

FOD VOLKSGEZONDHEID
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

BRUSSEL 10 mei 2012

DIRECTORAAT- GENERAAL ORGANISATIE
VAN DE GEZONDHEIDSZORGVOORZIENINGEN

NATIONALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Afdeling "Programmatie en Erkenning"

Kenm. : NRZV/D/PSY/409-1 (*)

Advies m.b.t. de evaluatie van de pilootprojecten *'Crisiseenheden met inbegrip van casemanagement voor personen in een psychische crisissituatie en voor personen in een psychoactieve middelengerelateerde crisissituatie'* en de structurele verankering ervan in het GGZ-programma voor de doelgroep volwassenen

Namens de Voorzitter,
Dhr Peter Degadt

De Secretaris
C. Decoster

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de Bureauvergadering van 14 juni 2012

1. Situering van de adviesvraag

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid heeft aan de NRZV advies gevraagd m.b.t. :

- de evaluatie van de projecten **Crisiseenheden met inbegrip van casemanagement voor personen in een psychische crisissituatie en/of voor personen in een psychoactieve middelengerelateerde crisissituatie**¹ en
- de wenselijkheid van structurele verankering ervan in het GGZ-zorgprogramma voor de doelgroep volwassenen.

Dit advies en de evaluatie heeft betrekking op **7 pilootprojecten opgestart in 2002**² van crisiseenheden met inbegrip van casemanagement voor personen met een psychoactieve middelengerelateerde stoornis en op **2 crisiseenheden reeds opgestart in 1991** voor personen in een psychische crisissituatie en voor personen in een psychoactieve middelengerelateerde crisissituatie³.

Op vraag van het bureau van de NRZV werden ook de door het RIZIV gefinancierde overeenkomsten voor toxicomanie in ogenschouw genomen. Ook deze Reva centra nemen opdrachten op voor personen met een verslaving naar aanleiding van een crisissituatie⁴. We geven in dit advies aan welke de complementariteit is van deze RIZIV initiatieven met de 9 pilootprojecten crisiseenheden.

De permanente werkgroep gaf opdracht aan een ad hoc werkgroep om dit advies voor te bereiden. De ad hoc werkgroep bestond uit Jozef Peuskens als voorzitter en Jöel Boydens, Chantal Gelders, Denis Henrard, Stéphane Hoyoux, Ann Moens, Jef van Holsbeke als leden. Het secretariaat werd waargenomen door Ilse Declercq, Kurt Doms en Katia Huard.

Bovendien werden deskundigen uit de verslavingszorg uitgenodigd om als expert deel te nemen aan een aantal vergaderingen⁵. Ook alle initiatiefnemers van de pilootprojecten werden gehoord.

De ad hoc werkgroep verslaving heeft kennis kunnen nemen van de werkingsverslagen van zowel de 9 pilootprojecten en van de specifieke opdrachten die worden opgenomen door de door het RIZIV gefinancierde revalidatiecentra. Ook kon de ad hoc werkgroep kennis nemen van het evaluatierapport opgesteld door de wetenschappelijke équipes van Leuven, Antwerpen en Gent⁶ die belast werden met de opvolging en de evaluatie van deze pilootprojecten crisiseenheden en casemanagement.

Bijlage (1) bestaat uit een samenvatting van de besluiten uit het rapport van wetenschappelijke équipes.

2. Vaststellingen

¹ In de praktijk vaak EPSI genoemd : eenheid voor psychiatrische spoedinterventie en in dit advies verder genoemd: pilootproject crisiseenheden

² CHR de la Citadelle, UZ Leuven, CHU Ambroise Paré, CHR de Namur, AZ Sint Jan, Ziekenhuis Oost-Limburg, UZ Gent

³ CHU Brugmann en ZNA - PZ Stuivenberg

⁴ CIC gefinancierd door het RIZIV: De Spiegel (Lovenjoel), De Sleutel (Wondelgem), Katarsis (Genk), Antwerps Drugs Interventie Centrum (ADIC, Antwerpen), Kompas (Kortrijk), Clean (Luik), Transition (Gilly), Centre Médical Enaden (Brussel).

