

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,  
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU.

BRUSSEL, 26.10.1995

--

Bestuur voor Gezondheidszorg.

--

Bestuursdirectie Gezondheidszorgbeleid.

--

NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUIS-  
VOORZIENINGEN.

---

Afdeling "Programmatie en Erkenning".

---

N.R.Z.V./D/96-1

**ADVIES INZAKE DE BEHANDELING VAN  
GEBRUIKERS VAN ILLEGALE DRUGS. (\*)**

(\*) Dit advies werd bekrachtigd op de Bureauvergadering dd. 26.10.1995

# Voorstel van advies inzake behandeling van gebruikers van illegale drugs

## 1. Inleiding

Recent werden zowel op federaal als op gewestelijk en gemeenschapsniveau initiatieven genomen inzake illegale drugsgebruik en verslaving.

Het actieplan "toxicomanie en drugs" van de federale regering werd door de minister van Sociale Zaken voorgelegd aan het R.I.Z.I.V., waar het op verdere bespreking wacht in het college van geneesheren directeurs.

De federale minister van binnenlandse zaken ontwikkelde in het kader van de veiligheidscontracten initiatieven in de preventieve, de curatieve en de repressieve sfeer.

Deze initiatieven zullen het door hen beoogde effect maar bereiken als ze op elkaar afgestemd worden en als de initiatieven rekening houden met en versterkend inspelen op de reeds in het domein aanwezige structuren en initiatiefnemers.

Overleg, coördinatie en de functionele samenwerking die hieruit moet voortvloeien zullen vorm moeten krijgen in de oprichting en erkenning van een zgn. "netwerk" van voorzieningen dat concreet instaat voor de drughulpverlening binnen de geestelijke gezondheidszorg. Via dit netwerk, dat specifiek de aan de toxicomanie gerelateerde problematiek als onderwerp heeft, kan immers gezorgd worden voor de noodzakelijke deskundigheid, continuïteit en optimalisering van de zorg.

## 2. Bestaande voorzieningen voor gebruikers van illegale drugs

In het brede veld van de gezondheidszorg zijn reeds geruime tijd tal van structuren, al dan niet intensief, actief inzake de zorg voor gebruikers van illegale drugs.

Zowel in ambulante als residentiële voorzieningen, al dan niet erkend als psychiatrische ziekenhuisdiensten, komen gebruikers van illegale drugs terecht vanaf de crisismomenten - al dan niet gedwongen en/of (on)gemotiveerd - tot en met het verdere (semi)residentiële verblijf en de nazorg.

Bepaalde voorzieningen hebben zich ondanks beperkte middelen, in min of meerdere mate gespecialiseerd. Andere voorzieningen uit de geestelijke gezondheidszorg deden dit *nog* niet.

In elk geval staat vast dat er een stijgende behoefte is aan adequate interventiemogelijkheden.

Inventaris van bestaande voorzieningen : dringend te detailleren.

### 3. Netwerk

De opvang en de behandeling van de gebruikers van illegale drugs is een complex en multifactorieel probleem, waarbij niet steeds duidelijk is welke aspecten prioriteit moeten krijgen, te meer daar doorheen de tijd bij dezelfde persoon afwisselend verscheidene elementen op de voorgrond kunnen treden.

Het is aangewezen om in functie van de geobjectiverde behoeften te streven naar een geheel van geïntegreerde voorzieningen welke de continuïteit van de opvang in een bepaalde regio (doelgebied) kunnen garanderen, zodat zoveel als mogelijk zorg op maat aan de individuele patiënt kan verleend worden en het oneigenlijk gebruik van de beperkte financiële middelen kan vermeden worden.

Om dit doel te realiseren is o.a. een performant en geüniformiseerd registratiesysteem nodig, met specifieke variabelen voor toxicomanie, doch gekaderd in een globaal systeem. De minimale psychiatrische gegevens (MPG) moeten hiermee rekening houden.

Alle gezondheidsvoorzieningen uit de geestelijke gezondheidszorg welke in de carrière van toxicomanie-patiënten tussenkomen moeten als gelijkwaardige partners gebundeld zijn in een functioneel regionaal netwerk.

Een **netwerk** in deze materie is een **geheel van voorzieningen in de gezondheidssector die functioneel samenwerken inzake hulpverlening voor een kritische massa van verslaafden aan illegale drugs**. Hiertoe definiëren de voorzieningen die deel uitmaken van dit netwerk hun doelgroep, zorgaanbod, middelen en doelstellingen ten opzichte van de andere deelnemende voorzieningen van het netwerk. Ze stemmen hun zorgaanbod op elkaar af en voorzien aldus in een zorg op maat voor elke drugsverslaafde in elk stadium van zijn ziekte. Hiertoe sluiten ze onderlinge overeenkomsten af **zonder** een autonome structuur voor dit netwerk uit te bouwen, die als zodanig een supplementaire financiering zou vereisen.

