

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

Brussel, 10/09/2009

**DIRECTORAAT-GENERAAL ORGANISATIE
VAN DE GEZONDHEIDSZORGVOORZIENINGEN**

**NATIONALE RAAD
VOOR ZIEKENHUISVOORZIENINGEN**

Afdeling “Programmatie en Erkenning”

O/Ref. : NRZV/D/PSY/297-4

Advies

Zorgfunctie psychiatrische urgenties: mobiele crisisinterventieteams en crisiseenheden

**Namens de Voorzitter,
Dhr Peter Degadt**

**De Secretaris,
C. Decoster**

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de Bureauvergadering van 10 september 2009

Inleiding

Het ontwerp van advies « functie dringende psychiatrische hulpverlening: mobiele crisisinterventieteams en crisiseenheid » van de permanente werkgroep « Psychiatrie » is voorgelegd aan de plenaire vergaderingen van de afdelingen « programmatie en erkenning » (11 juni 2009) en « Financiering » (10 september 2009).

Tijdens deze vergaderingen werden er diverse opmerkingen geformuleerd; het Bureau van de NRZV, dat vergaderd heeft op 10 september 2009, achtte het opportuun om de opmerkingen van beide afdelingen in een gemeenschappelijk advies samen te brengen en om het document van de bovenvermelde permanente werkgroep in bijlage toe te voegen.

Advies van de NRZV

Bij het voorlezen van het ontwerp van advies van de permanente werkgroep « Psychiatrie » wenst de nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen de volgende beschouwingen te formuleren:

1. Voor het oprichten van interventieteams die 24u/24u beschikbaar zijn, zou er een team nodig zijn van 12 VTE's ; er zouden er slechts 5 VTE's gefinancierd worden, via onderdeel B4 van het budget van financiële middelen; het voorstel van een team van 5 VTE's kan enkel worden aanvaard indien dit wordt beschouwd als een aanvulling op de normen van de teams van de A-diensten van de psychiatrische en algemene ziekenhuizen. Deze normen voorzien reeds in een noodinterventie bij crises, maar deze opdracht wordt bij gebrek aan middelen momenteel moeilijk vervuld
2. Naast de personeelskosten moet ook in een financiering van de werkingskosten worden voorzien;
3. Die financiering via onderdeel B4 zou enkel worden toegekend via de psychiatrische ziekenhuizen ; wat indien die hun opdrachten niet kunnen uitvoeren en het algemeen ziekenhuis dat moet doen (via tussenkomst van een MUG, bij voorbeeld), zonder financiering ?
4. Interventies voor dringende psychiatrische hulp zijn doorgaans zwaar en pluridisciplinair en gaan vaak de bevoegdheden van een zuiver psychiatrisch team te buiten;
5. De omkadering van het mobiele interventieteam vereist de beschikbaarheid van een psychiater 24u/24 ; hoe en door wie zal die arts betaald worden ? Is er voldoende medisch personeel om die opdracht te kunnen uitvoeren ?

6. Het is de bedoeling van het project om te vermijden dat er een beroep wordt gedaan op de spoedgevallendiensten, terwijl die als enige in staat zijn om ervoor te zorgen dat er op een betrouwbare manier wordt opgetreden, gezien de aard van de stoornissen waaraan veel van die patiënten lijden;
7. De definitie zelf van de doelgroep is niet duidelijk: hoe zal de zorgverstrekker beslissen welke gevallen tot de doelgroep behoren ?
8. Er is sprake van een oproepcentrale die 24u/24 beschikbaar is, maar die niet afhankelijk van de 100-centrale : hoe moet deze oproepcentrale gefinancierd worden ?
9. Er wordt in het ontwerpadvies vermeld dat een dringende hospitalisatie niet mogelijk is in een psychiatrisch ziekenhuis; op welke basis wordt dat beweerd ?
10. De voorgestelde aanpak is fragmentarisch; er moet een oplossing gevonden worden binnen het algemeen kader van de dringende geneeskundige hulpverlening;
11. Waarom een afzonderlijk oproepnummer, terwijl er gestreefd wordt naar harmonisering ter zake? Daarenboven, wat met het advies van de nationale raad voor dringende geneeskundige hulpverlening ?

