

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

BRUSSEL, 10/07/2002

Bestuur van de Gezondheidszorgen

Bestuursdirectie Gezondheidszorgbeleid.

**NATIONALE RAAD VOOR ZIEKEN-
HUISVOORZIENINGEN.**

Afdeling "Programmatie en Erkenning"

O/Ref. : NRZV/D/PSY/208-2 (*)

**ADVIES BETREFFENDE DE OPVANG VAN
VERSLAAFDEN**

DE VOORZITTER,

getekend

Prof. Dr. J. PEERS

**(*) Dit advies werd bekrachtigd op de speciaal Bureauvergadering dd. 10 juni
2002**

ADVIES BETREFFENDE DE OPVANG VAN VERSLAAFDEN

- ↪ Zorgprogramma : opdrachten en functies**
- ↪ Dubbele pathologie : beschrijving en specifieke opdrachten**
- ↪ Netwerkcoördinator en case manager**

Plan :

Uitwerking van het advies

1. Conceptuele context van het advies
2. Reeds bestaande en te ontwikkelen functies in het kader van de opvang van verslavingsgevallen
 - 2.1. Opvang
 - 2.2. Spoedgevallen en crisis
 - 2.3. Evaluatie, oriëntatie
 - 2.4. Cure et care
 - 2.5. Revalidatie
3. De verslavingsgevallen met dubbele pathologie
 - 3.1. Beschrijving
 - 3.2. Specifieke opdrachten
 - 3.2.1. Opdrachten m.b.t. de diagnosestelling , de evaluatie en de indicatiestelling
 - 3.2.2. Opdrachten m.b.t. de behandeling
 - 3.2.3. Netwerksamenwerking
 - 3.3. Programmatie
 - 3.4. Architectonische normen
4. Individueel case management
5. Coördinatie van de organisatie en de inhoud van de taken en de functies voor patiënten met verslavingsproblemen in elk netwerk
6. Concrete uitwerking
7. Besluit

Bijlage(n) : synthese van de hoorzittingen.

Uitwerking van het advies

Dit advies werd door een ad hoc-werkgroep van de NRZV, onder het voorzitterschap van de heer J. Van Holsbeke, voorbereid.

Hij is samengesteld uit volgende personen : J. Boydens, B. Casteleyn, R. De Rycke, F. Tibaux, J.-Cl. Frogneux, G. Goyvaerts, I. Pelc, J.-P. Roussaux, I. Van der Brempt, M. Vandervelden en J. Wilmotte.

Die werkgroep is samengekomen op 01/10/2001, 12/10/2001, 22/10/2001, 06/11/2001, 16/01/2002, 18/02/2002, 13/05/2002 en 06/06/2002.

De werkgroep heeft ook twee hoorzittingen georganiseerd waarop verschillende experts en vertegenwoordigers van het zorgaanbod werden uitgenodigd. Er zal een synthese van de hoorzittingen bij dit advies worden gevoegd.

De werkgroep heeft kennis genomen van de volgende documenten :

- a) Het “advies inzake de behandeling van gebruikers van illegale drugs” van de NRZV van 26 oktober 1995 ;
- b) De “Technische fiche 1.8.” van het eerste advies van de NRZV van 1 februari 1996 ;
- c) De nota : “unit voor verslaafden in het psychiatrisch ziekenhuis” Werkdocument van de NRZV van 8 juli 1996 ;
- d) “Hulpverlening aan Druggebruikers” Broeders van Liefde, maart 1998 ;
- e) De MKG-MPG-Flash 1 “Druggebonden hospitalisaties in de Belgische ziekenhuizen” van het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, November 1998 ;
- f) Het programma van de studiedag van de Koningin Fabiola Stichting “La toxicomanie aujourd’hui : Quel traitement ? Pour qui?” 8 december 1999 ;
- g) “Definitieve tekst : Taakgroep Zorgcircuit Verslaving” Broeders van Liefde November 2000 ;
- h) “Conceptnota Organisatie Model Zorgcircuit Middelengebruik” RUG-PopovGGZ-Provincie Oost-Vlaanderen, 2001 ;
- i) Odyssée : accueil des personnes toxicomanes CHP de Liège 2001 ;
- j) “La rééducation fonctionnelle des toxicomanes de 1980 à 1999”, RIZIV juni 2001;
- k) la note complémentaire à la note de la DGASS en ce qui concerne les initiatives soutenues par la Région wallonne en matière de toxicomanie. Kabinet van Minister Detienne. Oktober 2001 ;
- l) “Evaluatie van medisch-sociale opvangcentra voor druggebruikers” Federale Diensten voor wetenschappelijke, technische en culturele aangelegenheden. DWTC November 2001.
- m) Federale Beleidsnota Drugs, 19 januari 2001
- n) Overeenkomst betreffende duidelijke afspraken m.b.t. de samenwerking tussen justitie en hulpverlening, eindverslag 31/01/2002 ; ter uitvoering van actiepunten 4.1.2. van de Federale Beleidsnota Drugs.

1. CONCEPTUELE CONTEXT VAN HET ADVIES

Dit advies kadert in de logica van het tweede advies van de permanente werkgroep “psychiatrie” van de NRZV betreffende de toekomstige organisatie en ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg, bekrachtigd door het Bureau van de NRZV op 12 juni 1997. Dat advies pleit voor een specifieke organisatie van het zorgaanbod in de geestelijke gezondheidszorg toegespitst op doelgroepen en gebaseerd op een instellingsoverschrijdende functionele samenwerking.

