

**MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,  
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU.**

**BRUSSEL, 08/02/2001**

—  
**Bestuur van de Gezondheidszorgen**

—  
**Bestuursdirectie Gezondheidszorgbeleid.**

—  
**NATIONALE RAAD VOOR ZIEKEN-  
HUISVOORZIENINGEN.**

—  
**Afdeling “Programmatie en Erkenning”.**

—  
**Permanente werkgroep “PSYCHIATRIE”**

**O/Ref. : NRZV/D/PSY/186-2 (\*)**

**ADVIES INZAKE DE OPERATIONALISERING VAN  
DE INHOUD EN ORGANISATIE VAN DE  
DRINGENDE PSYCHIATRISCHE  
CRISISHULPVERLENING**

**(\*) Dit advies werd bekrachtigd door het Speciaal Bureau op 08/02/2001**

Op 8 april 1999 bekrachtigde het Bureau van de NRVZ het advies m.b.t. de inhoud en organisatie van de dringende psychiatrische hulpverlening. In dit advies werden een aantal begrippen inzake dringende psychiatrische hulpverlening vastgelegd en werden de inhoud en basisprincipes bepaald inzake de organisatie van deze dringende hulpverlening.

Deze basisprincipes worden in dit advies verder uitgewerkt en geconcretiseerd. Beide adviezen dienen dan ook in samenhang met elkaar gelezen en uitgevoerd te worden.

Dit ontwerpadvies tot operationalisering van het initieel advies over de dringende psychiatrische hulpverlening kwam tot stand in de ad hoc werkgroep '*dringende psychiatrische hulpverlening*'. Leden van de werkgroep waren: Dr. P. Corten, Prof. Dr. L. Cassiers, Prof. Dr. M. De Clercq (†), Prof. Dr. P. Igodt, Prof. Dr. S. Jannes, Prof. Dr. I. Pelc, Prof. Dr. J. Peuskens, mevr. I. Van der Brempt, dhr. M. Vandervelden, dhr. J. Van Holsbeke (voorzitter).

Het secretariaat werd waargenomen door: dhr. J. Holsbeek.

De ad hoc werkgroep vergaderde dertien maal op: 19 oktober 1999, 16 november 1999, 2 december 1999, 22 december 1999, 16 februari 2000, 21 maart 2000, 4 april 2000, 29 juni 2000, 4 en 20 september 2000, 5 en 18 oktober 2000 en 8 november 2000.

Tijdens de werkzaamheden van de ad hoc werkgroep werd o.a. nader kennis genomen van de onderzoeksresultaten van de studie van Prof. S. Jannes en dhr. D. Spooren betreffende de pilootprojecten inzake dringende psychiatrische crisishulpverlening.

## 1 Uitgangspunten tot concretisering

### Dringende psychiatrische hulpverlening : gelijktijdige en geïntegreerde aanpak vereist

Volledig conform het basisadvies inzake inhoud en organisatie van de dringende psychiatrische hulpverlening wordt in dit advies gesteld dat de hierna beschreven drie niveaus waarop dringende hulpvragen een beroep kunnen doen in een concreet werkingsgebied gelijktijdig en op geïntegreerde wijze in het kader van een functioneel samenwerkingsverband van alle GGZ-sectoren uitgewerkt moeten worden, zo niet wordt het *dweilen met de kraan open* of zullen zich onmiddellijk doorstromingsproblemen voordoen.

### 1.2 Dringende hulpverlening : iedereen is medeverantwoordelijk

Geen enkele hulpverlener in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) kan zich onttrekken aan de opdracht om binnen zijn taak en opdracht in de GGZ open te staan voor en antwoord te bieden of te

zoeken (indien hij dit zelf niet alleen of volledig kan) voor dringende psychiatrische hulpvragen die zich bij hem aanmelden.

Dit houdt o.a. in dat in de taakstelling van de diverse voorzieningen, diensten, zorgverleners, op afdwingbare wijze, bepalingen zullen moeten worden opgenomen m.b.t. wachtregelingen en beschikbaarheid voor dringende hulpvragen tijdens de normale activiteitsuren en de organisatie van en participatie aan gezamenlijke overkoepelende 24-uren wachtregelingen.

