generieke opleidingsprogramma's, en niet alleen in modules voor specialisatie.

Aanbeveling 3: Het opnemen van ervaringsdeskundigen in zorgteams is een evidence-based methode die de persoonlijke herstelbenadering faciliteert, zowel in de generieke geestelijke gezondheidszorg als in de gespecialiseerde zorg voor mensen met stoornissen in middelengebruik. In lijn met de vorige aanbeveling zijn er meer trainingsprogramma's voor ervaringsdeskundigen nodig.

Betrokken belanghebbenden: Beleidsautoriteiten met bevoegdheid in de gezondheidszorg (federale en gefedereerde entiteiten), beleidsautoriteiten in de gefedereerde entiteiten met bevoegdheid in het onderwijs, netwerkcoördinatoren en managers van organisaties, organisaties die bijscholing aanbieden aan sociale en zorgprofessionals.

Voorbeelden en mogelijkheden voor actie: Opzetten van trainingsprogramma's voor ervaringsdeskundigen op professioneel en academisch niveau.

Het opnemen van ervaringsdeskundigen in de personeelsomkadering van diensten is een van de evidence-based interventies ter ondersteuning van de persoonlijke herstelbenadering⁽⁶¹⁻⁷⁰⁾. Dit is een interventie met een positief effect op twee fronten, omdat het enerzijds de zorgverlening ondersteunt en anderzijds ook een positieve invloed heeft op het herstelproces van de ervaringsdeskundige zelf⁽⁷¹⁾. Bevindingen van SUMHIT geven aan dat ervaringsdeskundigen slechts actief zijn in ongeveer een derde van de bevroegde diensten. De waarde van het inzetten van ervaringsdeskundigen wordt erkend door de meeste professionals die ervaring hebben met dit soort van samenwerkingen, en er is ook vraag naar ervaringsdeskundigen door de gebruikers. Het is echter niet altijd gemakkelijk om geschikte ervaringsdeskundigen te vinden en op te nemen in het zorgpersoneel. Hoewel het werken met ervaringsdeskundigen opgenomen kan worden in trainingsprogramma's voor professionals, is er ook behoefte aan voorbereiding, ondersteuning en supervisie van deze doelgroep. Er bestaan in de regio's wel diverse trainingsprogramma's voor ervaringsdeskundigen en deze werden expliciet geprezen door professionals in SUMHIT. We bevelen dan ook aan om deze programma's uit te breiden en beschikbaar worden te stellen voor een groter aantal zorggebruikers.

Aanbeveling 4: Netwerkcoördinatoren en management van organisaties moeten specifieke zorgcircuits opzetten voor mensen met ondersteuningsbehoeften in verband met stoornissen in middelengebruik, zoals zorgcircuits ook worden opgezet voor andere meervoudige en complexe behoeften. Deze orgcircuits moeten niet beperkt worden tot algemene geestelijke gezondheidszorg en gespecialiseerde verslavingszorg, maar moeten elk type gezondheidszorg en sociale zorg omvatten en werken volgens een stepped-care logica, d.w.z. de meest algemene zorg als eerste optie bieden.

Betrokken belanghebbenden: Alle beleidsautoriteiten met bevoegdheid in de gezondheidszorg (federale en gefedereerde entiteiten), met bijzondere aandacht voor de federale autoriteiten die netwerken voor geestelijke gezondheidszorg beheren; netwerkcoördinatoren en management van organisaties.

Voorbeelden en actiemogelijkheden: (a) op macroniveau: faciliteren van mechanismen voor gebundelde financiering; (b) op mesoniveau: oprichting van centrale toegangspunten voor eerstelijnszorg (bv. *Kruispunten*), op persoonlijk herstel gericht casemanagement voor zorggebruikers zonder voldoende capaciteit om door het zorgsysteem te navigeren; (c) op microniveau: voorrang voor toegang tot accommodatie of crisisdiensten voor zorggebruikers die zich hebben ingeschreven voor een zorgplan, financiële stimulansen voor diensten die samenwerken met andere diensten in het netwerk.

Het hervormingsbeleid voor geestelijke gezondheidszorg dat sinds 2010 wordt uitgevoerd ("Artikel 107") was gebaseerd op de oprichting van dienstverleningsnetwerken en zorgcircuits. Terwijl de dienstverleningsnetwerken werden geïmplementeerd, werd de uitrol van functionele de zorgcircuits verwaarloosd. Zorgcircuits zijn niet specifiek bedoeld voor mensen met psychische aandoeningen en stoornissen in middelengebruik. Er kunnen zorgcircuits zijn voor elke complexe behoefte worden geïnitieerd. Een zorgcircuit is een gebundeld zorgpakket voor een specifieke doelgroep van zorggebruikers, met als doel de coördinatie van de zorg en de continuïteit van de zorg te verbeteren⁽⁷²⁾. Het kan gaan om specifieke toegangscriteria voor diensten, specifieke instrumenten voor informatie-uitwisseling en specifieke mechanismen voor de toewijzing van middelen en de financiering van interventies en diensten. Er bestaan verschillende voorbeelden van vormen van zorgcircuits in andere zorgstelsels in het buitenland, zowel publieke (bv. clustering of "Payment by Results" in het VK^(73, 74)) als private (bv. binnen "managed care" in de VS^(75, 76)). Een zorgcircuit impliceert geen gedefinieerd zorgtraject of vooraf gedefinieerde zorgdoelstelling. De suggestie is gebaseerd op organisatorische regelingen voor mensen en diensten die vrijwillig deelnemen. Voor een dergelijke groep zorggebruikers en diensten kunnen specifieke mechanismen worden geïmplementeerd, bv. op microniveau, de definitie van een zorgplan voor deelnemers, toegang tot specifieke interventies zoals casemanagement; op mesoniveau, voorrangregels voor toegang tot specifieke diensten, zoals crisiscentra, voor deelnemers; en op macroniveau, specifieke financieringsmechanismen (gebundelde financiering of pay-for-performance incentives) ter ondersteuning van het zorgcircuit. Het zorgcircuit kan sterk gedifferentieerd en op-maat worden uitgebouwd en het is aan de betrokkenen om de meest geschikte interventies en mechanismen vast te leggen. De organisatie van de zorg moet echter op gebieds- en populatieniveau worden bekeken, en niet alleen op individueel niveau.