De werkgroep meent dat men nog altijd dat advies als uitgangspunt moet nemen en dat het nu de gelegenheid is om het advies concreet uit te werken. Hij neemt zich voor om, in het verlengde van het huidig document, een bijkomend advies te formuleren omtrent de bestanddelen waaruit elk zorgprogramma moet zijn opgebouwd opdat de zorg aangepast zou zijn aan de behoeften van personen met verslavingsproblemen.

In tegenstelling tot de voorstellen uit het advies van 12/06/1997, wordt voorgesteld om geen afzonderlijke zorgcircuits voor verslaafden te creëren. Het advies stelt voor de noodzakelijke bestanddelen en zorgoriëntaties van elk zorgprogramma voor kinderen, volwassenen en bejaarden te specificeren, maar ze niet te scheiden.

Men kan vaststellen dat het zorgaanbod in dat domein in de praktijk vooral op de doelgroep van volwassenen gericht is. In de zorgcircuits voor jongeren moet ook een aanbod worden ontwikkeld dat aangepast is aan het verslavingsprobleem.

De verschillende bestanddelen waarin moet worden voorzien voor het uitvoeren van de binnen elk netwerk noodzakelijke opdrachten inzake verslavingsproblematiek vereisen evenwel een specifieke samenhang en samenwerking.

Zo moet dat aanbod dat gericht is op personen met verslavingsproblemen volwaardig deel uitmaken van de zorgprogramma's van elke doelgroep.

De functionele samenwerkings**netwerken**, die voor een bepaald zorgcircuit reeds minstens een psychiatrisch ziekenhuis, een algemeen ziekenhuis (bij voorkeur met PAAZ) en een Centrum voor geestelijke gezondheidszorg omvatten, zullen hiertoe moeten worden uitgebreid met de MASS-MSOC's en de initiatieven voor personen met verslavingsproblemen die vallen onder het RIZIV. Elk netwerk voor geestelijke gezondheidszorg zal ook partnerschappen tot stand moeten brengen met de andere voorzieningen buiten de geestelijke gezondheidszorg (justitie, onderwijs, arbeid, huisvesting). Op die manier komt men tot een compleet **zorgaanbod**. Hiertoe dient elk zorgcircuit, er via zijn **programma's**, voor te zorgen dat alle **functies** die nodig zijn voor de totale opvang van de verslavingsgevallen verzekerd zijn. Onder functie verstaat men : opvang, oppuntstelling en oriëntatie, behandelingen in residentiële en ambulante vorm, (her)activering, revalidatie, vorm van nazorg, spoedgevallen en crisissen, etc....

De preventiefunctie wordt in dit advies niet geëxpliciteerd, niet omdat ze onbelangrijk zou zijn voor de betrokken problematiek, – integendeel - (zie federaal plan “drugs”), maar omdat primaire preventie geen specifieke opdracht is voor de zorginstellingen. We merken hierbij ook op dat de verschillende aspecten van secundaire en tertiaire

preventie altijd verwezenlijkt worden door de functies opvang, diagnose, behandeling, revalidatie, nazorg,...

Eén van de vernieuwende elementen van het tweede advies betreffende de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg was dat het aanbod opnieuw moest worden uitgedacht in termen van te waarborgen zorgfuncties en zorgvormen, eerder dan in termen van structuren, bedden of plaatsen. Dit advies kadert in die optiek. Overeenkomstig de beleidsnota van de Ministers Aelvoet en Vandenbroucke “De psyche : mij een zorg ?!” is het overigens van primordiaal belang om de patiënt hierbij als uitgangspunt te nemen. In die zin is het noodzakelijk dat de aangeboden dienst ook een transmurale dimensie heeft, waarbij men de patiënt gaat opzoeken daar waar hij zich bevindt in plaats van opgesloten te blijven in een architectonisch afgebakende locatie “we moeten evolueren van een zorg *voor* de patiënt naar een zorg *met* de patiënt” (cf. Beleidsnota).

2. REEDS BESTAANDE EN TE ONTWIKKELEN FUNCTIES IN HET KADER VAN DE OPVANG VAN VERSLAVINGSGEVALLEN

Naar aanleiding van de hoorzittingen is de werkgroep van mening dat een aantal van die zorgfuncties en zorgvormen niet mag worden losgekoppeld van het zorgcircuit waarop ze betrekking hebben (volwassenen, jongeren, bejaarden). Op die manier zal men niet alleen voorkomen dat verslaafden worden gestigmatiseerd en uitgesloten, maar ook dat zorgvoorzieningen elkaar gaan overlappen.

2.1. Opvang

In België bestaan er talrijke specifieke en niet-specifieke opvangstructuren. Enerzijds hebben de laagdrempelige Medisch-Sociale Opvangcentra (MSOC-MASS), hun nut en hun specificiteit getoond. Anderzijds dient men de betrokkenheid van huisartsen in de opvang van verslaafden te ondersteunen (cf. hoorzittingen). Men merkt ook op dat een aantal gespecialiseerde centra, die door het RIZIV worden ondersteund, hun activiteit hebben uitgebreid tot de opvang, net zoals een aantal Centra voor geestelijke gezondheidszorg. Voorstellen :

- algemeen gezien is het, gelet op de complexiteit van de verslavingsgerelateerde problemen (somatisch, psychologisch en sociaal) thans niet aangewezen om zeer specifieke opvangstructuren (opvang) uit te breiden, maar er wordt wel voor gepleit dat de meer generalistische structuren minder afwijzend staan t.a.v. die problemen.
- In die zin zou de samenwerking tussen gespecialiseerde centra en generalistische structuren moeten worden verbeterd.
- Ten slotte zou het aanbod van de Medisch-Sociale Opvangcentra (MASS-MSOC) veralgemeend moeten worden voor het ganse land (zie RIZIV-verslag en de door het DWTC uitgevoerde evaluatie).