De voorzieningen welke deel uitmaken van dit netwerk worden opgesomd onder punt 4.

De algemene coördinatie van de drughulpverlening kan zich het best situeren in een "cel" toxicomanie van de samenwerkingsverbanden als overlegplatform (K.B. 10 juli 1990). Van deze cel zijn alle voorzieningen lid voorzien in hogergenoemd KB, alsook de met het R.I.Z.I.V. geconventioneerde centra (de revalidatiecentra en de medico-sociale opvangcentra - MSOC). Deze cel heeft geen bevoegdheid inzake programmatie en erkenning ; ze dient de bestaande structuren te versterken.

De cel toxicomanie legt breder contacten met de instanties welke instaan voor de veiligheid (binnenlandse zaken, justitie) en met de welzijnszorg.

#### **4. Noodzakelijke voorzieningen inzake drughulpverlening**

Bij het uittekenen van de aard en de omvang van de vereiste voorzieningen in de drughulpverlening zal men moeten rekening houden met de diversiteit van de zorgvraag van de drugverslaafde, maar toch ook met de rurale of stedelijke context waarin men werkzaam is.

Naast de centra voor geestelijke gezondheidszorg (met een min of meer gespecialiseerd aanbod voor drugsverslaafden) die onder de gemeenschappen en regio's ressorteren en derhalve buiten de ziekenhuiswet vallen en de medisch-sociale opvangcentra die zich situeren in het kader van het R.I.Z.I.V. en de veiligheidscontracten, zou een netwerk voor wat de ziekenhuissector betreft idealiter volgende voorzieningen moeten omvatten :

- Een **crisisinterventie**-mogelijkheid gericht op kortdurende behandeling in het kader van de **spoedopnamedienst** van het algemeen, maar zeker van het psychiatrisch ziekenhuis.

- Een aanbod van kortdurende, laagdrempelige opvang voor het verlenen van interventies die beantwoorden aan de elementaire behoeften van drugverslaafden in de **psychiatrische** afdeling van het algemeen ziekenhuis en in het psychiatrisch ziekenhuis.

- Een voor de drughulpverlening **gespecialiseerde hospitalisatiedienst of -functie** die zowel residentiële als semi-residentiële programma's van korte en van lange duur kan aanbieden (volledige en partiële hospitalisatie inclusief voor- en nabehandeling).

Voor deze opdrachten moeten bijzondere programmatie-, erkennings- en financieringsnormen omschreven worden.

De mogelijkheid tot delocalisatie van bepaalde ziekenhuisdiensten moet kunnen overwogen worden.

De nu reeds bestaande voorzieningen die werden opgestart vanuit b.v. een R.I.Z.I.V.-conventie en/of een O.C.M.W. initiatief en/of een veiligheidscontract ... maar die een opdracht vervullen analoog aan de hierboven beschreven ziekenhuisdienst of -functie, moeten met het oog op het bestendigen en bekrachtigen van hun opdracht op termijn opgenomen worden in te (her)formuleren aangepaste programmatienormen in de geestelijke gezondheidszorg.

In afwachting daarvan moet de bijdrage van deze voorzieningen geoptimaliseerd worden door in de R.I.Z.I.V.-conventies de betoelaging te conditioneren aan een vorm van functionele samenwerking en overleg met de andere voorzieningen uit de geestelijke gezondheidszorg.

Bij het uittekenen van o.a. programmatische-, erkennings- en financieringsnormen zal een **minimale activiteitendrempel (kritische massa)** inzake toxicomane patiënten moeten gehanteerd worden o.a. om een extra functiefinanciering te voorzien die rekening houdt met een aangepaste infrastructuur, om meer en gespecialiseerder personeel te betoelagen, alsook de noodzaak tot een continue vorming van deze gespecialiseerde medewerkers.

Ook de mogelijkheid tot **jobs. creatie** moet voorzien worden en dit met het oog op een ondersteuning van de continuïteit van zorgen.

De verloning moet dus meer uniform zijn ongeacht de werkplaats van de hulpverleners.

De reïntegratie en rehabilitatie van de drugverslaafde vormt een essentieel onderdeel van de drughulpverlening en zal in belangrijke mate het probleem van het hervallen moeten voorkomen.

Aangezien resocialisatie en reïntegratie in het oorspronkelijk thuismilieu niet altijd of in eerste instantie mogelijk is moeten er zowel inzake beschut wonen als inzake een aangepaste vorm van P.V.T. mogelijkheden gecreëerd worden die specifiek gericht zijn op de drugverslaafden.