### **3 Onnodige tussenstappen vermijden**

Aanmeldingen voor dringende hulpvragen moeten zoveel mogelijk en zo snel mogelijk in contact worden gebracht met de hulpverleningsinstantie die in staat is om op een volwaardige en deskundige wijze hulp te bieden. Daarom moeten nutteloze overplaatsingen en tussenstations tijdens de dringende hulpverlening vermeden worden. Als de aanmelding van de dringende hulpvraag zich manifesteert waar geen specifieke GGZ-deskundigheid of hulpverleningscapaciteit aanwezig is, bv. in de thuissituatie of in de dienst spoedgevallen, dan moet, zo het niet aangewezen is om de patiënt naar de GGZ door te verwijzen, de GGZ-hulp daarnaartoe gebracht kunnen worden.

#### **1.4 Aanmelding en indicatiestelling onderscheiden van vervolgzorg**

Dringende psychiatrische hulpverlening bevat (cf. advies dd. 8 april 1999) twee componenten die onderscheiden moeten worden uitgebouwd, nl.:

Aanmelding, eerste voorlopige diagnostiek, stabiliserende interventies en indicatiestelling voor vervolgzorg. Deze zorgfunctie kan zowel ambulante als residentieel aangeboden worden.

Daarna volgt een veelheid van mogelijke vormen van vervolgzorg voor verdere diagnostiek en behandeling.

#### **1.5 Kinderen en jongeren**

De principes ontvouwd in dit advies evenals de concrete voorstellen tot operationalisering ervan, zijn eveneens, in het kader van de zorgcircuit en netwerkgedachte, van toepassing op kinderen en jongeren, rekening houdend met de specificiteiten van de zorgverlening aan deze doelgroep.

## **2 Concreet voorstel tot operationalisering**

De capaciteit tot meer en betere dringende psychiatrische hulpverlening moet op samenhangende wijze op volgende drie niveaus uitgebouwd worden :

- in de basiswerking van elke GGZ-zorgverlener, dienst, voorziening;
- door de versterking van de opvang- en behandelmogelijkheden van acute patiënten in de A-diensten;
- door de creatie van specifieke eenheden voor psychiatrische crisiszorg : enerzijds in relatie tot de spoedgevallenzorg in AZ en anderzijds in psychiatrische ziekenhuisdiensten met een voldoende omvang (tenminste 90 A-bedden), versterkt door een mobiele urgentie-equipe die voor beide types van crisiseenheden functioneert.

## 2.1 Niveau basiswerking: in de dringende psychiatrische crisishulpverlening is iedereen (mede)verantwoordelijk

Elke zorgverlener (zowel individuele zorgverleners als diensten en voorzieningen) moet zorg dragen voor de continuïteit van de zorg voor de patiënten die in behandeling zijn (geweest).

Aan deze verantwoordelijkheid kan men zich niet onttrekken. De daaruit voortvloeiende verplichtingen kunnen door henzelf opgenomen worden en/of gerealiseerd worden in het kader van functionele samenwerking tussen partners van het netwerk.

Hoe dan ook impliceert deze benadering dat alle actoren in de GGZ t.a.v. dringende hulpvragen de primaire verantwoordelijkheid hebben om modaliteiten te voorzien om patiënten en hun families te woord te staan, bv. telefonisch consult kunnen geven; te voorzien in mogelijkheden voor een niet geplande dringende consultatie; voor dringende opname in psychiatrische ziekenhuisdiensten. Daarom moeten alle voorzieningen hun werking dermate organiseren dat er buffers zijn in bv. consultatie-uren of open consultatiemomenten, dat er voldoende bereikbaarheid is...

Voor de ambulante centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGGZ) betekent dit dat, tijdens de openingsuren van het centrum, een modaliteit voorzien moet worden om op vragen voor dringende hulp een antwoord te bieden. Buiten deze openingsuren moet ten minste de bereikbaarheid gegarandeerd kunnen worden (bv. via een telefonische wacht voor advies die in samenwerking met andere centra gerealiseerd wordt). Bij de bevoegde gewest- en gemeenschapsoverheden moet nagegaan worden hoe deze doelstelling best kan gerealiseerd worden en welke additionele middelen hiertoe moeten voorzien worden.