2.2. Spoedgevallen en crisis

Drugs- en andere verslaafden zijn vaak “het zwarte schaap” van de spoedgevallendiensten, en dit om diverse redenen. Eén ervan is het gedrag dat veroorzaakt wordt door de verschillende verslavingsvormen : niet verdragen van frustraties, verlies van tijdsbesef, gedrag dat door de verpleegteams als manipulerend wordt beschouwd, zoeken naar antwoorden van het type “alles, onmiddellijk”, soms opgewonden gedrag, zelfs met fysiek geweld. Dat alles maakt van hen patiënten die niet meteen geduldig hun beurt afwachten in de wachtzaal van de spoedgevallen. Een andere reden waarom ze door de zorginstellingen afgewezen worden, is vaak ook van administratieve aard. Veel van die patiënten zijn insolvabel en niet in orde met de sociale zekerheid. Voor sommige instellingen is dat een rem om dat soort patiënten op te vangen.

In de praktijk stelt men vast dat op spoedgevallen veel van die patiënten een geassocieerde somatische comorbiditeit vertonen (flebitis, cirroses, infecties,...). Het

risico op overdosis blijft een essentiële bekommernis. Men pleit er dus zeker niet voor hen weg te houden uit de algemene zorgvoorzieningen voor volwassenen, jongeren of bejaarden en dat ondanks de problemen die de opvang van toxicomanen voor de spoedgevallendiensten meebrengen.

Wat de crisiscentra betreft, zijn er enerzijds de gespecialiseerde centra, die vooral op initiatief van het RIZIV werden opgericht, met verblijven van enkele weken, en, anderzijds, de crisiscentra in de ziekenhuizen met een opvang van enkele dagen (5 dagen). In dat laatste geval hebben de opgenomen personen een polyvalente diagnose. De RIZIV-crisiscentra zijn thans intensieve opvangcentra die bedoeld zijn voor toxicomanen die als dusdanig zijn geïdentificeerd door het gespecialiseerd netwerk. De opvang gebeurt in het kader van een langetermijnproject. De crisiscentra in de ziekenhuizen (zowel in de algemene ziekenhuizen als in de psychiatrische ziekenhuizen) voorzien in dringende opvang van ieder die zich aanmeldt : oppuntstelling en snelle doorverwijzing (cf. NRZV-advies Crisiscentra).

Voorstellen :

- In tegenstelling tot wat in de omzendbrief “Proefproject voor de invoering van crisiseenheden voor personen met middelengebonden stoornissen” wordt voorgesteld, is de werkgroep van mening dat de spoedgevallendiensten van de algemene ziekenhuizen geen onderscheid mogen maken tussen urgenties van algemene aard en urgenties die het gevolg zijn van een verslavingsprobleem.
- Men dient eraan te herinneren dat het NRZV-advies er voor pleit de psychiatrische spoedgevallen- en crisisdiensten niet alleen binnen de algemene ziekenhuizen te organiseren in het kader van hun spoedgevallenfunctie, maar ook in de psychiatrische ziekenhuizen. Bovendien moeten de crisiseenheden (zoals gedefinieerd in het advies van de NRZV dd. 08/4/99 en 08/02/02) eenheden zijn die ontstaan uit een functionele samenwerking van alle actoren van een welbepaalde regio en mogen ze niet worden opgevat als persoonlijke initiatieven van een instelling (cf. beschrijving in het nieuwe organisatieconcept van de geestelijke gezondheidszorg in zorgnetwerken en –circuits !)
- In die context wordt er op gewezen op dat crisisopvang niet alleen bestaat in handelingen die gericht zijn op overleven, maar dat het ook het uitgangspunt is van een therapeutische aanpak die een integratie van die opdrachten in het netwerk vereist.

2.3. Therapeutische evaluaties en oriëntaties

De therapeutische evaluaties en oriëntaties worden uitgevoerd door de verschillende zorgverstrekkers, zowel in ziekenhuisverband als ambulante. Voor één type van verslaving bleek bijzondere aandacht nodig te zijn, met name, verslaafden in een probleemsituatie ten gevolge van **een dubbele pathologie**. Hiervoor is een specifieke aanpak nodig met terzake gespecialiseerd personeel, onder andere, in de diagnose – en de behandelingsfase.

Voorstel : Zie punt 3 van dit document

2.4. Cure & Care

Wat de medische behandeling betreft, worden in het algemeen twee types van opvang voorgesteld : de ontwenning of de vervangingsbehandeling. Somatische ontwenning kan ambulantly gebeuren, alles zal afhangen van de kring die de patiënt ondersteunt en van diens motivatie. Uit proefprojecten bleek ook afdoende het belang van ontwenning in partiële daghospitalisatie. Die zorgvorm wordt nog te weinig gebruikt. Tot slot is er ook de ontwenning in ziekenhuisverband, waar vaak een beroep op wordt gedaan, hetzij in het kader van gespecialiseerde eenheden, hetzij in algemene (medische of psychiatrische) verpleegeenheden. De behandeling via vervangingsmiddelen kan trouwens gemakkelijk ambulantly gebeuren.