Bevindingen van SUMHIT geven aan dat de structuur van contacten tussen diensten het mogelijk maakt om meer koppelings- en coördinatiemogelijkheden te ontwikkelen. Er is echter een lichte trend in de richting van homofilie, meer in het bijzonder van de kant van gespecialiseerde verslavingszorg. Ook zouden er in de aanloop tot het ontwikkelen van een concreet zorgcircuit voor mensen met stoornissen in middelengebruik meer concrete samenwerkingsmechanismen kunnen geïnstalleerd worden die zowel de algemene geestelijke gezondheidszorg als de gespecialiseerde verslavingszorg met elkaar verbinden en effectief die gericht zijn op het bieden van zorg die verder gaat dan middelenbeheer.

Aanbeveling 5: Persoonlijk herstel vereist meer sociale inclusie en sociale steun en het aanpakken van stigmatisering van mensen met zorgbehoeften op het gebied van geestelijke gezondheid en middelengebruik. Daarom zijn er acties nodig om stigmatisering ten opzichte van mensen met zorgbehoeften op het gebied van geestelijke gezondheidsproblemen en middelengebruik te verminderen, zowel in de algemene samenleving als onder zorgverleners en diensten.

Betrokken belanghebbenden: Alle beleidsautoriteiten, met specifieke aandacht voor autoriteiten met bevoegdheid in de gezondheidszorg (federale en gefedereerde entiteiten); netwerkcoördinatoren en dienstbeheerders.

Voorbeelden en actiemogelijkheden: Voorlichtings- en preventieacties tegen stigmatisering, informatieverstoring over positieve geestelijke gezondheid; opname van het thema stigmatisering in onderwijs en opleiding voor zorgverleners, in het bijzonder voor professionals die niet gespecialiseerd zijn in geestelijke gezondheid en verslaving, zoals eerstelijnszorg- en sociale ondersteuningswerkers.

De belangrijkste bevinding die deze aanbeveling ondersteunt, komt voort uit kwalitatieve interviews met zorggebruikers, die herhaaldelijk meldden hoe sterk ze zich gestigmatiseerd voelden in de maatschappij en de diensten en de gevolgen van stigmatisering ervoeren, vooral bij mensen die

middelen gebruiken in generieke diensten. Een sterk voorbeeld van stigmatisering was volgens zorggebruikers het gebrek aan capaciteit van professionals om met trauma's om te gaan. Stigma werd tot op zekere hoogte ook weerspiegeld in het hoge percentage diensten (41%) dat middelengebruik als een uitsluitingscriterium voor het starten van een behandeling aangaf. Dit percentage was hoog in diensten die rehabilitatieprogramma's aanbieden. Een aanzienlijk deel van de diensten past dit uitsluitingscriterium toe in lijn met een drugsvrij therapeutisch programma, d.w.z. geen middelengebruik toestaan om hun zorgprogramma te kunnen volgen, vooral bij intramurale diensten. Over het algemeen vormt dit criterium echter een organisatorische barrière voor toegang tot zorg, vooral wanneer er geen alternatieve dienst beschikbaar binnen het netwerk. Daarom is de aanbeveling tweeledig: aan de ene kant worden netwerkcoördinatoren en managers van organisaties uitgenodigd om de beweegredenen achter dit uitsluitingscriterium te exploreren; aan de andere kant worden netwerkcoördinatoren en servicemanagers ook uitgenodigd om te kijken naar het zorgaanbod dat beschikbaar is op netwerkniveau, zodat nodige ontbrekende diensten ook beschikbaar kunnen worden gesteld.

Stigmatisering kan ook het gevolg zijn van een beperkte kennis over specifieke stoornissen en behoeften. Daarom worden netwerkcoördinatoren, managers van organisaties en individuele zorgprofessionals aangemoedigd om zich bewust te worden van stigmamechanismen en te overwegen om stigma in hun dagelijkse routinepraktijk te bestrijden. Het is vermeldenswaardig dat hoop op verandering en het mobiliseren van de hulpbronnen van de zorggebruiker sleutelprincipes zijn van persoonlijk herstel^(3, 60). Stigma kan het gevolg zijn van a priori, onbewuste overtuigingen dat zorggebruikers geen kans hebben om vooruitgang te boeken in hun herstelproces of dat ze niet over voldoende middelen en capaciteit beschikken om een bepaalde interventie of zorgoptie aan te vragen. Deze houding strookt niet met het onomstotelijke bewijs dat herstel steeds mogelijk is. Net daarom moet deze aanname bestreden worden.

2. Aanbevelingen op mesoniveau

Aanbeveling 6: Het zorgaanbod en de beschikbaarheid van diensten en interventies moeten worden onderzocht op gebiedsniveau, d.w.z. netwerk, zodat het volledige aanbod van diensten en interventies beschikbaar wordt voor zorggebruikers. Daarom moeten de rol en missie van generieke geestelijke gezondheidszorg en gespecialiseerde verslavingszorg op netwerkniveau worden geëxpliciteerd.

Betrokken belanghebbenden: Beleidsautoriteiten die diensten reguleren (federale en gefedereerde entiteiten); netwerkcoördinatoren en dienstbeheerders.

Voorbeelden en mogelijkheden voor actie: Bijwerken van zorggidsen met een verfijnde typologie van diensttypes, samen bepalen van inclusie- en exclusiecriteria in diensten, elk initiatief dat gericht is op het verbeteren van wederzijdse kennis, vertrouwen en informatie-uitwisseling tussen diensten binnen het netwerk.

Bevindingen in SUMHIT geven aan dat het zorgaanbod ongelijk verdeeld is over de dienstverleningsnetwerken. Verschillende belemmeringen die door zorggebruikers worden gemeld, hebben te maken met wachtlijsten, lange en omslachtige processen om toegang tot zorg te krijgen en een gebrek aan informatie-uitwisseling tussen diensten. De enquête over diensten gaf ook aan dat netwerken erg verschillen in omvang en samenstelling, waarbij verschillende soorten diensten en interventies ongelijk verdeeld zijn. Elke dienst definieert zijn eigen inclusie- en exclusiecriteria. Om deze belemmeringen te vermijden, moet het zorgaanbod worden bekeken op gebieds- en populatieniveau, zodat individuele drempels voor diensten en therapeutische programma's kunnen worden

gecompenseerd door alternatieve diensten die elders in het netwerk beschikbaar zijn. Een verduidelijking van het beschikbare zorgaanbod moet worden overwogen op netwerkniveau, inclusief efficiëntere instrumenten voor verwijzing en informatie-uitwisseling, inclusief met eerstelijnszorg, zelfhulp en laagdrempelige diensten die de sociale verbondenheid en continuïteit van zorg kunnen verbeteren⁽⁷⁷⁾.

Aanbeveling 7: In overeenstemming met de vorige aanbeveling moet de informatie-uitwisseling tussen diensten in netwerken worden verbeterd.