Als de minister een budget wil toekennen voor het opzetten van pilootprojecten, dan moet dat budget het mogelijk maken om op een optimale manier de volledige omkadering van die mobiele teams te dekken; daartoe, en voorzover er een antwoord wordt gegeven op elk van de bovengemelde vragen, beveelt de NRZV aan om het aantal projecten te beperken tot drie of vier.

Deze projecten moeten eveneens geëvalueerd worden binnen een termijn van twee jaar. In dit verband vraagt de NRZV met aandrang dat de EPSY-projecten zouden worden geëvalueerd wat betreft hun werkingsmodaliteiten en hun financiering teneinde de initiatieven te coördineren.

Bovendien vindt de NRZV dat alle verschillende actoren, onder meer de algemene ziekenhuizen, aan bod moeten kunnen komen voor die projecten via samenwerkingsakkoorden, rekening houdend met de locoregionale realiteiten.

BIJLAGE

Permanente werkgroep “Psychiatrie”

O/Ref. : NRZV/D/PSY/297-3

Ontwerpadvies Zorgfunctie psychiatrische urgenties: mobiele crisisinterventieteams en crisiseenheden¹

¹ Dit advies houdt rekening met:

- de adviesaanvraag van Minister Donfut betreffende het budget van financiële middelen op 1 januari en 1 juli 2009 dat in een budget van 3.680.000 € voorziet, gereserveerd in het RIZIV-budget 2007 met het oog op de invoering van een ‘functie liaisonpsychiatrie in de grote steden’ door de financiering van een psychiater en een verpleegkundige die, in het kader van de urgenties en van de MUG, belast zijn met de behandeling van patiënten met symptomen van psychiatrische aandoeningen.
- het advies van 9 oktober 2008 m.b.t. de herwaardering van de medisch-psychiatrische functie in GGZ-voorzieningen en -centra met het oog op de realisatie van voorzieningsoverschrijdende zorgprogramma’s voor leeftijdsdoelgroepen, en meer in het bijzonder bijlage 2 betreffende de financiering van de urgentie/crisisopvang van psychiatrische patiënten (in antwoord op voormelde adviesaanvraag van Minister Donfut).
- De overdracht van dit RIZIV-budget naar het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen en de heroriëntatie van de gebruiksdoeleinden van dit budget.
- De vroegere adviezen van de NRZV betreffende de urgentie- en crisisopvang in de sector van de geestelijke gezondheidszorg (adviezen van 8 april 1999 en 8 februari 2001)
- De gemeenschappelijke verklaring van 24 juni 2002 van de Ministers van Volksgezondheid en van Sociale Zaken over het toekomstige beleid m.b.t. de geestelijke gezondheidszorg en het Amendement bij deze intentieverklaring van 24 juni 2002, met het oog op de realisatie van het netwerkconcept en het psychiatrisch zorgprogramma, in de eerste plaats voor patiënten met complexe, ernstige en (vaak) langdurige psychiatrische problemen.

I. Vaststelling

Veel psychiatrische patiënten in crisis komen op een spoedgevallendienst van een algemeen ziekenhuis terecht omdat ze geen beter aangepaste hulp vonden binnen de structuren voor geestelijke gezondheidszorg of bij de zorgverstrekkers van de eerste lijn. Maar het opvangen van die patiënten in de spoedgevallendiensten is echter geen goede oplossing, vooral niet voor reeds gekende patiënten met een geestesstoornis, patiënten die in behandeling zijn: noch voor de patiënt die er meestal niet de hulp vindt die hij nodig heeft, noch voor het personeel van die diensten dat vaak machteloos staat in dergelijke situaties, noch voor de omgeving en de naaste zorgverleners van de patiënt (huisartsen, eerste lijn) die er niet de ondersteuning vinden die ze nodig hebben.