⁵ Dr. Anne Van Duyse, Dr. Benjamin Delaunoit, Denis Hers, Dirk Vandevelde, Frédéric Gustin, Dr. Geert Dom, Dr. Hendrik Peuskens, Jacques Van Russelt, Kurt Lievens, Marijs Geirnaert, Serge Zombek, Stephan Luisetto

⁶ - R. Bruffaerts, W. Vanderplasschen, G. Van Hal, & K. Demyttenaere (2011), Crisisopvang voor middelengebruikers in België: een formele evaluatie en aanbevelingen voor een duurzaam beleid -: De Evaluatie van Crisis en Case Management (ECCAM), Federaal Wetenschapsbeleid.

- "Rapport d'évaluation du projet pilote 'Unités réalisé par la Cellule Drogues, 2011 ».

Een eerste belangrijke vaststelling, die uit de analyse van de resultaten en de bespreking ervan met de betrokken experts is gebleken, is dat elk van de initiatiefnemers - in de operationalisering van de pilootprojecten crisiseenheden met casemanagement, een eigen specifieke en vaak lokaal en regionaal gekleurde invulling heeft gegeven. Dit vertaalt zich in de uiteenlopende kenmerken van de 9 projecten zoals weergegeven in het overzicht in bijlage (2) m.b.t. het profiel van de patiënten die ten laste genomen werden, de uitgevoerde activiteiten, de verblijfsduur, de verwijzers, de aard van de verslavingsproducten, ...

De noodzaak om een eigen specifieke en lokaal en regionaal gekleurde invulling te geven aan de crisiseenheden met casemanagement werd door de initiatiefnemers gemotiveerd als gevolg van :

- het al dan niet integreren van het pilootproject crisiseenheden met casemanagement in een ruimer kader van een algemene crisiseenheid of van een psychiatrische ziekenhuisdienst (A)
- het al dan niet opereren in de onmiddellijke nabijheid van de spoedgevalleneenheid van een algemeen ziekenhuis.
- de afwezigheid of de aanwezigheid van alternatieven voor crisisopvang en hospitalisatiemogelijkheden en de beschikbaarheid van gespecialiseerde vervolgzorg in het regionaal GGZ-zorgaanbod.
- de specifieke verwachtingen van de verwijzers (huisartsen/politie/...) en van andere GGZ-partners. Hierdoor werd in de uitbouw van het pilootproject crisiseenheden met casemanagement de klemtoon gelegd op: hetzij de crisiseenheid als een laagdrempelig aanknopingspunt voor GGZ met de nadruk op stabiliserende interventies, indicatiestelling, en doorverwijzing; hetzij als een crisiseenheid waarin ook een behandeling wordt opgestart met hieraan gekoppelde vervolgzorg (consultatie/poliklinisch). Als gevolg van deze uiteenlopende opties varieerde de tijd van opname in de pilootprojecten van overwegend enkele uren tot 3 à 5 dagen.
- de mate waarop deze eenheden zich in het bijzonder richten op de personen met een verslaving aan illegale drugs en/of aan alcohol en/of aan geneesmiddelen én in een crisissituatie, al dan gericht op een laagdrempelige opvang van sterk gemarginaliseerd personen (o.a. daklozen).

Een tweede belangrijke vaststelling is dat, in vergelijking met de 9 pilootprojecten crisiseenheden met casemanagement, de door het RIZIV gefinancierde centra voor toxicomanen zich specifiek richten op personen met een uitgesproken verslavingsprobleem inzake illegale drugs en polytoxicomanie, al dan niet in crisis, maar steeds met het oog op het motiveren tot of het aanbieden van een uitgebreider behandelingsaanbod van één of meerdere maanden.

De pilootprojecten "crisiseenheden en casemanagement" hebben in het globaal GGZ-aanbod dan ook een opdracht die zich duidelijk onderscheidt van en die complementair is aan de opdracht van de "RIZIV revalidatiecentra".

De 9 pilootprojecten crisiseenheden met casemanagement en de door het RIZIV gefinancierde crisisinterventiecentra, moeten op basis van de verschillende missie⁷ die hen werd toebedeeld, duidelijk van elkaar onderscheiden worden.