Betrokken stakeholders: Beleidsinstanties die diensten reguleren (federale en gefedereerde entiteiten); netwerkcoördinatoren en managers van organisaties.

Voorbeelden en mogelijkheden voor actie: Implementatie van gedeelde informatiesystemen tussen diensten.

Deze aanbeveling werd herhaaldelijk geformuleerd in onderzoek naar de evaluatie van zorg. Toch is een gebrek aan informatie-uitwisseling nog steeds een probleem op zowel microniveau, d.w.z. tussen professionals die betrokken zijn bij de zorgverlening aan individuen met meervoudige zorgbehoeften, als op mesoniveau, d.w.z. tussen diensten onderling met betrekking tot hun zorgaanbod en doelgroepen. Op beide niveaus bestaan er nochtans verschillende instrumenten voor gegevensverzameling en informatie-uitwisseling. Verschillende instanties in België hebben de implementatie van de Bel-RAI suite van evaluatie-instrumenten aanbevolen (Zie: <https://belrai.org>). Aangezien het gebruik van de Bel-RAI niet binnen SUMHIT is onderzocht, kunnen we niet bepalen of dit instrument nuttig is om het probleem van informatie-uitwisseling tussen diensten aan te pakken. Er bestaan ook andere instrumenten of deze worden getest. Hoe dan ook zijn er zeker gemeenschappelijke instrumenten nodig. Hulpmiddelen moeten ook bijdragen tot de beoordeling van door gebruikers gerapporteerde informatie en ervaringen (PROMs en PREMs)⁽⁷⁸⁾, vooral op lokaal niveau. Overheden moeten ook ondersteuning bieden aan diensten om de implementatie van instrumenten te testen en te beoordelen. Ondersteuning kan de vorm aannemen van training en financiële of materiële middelen, maar kan ook bestaan uit meer samenhang te creëren in de aard en werking van de instrumenten die gebruikt worden voor het delen van informatie. Verschillende diensten en professionals worden bijvoorbeeld gevraagd om administratieve informatie te verzamelen met verschillende niet op-elkaar afgestemde instrumenten, wat het verzamelen van gegevens tot een lastige taak maakt, wat resulteert in gegevens die moeilijk te vergelijken zijn.

Aanbeveling 8: Interventies op netwerkniveau moeten worden overwogen en systematischer worden geïmplementeerd om zorggebruikers te ondersteunen bij het navigeren door diensten op basis van hun zorgbehoeften en -voorkeuren. Dit kan bestaan uit, maar is niet beperkt tot, casemanagement, centrale eerstelijnszorgpunten, outreaching en collegiale ondersteuning.

Betrokken belanghebbenden: Beleidsinstanties die diensten reguleren (federale en gefedereerde entiteiten); netwerkcoördinatoren en managers van organisaties.

Voorbeelden en mogelijkheden voor actie: Oprichting van centrale eerstelijnszorgpunten (bv. Kruispunten) waar elk type zorgbehoefte kan worden beoordeeld en waar informatie over geschikte zorgopties te vinden is; zorggebruikers worden georiënteerd en ondersteund om toegang te krijgen tot geschikte zorgbronnen. Implementatie van herstelgericht casemanagement, d.w.z. een interventie voor mensen die niet in staat zijn om door het zorgsysteem te navigeren, waarbij een casemanager kan helpen bij het oriënteren van de zorggebruiker op basis van zorgbehoefte, voorkeuren en sterke

punten, in samenwerking met gebruikelijke sociale en zorgprofessionals; identificatie van elk type zorgbehoefte en adequate doorverwijzing; bredere inclusie van ervaringsdeskundigen binnen diensten.

In SUMHIT werden verschillende ondersteunende interventies op netwerkniveau overwogen om op te nemen als aanbeveling. Met name casemanagement werd meermaals besproken. Er waren echter verschillende meningen over de doelstellingen en principes van casemanagement. Zo is casemanagement in de verslavingszorg soms geïmplementeerd om zorggebruikers met stoornissen in middelengebruik te oriënteren in een zorgpad naar abstinentie. In de geestelijke gezondheidszorg zijn er verschillende varianten van casemanagement, waarbij de casemanager bijvoorbeeld een van de professionals is die voor de zorggebruiker zorgt, of een bemiddelaar is tussen verschillende professionals. Casemanagement wordt soms ook gezien als een langetermijninterventie, terwijl het in andere vormen wordt aangeboden als een crisis- of tijdsgebonden interventie (bijv. Critical Time Intervention⁽⁵⁹⁾). In Nederland probeert het model van Flexible Assertive Community Treatment (F-ACT) verschillende modellen te combineren⁽⁷⁹⁻⁸³⁾. Hoewel we binnen SUMHIT niet kunnen concluderen of één van voorgenoemde casemanagementmodellen meer of minder geschikt is voor zorggebruikers en diensten die betrokken zijn bij netwerken, lijkt het erop dat het belang van een casemanagementinterventie nuttig wordt geacht voor mensen die, tijdelijk of meer definitief, niet in staat zijn om hun weg te vinden in het zorgsysteem en de beschikbare hulpbronnen. Relationale continuïteit werd gerapporteerd als een prioriteit. Daarom moet casemanagement worden geïmplementeerd op netwerkniveau, ter ondersteuning van het zorgaanbod. Sommige zorgverleners waarschuwden voor een te instrumentele, makelaar-j-interpretatie van casemanagement en stelden dat casemanagers zich expliciet zouden moeten richten op het verder ontwikkelen van het natuurlijke netwerk en de context van de cliënten. Een dergelijke vorm van casemanagement kan ook bijdragen aan het tegengaan van sociaal isolement (zie aanbeveling 10). Bewijs ondersteunt het belang van het F-ACT model^(84, 85). Niettemin moet casemanagement, in lijn met andere aanbevelingen, worden uitgevoerd volgens de principes van persoonlijk herstel^(59, 86).