Binnen de erkenningsnormen van de A-diensten (psychiatrische ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen) is bepaald dat die diensten niet alleen urgentie- en crisisopvang binnen de ziekenhuisstructuur moeten kunnen realiseren, maar ook in de thuisomgeving van de patiënt psychiatrische crisiszorg moeten kunnen aanbieden. Aangezien de omkadering van die A-diensten al vanaf het begin beperkt was tot de omkadering die voor de uitvoering van de ziekenhuisopdrachten is vereist, kon de functie van psychiatrische crisisopvang in de thuisomgeving nooit worden gerealiseerd. Slechts enkele proefprojecten m.b.t. de eenheden voor crisisopvang (EPSY) worden gefinancierd voor een medisch-psychiatrische wachtfunctie en voor crisisopvang die de klok rond werkzaam zijn. Die projecten werden evenwel nog niet geëvalueerd waardoor eventuele uitbreiding naar andere ziekenhuisstructuren toe nog niet mogelijk is.

Wat betreft de ambulante zorgverlening is het zo dat de diensten voor geestelijke gezondheidszorg slechts beperkte openingsuren en/of lange wachtlijsten hebben voor een psychologisch of psychiatrisch consult. Zij zijn dus maar weinig beschikbaar om patiënt en diens omgeving bij te staan of om het werk van de huisartsen te ondersteunen.

Dit alles leidt er vaak toe dat de patiënt zich uiteindelijk richt tot de enige zorg die snel en op elk moment van de dag beschikbaar is: de spoedgevallendiensten van de algemene ziekenhuizen.

Ter aanvulling van de crisiseenheden die thans als proefproject functioneren, pleit de werkgroep voor de oprichting van een zorgfunctie psychiatrische urgenties via de organisatie van experimentele **mobiele crisisinterventieteams**. Dit experiment moet, teneinde tot een zorgtraject te komen, een antwoord proberen bieden op die vele zorgvragen en moet dan ook **het aantal psychiatrische patiënten in crisis die op spoedgevallenzorg terechtkomen kunnen beperken**. Dergelijke zorgfunctie psychiatrische urgenties d.m.v. de organisatie van mobiele crisisinterventieteams, die in de thuisomgeving van de patiënt interveniëren, bestaat reeds in de buurlanden en heeft haar efficiëntie reeds bewezen.

II. Doelstellingen

A/ Door mobiele crisisinterventieteams op te richten wil men:

1. vermijden dat de psychiatrische patiënt in crisis wordt gehospitaliseerd (of opnieuw of zelfs onder dwang wordt gehospitaliseerd);
2. de omgeving van de patiënt in crisis ondersteunen;
3. de thuishulpverleners van de patiënt helpen een crisissituatie aan te pakken en de aard en intensiteit van de psychiatrische problematiek identificeren, eveneens binnen een moeilijk sociaal milieu

4. de transfer van psychiatrische patiënten in crisis naar de spoedgevallendienst van een algemeen ziekenhuis zo veel mogelijk beperken.

B/ Het evalueren van de proefprojecten m.b.t. de crisiseenheden (EPSY) moet het mogelijk maken:

1. de meerwaarde van dergelijke initiatieven, hun specificiteit en hun complementariteit ten overstaan van de andere beschikbare zorgvormen te bepalen;
2. op structurele wijze de behoeften op het vlak van omkadering en functioneringsnormen van dergelijke crisiseenheden te definiëren;
3. de behoeften te bepalen m.b.t. het aantal eenheden dat nodig is (programmatie) en het aanbod aan dergelijke crisiseenheden dienovereenkomstig uit te breiden.

III. Mobiele crisisinterventieteams: Doelgroep

Het mobiele crisisinterventieteam moet in de eerste plaats het werk van de zorgverstrekkers van de eerste lijn, in het bijzonder de huisartsen, ondersteunen teneinde psychiatrische zorg te verlenen aan personen (kinderen, volwassenen of bejaarden)

- met een psychiatrische diagnose
- die thuis of in een residentiële setting wonen
- in crisis die met de psychiatrische problematiek verband houdt
- en die geen somatische problematiek hebben die opname in een algemeen ziekenhuis rechtvaardigt.