Men mag evenwel niet vergeten dat de behandeling van verslavingsgevallen zich niet beperkt tot ontwenning en dat er voor de follow-up, zowel buiten als binnen het ziekenhuis, specifiek opgeleid personeel nodig is.

Voorstellen :

- De werkgroep meent dat fysieke ontwenning thans een goed ingeburgerde techniek is die relatief vlot kan worden toegepast voor zover de patiënt de therapie trouw volgt en die, zowel ambulantly als in ziekenhuisverband, moet blijven worden toegepast door de zorgcircuits voor volwassenen, jongeren en bejaarden in het algemeen.
- Het inschakelen van correct opgeleide huisartsen om die behandelingen uit te voeren volgen is een recente positieve ontwikkeling, die ondersteund en omkaderd moet worden (cf. verslag over de follow-up van de Consensusconferentie over Methadon – Hoge Gezondheidsraad, Ministerie van Volksgezondheid 2000). Wat de nieuwe initiatieven inzake het toedienen van heroïne betreft, wordt voorgesteld om die initiatieven van dichtbij te volgen en de opportuniteit en de relevantie ervan te evalueren alvorens ze in het bestaande zorgaanbod te integreren.

2.5. Revalidatie

De revalidatiecentra voor verslaafden werden voornamelijk door het RIZIV ontwikkeld in het kader de revalidatiecentra, die onder zijn bevoegdheid vallen. Het voordeel van die voorzieningen is dat ze op maat zijn gemaakt, geval per geval, naar gelang van de behoeften en de vooropgezette doelstellingen. Het nadeel is dat die structuren buiten de programmatie vallen en op uiterst heterogene wijze over het Belgische grondgebied verspreid zijn.

Hierbij dient ook te worden opgemerkt dat veel van die behandelingen voortijdig worden stopgezet. Die veelvuldige onderbrekingen van de zorgcontracten zijn evenwel niet het bewijs dat die structuren niet geschikt zijn. Bij verslaafden is hervallen eerder regel dan uitzondering. In tegenstelling tot andere pathologieën, waar het hervallen een slecht teken is voor de toekomstige prognose zijn de kansen op succes van de opvang pas reëel na een bepaalde periode, tijdens welke patiënten meermaals hervallen.

De revalidatieprogramma's voor verslaafden moeten rekening houden met alle behoeften van het individu en ze moeten dus bijzonder flexibel, soepel en vernieuwend zijn wat de opvang betreft.

Voorstellen :

- Er wordt aanbevolen om het zorgaanbod van de geconventioneerde centra te herwaarderen en te integreren in het takenpakket dat in de beschrijving van zorgprogramma van elk netwerk per leeftijdsdoelgroep is opgenomen.
- Het zorgaanbod van de revalidatiecentra moet op een meer homogene wijze over het grondgebied worden uitgebreid en doeltreffender inspelen op de specifieke problemen : vrouwen met of zonder kinderen, jongeren met gerechtelijke problemen, gevangensmilieu,...

3. DE VERSLAVINGSGEVALLEN MET DUBBELE PATHOLOGIE

3.1. Beschrijving

De werkgroep verkoos de term “verslavingsgevallen met dubbele pathologie” boven de term “toxicomaan met dubbele diagnose” om verwarring te voorkomen met de internationale literatuur. De uitdrukking “toxicomaan met dubbele diagnose” verwijst vooral naar de Angelsaksische literatuur, naar toxicomanen met psychotische stoornissen. De werkgroep is van mening dat het terrein van de subdoelgroep moet worden uitgebreid (andere significante mentale pathologieën of ernstige somatische pathologieën), maar dat er stringente inclusiecriteria moeten gelden.

De werkgroep meent dat de beoogde subdoelgroep duidelijk moet worden afgebakend. Het feit dat toxicomanen probleempatiënten zijn, is inderdaad vaker regel dan uitzondering. Toxicomanieën zijn sterk verweven met gedrags-, gerechtelijke, sociale en relationele problemen met de onmiddellijke omgeving, de buurt of de openbare orde. Bovendien zijn er in feite geen toxicomanen die niet op een of andere manier polytoxicomaan zijn. Polytoxicomanie is eerder regel dan uitzondering, alcohol- en geneesmiddelenmisbruik komt zeer vaak voor, alsook een gewijzigde persoonlijkheidsstructuur ingevolge de verslaving.

Uit die subdoelgroep worden dus de verslavingsgevallen uitgesloten waarvoor de geassocieerde problematiek niet van medische of psychiatrische aard is, zoals de hierboven beschreven problematieken. Ook de verslavingsgevallen met een comorbiditeit die niet echt problematisch of complex is (bvb. een weinig evolutieve hepatitis of een tijdelijke wijziging van de persoonlijkheid of gedragingen die te wijten zijn aan drugsgebruik en die normaal zouden moeten afzwakken naar het einde van de behandeling toe,...) worden uitgesloten.

Onder verslaafden met dubbele pathologie wordt dan ook verstaan :

- enerzijds : patiënten die problemen opleveren, hetzij door het herhaaldelijk falen van de behandelingspogingen, hetzij door de complexiteit van het probleem (geen therapietrouw, abnormaal verloop van de opvang, optreden van collaterale syndromen,...) ;
- anderzijds : patiënten waarvoor men kan aannemen dat de oorsprong van hun probleemsituatie ligt in het feit dat ze, naast toxicomanie, ook lijden aan een ernstige psychiatrische pathologie.