Er kunnen andere interventies worden overwogen om de samenwerking binnen netwerken te ondersteunen. Een andere interventie die steun kreeg tijdens focusgroepen met professionals en beleidsmakers waren centrale eerstelijnszorgpunten, bv. *Kruispunten*. De rol van outreachende teams kan worden versterkt om hen te ondersteunen bij het navigeren door het netwerk, in combinatie met casemanagement. De rol van ervaringsdeskundigheid hierbij werd ook al eerder benadrukt. Er kunnen nog andere interventies worden genoemd. Overheden worden aanbevolen om de implementatie van dergelijke interventies te faciliteren en te ondersteunen, bijvoorbeeld door te zorgen voor de juiste financiering en bestuursmechanismen. De financiering van individuele diensten en Fee-For-Service (d.w.z. financiering op basis van het aantal verleende zorgprestaties), die de meest gebruikte financieringsmechanismen zijn in het Belgische zorgsysteem, zijn niet bevorderlijk voor samenwerking en doorverwijzing tussen diensten^(20, 87), noch vergemakkelijken ze tussenkomsten die niet gerelateerd zijn aan een individuele dienst. Zoals eerder aanbevolen, zouden gepoolde financiering, financiering op basis van periodes en stimulansen in verband met de registratie in een zorgcircuit of elementen van Pay-For-Performance (d.w.z. financiering op basis van het bereiken van bepaalde doelstellingen) op basis van doelstellingen van sociale integratie van zorggebruikers de voorkeur kunnen krijgen. Financieringsmechanismen in zorgstelsels zijn echter een complex en gevoelig onderwerp. De aanbeveling wijst niet naar een specifiek mechanisme, maar heroverweegt financieringsmechanismen naast zorgverlening en innovatieve interventies.

Aanbeveling 9: In lijn met de vorige aanbeveling moeten interventies en organisatorische mechanismen worden geïmplementeerd om het gebruik van wachtlijsten te verminderen en te voorkomen.

Betrokken belanghebbenden: Beleidsautoriteiten die diensten reguleren (federale en gefedereerde entiteiten); netwerkcoördinatoren en dienstbeheerders.

Voorbeelden en actiemogelijkheden: De voorbeelden voor aanbeveling 8 zijn ook van toepassing op aanbeveling 9: oprichting van centrale eerstelijnszorgpunten (bv. Kruispunten) waar elk type zorgbehoefte kan worden beoordeeld en waar informatie over geschikte zorgopties te vinden is; zorggebruikers worden georiënteerd en ondersteund om toegang te krijgen tot geschikte zorgbronnen. Implementatie van herstelgericht casemanagement, d.w.z. een interventie voor mensen die niet in staat zijn om door het zorgsysteem te navigeren, waarbij een casemanager kan helpen bij het oriënteren van de gebruiker op basis van zorgbehoeften, voorkeuren en sterke punten, in samenwerking met gebruikelijke sociale en zorgprofessionals; opname van de identificatie van elk type zorgbehoefte als onderdeel van de taken van veldwerkers en adequate doorverwijzing; bredere inclusie van leeftijdsgenoten binnen diensten.

Wachtlijsten om toegang te krijgen tot diensten zijn in voorgaand onderzoek herhaaldelijk beoordeeld als contraproductief. Ook in SUMHIT benadrukten zorggebruikers de mate waarin wachtlijsten schadelijk zijn voor een effectief hersteltraject. Misschien zijn wachtlijsten zelfs nog schadelijker voor mensen met stoornissen in middelengebruik, omdat motivatie voor verandering een sleutelrol speelt in het hersteltraject van deze zorggebruikers, wat geïmpacteerd wordt door het wachten. Wachtlijsten hebben meestal te maken met een gebrek aan voldoende middelen om aan alle zorgvragen te voldoen. Wachtlijsten kunnen echter veroorzaakt worden door de lange, soms omslachtige toelatingsprocedure die in veel diensten wordt toegepast. Bevindingen in SUMHIT gaven aan dat dit soort opnameprocedures vaker voorkwamen bij algemene geestelijke gezondheidszorg en intramurale diensten. Sommige opnameprocessen kunnen worden vermeden of aanzienlijk verminderd als ze op netwerkniveau worden uitgevoerd (zie vorige aanbeveling) of als er op het moment van doorverwijzing meer accurate informatie wordt uitgewisseld tussen diensten onderling. Alle interventies op netwerkniveau worden verondersteld het negatieve effect van opnameprocedures, inclusief het gebruik van wachtlijsten, te verminderen.

Aanbeveling 10: Trauma-geïnformeerde zorg is een belangrijke aanpak voor mensen met stoornissen in middelengebruik, zowel in de algemene geestelijke gezondheidszorg als in gespecialiseerde zorgsettings. Aanvullende kennistraining en structurele inbedding van traumageïnformeerde principes worden voorgesteld.

Betrokken belanghebbenden: netwerkcoördinatoren en management van diverse diensten, individuele zorgverleners en therapeuten, organisaties die specifieke trainingen geven aan sociale en zorgprofessionals.

Voorbeelden en mogelijkheden voor actie: Opzetten van specifieke trainingsprogramma's voor referentiewerkers.

Er zijn sterke aanwijzingen dat het verwerken van traumatische ervaringen een essentieel onderdeel is van het herstelproces van veel mensen met SUD ^(88, 89). In SUMHIT rapporteerden zorggebruikers behoeften die aangepakt kunnen worden met meer traumasensitieve zorg. Veel zorggebruikers ervoeren dat zorgprofessionals zich te vaak richten op het hier-en-nu, waardoor het werken met een traumatisch verleden onder de radar kan blijven. Trauma-geïnformeerde zorg vereist aandacht voor onderlinge connectie, veiligheid en aandacht voor de impact van ingrijpende jeugdervaringen en hun neurofysiologische effecten, emoties, denkpatronen en uiteindelijk gedrag. Een belangrijke voorwaarde is het erkennen en weerstaan van stigma ⁽⁹⁰⁾.

Omdat traumageïnformeerde zorg een systematische aanpak vereist, is het belangrijk dat deze ingebed wordt in een gedragen visie op dienstverlening. In de focusgroepen met professionals en ervaringsdeskundigen erkenden de deelnemers het gebrek aan traumageïnformeerde zorg binnen de diensten en het netwerk, hoewel het niet evident is om eenduidige suggesties te formuleren hoe deze aanpak te operationaliseren in het bestaande zorgaanbod. Training van professionals en aandacht voor dit onderwerp van intercollegiale werkers zijn echter wel geïndiceerd. We raden belanghebbenden aan om verder na te denken over een implementatiestrategie van trauma-geïnformeerde zorgvormen binnen het netwerk. Gekwalificeerde en gemandateerde referenten kunnen hierbij een centrale rol spelen.

Aanbeveling 11: Sociaal isolement en eenzaamheid moeten een hogere prioriteit krijgen in zorginterventies voor de doelgroep.

Betrokken belanghebbenden: Netwerkcoördinatoren en servicemanagers, individuele zorgprofessionals.

Voorbeelden en actiemogelijkheden: Beoordeel de mate en kwaliteit van sociale steun (netwerk) van zorggebruikers; betrek lotgenoten, vrienden, familieleden en verzorgers standaard bij interventies; stel sociale integratie vast als prioritaire doelstelling bij het werken met zorggebruikers met psychische aandoeningen en stoornissen in middelengebruik.