Kunnen een beroep doen op het mobiele crisisinterventieteam:

- de zorgverstrekkers van de eerste lijn die contact hebben met de patiënt en in de eerste plaats de huisartsen; patiënten en hun omgeving moeten ertoe worden aangezet de huisarts te betrekken bij het aanpakken van hun probleem
- de diensten of structuren voor hulpverlening, opvang of huisvesting die contact hebben met de patiënt (gezinshulp, dagcentrum, rusthuis, wooncentrum voor gehandicapten, ...)

Het mobiele crisisinterventieteam zal het telefoonnummer van het oproepcentrum² zo veel mogelijk onder deze personen moeten verspreiden. Er wordt voorgesteld om deze verschillende beroepsbeoefenaars als tussenpersonen te laten fungeren om de vragen van de patiënten en hun omgeving door te spelen, dit om te vermijden dat er te veel oproepen zouden binnenkomen die noch dringend zijn, noch betrekking hebben op een crisissituatie.

Voor zover de gezondheidstoestand van de patiënt het toelaat, moet de zorg in de eerste plaats thuis worden verleend aan de patiënt (of in de residentiële structuur waar hij verblijft).

IV. Mobiele crisisinterventieteams: Nodige middelen om de doelstellingen te verwezenlijken:

Met betrekking tot de crisisinterventies:

- **een bestaand oproepcentrum** (huisartsenwacht dienst, centrale voor teletoezicht, A-dienst van een psychiatrisch en/of een algemeen ziekenhuis, crisisdienst/EPST, ...) dat de klok rond werkzaam is

² Technisch gezien wordt voorgesteld dat het oproepnummer een uniek nummer zou zijn voor heel het land, waarbij de oproep naar de verschillende projecten kan worden afgeleid afhankelijk van de plaats van de oproep.

- **een mobiel interventieteam** dat 24u/24 kan interveniëren; dit team zal samengesteld zijn uit personeel dat opgeleid is en/of relevante expertise heeft (minimum 5 jaar ervaring) in de behandeling van psychiatrische patiënten (in het bijzonder verpleegkundige, paramedicus, psycholoog, maatschappelijk werker, ...)
- **een psychiatrische medische wachtdienst** die 24u/24 kan worden opgeroepen; om een dergelijke wachtdienst op te zetten moet de nomenclatuur van de gezondheidszorg worden aangepast zodat de psychiater een vergoeding kan krijgen die rekening houdt met zijn beschikbaarheid en met zijn tussenkomsten bij de patiënt wanneer het mobiele team een beroep op hem doet³
- **een voertuig** voor de verplaatsingen van de leden van het team

V. Crisisinterventie als element van een zorgtraject

Het mobiele crisisinterventieteam heeft niet tot taak een langdurige opvolging van patiënten te verzekeren. Er wordt voorgesteld om de periode binnen dewelke het team kan optreden te beperken tot maximum 7 dagen.

Het mobiele team moet dus, binnen een logica van “zorgtraject”, gaan samenwerken met de beschikbare structuren voor psychiatrische behandeling zodat het er zo snel mogelijk patiënten kan naar doorverwijzen. Afhankelijk van de behoeften van de patiënten zal het moeten gaan samenwerken met zorgverstrekkers en diensten zoals:

- de interveniënten van de eerste lijn en in ieder geval de huisartsen
- de bestaande crisiseenheden (erkende en gefinancierde proefprojecten of andere initiatieven)
- eenheid voor psychiatrische thuiszorg
- een centrum voor geestelijke gezondheidszorg en ambulante psychiaters
- psychiatrisch ziekenhuis en/of algemeen ziekenhuis dat over A-bedden en over een functie daghospitalisatie beschikt
- indien beschikbaar, een gespecialiseerde eenheid voor urgentie- en crisisopvang en een eenheid met K-bedden
- andere hulpverleners van de eerste lijn (huisarts, diensten voor thuishulp en thuiszorg...)
- de kinderpsychiatrische zorgstructuren

VI. Mobiele crisisinterventieteams: Organisatiewijze

De op te richten mobiele crisisinterventieteams moeten de reeds **bestaande behandelingsstructuren aanvullen**. Deze teams zullen dan ook georganiseerd worden op basis van een functioneel samenwerkingsakkoord tussen actoren van de geestelijke gezondheidszorg teneinde de complementariteit van de middelen die momenteel (onder andere in het kader van de uitvoering van art. 107 van de wet op de ziekenhuizen) beschikbaar zijn, waaronder de expertise van de beroepsbeoefenaars uit de geestelijke gezondheidszorg, te optimaliseren.