## 2.2 Versterking van opvang en behandel mogelijkheden voor acute patiënten in A-diensten.

Nu reeds wordt aan de huidige omkadering, voorzien in de erkenningsnormen van de A-diensten, expliciet de opdracht gegeven tot dringende hulpverlening bij crisissituaties; we citeren : *“De dienst A is bestemd voor volwassen patiënten die ofwel een dringende hulp vergen in geval van crisistoestand, ofwel een observatie of een actieve behandeling vergen.”*

De huidige omkadering van de A-diensten laat noch kwantitatief noch kwalitatief toe om deze opdracht naar behoren te vervullen.

Als vereist personeelskader wordt voorgesteld om de huidige bestaffing, homogeen voor alle A-diensten, te verhogen tot 17,75 per 30 A-bedden voor volledige hospitalisatie. Deze personeelsverhoging moet alle A-diensten in de mogelijkheid stellen om gedurende 365 dagen per jaar ten minste 3 personeelsleden effectief aanwezig te laten zijn van 07.00 tot 23.00 uur. Deze personeelsomkadering kan toelaten om op een kwalitatieve wijze te kunnen instaan voor acute opnamen in combinatie met het toezicht, de begeleiding en behandeling van gehospitaliseerde patiënten.

## 2.3 Organisatie van de psychiatrische crisiszorg.

### 2.3.1. *Eenheden voor psychiatrische crisiszorg.*

## *Pilootprojecten*

Voor een deel van de patiënten die beroep doen op een dringende psychiatrische hulpverlening is een intensieve, zogenaamde crisishospitalisatie vereist met een korte therapeutische interventie waardoor een klassieke psychiatrische hospitalisatie kan worden voorkomen. Drie Belgische psychiatrische ziekenhuisdiensten, respectievelijk in het Vlaamse, Waalse en Brusselse gewest zijn sinds 1993 belast met de inrichting van een dergelijke eenheid en dit in het kader van proefprojecten, die permanent door de Universiteit van Gent worden geëvalueerd. Er werd hen gevraagd de opdrachten van een dergelijke eenheid te definiëren, de kenmerken van de patiënten te beschrijven wier behoeften met dit specifieke aanbod overeenstemmen en andere nuttige aanbevelingen te formuleren.

In de drie centra werd een aantal evaluaties uitgevoerd, in het bijzonder m.b.t. de tevredenheid van de patiënten en hun familie; die evaluaties werden binnen een begeleidingswerkgroep op het Ministerie besproken; de algemene resultaten hebben het voorwerp uitgemaakt van een omstandig rapport aan de ad hoc-werkgroep:

De overgrote meerderheid van de patiënten wordt in het Crisiscentrum opgenomen ingevolge een dringend consultatieverzoek.

De crisistoestand is een situatie waar het individu zich niet meer kan aanpassen, hetzij ingevolge een bijzonder traumatische gebeurtenis, hetzij ingevolge persoonlijkheidsstoornissen of nog het verdwijnen van een ondersteunende omgeving.

Ook patiënten die bijvoorbeeld een zelfmoordpoging hebben ondernomen, chronische psychiatrische patiënten met acute decompensatie - in het bijzonder diegenen die in ambulante centra, dagcentra, initiatieven van beschut wonen worden begeleid en die vervolgens na een verblijf in een crisiscentrum in voormelde zorgcentra kunnen worden opgenomen, komen in aanmerking voor crisishospitalisatie. Adolescenten die een psychologische crisis doormaken, vormen een bijzonder geschikte doelgroep. Meestal gaat het om patiënten met borderline pathologieën, die aanpassingsproblemen hebben of nog die slachtoffer zijn van een acute stresstoestand.

Slechts bij 15% van de dringende consultaties zijn de juiste klinische indicaties aanwezig om de betrokkenen in een Crisiscentrum op te nemen. Na een verblijf van 1,5 dagen tot maximum 5 dagen kan bij 80% van hen een hospitalisatie worden voorkomen.