Een van de belangrijkste bevindingen van het SUMHIT-onderzoek naar de zorgbehoeften van zorggebruikers was het hoge niveau van onvervulde behoeften met betrekking tot sociale relaties van zorggebruikers in termen van intieme relaties, vriendschap, seksuele relaties en gezelschap. Enerzijds komt deze bevinding overeen met resultaten uit de literatuur ⁽⁹¹⁾. Anderzijds is deze bevinding ook zeer consistent met de algemene aanbeveling om verbondenheid en sociale integratie van zorggebruikers te ondersteunen in een persoonlijke herstelbenadering ⁽³⁾. Het is aannemelijk dat zorgprofessionals onvoldoende aandacht besteden aan problemen die gerelateerd zijn aan alle niveaus van sociale

contacten (van generieke sociale steun tot intieme en seksuele relaties) omdat ze de neiging hebben om problemen op individueel niveau aan te pakken, waarbij ze mogelijks voorbijgaan aan de sociale context waarin deze problemen zich voordoen. Het is ook waarschijnlijk dat ze instrumenten en interventies missen om de behoeften tot sociale connectiviteit en intimiteit aan te pakken. De literatuur geeft duidelijk aan dat eenzaamheid een krachtige voorspeller en determinant is van psychische aandoeningen, in het bijzonder met betrekking tot psychose^(92, 93), stemmingsstoornissen⁽⁹⁴⁻⁹⁶⁾ en stoornissen in middelengebruik⁽⁹⁷⁻¹⁰¹⁾. Deze negatieve effecten van eenzaamheid op de geestelijke gezondheid werden sterk verhoogd tijdens de COVID-19 pandemie^(102, 103). Daarom is het aanpakken van eenzaamheid en sociaal isolement tegelijkertijd een klinische prioriteit en zou het een absolute prioriteit moeten zijn voor de volksgezondheid. Professionals en ervaringsdeskundigen in Brussel meldden dat ze geïnteresseerd waren in een beter begrip van het sociale ondersteuningsnetwerk van zorggebruikers. Hoewel er meer onderzoek nodig is met betrekking tot dit specifieke aspect, bestaan er verschillende reeds ontwikkelde methoden en interventies die nu reeds interessant kunnen zijn voor zorgprofessionals om hier concreet mee aan de slag te gaan⁽¹⁰⁴⁻¹⁰⁸⁾, met het inschakelen van ervaringsdeskundigheid als een belangrijk kenmerk⁽¹⁰⁹⁾. Andere voorbeelden zijn inloopcentra waar mensen terecht kunnen voor koffie of een maaltijd, niet-klinische settings waar ze terecht kunnen voor (dag)activiteiten en sociale contacten (bijv. *lieux de liens*), herstelhuizen voor het installeren van een drugsvrije omgevingen betrokkenheid bij zelfhulp- en onderlinge hulpgroepen⁽⁷⁷⁾.

Aanbeveling 12: Toegankelijkheid van diensten, betere coördinatie en integratie mogen niet beperkt blijven tot de gezondheidszorg. Iedereen moet een beroep kunnen doen op de meest generieke diensten en integratie heeft betrekking op het volledige scala van gezondheids- en sociale diensten.

Betrokken belanghebbenden: Alle beleidsautoriteiten, met specifieke aandacht voor autoriteiten met bevoegdheid in gezondheidszorg en sociaal welzijn (federale en gefedereerde entiteiten); netwerkcoördinatoren en dienstbeheerders, individuele zorgprofessionals.

Voorbeelden en actiemogelijkheden: Organisatorische mechanismen creëren en aanpassen voor financiering, voorziening en bestuur van sociale en zorgdienstverlening.

Bevindingen van SUMHIT geven aan dat zorggebruikers die toegang hadden tot generieke sociale diensten, d.w.z. sociale diensten die toegankelijk zijn voor de algemene bevolking, significant meer zorgbehoeften ervaarden dan andere zorggebruikers. Deze bevinding komt overeen met eerdere studies over gebruikers van de netwerken voor geestelijke gezondheidszorg in België⁽¹¹⁰⁾. Deze bevinding is ook zeer consistent met onze terugkerende aanbeveling om sociale integratiedoelstellingen voorop te stellen bij interventies. De federale regering en verschillende gefedereerde entiteiten hebben onlangs plannen gepromoot om een grotere integratie van zorg en sociale ondersteuning te ondersteunen (Zie het Interfederaal Plan voor Geïntegreerde Zorg en Ondersteuning

https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/plan_interfederal_soins_integres_rapport_final_interfederaal_plan_geintegreerde_zorg_protocole_08112023.pdf). Om onverklaarbare redenen werd het Interfederaal Zorgplan echter niet ontwikkeld binnen hetzelfde organisatorische kader als de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg. Hoewel "*waar mogelijk nauwere banden tussen netwerken voor geestelijke gezondheidszorg en eerstelijnsgezondheidszorg worden nagestreefd*", werden beide beleidsinitiatieven afzonderlijk ontwikkeld. Het is daarom aan te bevelen dat netwerken voor geestelijke gezondheidszorg, waartoe ook het gespecialiseerde aanbod voor verslavingszorg behoort, in overweging worden genomen bij toekomstige ontwikkelingen van financiering, aanbod en

bestuursmechanismen die de integratie en continuïteit van sociale zorg en gezondheidszorg vergemakkelijken.