Concreet wordt voorgesteld om deze mobiele teams te organiseren op basis van de volgende principes:

³ zie advies betreffende de herwaardering van de medisch-psychiatrische functie in GGZ-voorzieningen en -centra met het oog op de realisatie van voorzieningsoverschrijdende zorgprogramma's voor leeftijdsdoelgroepen, en het medico-mut-akkoord voor 2009

- in een eerste fase en rekening houdend met de beschikbare middelen, **financiering van 5 bijkomende VTE's per project** in het kader van het mobiele crisisinterventieteam;
- die **5 VTE's zijn verbonden aan een (of meerdere) structu(u)r(en) voor psychiatrische zorgverlening die hun werkplek vormt/-en** wanneer er geen beroep wordt gedaan op het mobiele crisisinterventieteam;
- het **oproepcentrum bevindt zich bij een bestaande telefooncentrale** die 24u/24 bereikbaar is en behoort niet tot de oproepcentrale 100;
- onder de zorgstructuren die een mobiel team 24u/24 ter beschikking stellen, moet er op zijn **minst een psychiatrisch ziekenhuis met A-bedden zijn, een algemeen ziekenhuis met een spoedgevallendienst**, alsook een crisiseenheid en een structuur voor kinderpsychiatrische behandeling voor zover zij binnen het werkingsgebied aanwezig zijn; bovendien is het uitermate wenselijk dat de centra voor geestelijke gezondheidszorg, de eenheden voor psychiatrische thuiszorg en de wachtdiensten van de huisartsen ook aan het mobiel crisisinterventieteam deelnemen;
- er moet een **samenwerkingsakkoord** worden gesloten dat de zorgstructuren die een mobiel team 24u/24 ter beschikking stellen en het oproepcentrum bindt; in dit samenwerkingsakkoord, de zorgstructuren die het mobiel team 24u/24 ter beschikking stellen:
 - o bepalen de uurschema's van elk mobiel team voor het uitvoeren van interventies; zij verbinden zich ertoe indien nodig 2 personen te kunnen uitsuren voor een interventie bij de patiënt thuis op vraag van het oproepcentrum
 - o kunnen de oproepbare teams ontdubbelen indien de geografische interventiezone dat rechtvaardigt
 - o zorgen ook dat er een voertuig beschikbaar is voor elke interventie waarvoor het mobiel team zich naar de woning van de patiënt moet begeven
 - o wijzen in onderlinge overeenstemming een referentiepersoon aan die zal instaan voor de coördinatie tussen de teams. Hij/zij moet ook alle informatie verzamelen die nodig is om het project te evalueren (registratie van de activiteiten van het mobiel team en deelname aan de evaluatievergaderingen);
- er wordt de klok rond **een (psychiatrische) medische wachtdienst** georganiseerd⁴;
- het oproepcentrum is op de hoogte van de overeengekomen uurschema's en beschikt over alle noodzakelijke informatie omtrent de medische wachtdienst en de modaliteiten betreffende het oproepen ervan;
- de zorgstructuren die het mobiele team 24u/24 organiseren en de **urgentiefunctie van het ziekenhuis dat aan de samenwerking deelneemt**, zorgen ervoor dat patiënten die thuis niet kunnen worden behandeld en die dringend gehospitaliseerd moeten worden terwijl dit niet in een psychiatrisch ziekenhuis kan, door de urgentiedienst kunnen worden opgevangen. Daarnaast zorgen zij voor de eventuele steun die het mobiele team aan de urgentiedienst zal bieden wanneer patiënten uit de doelgroep naar deze dienst worden overgebracht;
- de **interventiezone van het mobiel team bestrijkt ongeveer 300.000 inwoners**: het is wenselijk dat de in die zone aanwezige actoren die bij de psychiatrische urgentieproblematiek zijn betrokken geleidelijk samenwerkingsverbanden opzetten met het oog op de oprichting van het mobiel crisisinterventieteam;