Dit soort van eenheid vereist een hogere financiering dan de huidige financiering van de A-bedden. Deze meeruitgave wordt ruimschoots gecompenseerd door de besparing die wordt gerealiseerd doordat 80% van de patiënten die in de crisiseenheid hebben verbleven niet moeten worden gehospitaliseerd (een besparing van ongeveer 75 miljoen BEF per crisiseenheid).

## *Personeelskader*

De Crisiseenheid moet zijn samengesteld uit een multidisciplinair team met een bijzondere bekwaamheid in crisiszorg die niet alleen de opvang van de patiënt omvat, maar meestal ook van diens entourage.

De ervaring heeft geleerd dat een dergelijke eenheid een specifieke psychiatrische hospitalisatie-eenheid moet vormen van minstens 4 tot maximum 8 bedden.

Voor een eenheid met 6 bedden bestaat het team uit een administratieve hulp, 3 psychologen, een sociaal werker en 8 verpleegkundigen. Concreet betekent dit een personeelsomkadering van 2,15 voltijds equivalent (VTE) per crisisbed.

Teneinde de personeelsbestaffing in deze psychiatrische crisisbedden op niveau van de personeelsomkadering van 2,15 VTE per crisisbed te brengen wordt de bestaffing van de A-bedden waarin deze crisisactiviteit wordt uitgebouwd (zijnde 0,6 VTE per bed of 17,75 VTE per 30 bedden) verhoogd met 1,55 VTE per bed.

De eenheid moet kunnen beschikken over 58 uren medisch-psychiatrische omkadering per week verdeeld over ten minste 2 psychiaters. Daartoe moet een specifieke regeling mbt. toezichtshonoraria in deze crisiseenheden uitgewerkt worden.

### *Programmatienormen, typologie en inplanting van de eenheden voor psychiatrische crisiszorg*

Voor het bepalen van de globale behoefte aan bedden voor psychiatrische crisishulp wordt uitgegaan van een inschatting van de vereiste hulpverleningscapaciteit in relatie tot het aantal geprogrammeerde A-bedden in algemene ziekenhuizen en in psychiatrische ziekenhuizen en de resultaten van de hoger geciteerde pilootprojecten inzake crisishulpverlening.

Concreet wordt voorgesteld om uit te gaan van een programmatie van 298 bedden in eenheden voor psychiatrische crisiszorg. Dit cijfer stemt overeen met 1 crisisbed per 30 geprogrammeerde A-bedden of per 1 crisisbed per 35.000 inwoners.

Dit globale aantal te programmeren psychiatrische crisisbedden moet enerzijds voorzien worden voor de psychiatrische patiënten die zich aanmelden met dringende hulpvragen in relatie tot de spoedgevallenzorg in algemene ziekenhuizen.

Meestal gaat het om personen met een niet gekende psychiatrische problematiek en/of met een somatische comorbiditeit.

Anderzijds dienen ook psychiatrische crisisbedden voorzien te worden voor personen met een psychiatrische problematiek die beroep moeten kunnen doen op crisishulpverlening verbonden aan psychiatrische ziekenhuizen.

### *Programmatie en inplanting van eenheden voor psychiatrische crisiszorg in relatie tot de spoedgevallenzorg in algemene ziekenhuizen*

Voor wat betreft de programmatie wordt ervoor geopteerd een soepele norm te hanteren : 1 eenheid van 6 bedden per 300.000 à 500.000 inwoners, rekening houdend met ondermeer de stedelijke of rurale omgeving en met de toegankelijkheid van een dergelijke eenheid. Dit kan resulteren in een aanbod van maximaal 160 crisisbedden.

Deze psychiatrische crisiseenheden dienen gelokaliseerd te worden in :

- \* hetzij ziekenhuizen die naast een spoedgevallendienst ook beschikken over een psychiatrische ziekenhuisdienst;  
In een algemeen ziekenhuis moet deze eenheid voor psychiatrische crisiszorg deel uitmaken van de A-dienst en duidelijk gescheiden worden van de eventueel op de spoedgevallendienst aanwezige bedden voor tijdelijke hospitalisatie.
- \* hetzij een psychiatrisch ziekenhuis en dit in afspraak met de algemene ziekenhuizen met een dienst spoedgevallen uit het werkingsgebied.