References

1. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1993;16(4):11-23.
2. Deegan P. Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1988;11(4):11-9.
3. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*. 2011;199(6):445.
4. Slade M, Amering M, Farkas M, Hamilton B, O'Hagan M, Panther G, et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*. 2014;13(1):12-20.
5. Hunt GE, Siegfried N, Morley K, Brooke-Sumner C, Cleary M. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019(12).
6. McKee SA. Concurrent substance use disorders and mental illness: Bridging the gap between research and treatment. *Canadian Psychology*. 2017;58(1):50-7.
7. Grard A, Helmer E, Van der Donck S, Nicaise P, Vanderhaegen J, Wijckmans B, et al. *Geïntegreerd rapport: Wetenschappelijke opvolging van het hervormingsprogramma "Naar een betere geestelijke gezondheidszorg" 2014-Rapport intégré: accompagnement scientifique de la réforme "Vers de meilleurs soins en santé mentale"* 2014. Brussels: IRSS-UCL, OPIH-VUB, LUCAS-KULEUVEN; 2015.
8. Rush B, Koegl CJ. Prevalence and Profile of People with Co-Occurring Mental and Substance Use Disorders within a Comprehensive Mental Health System. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2008;53(12):810-21.
9. Coffey M, Hannigan B, Barlow S, Cartwright M, Cohen R, Faulkner A, et al. Recovery-focused mental health care planning and co-ordination in acute inpatient mental health settings: a cross national comparative mixed methods study. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):115.
10. Davidson L, White W. The concept of recovery as an organizing principle for integrating mental health and addiction services. *Journal of Behavioral Health Services and Research*. 2007;34(2):109-20.
11. Ellison ML, Belanger LK, Niles BL, Evans LC, Bauer MS. Explication and Definition of Mental Health Recovery: A Systematic Review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2018;45(1):91-102.
12. Thomas EC, Ben-David S, Treichler E, Roth S, Dixon LB, Salzer M, Zisman-Ilani Y. A Systematic Review of Shared Decision-Making Interventions for Service Users With Serious Mental Illnesses: State of the Science and Future Directions. *Psychiatric Services*. 2021;72(11):1245-364.
13. Drake RE, Mueser KT, Brunette MF. Management of persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: Program implications. *World Psychiatry*. 2007;6(3):131-6.
14. Mistiaen P, Cornelis J, Detollenaere J, Devriese S, Ricour C. *Organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique*. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE); 2019. Report No.: 318B.
15. 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.
16. WHO-Europe. *Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges*. Copenhagen: WHO-Europe; 2008.
17. Verniest R, Laenen A, Daems A, Kohn L, Vandermeersch G, Fabri V, et al. *Les séjours psychiatriques de longue durée en lits T*. Brussels: KCE; 2008. Report No.: 84B.

18. *Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins*. Bruxelles: Conférence Interministérielle "Santé Publique"; 2010.
19. *Note de politique du gouvernement fédéral relative à la problématique de la drogue*. Brussels: Gouvernement Fédéral; 2001 19/01/2001.
20. Nicaise P, Giacco D, Soltmann B, Pfennig A, Miglietta E, Lasalvia A, et al. Healthcare system performance in continuity of care for patients with severe mental illness: A comparison of five European countries. *Health Policy*. 2020;124(1):25-36.
21. Vanderplasschen W, De Bourdeaudhuij I, Van Oost P. Co-ordination and continuity of care in substance abuse treatment. An evaluation study in Belgium. *European Addiction Research*. 2002;8(1):10-21.
22. Burns T, Catty J, White S, Clement S, Ellis G, Jones IR, et al. Continuity of care in mental health: Understanding and measuring a complex phenomenon. *Psychological Medicine*. 2009;39(2):313-23.
23. Nicaise P, Grard A, Leys M, Van Audenhove C, Lorant V. Key dimensions of collaboration quality in mental health care service networks. *Journal of Interprofessional Care*. 2021;35(1):28-36.
24. Lorant V, Grard A, Van Audenhove C, Leys M, Nicaise P. Effectiveness of Health and Social Service Networks for Severely Mentally Ill Patients' Outcomes: A Case-Control Study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2019;46(3):288-97.
25. Best D, Irving J, Albertson K. Recovery and desistance: what the emerging recovery movement in the alcohol and drug area can learn from models of desistance from offending. *Addiction Research & Theory*. 2017;25(1):1-10.
26. Brophy H, Dyson M, Katherine R. Concept analysis of recovery from substance use. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2023;32(1):117-27.
27. Corrigan PW, Larson JE, Smelson D, Andra M. Recovery, peer support and confrontation in services for people with mental illness and/or substance use disorder. *British Journal of Psychiatry*. 2019;214(3):130-2.
28. Green CA, Yarborough MT, Polen MR, Janoff SL, Yarborough BJH. Dual recovery among people with serious mental illnesses and substance problems: A qualitative analysis. *Journal of Dual Diagnosis*. 2015;11(1):33-41.
29. Bond GR, Campbell K. Evidence-based practices for individuals with severe mental illness. *Journal of Rehabilitation*. 2008;74(2):33-44.
30. Chester P, Ehrlich C, Warburton L, Baker D, Kendall E, Crompton D. "What is the work of Recovery Oriented Practice?" A systematic literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2016;25(4):270-85.
31. Pincus HA, Spaeth-Rublee B, Sara G, Goldner EM, Prince PN, Ramanuj P, et al. A review of mental health recovery programs in selected industrialized countries. *International Journal of Mental Health Systems*. 2016;10(1):73.
32. Slade M, Bird V, Boutillier CL, Farkas M, Grey B, Larsen J, et al. Development of the REFOCUS intervention to increase mental health team support for personal recovery. *British Journal of Psychiatry*. 2015;207(6):544-50.
33. van der Meer L, Wunderink C. Contemporary approaches in mental health rehabilitation. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2018;28(1):9-14.
34. Cruce G, Öjehagen A, Nordström M. Recovery-promoting Care as Experienced by Persons with Severe Mental Illness and Substance Misuse. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2012;10(5):660-9.
35. De Ruyscher C, Vandeveld S, Vanderplasschen W, De Maeyer J, Vanheule S. The Concept of Recovery as Experienced by Persons with Dual Diagnosis: A Systematic Review of Qualitative Research From a First-Person Perspective. *Journal of Dual Diagnosis*. 2017;13(4):264-79.

