

**FOD VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

BRUSSEL, 12/10/2006

**Directoraat-generaal Organisatie
gezondheidszorgvoorzieningen**

**NATIONALE RAAD VOOR ZIEKEN-
HUISVOORZIENINGEN.**

Afdeling "Programmatie en Erkenning"

O/Ref. : NRZV/D/PSY/280-2 (*)

**Advies inzake de aanvullingen en aanpassingen van de
Conceptnota 'Opvang en behandeling van sterk gedragsgestoorde
en/of agressieve (SGA) patiënten'.**

Voor Prof. J. Janssens, Voorzitter,
De Secretaris,

C. Decoster

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de speciale Bureauvergadering van 12 oktober 2006

Bij punt 1. Situering:

De dienst voor intensieve behandeling van volwassen SGA-patiënten moet in de conceptnota uitdrukkelijk gesitueerd worden als één van de zorgmodules van het zorgtraject voor volwassenen met ernstige, complexe en langdurige psychiatrische stoornissen. Op zijn beurt maakt dit zorgtraject deel uit van het globale voorzieningoverschrijdend GGZ-zorgprogramma voor de leeftijdsdoelgroep volwassenen.

Rekening houdend met het aantal en de noodzakelijke spreiding van de GGZ-zorgprogramma's voor de doelgroep volwassenen in elk van de gewesten en gemeenschappen zullen ook de SGA-eenheden voor volwassenen met het oog op het waarborgen van de toegankelijkheid binnen elk van de Gewesten en Gemeenschappen voldoende moeten gespreid worden.

Door de dienst intensieve behandeling voor volwassenen SGA-patiënten expliciet te benoemen als een schakel van het zorgtraject worden alle voorzieningen die deel uitmaken van het zorgtraject mee verantwoordelijk voor het realiseren van de in de conceptnota vooropgestelde trajectbegeleiding en transfer beleid (die o.a een gerichte toeleiding van de patiënten moet waarborgen en die de dichtslibbing van deze dienst moet voorkomen).

Op niveau van het zorgtraject wordt de medeverantwoordelijkheid van alle in het zorgtraject deelnemende GGZ-voorzieningen best invulling gegeven via hun lidmaatschap aan een trajectcomité. Het trajectcomité kan instaan voor alle "individuele patiëntoverschrijdende" beleidsopdrachten die in punt 2.3 van de conceptnota worden toebedeeld aan wat daarin genoemd wordt "regionale begeleidingscommissies".

De opdrachten die in de conceptnota aan deze regionale begeleidingscommissies worden toegekend en die rechtstreeks betrekking hebben op de aansturing en bijsturing van de zorg voor individuele patiënten (o.a intake, transfert, verlenging, ...) kunnen daarentegen beter gerealiseerd worden door een vorm van casemanagement opgezet in een directe samenwerking tussen het SGA-team én het verwijzend team. Deze vorm van overleg beantwoordt beter aan de vooropgestelde doelstelling omdat bij dit overleg alle zorgverleners aanwezig zijn die direct betrokken zijn op de zorg voor de patiënt.

De NRZV stelt daarom een opdeling voor van wat in de conceptnota genoemd wordt "regionale begeleidingscommissies" in enerzijds een trajectcomité en in anderzijds een patiëntgebonden "overleg in het kader van "het casemanagement". Deze opdeling laat toe om de samenstelling en de frequentie van vergaderen van beide overlegorganen beter af te stemmen op onderscheiden opdrachten die in beide overlegsituaties dienen vervuld te worden (globaal organisatorisch en beleidsmatig versus individueel en klinisch).

Naar analogie met wat heden voorzien wordt in het model van overleg in de theapeutisch projecten van het RIZIV zou voor deze overleg- en coördinatieopdrachten een budget moeten voorzien worden om zowel de trajectcoördinatie als de bijdrage van de zorgverleners aan het individueel casus overleg te honoreren.

In paragraaf 2 wordt gesproken over 'het behoud van een goede therapeutische relatie'. Dit kan beter worden vervangen door 'het behoud en/of de *heropbouw* van een goede therapeutische relatie' vermits deze eerder ontwricht was.

Opgemerkt wordt dat de conceptnota spreekt van het voorkomen dat patiënten zich installeren in deze zorgvorm. Beter ware het te spreken van het feit dat patiënten vastlopen en niet doorstromen naar andere zorgvormen.

Bij punt 2. Erkenningscriteria, 2.1. Algemeen.

Het criterium dat de erkenning van een dienst voor intensieve behandeling van SGA patiënten slechts kan toegekend worden aan voorzieningen die reeds 7 jaar ervaring heeft met deze zorgvorm is onverenigbaar met de noodzaak van erkenning van en de uitbreiding naar en spreiding van SGA diensten naar psychiatrische ziekenhuizen die nu nog niet over een SGA pilootproject beschikken.

Het tweede aangestipte criterium: "... en in de voorgeschiedenis reeds 3 overplaatsingen en/of wijziging van setting gekend hebben zonder dat daarbij voldoende therapeutisch resultaat werd bereikt". Het criterium om minstens 3 overplaatsingen te kennen betekent, in behandeltermen, dat de patiënt moet volharden in het aanleren van behandelingsresistentie vooraleer hij in aanmerking mag komen voor het ombuigen van die resistentie. Beter is hier de bepaling opnemen dat het moet gaan om:

"personen die duidelijk en/of steeds weer elke therapeutische aanpak ontwrichten.