### *Programmatie en inplanting van de eenheden voor psychiatrische crisiszorg verbonden aan psychiatrische ziekenhuizen*

In het advies m.b.t. de inhoud en organisatie van de dringende psychiatrische hulpverlening dd.8 april 1999, wordt in punt 4 gesteld dat een grote groep van patiënten die beroep doen op dringende psychiatrische crisishulp, patiënten zijn met een manifeste en/of gekende psychiatrische problematiek. Zo zullen o.a. patiënten die in behandeling zijn geweest bij herval beroep doen op crisishulpverlening.

In het kader van de gedwongen opname zal rechtstreeks beroep gedaan worden op crisishulpverlening in psychiatrische ziekenhuisdiensten van PZ die hiervoor erkend zijn (A-diensten).

Ook wanneer psychiatrische patiënten aangemeld worden in spoedgevallendiensten van AZ kan het nodig zijn om deze patiënten voor de crisishulpverlening snel door te verwijzen naar de psychiatrische ziekenhuisdiensten (A-diensten).

Rekening houdend met de basisprincipes van een goede organisatie van de dringende psychiatrische hulpverlening moeten deze patiënten zonder onnodige tussenstappen (zie punt 1.3. van bovenvermeld advies) en met respect voor de continuïteit van de behandeling van de psychiatrische crisishulpverlening, opgevangen worden in de psychiatrische ziekenhuisdiensten erkend onder kenletter A.

Psychiatrische ziekenhuisdiensten A met een voldoende grote omvang beschikken over zowel een gedifferentieerde expertise en ervaring inzake crisiszorg als over een voldoende grote vraag naar dit type van zorg. Daarom wordt voorgesteld om aan psychiatrische ziekenhuisdiensten A met een voldoende omvang ('t is te zeggen 90 A-bedden en/of plaatsen) de mogelijkheid te bieden om binnen de reeds erkende bedden een eenheid voor psychiatrische crisiszorg te realiseren.

Inzake programmatie van deze aan psychiatrische ziekenhuizen verbonden crisiseenheden wordt uitgegaan van een programmatie van 1 bed per 75.000 inwoners.

Een psychiatrisch ziekenhuis met 90 of meer A-bedden en plaatsen kan steeds een eenheid voor psychiatrische crisiszorg van minimum 4 bedden realiseren. Psychiatrische ziekenhuizen met meer dan 90 A-bedden of -plaatsen kunnen daarenboven aan deze 4 bedden, 1 aanvullend crisisbed per 30 A-bedden of -plaatsen (boven 90 A-bedden) toevoegen tot een eenheid voor psychiatrische crisiszorg van maximum 8 bedden.

Voor zover het programmatorisch voorziene aantal bedden crisisbedden voor psychiatrische ziekenhuizen van 1 bed per 75.000 inwoners niet overschreden wordt en voor zover dit het voorwerp uitmaakt van een samenwerkingsakkoord met de psychiatrische ziekenhuizen uit het werkingsgebied kunnen de nog programmatorisch overblijvende psychiatrische crisisbedden gerealiseerd worden in één van de psychiatrische ziekenhuizen uit beoogde werkingsgebied dat eveneens moet beschikken over tenminste 90 A-bedden of plaatsen.

Dit kan resulteren in maximaal 138 crisisbedden.

#### *2.3.2. Mobiele urgentie-equipe*

Benevens deze psychiatrische crisiseenheden wordt voorgesteld om een mobiele urgentie-equipe te creëren. Deze mobiele urgentie-equipe moet met name beschikbaar zijn voor oproepen:

in algemene ziekenhuizen (AZ) :

- a opdat de modaliteiten van de dringende psychiatrische crisishulpverlening beschikbaar moeten zijn in ziekenhuizen met een erkenning van de functie spoedgevallenzorg zonder psychiatrische wachtfunctie en/of permanentie;
- b en opdat in ziekenhuizen met een erkenning van de functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg en waarvoor een psychiatrische wachtfunctie en/of permanentie vereist wordt, via samenwerking met de mobiele urgentie-equipe, een betere invulling kan gegeven worden aan de dringende psychiatrische crisishulpverlening.