3.2. Specifieke opdrachten die binnen het geheel van programma's van elke leeftijdsdoelgroep uitgevoerd moeten worden

De specifieke opdrachten ten aanzien van personen die te kampen hebben met verslavingsproblemen en met dubbele pathologie in elke leeftijdsdoelgroep zijn hoofdzakelijk :

3.2.1. Opdrachten m.b.t. de diagnose, de evaluatie en de indicatie

De interventies in die behandelingsfase strekken ertoe :

- Het bestaan van een dubbele diagnose zoals hierboven gedefinieerd correct te kunnen identificeren ;
- Een bio-psycho-sociale oppuntstelling te kunnen uitvoeren, zowel op somatisch, psychiatrisch als sociaal vlak, zodat men de situatie correct kan inschatten.
- Het functioneren van de toxicomaan te observeren ;
- Modellen te ontwikkelen om het fenomeen te kunnen begrijpen ;
- De toxicomaan op basis van zijn vraag, zijn probleem en zijn behoeften te verwijzen naar de voorzieningen van het zorgcircuit of van andere bestaande zorgcircuits.

Teneinde de diagnose-, evaluatie en indicatiefunctie uit te voeren, wordt de patiënt behandeld door specifiek hiervoor opgeleid therapeutisch personeel.

Het gaat hoofdzakelijk om een balans- en verwijzingsfunctie. Het is wenselijk dat die opdracht binnen een relatief korte termijn (gemiddeld 3 à 4 weken) en op intensieve manier wordt uitgevoerd. De opvang in het kader van die functies is niet noodzakelijk gelinkt aan hospitalisatie.

In die context moet hospitalisatie als een bijkomend middel worden beschouwd in het kader van de oppuntstelling. Men moet nagaan of een opname aangewezen is en welke vorm die moet aannemen (partiële of volledige hospitalisatie). Ze kan bijvoorbeeld bestaan uit één week in ambulante of semi-ambulante verband, gevolgd door twee weken in ziekenhuisverband. Het is ook zo dat het einde van de opvang in die fase niet noodzakelijk betekent dat de hospitalisatie afgelopen is of dat de opvang noodzakelijkerwijs tot hospitalisatie leidt.

De werkgroep meent dat het belangrijk is om die functies niet te verwarren met spoedgevallen- en crisisopvang. (Zoals vroeger reeds vermeld, is het wenselijk dat die problematiek gezien en concreet aangepakt wordt in het kader van de functie voor algemene dringende crisishulpverlening!). Het is daarentegen aangewezen dat behandelingen die specifiek gericht zijn op de problematiek van de dubbele pathologie worden voorafgegaan door een eerste verkenning en evaluatie in een generalistische context.

Men kan redelijkerwijs verwachten dat een specifieke zorgorganisatie voor personen met verslavingsproblemen het mogelijk zal maken het aantal overdreven lange verblijven of vroegtijdig beëindigde verblijven te verminderen dankzij een

adequate verwijzing van de patiënten. In dat verband moet er worden op gewezen dat 30 % van de toxicomanen minder dan 5 dagen in het ziekenhuis verblijft, wat medisch gezien totaal onvoldoende is, zelfs voor een eenvoudige fysieke ontwenning.

Voorgesteld bijkomend personeel :

Voor de uitvoering van die opdracht in het geheel van het netwerk, dient men af te stappen van een redenering in termen van bedden of plaatsen ten voordele van een redenering in termen van case-load. Een team moet het hoofd kunnen bieden aan een jaarlijkse case-load van een honderdtal (?)¹

Gelet op de te vervullen opdrachten is het duidelijk dat bovenop de normale personeelsbezetting in de diensten die deel uitmaken van het netwerk, een team met een aantal bijzondere bekwaamheden ter beschikking moet worden gesteld van het functionele samenwerkingsnetwerk, namelijk :

- 1 FTE huisarts of internist
- 1 FTE psychiater
- 6 FTE's therapeuten waarvan 1 FTE psycholoog, 1 FTE maatschappelijk werker, 2 FTE verpleegkundigen, 1 FTE kinesitherapeut of sociaal en sportief begeleider en 1 FTE naar keuze volgens de filosofie en de doelstellingen van het teamproject.

Van die 6 FTE's zijn er twee licentiaten (universitair) en vier gegradueerden (A1). Op basis van het advies van de experts en de geraadpleegde documenten, onderstreept de groep het belang van de plaats van de kinesitherapeut of van de sociaal en sportief opvoeder voor de vlotte dagelijkse opvang van de patiënten die in die module terecht komen. Die bijkomende bezetting omvat dus 8 FTE's waarvan 4 voor de functie oppuntstelling en 4 voor de dagelijkse begeleiding van de patiënten, wat de bijkomende bezetting per dag (met inbegrip van de WE's) brengt van 8 uur op 20 uur voor de gespecialiseerde zorg (buiten de functie oppuntstelling) met 1,5 FTE². Indien et