Ernstige gedragsgestoorde en/of agressieve patiënten, waarvan de antecedenten gekenmerkt worden door fenomenen als *meerdere* overplaatsingen en/of wijzigingen van setting ...";

Zoals hoger vermeld moet de beslissing tot individuele verlenging niet in de regionale begeleidingscommissie of trajectcomité maar door het "overleg in het kader van het casemanagement" worden geëvalueerd en beslist.

Bij punt 2, erkenningscriteria, 2.2 architectonische normen.

Voor de dienst voor intensieve behandeling van volwassen SGA-patiënten dient een ruimere m² norm voorzien te worden dan diegene die vandaag van toepassing is voor ander psychiatrische ziekenhuisdiensten. Voorgesteld wordt om 80m² per bed te voorzien.

Bij 2. Erkenningscriteria, 2.3. Functioneel.

Zoals hierboven reeds aangegeven, schrappen van de Regionale Begeleidingscommissie en vervangen door enerzijds het trajectcomité en het casemanagement .

Onder de functionele erkenningscriteria kan dan ingeschreven worden dat de SGA-eenheid in het kader van het casemanagement een actief, casus- en praktijkgebonden overleg moet organiseren met de verwijzende of ontvangende equipe om zo continuïteit van zorg en behandeling te verzekeren.

Het toezicht op deze erkenningscriteria gebeurt, na structurele erkenning, door de toezichthoudende overheid, in casu de bevoegde inspectiedienst van de Gemeenschappen. Het is niet langer gewenst en nodig om na structurele inbedding van de SGA-eenheden nog afzonderlijke jaarverslagen op te vragen ten behoeve van de FOD Volksgezondheid .

Bij 2. Erkenningscriteria, 2.4. Organisatorisch.

Het contract gedurende de pilootfase stipuleerde dat 2,5 FTE medewerkers van de SGA-equipe dienden te beschikken over een universitair diploma. In de conceptnota is nu sprake van "2,5 VTE personen in het bezit van een universitair diploma van psycholoog of pedagoog".

Dit is een te beperkende formulering. Terugkeer naar de formulering gedurende het pilootproject (2,5 FTE beschikt over een universitair diploma) geeft mogelijk een te ruime marge. Een meer gemoduleerde formulering zou daarom kunnen zijn *'2,5 FTE beschikt over een universitair diploma waarvan minstens 1 FTE psychologen'*.

Overigens moet worden opgemerkt dat zulks niet ten koste mag gaan van de dagdagelijkse omkadering met inclusieve en intensieve therapeutische begeleidingsmogelijkheden in combinatie met het bieden van een veilige context, zowel voor de patiënten als voor de hulpverleners.

In de conceptnota is in dit onderdeel ook sprake van een kwalificatie van minimum hoger onderwijs. Gezien problemen inzake de beschikbaarheid op de arbeidsmarkt voor aanwerving van gegradueerde psychiatrische verpleegkundigen lijkt het wenselijk deze bepaling wat ruimer te maken. Zo zou een gediplomeerd verpleegkundige met bijv. 10 jaar ervaring met de doelgroep van volwassenen ook in aanmerking moeten kunnen komen.

In elk geval moeten verworven rechten gelden voor het verpleegkundige personeel dat niet beschikt over een diploma hoger onderwijs maar nu reeds in deze SGA-eenheden werkzaam is.

Tot slot, moet zoals voorzien in de huidige bepalingen van de overeenkomsten voor de pilootprojecten worden voorzien in de financiering van de medische functie.

Bij punt 3. Programmatie.

De in de conceptnota voorgestelde uitbreiding van de capaciteit van SGA bedden van 4 maal 8 bedden naar in totaal 64 bedden is een eerste stap naar de realisatie van de programmatie die in het advies van de NRZV dd. 8 februari 2001 werd voorgesteld. Het kader van een SGA-eenheid met zijn inhoudelijke basis en de noodzaak van werk op individuele maat van de patiënt, zowel arbeids- als tijdsintensief, met een context die veelzijdige aanknopingspunten moet kunnen bieden, is evenwel niet transposeerbaar en realiseerbaar in algemene ziekenhuizen. Het is belangrijk dat de SGA-eenheid zélf wordt ingebed binnen een groter geheel psychiatrische ziekenhuisdiensten van het psychiatrisch ziekenhuis met ondermeer expertise op vlak van agressievoorkoming en beheersing. (Crisis)Ondersteuning van collega's met ervaring vanuit belendende afdelingen is absoluut noodzakelijk.

Bij punt 4 Reconversieregels

De oprichting en erkenning van de eenheden voor intensieve behandeling van SGA-volwassenen resulteert niet in een verhoging van de huidige capaciteit aan psychiatrische ziekenhuisbedden (moratorium) maar wordt gerealiseerd door upgrading van bestaande psychiatrische ziekenhuisbedden.