## 2 in de thuiszorgsituatie

- a) Om in functie van oproepen van huisartsen, hetzij advies en consult te geven bij het opnemen van dringende hulpvragen, hetzij op uitdrukkelijke vraag van de huisarts ter plaatse te kunnen gaan voor dringende hulpverlening in de thuissituatie zelf.
- b) Deze hulpverlening moet eveneens op vraag van de huisarts aangeboden kunnen worden aan patiënten in thuisvervangende situaties, bv. MPI, RVT, rusthuizen, ...

Deze mobiele urgentie-equipe realiseert met andere woorden binnen het werkingsgebied van 300.000 à 500.000 inwoners de overkoepelende psychiatrische 24-uurswacht en permanentie en realiseert uitrukkende hulpverlening in structuren die niet tot de GGZ behoren.

Een mobiele urgentie-equipe vervult haar opdrachten steeds in nauwe functionele samenwerking en complementariteit met de eenheden voor psychiatrische crisiszorg binnen haar werkingsgebied.

Het personeel dat nodig is om deze mobiele urgentie-opdracht te realiseren wordt beschreven als een personeelsequipe complementair aan het personeelskader dat voorzien wordt in de eenheden voor psychiatrische crisiszorg.

In functie van deze complementariteit wordt voor de financiering van het personeelskader van de mobiele urgentie-equipe uitgegaan van een beperkte multidisciplinaire personeelsformatie die bestaat uit 7,5 voltijdsequivalent personeelsleden, tenminste omvattende volgende kwalificaties : psycholoog, maatschappelijk werker en verpleegkundige.

Voor de medisch-psychiatrische functie wordt gekozen voor een benadering waarbij - via de creatie van een specifieke nomenclatuurcode voor dringende psychiatrische crisishulpverlening - een aangepaste vergoeding wordt voorzien voor de psychiaters die in het kader van de activiteiten van de mobiele urgentie-equipe instaan voor de medische inbreng in deze hulpverlening.

Voor de berekening van de honorering van deze medische prestatie dient rekening gehouden te worden met o.a. de vereiste beschikbaarheid, de duur en het tijdstip van de medische interventie. Deze prestatie kan enkel geattesteerd worden in het kader van interventies en activiteiten van de mobiele urgentie-equipe. Voor het vervullen van deze medische prestaties kan de equipe een beroep doen op de geneesheren-psychiaters werkzaam in de voorzieningen die participeren aan deze 24-uur-op-24-oproepbare-wacht.



Van alle partners mag kunnen verwacht worden dat ze zich engageren, in het kader van een functionele samenwerking, tot het realiseren van een 24-uurswacht en permanentie waar niet alleen dringende psychiatrische hulpvragen aangemeld kunnen worden, maar die ook in staat moet zijn om buiten of bovenop de openingsuren van de deelnemende zorgverleners en voorzieningen in te staan voor een uitrukkende psychiatrische hulpverlening.

Ter realisatie en sturing van de verschillende aspecten van de mobiele urgentie-equipe wordt een functioneel samenwerkingsinitiatief gecreëerd.

Aan deze functionele samenwerking participeren alle in het werkingsgebied aanwezige PZ, PAAZ en CGGZ en dit voor zover zij zichzelf er niet formeel van hebben uitgesloten.

#### 2.4 Dringende psychiatrische crisishulpverlening vraagt gepaste vervolgzorg

Teneinde knelpunten en dichtslibbing in de hulpverlening van dringende psychiatrische hulpgroepen te voorkomen, moeten voldoende en aangepaste vervolg zorgmogelijkheden voorhanden zijn.

Binnen de organisatie van de dringende psychiatrische crisishulpverlening moeten dan ook van bij het begin tussen de participerende voorzieningen bindende afspraken gemaakt worden voor de vlotte doorverwijzing naar vervolgzorg.

Diverse vormen van vervolgzorg moeten daarom verder ontwikkeld worden, zowel naar ambulante behandeling als naar psychiatrische vervolgzorg, binnen de modaliteit van een hospitalisatie.