¹ Berekening van de case-load. Personeel 8 FTE's waarvan 4 voor de functie oppuntstelling (psychiater, somaticus, psycholoog, maatschappelijk werker) namelijk $7,5 \text{ uur} * 4 \text{ personen}$ in de diagnosefunctie = 30 uur per dag bij maximale invulling. Die 30 uren worden gepresteerd gedurende 220 werkdagen, namelijk 6.600 uur per jaar. Die uren moeten worden verdeeld over 5,5 dagen gedurende 52 weken, namelijk 286 dagen. Vandaar : 23 effectieve uren per dag beschikbaar voor de diagnosefunctie van het team (5,75 uur per interveniënt diagnostiek) of 126,5 effectieve uren per week voor de 4 interveniënten diagnostiek (of 31,6 uur per interveniënt per week). Hiervan dient men 4 uur teamvergadering per week per persoon ($4 * 4 = 16$ uur per week) af te trekken en 1 uur administratieve taken per dag per persoon ($1 * 5,5 * 4 = 22$ uur week)

Er blijven dus maar 88,5 uren per week over voor het team (22 uur per interveniënt per week)

- Als men ervan uitgaat dat elke interveniënt 3 maal per week gedurende 1 uur een geval ziet, namelijk $3 \text{ uur} * 4 \text{ interveniënten} = 12$ uur, kan het team permanent 7,3 gevallen volgen (88,5uur/12). Indien elk geval gemiddeld 4 weken in beslag neemt, betekent dat ($7,3 \text{ gevallen} * 12$) 87,6 gevallen per jaar, indien het 3 weken in beslag neemt ($7,3 * 17,33$) 126 gevallen per jaar.
- Als men ervan uitgaat dat elke interveniënt 2 maal per week gedurende 1 uur een geval ziet, namelijk $2 \text{ uur} * 4 \text{ interveniënten} = 8$ uur. Het team kan permanent 11 gevallen volgen (88,5uur/8). Indien elk geval gemiddeld 4 weken in beslag neemt, betekent dat ($11 \text{ gevallen} * 12$) 132 gevallen per jaar, indien het gemiddeld 3 weken in beslag neemt ($11 \text{ gevallen} * 17,33$) 190 gevallen.

² Van 8 uur naar 12 uur = $12 \text{ uur} * 7 \text{ dagen}$, ofwel 84 uur te presteren per week. 4FTE's die 220 dagen per jaar werken, geeft 6.600 uur, ofwel 126,9 uur per week. Vandaar $126,9 / 84 = 1,5$ FTE.

bijkomend personeel 24/24 u aanwezig moet zijn, bedraagt het bijkomend aanbod de facto 0,75 FTE.³

3.2.2. Opdrachten m.b.t. de behandeling

In bepaalde gevallen vereist de behandeling van personen met verslavingsproblemen en met dubbele pathologie een intensieve en specifieke aanpak. De therapie moet gebeuren in het kader van een multidisciplinair team met specifieke competenties en ervaringen, maar ook volgens specifieke regelingen.

De reden hiervoor is dat er voor de behandeling van personen met dubbele pathologie een groter personeelsbestand nodig is gelet op het intensieve karakter van de behandeling, de begeleiding en het toezicht inherent aan de twee aspecten van de pathologie. Algemeen gezien geven die behandelingen aanleiding tot een hogere gemiddelde verblijfsduur.

Het gaat vaak om personen die in andere psychiatrische diensten worden geweigerd omdat de orde verstoren en te veeleisend zijn,...Om die redenen vereist de behandeling een specifieke aanpak, soms in een aangepast behandelingsmilieu, maar altijd binnen een programma dat bedoeld is om terzelfder tijd het probleem van de toxicomaan en het psychotisch probleem te behandelen.

Voorgesteld bijkomend personeel :

Algemeen kan men stellen dat die behandelingseenheden in ziekenhuisverband voor patiënten met dubbele pathologie deel kunnen uitmaken van de opdrachten van de psychiatrische ziekenhuisdiensten.

Personen met een dubbele pathologie moeten kunnen worden behandeld hetzij in de eenheden waar die patiënten thans zijn opgenomen, hetzij in eenheden die speciaal zijn ontworpen voor de behandeling van die patiënten.

In beide gevallen is een groter personeelsbestand vereist voor de verwezenlijking van het specifieke behandelingsprogramma. Immers, de uitvoering van die opdracht zou het mogelijk moeten maken te werken in een meer intensieve zorgmodus, en dit op middellange termijn.

3.2.3. Netwerksamenwerking

Dergelijke opdrachten moeten gebeuren in het kader van de oprichting van netwerken per doelgroep en uitsluitend in het kader van een functionele samenwerking.

Daartoe dient men binnen het netwerk een multidisciplinair team op te richten dat terzake de nodige bekwaamheid heeft verworven en dat zowel op het vlak van diagnosestelling als van behandeling samenwerkt als een hecht en homogeen therapeutisch team.

Vooraleer de desbetreffende personen verwezen worden naar die gespecialiseerde eenheden voor de behandeling van dubbele pathologieën, moet ze opgevangen worden

³ 24uur*7dagen = 168 uur te presteren per week. Hetzij $126,9/168 = 0,75$ FTE.

op het vlak van diagnose en evaluatie overeenkomstig de in het punt 1 omschreven procedures. Hiertoe moeten de twee onderdelen van dit traject van het zorgprogramma nauw samenwerken, alsook een goede begeleiding waarborgen van het individueel traject dat elke persoon met dubbele diagnostiek moet doorlopen.

Het is waarschijnlijk dat er voor de uitvoering van die twee opdrachten eerst een ontwenning of substitutiebehandeling nodig is. Naar gelang van de complexiteit van de situatie, kan die fase plaatsvinden, hetzij vóór de opvang voor diagnose en behandeling, hetzij tijdens de evaluatie van de oppuntstelling.