36. Hipolito MMS, Carpenter-Song E, Whitley R. Meanings of recovery from the perspective of people with dual diagnosis. *Journal of Dual Diagnosis*. 2011;7(3):141-9.
37. Kerman N, Kidd SA. The Healthcare Triple Aim in the Recovery Era. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2020;47(4):492-6.
38. Sælør KT, Ness O, Holgersen H, Davidson L. Hope and recovery: A scoping review. *Advances in Dual Diagnosis*. 2014;7(2):63-72.
39. Stott A, Priest H. Narratives of recovery in people with coexisting mental health and alcohol misuse difficulties. *Advances in Dual Diagnosis*. 2018;11(1):16-29.
40. Watson DP, Rollins AL. The Meaning of Recovery from Co-Occurring Disorder: Views from Consumers and Staff Members Living and Working in Housing First Programming. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2015;13(5):635-49.
41. White WL. Recovery: Old wine, flavor of the month or new organizing paradigm? *Substance Use and Misuse*. 2008;43(12-13):1987-2000.
42. El-Guebaly N. The meanings of recovery from addiction evolution and promises. *Journal of Addiction Medicine*. 2012;6(1):1-9.
43. Bellaert L, Martinelli T, Vanderplasschen W, Best D, Mheen D, Laenen F. Chasing a pot of gold : an analysis of emerging recovery-oriented addiction policies in Flanders (Belgium) and The Netherlands. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2021;28(5):399-410.
44. Lorant V, Nazroo J, Nicaise P. Optimal Network for Patients with Severe Mental Illness: A Social Network Analysis. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2017;44(6):877-87.
45. Thunus S, Neyens I, Walker C, Hermans K, Smith P, Nicaise P, et al. Chapter 06: Strengths, weaknesses, gaps, and overlaps in the current mental health care supply: a focus group study. In: Mistiaen P, Cornelis J, Detollenaere J, Devriese S, Farfan-Portet M, Ricour C, editors. *Organisation of mental health care for adults in Belgium*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2019.
46. 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. *British Journal of Psychiatry*. 1995;167(5):589-95.
47. Nicaise P, Tulloch S, Dubois V, Matanov A, Priebe S, Lorant V. Using Social Network Analysis for Assessing Mental Health and Social Services Inter-Organisational Collaboration: Findings in Deprived Areas in Brussels and London. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2013;40(4):331-9.
48. Priebe S, Matanov A, Barros H, Canavan R, Gabor E, Greacen T, et al. Mental health-care provision for marginalized groups across Europe: findings from the PROMO study. *European Journal of Public Health*. 2013;23(1):97-103.
49. Caple V, Maude P, Walter R, Ross A. An exploration of loneliness experienced by people living with mental illness and the impact on their recovery journey: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2023. <https://doi.org/10.1111/jpm.12945>
50. Ingram I, Kelly PJ, Deane FP, Baker AL, Goh MCW, Raftery DK, Dingle GA. Loneliness among people with substance use problems: A narrative systematic review. *Drug and Alcohol Review*. 2020;39(5):447-83.
51. Baldessarini RJ, Tondo L. Suicidal Risks in 12 DSM-5 Psychiatric Disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2020;271:66-73.
52. Price-Robertson R, Obradovic A, Morgan B. Relational recovery: beyond individualism in the recovery approach. *Advances in Mental Health*. 2017;15(2):108-20.

53. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004;109(SUPPL. 420):21-7.
54. Archambault K, Joubert D, Brown G. Gender, Psychiatric Symptomatology, Problem Behaviors and Mental Health Treatment in a Canadian Provincial Correctional Population: Disentangling the Associations between Care and Institutional Control. *International Journal of Forensic Mental Health*. 2013;12(2):93-106.
55. Rodolpho JRC, Hoga LAK, Reis-Queiroz J, Jamas MT. Experiences and Daily Life Attitudes of Women With Severe Mental Disorders: Integrative Review of Associated Factors. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2015;29(4):223-35.
56. Schamp J, Simonis S, Roets G, Van Havere T, Gremeaux L, Vanderplasschen W. Women's views on barriers and facilitators for seeking alcohol and drug treatment in Belgium. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2021;38(2):175-89.
57. Johnson S, Kuhlmann R, Munizza C, Beecham J, Salvador-Carulla L, De Jong P, et al. The European Service Mapping Schedule (ESMS): Development of an instrument for the description and classification of mental health services. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplement. 2000;102(405):14-23.
58. Romero-López-Alberca C, Gutiérrez-Colosía MR, Salinas-Pérez JA, Almeda N, Furst M, Johnson S, Salvador-Carulla L. Standardised description of health and social care: A systematic review of use of the ESMS/DESDE (European Service Mapping Schedule/Description and Evaluation of Services and DirectoriEs). *European Psychiatry*. 2019;61:97-110.
59. Vanderplasschen W, Rapp RC, De Maeyer J, Van Den Noortgate W. A Meta-Analysis of the Efficacy of Case Management for Substance Use Disorders: A Recovery Perspective. *Frontiers in Psychiatry*. 2019;10:186.
60. Dekkers A, Bellaert L, Meulewaeter F, De Ruyscher C, Vanderplasschen W. Exploring essential components of addiction recovery: a qualitative study across assisted and unassisted recovery pathways. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2021;28:486 - 95.
61. King A.J., Simmons M.B. A Systematic Review of the Attributes and Outcomes of Peer Work and Guidelines for Reporting Studies of Peer Interventions. *Psychiatric Services*. 2018;69(9):961-77.
62. Burr C, Rother K, Elhilali L, Winter A, Weidling K, Kozel B, Gurtner C. Peer support in Switzerland – Results from the first national survey. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2020;29(2):212-23.
63. Cabassa LJ, Camacho D, Vélez-Grau CM, Stefancic A. Peer-based health interventions for people with serious mental illness: A systematic literature review. *Journal of Psychiatric Research*. 2017;84:80-9.
64. Chinman M, George P, Dougherty RH, Daniels AS, Ghose SS, Swift A, Delphin-Rittmon ME. Peer Support Services for Individuals With Serious Mental Illnesses: Assessing the Evidence. *Psychiatric Services*. 2014;65(4):429-41.
65. Egmoose C.H., Poulsen C.H., Hjorthøj C, Mundy S.S., Hellström L, Nielsen M.N., et al. The Effectiveness of Peer Support in Personal and Clinical Recovery—Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatric Services*. 2023;74(8):847-58.
66. Lloyd-Evans B, Mayo-Wilson E, Harrison B, Istead H, Brown E, Pilling S, et al. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1):39.
67. Parker S, Arnautovska U, Korman N, Harris M, Dark F. Comparative Effectiveness of Integrated Peer Support and Clinical Staffing Models for Community-Based Residential Mental Health Rehabilitation: A Prospective Observational Study. *Community Mental Health Journal*. 2023;59(3):459-70.