In het kader van de ontwikkeling van deze specifieke beschermde woonvormen moet werk gemaakt worden van activiteitencentra en initiatieven die gericht zijn op de professionele reïntegratie.

## **5. Enkele niet-specifieke knelpunten**

De registratie, de verzekeraarbaarheid, de gedwongen opname en de toegankelijkheid zijn knelpunten welke niet specifiek zijn voor drugsverslaafden. Ze worden hier kort pro memorie vermeld.

### 5.1. Registratie

Gegevens over globale aantallen patiënten, diensten, opnametermijn, doorstroming, behandelingsprogramma's voor algemeen en psychiatrische ziekenhuizen in België zijn nergens op een gestructureerde wijze beschikbaar. Voor individuele instellingen, beperkte geografische gebieden of groeperingen van instellingen zijn er wel nuttige registratiegegevens beschikbaar (o.a. REGISTRATIE PROJECT LIMBURG).

Om tot een afstemming van aanbod te komen dient de zorgvraag van de doelgroep eenvormig geregistreerd te worden. Dergelijke uniforme registratie is slechts mogelijk aan de hand van een uniforme begrippenlijst. Bovendien dient aan het ontwikkelen van een nieuw registratiesysteem een inventarisatie en een evaluatie van de bestaande registratiesystemen vooraf te gaan. Het wetenschapsbeleid dient tenvolle zijn rol te spelen.

## 5.2. Verzekeraarbaarheid

Drugverslaafden die opgenomen worden in een ziekenhuis zijn vaak niet meer verzekerd in de ziekteverzekering. Andere drugverslaafden zijn wel verzekerd, maar ontvangen geen uitkeringen. Een inschrijving als mindervalide bij het ziekenfonds - die in het verleden meestal een oplossing bood op relatief korte termijn voor niet-verzekerden - wordt steeds moeilijker. O.C.M.W.'s weigeren vaak de tenlasteneming van de hospitalisatiekosten van niet-verzekerde drugverslaafden. Bovendien vertragen bevoegdheidsconflicten tussen het O.C.M.W. van het onderstandsdomicilie en het steunverlenend O.C.M.W. de tenlasteneming.

De verzekeraarheidsproblemen zijn niet exclusief voorbehouden voor verslaafden aan illegale drugs.

Naast drugverslaafden zijn immers ook andere psychiatrische patiënten vaak niet verzekeraarbaar. De kosten voor geneeskundige verzorging van deze personen dienen ten laste genomen te worden via een sociaal vangnet. Dit kan een nieuw soort speciaal onderstandsfonds zijn of een solidariteitsfonds tussen de verschillende ziekenfondsen.

## 5.3. Gedwongen opname sensu lato

De ziekenhuizen die erkend zijn voor het opnemen van gedwongen opgenomen patiënten, worden derhalve verplicht ook drugverslaafden op te nemen. ( wet van 26 juni 1990 op de bescherming van de persoon van de geestezieke).

Deze gedwongen opname van verslaafden aan illegale drugs stelt het ziekenhuis voor een moeilijke opdracht op het vlak van middelen, methodiek en overleg.

De vrederechters zouden over een "profiel" van instellingen (ondermeer op basis van kwaliteitscriteria) moeten beschikken waardoor ze bij het aanduiden van een instelling voor gedwongen opname voor een drugverslaafde rekening kunnen houden met de expertise i.v.m. deze problematiek.

## 5.4. Toegankelijkheid

De **diversiteit aan voorzieningen** (ziekenhuizen, therapeutische gemeenschappen, centra geestelijke gezondheidszorg, medicosociale opvangcentra...) houdt **momenteel** ook een **diversiteit aan financiële bijdragen door de patiënt** in. De toegankelijkheid van bepaalde voorzieningen kan aldus verhinderd worden door de beperkte financiële mogelijkheden van een drugverslaafde. Bovendien verlaten drugsverslaafden vaak het psychiatrisch ziekenhuis tegen medisch advies in, enkel en alleen omwille van financiële moeilijkheden.

Anderzijds kunnen financiële complicaties in sommige gevallen een opname bestendigen omwille van sociale redenen. Dit noodzaakt de samenwerking met voorzieningen buiten het stricte domein van de gezondheidszorg, meer bepaald de welzijnzorg: ondermeer de daklozenwerking.

6. Ter **operationalisering** van de **deeladviezen** welke in de huidige tekst worden geformuleerd zullen in een **volgend document** meer **concrete** en **gedetailleerde adviezen** gegeven worden.

7. De werkgroep uit de wens dat de **interministeriële conferentie** inzake drugbeleid spoedig opnieuw zou samenkomen.