De professionals die deelnemen aan de verwezenlijking van die twee specifieke opdrachten voor verslaafden met dubbele pathologie hebben bovendien een referentiefunctie t.a.v. het ganse netwerk en ze moeten naar de verzorgers in moeilijkheden en naar de patiënt kunnen toegaan teneinde met hem en zijn therapeutisch team na te gaan of een tijdelijke gespecialiseerde opvang doeltreffend is.

3.3.Programmatie

Uit de door het Federaal Ministerie van Volksgezondheid, Leefmilieu en Sociale Zaken gepubliceerde gegevens in de MKG-MPG Flash 1 “Druggebonden hospitalisaties in de Belgische ziekenhuizen” blijkt dat ongeveer 7.000 druggebonden hospitalisaties per jaar plaatsvinden in psychiatrische residentiële instellingen en 7.000 andere hospitalisaties in algemene ziekenhuizen. Van de personen die opgenomen zijn in de psychiatrische sector, heeft 68,2% een psychiatrische comorbiditeit en 20 % een somatische comorbiditeit. Jammer genoeg geeft het document geen raming van het percentage patiënten wier situatie als problematisch kan worden bestempeld. Het is thans onmogelijk om op dit punt een afdoend antwoord te formuleren.

Het is dan ook noodzakelijk om in het kader van de proefprojecten een raming te maken van het aantal patiënten waarvoor men in de toekomst dat zorgaanbod tot stand moet brengen.

3.4.Architectonische normen

De diagnosemodule moet bovendien gevestigd zijn in één van de instellingen van het netwerk. Er moeten lokalen beschikbaar zijn om, in nette bureaus, het oppuntstelling uit te voeren, kennis en know how uit te wisselen, alsook een echt team te vormen met een gemeenschappelijke visie op opvang (minstens 4 bureaus en een staflokaal, de andere lokalen kunnen gedeeld worden met andere sectoren van de instelling).

Het werd niet noodzakelijk geacht de verplichting op te leggen dat de diagnosemodule een architectonisch aparte eenheid moet zijn. Die module kan haar opdrachten uitvoeren binnen de verschillende eenheden waartoe de patiënt zich richt.

4. INDIVIDUEEL CASE MANAGEMENT

Gelet op het grote aantal recidives, en om patiënten die geholpen willen worden, snel te kunnen oriënteren en opnieuw te behandelen, moeten zij, in bepaalde welomschreven gevallen, kunnen worden begeleid door een persoon die fungeert als “individuele casemanager” voor dit soort van problematiek. Bedoeling is de betrokkenen zo goed mogelijk te ondersteunen in hun opvangproject.

Voorstel:

Het is noodzakelijk deze specifieke regeling inzake follow-up en individuele begeleiding van personen met verslavingsproblemen uit te testen. Op basis van de opgedane ervaring kan dan worden uitgemaakt of dat aanbod nodig is en eventueel moet worden veralgemeend en kunnen de toegangscriteria en de regels voor deze functie worden gedefinieerd. Dergelijke proefprojecten moeten in elk geval uitgaan van een functioneel samenwerkingsinitiatief dat voorgesteld en ondersteund wordt door alle actoren van een netwerk dat voor een doelgroep bestemd is.

Deze proefprojecten zouden het volgende moeten specificeren:

- De kenmerken van de patiënten voor wie deze functie in het bijzonder nuttig is: bv. personen die meer dan sporadisch een totale breuk hebben met hun sociale en familiale omgeving (onder anderen de jongeren).
- In het kader van de proefprojecten zal men moeten onderzoeken wie deze functie op zich kan nemen (huisarts, sociaal werker,...). Degene die de functie van “casemanager” uitoefent, moet door het team worden voorgesteld en gekozen door de patiënt zelf.
- Men zou ook het belang van deze functie moeten bestuderen en kwantificeren (financieel aspect, aantal gevallen,...).

Het testen van deze specifieke vorm van case management moet een onderdeel zijn van het invoeren van een zorgtraject voor personen met verslavingsproblemen, en dit bij het opzetten van een netwerk.

Bij de oprichting van het netwerk voor kinderen en jongeren (adolescenten) is het aangewezen het belang van deze vorm van individueel case management te onderstrepen.

5. COORDINATIE VAN DE ORGANISATIE EN DE INHOUD VAN DE TAKEN EN DE FUNCTIES VOOR PATIENTEN MET VERSLAVINGSPROBLEMEN IN ELK NETWERK

De coördinatiefunctie binnen het netwerk bestaat enerzijds uit het personifiëren van de functie en anderzijds uit de uitoefening door alle partijen van de genoemde functie.

De coördinatiefunctie moet gedeeltelijk door een persoon worden uitgeoefend die de functie zichtbaarheid geeft en ze efficiënt invult. Deze personificatie is vereist gelet op het grote aantal activiteiten van de verstrekkers. *De* hier geschetste *coördinatiefunctie* zal eerder betrekking hebben op kwesties m.b.t. de logistiek en *de zorgvorm*.

Bovendien moet de coördinatiefunctie een aantal uren omvatten voor de bestaande teams. Het lijkt moeilijk zich één enkele tussenpersoon voor te stellen die kwantitatief en kwalitatief het hoofd kan bieden aan alle vragen m.b.t. het verzekeren van de continuïteit van de opvang binnen het netwerk. In dit opzicht zal de *coördinatiefunctie* eerder betrekking hebben op klinische vragen en vragen *m.b.t. de zorginhoud*.