68. Reif S, Braude L, Lyman DR, Dougherty RH, Daniels AS, Ghose SS, et al. Peer Recovery Support for Individuals With Substance Use Disorders: Assessing the Evidence. *Psychiatric Services*. 2014;65(7):853-61.
69. Siantz E, Henwood B, Gilmer T. Peer Support in Full-Service Partnerships: A Multiple Case Study Analysis. *Community Mental Health Journal*. 2017;53(5):542-9.
70. Humphreys K, Lembke A. Recovery-oriented policy and care systems in the UK and USA. *Drug and Alcohol Review*. 2014;33(1):13-8.
71. Van Steenberghe T, Reynaert D, Roets G, De Maeyer J. *Ervaring werkt?! Ervaringskennis cocreatief inbedden in je organisatie*. Leuven: Acco; 2020.
72. Vanderplasschen W., Lievens K., Van Bouchaute J., Mostien B., Claeys P., Broekaert E. Zorgcoördinatie in de verslavingszorg: de stapsgewijze uitbouw van een zorgcircuit middelenmisbruik. *Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2004;60(11):773-87.
73. Health Do. *Mental health payment by results guidance for 2013–14*. London: Department of Health Payment by Results team UK; 2013.
74. Yeomans D. Clustering in mental health payment by results: A critical summary for the clinician. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2014;20(4):227-34.
75. Bigelow DA, McFarland BH, McCamant LE, Deck DD, Gabriel RM. Effect of managed care on access to mental health services among medicaid enrollees receiving substance treatment. *Psychiatric Services*. 2004;55(7):775-9.
76. Cuffel BJ, Snowden L, Masland M, Piccagli G. Managed care in the public mental health system. *Community Mental Health Journal*. 1996;32(2):109-24.
77. Dekkers A, Vos S, Vanderplasschen W. “Personal recovery depends on NA unity”: an exploratory study on recovery-supportive elements in Narcotics Anonymous Flanders. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2020;15(1):53.
78. Migchels C, Zerrouk A, Crunelle CL, Matthys F, Gremeaux L, Fernandez K, et al. Patient Reported Outcome and Experience Measures (PROMs and PREMs) in substance use disorder treatment services: A scoping review. *Drug and Alcohol Dependence*. 2023;253:111017.
79. Firn M, Hindhaugh K, Hubbeling D, Davies G, Jones B, White SJ. 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.
80. 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.
81. Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*. 1998;24(1):37-74.
82. Nugter MA, 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.
83. Van Veldhuizen J, Bahler M. *Manual Flexible Assertive Community Treatment (FACT); Vision, model, practice and organization*. Groningen: 2015.
84. Munch Nielsen C, Hjorthøj C, Arnfred BT, Nordentoft M. Patient Outcomes of Flexible Assertive Community Treatment Compared With Assertive Community Treatment. *Psychiatric Services*. 2023;74(7):695-701.

85. Trane K, Aasbrenn K, Rønningen M, Odden S, Lexén A, Landheim A. Flexible assertive community treatment teams can change complex and fragmented service systems: experiences of service providers. *International Journal of Mental Health Systems*. 2021;15(1):38.
86. Dissanayake R, Olivieri R, Aguey-Zinsou M, Yule E, Dunn L. Exploring mental health consumer experiences of the strengths model of case management: A phenomenological study. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2024;33(1):175-84.
87. Gosden T, Forland F, Kristiansen I, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, et al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011(10).
88. Cusack KJ, Morrissey JP, Ellis AR. Targeting Trauma-related Interventions and Improving Outcomes for Women with Co-occurring Disorders. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2008;35(3):147-58.
89. Wu NS, Schairer LC, Dellor E, Grella C. Childhood trauma and health outcomes in adults with comorbid substance abuse and mental health disorders. *Addictive Behaviors*. 2010;35(1):68-71.
90. Bartholow LAM, Huffman RT. The Necessity of a Trauma-Informed Paradigm in Substance Use Disorder Services. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2021;29(6):470-6.
91. Love K, Bolton JM, Hunzinger E, Hensel JM. Needs Assessment of Clients Accessing a Community Mental Health Crisis Stabilization Unit. *Community Mental Health Journal*. 2023;59(2):400-8.
92. Badcock JC, Adery LH, Park S. Loneliness in psychosis: A practical review and critique for clinicians. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2020;27(4):e12345.
93. Fulford D, Mueser KT. The importance of understanding and addressing loneliness in psychotic disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2020;27(4):e12383.
94. Fiori KL, McIlvane JM, Brown EE, Antonucci TC. Social relations and depressive symptomatology: Self-efficacy as a mediator. *Aging and Mental Health*. 2006;10(3):227-39.
95. Li G, Li Y, Lok A, Lam F, Tang W, Seedat S, et al. Understanding the protective effect of social support on depression symptomatology from a longitudinal network perspective. *BMJ Mental Health*. 2023;26:1-7.
96. Nuyen J, Tuithof M, de Graaf R, van Dorsselaer S, Kleinjan M, Have Mt. The bidirectional relationship between loneliness and common mental disorders in adults: findings from a longitudinal population-based cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2020;55(10):1297-310.
97. Alasmawi K, Mann F, Lewis G, White S, Mezey G, Lloyd-Evans B. To what extent does severity of loneliness vary among different mental health diagnostic groups: A cross-sectional study. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2020;29(5):921-34.
98. Leigh-Hunt N, Bagguley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N, Caan W. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*. 2017;152:157-71.
99. Lim MH, Eres R, Vasan S. Understanding loneliness in the twenty-first century: an update on correlates, risk factors, and potential solutions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2020;55(7):793-810.
100. Mann F, Wang J, Pearce E, Ma R, Schlieff M, Lloyd-Evans B, et al. Loneliness and the onset of new mental health problems in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2022;57(11):2161-78.
101. Meltzer H, Bebbington P, Dennis MS, Jenkins R, McManus S, Brugha TS. Feelings of loneliness among adults with mental disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2013;48(1):5-13.

102. Murphy L, Markey K, O' Donnell C, Moloney M, Doody O. The impact of the COVID-19 pandemic and its related restrictions on people with pre-existent mental health conditions: A scoping review. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2021;35(4):375-94.
103. Paudel J. Home Alone: Implications of COVID-19 for Mental Health. *Social Science & Medicine*. 2021;285:114259.
104. Ma R, Mann F, Wang J, Lloyd-Evans B, Terhune J, Al-Shihabi A, Johnson S. The effectiveness of interventions for reducing subjective and objective social isolation among people with mental health problems: a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2020;55(7):839-76.
105. Mann F, Bone JK, Lloyd-Evans B, Frerichs J, Pinfold V, Ma R, et al. A life less lonely: the state of the art in interventions to reduce loneliness in people with mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2017;52(6):627-38.
106. Perese EF, Wolf M. Combating loneliness among persons with severe mental illness: Social network interventions' characteristics, effectiveness, and applicability. *Issues in Mental Health Nursing*. 2005;26(6):591-609.
107. Siette J, Cassidy M, Priebe S. Effectiveness of befriending interventions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2017;7(4).
108. Nicaise P, Garin H, Smith P, d'Oreye de Lantremange S, Leleux L, Wyngaerden F, Lorant V. Implementation of a computer-assisted face-to-face intervention for mapping the social support networks of patients with severe mental illness in routine clinical practice: Analysis of the appropriateness and acceptability of the intervention. *International Journal of Social Psychiatry*. 2021;68(8):1774-82.
109. Simpson A, Flood C, Rowe J, Quigley J, Henry S, Hall C, et al. Results of a pilot randomised controlled trial to measure the clinical and cost effectiveness of peer support in increasing hope and quality of life in mental health patients discharged from hospital in the UK. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1):30.
110. Gard A, Nicaise P, Smith P, Lorant V. Use of generic social services and social integration of patients with a severe mental illness in Belgium: Individual and services network determinants. *International Journal of Social Psychiatry*. 2022;68(5):1090-9.