⁴ zie advies betreffende de herwaardering van de medisch-psychiatrische functie in GGZ-voorzieningen en -centra met het oog op de realisatie van voorzieningsoverschrijdende zorgprogramma's voor leeftijdsdoelgroepen, en het medico-mut-akkoord voor 2009

- de structuren die meewerken aan de organisatie van het mobiel team sluiten **partnerschappen** met alle entiteiten die zorgen voor de follow-up van de patiënt na de interventie van het mobiel team (psychiatrische thuiszorg, centrum voor geestelijke gezondheidszorg, dagziekenhuis, zorgverleners van de eerste lijn...);
- de structuren die meewerken aan de organisatie van het mobiel team stellen een aantal regelen op met het oog op het informeren van en **samenwerken met de politie** teneinde in risicosituaties de veiligheid van de leden van het mobiel team, van de patiënt en zijn omgeving te waarborgen.

VII. Mobiele crisisinterventieteams: Implementering, financiële en organisatorische aspecten

Aangezien het beschikbare budget onvoldoende is om overal in het land mobiele teams op te zetten en deze met voldoende mensen te bemannen, wordt een experimentele fase voorgesteld met een aantal in duur beperkte proefprojecten.

Rekening houdend met het beschikbare budget (3.680.000 euro) en teneinde een geografisch verspreid experiment met een beperkt aantal VTE's te kunnen realiseren, wordt voorgesteld om 12 proefprojecten te financieren, voor een bedrag van **€ 306.500 per project**. Deze financiering zou toegekend worden via het onderdeel B4 van een psychiatrisch ziekenhuis en zou jaarlijks worden aangepast zodat de loonkosten van 5 VTE's (indexering en anciënniteit) kunnen worden gedekt.

Deze **financiering** zou de kosten kunnen dekken van:

- 5 VTE's: de kostprijs van 1 VTE van niveau A1, met 10 jaar anciënniteit en met 60% van de prestaties die uitbetaald moeten worden met een loontoeslag van 35% (voor nachtwerk), is geschat op 58.653 euro per jaar⁵;
- verplaatsingen: raming op basis van 100 km per dag (voor 2 tot 3 tussenkomsten per dag), tegen een tarief van 0,3169 euro/km.

Dit moet worden aangevuld met een budget om de interventie van de psychiater te bekostigen wanneer de medewerkers van het mobiele team hem bij de patiënt thuis laten komen (specifieke nomenclatuur creëren).

Wat **werkvolume** betreft:

- vertegenwoordigen de 5 VTE's om en bij de 8.625 uur per jaar
- werden de vereiste prestaties geschat op 7.300 uur per jaar a rato van 2 tot 3 tussenkomsten per dag, van 4 uur gemiddeld en waarvoor 2 personen voor moeten worden ingezet.

Hoe **de 5 VTE's** onder de structuren die aan het project deelnemen verdeeld worden, moet door de partners onderling worden bepaald op basis van de uren gedurende dewelke ieder van hen de permanentie verzekert. Voorbeeld: als men schat dat 40% van de oproepen 's avonds plaatsvinden zou het logisch zijn dat de instelling die 's avonds altijd de permanentie verzekert, 2 VTE's krijgt toegekend.

⁵ Bruto (maandelijks € 2.782,17) + loontoeslagen + vakantiegeld + eindejaarspremie en attractiviteitspremie + werkgeversbijdragen

In deze opstartfase zal men met 12 projecten die elk op ongeveer 300.000 inwoners gericht zijn, slechts een derde van het grondgebied bestrijken. Om een **evenwichtige geografische spreiding** van deze projecten te verzekeren, wordt voorgesteld om ervoor te zorgen dat er in elke provincie of elk gewest een project kan worden opgestart.

VIII. Opvolging en evaluatie van de proefprojecten: crisiseenheden en mobiele teams

Als er geopteerd wordt voor een formule met “proefprojecten” moet de activiteit van deze projecten echt worden opgevolgd en moet de relevantie ervan worden geëvalueerd zodat men de werkcontext van de crisiseenheden en de mobiele interventieteams eventueel kan aanpassen en men kan bepalen onder welke voorwaarden het initiatief tot het hele grondgebied zou kunnen worden uitgebreid.