A) De coördinatiefunctie m.b.t. de zorgvorm

De persoon in kwestie zou moeten beschikken over:

- Één enkele autoriteit, met name het netwerkcomité
- Een gedegen kennis van de bestaande structuren en personen binnen het netwerk (deze kennis zou moeten worden verworven door regelmatige deelname aan de activiteiten van de betrokken structuren).
- Een groot vertrouwen bij de genoemde personen en structuren van het netwerk. Dat vertrouwen wordt verkregen via kwalitatieve relaties, maar ook via een contractuele relatie die in de netwerkoevereenkomst wordt vastgelegd.
- Een allesomvattende en gedetailleerde visie van de zorgbehoeften in de bediende activiteitenzone.

Zijn taken zijn:

- het stuurcomité van het netwerk ondersteunen in het kader van zijn interne organisatie (samenroepen, rapporteren) en zich vergewissen van de daadwerkelijke follow-up van de genomen maatregelen.
- de structuren en de personen actief ondersteunen in de uitoefening van de activiteiten van het netwerk (toepassing van de beslissingen).
- een inventaris opmaken van de middelen en de tekortkomingen van het netwerk op het vlak van human resources en structuren.
- de structuren en personen informatie verschaffen m.b.t. zaken die nuttig zijn voor de werking van het netwerk.

B) de coördinatiefunctie m.b.t. de zorginhoud

De taak zal erin bestaan een zo goed mogelijk antwoord te geven op de vraag van elke individuele patiënt en dit naargelang van zijn behoeften. Zo zal men voor elke patiënt een individueel programma uitwerken dat zo goed mogelijk gebruik maakt van wat het globale programma van het netwerk biedt.

Men zal tegelijkertijd dit globale programma moeten evalueren en indien nodig, aanpassen om beter te voldoen aan de vragen van patiëntengroepen die een gelijkaardige aanpak vereisen.

Die coördinatietaak m.b.t. de inhoud van de programma's voor de individuele patiënten en patiëntengroepen is een taak die door de teams die de zorg aanbieden zelf moet worden uitgevoerd. Daarom wordt voorgesteld om hen een aantal uren ter beschikking te stellen om samen de coördinatie van de zorginhoud te verrichten.

6. CONCRETE UITWERKING

De concrete uitwerking van de hierboven uiteengezette ideeën kan enkel gebeuren in het kader van de ontwikkeling van de netwerken en zorgcircuits zoals aangeven in het begin van dit document en zoals de wijzigingen op de ziekenhuiswet, zoals goedgekeurd door de kamer van volksvertegenwoordigers op 17 januari 2002 (artikel 55), erin voorzien.

Zo wordt voorgesteld de proefopstellingen m.b.t. voornoemde taken expliciet te laten kaderen in de uitwerking en het opzetten van netwerken en zorgprogramma's voor een bepaalde leeftijdsdoelgroep.

Het gaat met name om proefopstellingen m.b.t.:

- de diagnosemodule en behandelingsmodule voor dubbele pathologie
- crisisopvang
- case management
- de coördinatie van de inhoud en de organisatie van de zorgverlening in de netwerken

7. ALGEMEEN BESLUIT

In dit advies wenst de permanente groep psychiatrie de bevoegde Ministers zijn standpunt mee te delen inzake materies die, hoewel complex, interventie vereisen: de algehele opvang van patiënten met verslavingsproblemen in het kader van de zorgcircuits, de specifieke opvang van patiënten met een dubbele pathologie, de functie van circuitcoördinator en van casemanager.

De algehele opvang van patiënten met verslavingsproblemen omvat meer specifiek 5 klassieke zorgstadia (opvang, spoedgevallen en crisissen, evaluatie en oriëntering, behandeling en revalidatie). Specifiek voor de verslavingssector is dat de geconventioneerde RIZIV-structuren en de structuren voor eerste opvang (MSOC) te weinig nadrukkelijk aanwezig zijn of te ver af staan. Deze twee structuren zouden op het terrein talrijker moeten zijn en binnen het netwerk beter vertegenwoordigd.

De patiënten met een dubbele pathologie onderscheiden zich door hun complexiteit en de soms storende uiting van hun lijden. Ze hebben nood aan een specifieke opvang binnen geëigende programma's. Deze specifieke opvang concentreert zich rond de volgende krachtlijnen: diagnose en evaluatie, behandeling en netwerksamenwerking. De specifieke opvangprogramma's zouden het voorwerp moeten zijn van een programmatie en van bijzondere normen die veeleer gericht zijn op de effectieve case load van de opvang dan op het residentiële aspect van de opvang.

De begrippen netwerkcoördinator en casemanager kregen elk een eigen definitie aangezien ze betrekking hebben op een verschillende realiteit.

De functie van netwerkcoördinator splitst zich op in een gepersonaliseerde functie en een functie die collectief wordt waargenomen. De gepersonaliseerde functie houdt eerder verband met de logistieke aspecten van de netwerkstructurering (steun aan de organisatie). De collectief waargenomen functie heeft eerder betrekking op de klinische aspecten, zodat zorgcontinuïteit mogelijk wordt door contact tussen de effectieve zorgverstrekkers.

Het begrip casemanager is een bijzondere functie die moet worden uitgevoerd onder specifieke omstandigheden (absoluut gebrek aan therapeutisch houvast, zodat een specifieke verwijzing noodzakelijk is) en op basis van een keuze van de patiënt. Deze functie zou moeten worden uitgetest om er de exacte juiste regeling voor te bepalen.