Dergelijke projecten moeten bovendien geëvalueerd worden binnen hun bredere context en met name ten opzichte van andere projecten die momenteel lopen, zoals de outreaching-functies. **Er wordt voorgesteld om alle initiatieven en projecten met betrekking tot spoed- en/of crisisinterventies voor psychiatrische patiënten tegelijkertijd te evalueren.**

Concreet wordt

A/ voor de proefprojecten m.b.t. de crisiseenheden (EPSY) voorgesteld zo vlug mogelijk te starten met het evalueren van die projecten waarbij gekeken dient te worden naar

- problemen op het vlak van interne werking, doelgroep, ligduur, noodzakelijke omkadering...
- het probleem van de plaats van de crisiseenheid binnen een zorgtraject: de onderlinge relaties en complementariteit met andere zorgverstrekkers en zorgstructuren
- andere (spontane) initiatieven van de actoren op het terrein om tegemoet te komen aan de nood aan crisiszorg.

B/ voor de mobiele crisisinterventieteams het volgende voorgesteld:

- een proefperiode van 3 jaar met:
 - o een systematische **registratie** van de interventies van het mobiel team (registratie van gegevens zoals: datum en uur van interventie, aard oproeper, plaats en wijze van interventie, aard van het probleem, type hulpverleners, duur van de interventie, geslacht en leeftijdscategorie van de patiënt, structuur die na de interventie voor de follow-up van de patiënt zal zorgen ...)
 - o een jaarlijks overdracht van de geregistreerde gegevens naar de FOD VVVL
 - o minstens een keer per jaar, een ontmoeting tussen de FOD en de referentiepersonen van de verschillende projecten; tijdens die ontmoeting wordt er **feedback gegeven over de geregistreerde gegevens**, wordt de algemene werking van de projecten besproken en worden er ervaringen uitgewisseld...
- een vierde werkingsjaar waarin de gegevens van de 3 eerste jaren **geëvalueerd worden in het licht van de doelstellingen** vermeld in punt II en een **structureel voorstel** over de werking van de mobiele teams wordt geformuleerd.

Al die gegevens, evaluaties en opmerkingen zullen voor commentaar en voor advies aan de permanente werkgroep ‘psychiatrie’ van de NRZV worden voorgelegd.

Een dergelijke opvolgings-, registratie- en evaluatieprocedure kan echter enkel worden gestart als er **middelen worden vrijgemaakt** in het kader van de begroting van de FOD VVVL, onder andere ook **om de opgelegde administratieve last te dekken**.

IX. Mobiele crisisinterventieteams: oproep tot projecten en selectie van projecten

In verband met de oproep tot projecten m.b.t. de mobiele crisisinterventieteams wordt voorgesteld de oproep ruim te verspreiden bij alle structuren die hierbij betrokken kunnen worden (algemene en psychiatrische ziekenhuizen, huisartsenkringen en huisartsenwachtdiensten, initiatieven in het kader van de crisiseenheden, eenheden voor psychiatrische thuiszorg...). Het is ook wenselijk dat deze oproep tot projecten ter informatie aan de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg wordt bezorgd.

In principe kan elke structuur die wordt benaderd om aan dergelijk project deel te nemen, met andere partners contact opnemen om een project uit te werken. Het kandidaatsdossier moet gezamenlijk worden ingediend door minstens een psychiatrisch ziekenhuis en een algemeen ziekenhuis met een urgentiefunctie, waarbij de andere partners van het project zich bij het ingediende dossier kunnen aansluiten.

Er wordt ook voorgesteld een kopie van de ingediende projecten ter informatie te bezorgen aan de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg die tot de in het project bepaalde geografische zone behoren.

Ten slotte wordt bij het selecteren van de projecten gevraagd om naast een evenwichtige geografische spreiding ook rekening te houden met het soort partners dat aan het project deelneemt: de betrokkenheid van huisartsen en structuren met ervaring in crisis- en urgentieopvang (erkend of opgezet met eigen fondsen) moeten met name als een meerwaarde voor de projecten worden beschouwd.