Het advies dat hier wordt uitgebracht heeft dan ook enkel betrekking op de 9 pilootprojecten crisiseenheden met casemanagement.

⁷ Toelichting over de opdrachten van beide zorgvormen zijn te vinden in bijlage (3) bij dit advies

3. Evaluatie van de 9 pilootprojecten crisiseenheden met casemanagement en mogelijkheden voor structurele verankering

Uit de evaluatie van de pilootprojecten kunnen volgende besluiten geformuleerd worden :

- Elk van de pilootprojecten heeft –rekening houdend met de concrete lokale en regionale context waarin ze ontstaan zijn- een specifiek aangepaste vorm en inhoud gegeven aan de opdracht waarmee ze belast werden: namelijk het creëren van een laagdrempelig aanbod voor personen in crisis met een verslavingsprobleem.
- Bijna alle projecten voldeden aan de volgende drie kenmerken:
 - aanbod voor mensen in crisissituaties met een verslavingsproblematiek
 - kortdurende verblijf met stabilisering als eerste opdracht
 - casemanagement als inclusief onderdeel en vervolg op de crisisopvang
- De pilootprojecten verrichten binnen het huidige aanbod van GGZ nuttig en verdienstelijk werk en beantwoorden deels aan een lacune in het huidige zorgaanbod.
- De pilootprojecten richten zich in hoofdzaak op crisishulp aan volwassenen en niet of in mindere mate aan adolescenten en ouderen.
- De meeste pilootprojecten hebben de specifieke optiek van crisisopvang en daarop aansluitend casemanagement organisatorisch ingebed in een ruimer kader van crisishulp voor personen met of zonder uitgesproken verslavingsproblemen.
- Er moet vermeden worden dat pilootprojecten de vooropgestelde focus op personen in crisis met een verslavingsproblematiek te ruim invullen. De toebedeelde middelen moeten ingezet worden voor mensen met een uitgesproken problematiek van verslaving inzake alcohol, illegale drugs en medicatie.
- De pilootprojecten, binnen het huidige gefragmenteerd voorzieningsgericht GGZ aanbod, nuttig en verdienstelijk werk verrichten.
De pilootprojecten zich in de toekomst zullen moeten integreren als een onderdeel van een voorzieningsoverschrijdend zorgaanbod met de 5 functies zoals die beschreven en vooropgesteld worden in de gids die interministerieel werd goedgekeurd als het referentiekader voor de uitbouw van een globaal GGZ-zorgprogramma voor volwassenen. Bijlage (4) bestaat uit een schematische beschrijving van de 5 functies van het GGZ zorgprogramma voor volwassenen.

Mogelijkheden voor een structurele verankering.

Het te verwachten is dat in het kader van de uitbouw van de 5 functies beschreven in de interministeriële gids voor de uitbouw van het voorzieningsoverschrijdend zorgprogramma voor de doelgroep volwassenen, de opdracht en de operationele uitwerking van de pilootprojecten crisiseenheden met casemanagement grondig zullen wijzigen.

Men mag immers verwachten dat binnen een volwaardiger uitgebouwd en meer samenhangend GGZ-zorgaanbod volgende wijzigingen in de zorgvraag zich zullen manifesteren:

- dat heel wat patiënten die nu aangemeld worden in de pilootprojecten crisiseenheden, in een vroeger stadium beroep zullen kunnen doen op andere en voor hen beter aangepaste laagdrempelig aangeboden GGZ.
- dat patiënten na de crisishulp zullen kunnen beroep doen op ambulante assertieve en rehabilitatie gerichte vervolgzorg en daardoor minder snel dan nu het geval is, niet opnieuw in crisis komen

- dat de uitbouw van ruimere en intensievere crisismodaliteiten binnen alle vormen van het GGZ-aanbod voor gevolg zal hebben dat minder dan nu patiënten en verwijzers noodgedwongen aangewezen zijn op dit type van ziekenhuisgebonden crisisopvang.

Uit de huidige werking van pilootprojecten kan op zich geen beschrijving gedistilleerd worden van het prototype van crisiseenheden die in de toekomst moeten ontwikkeld worden. Crisishulp zal in de toekomst immers moeten ingepast worden als een onderdeel van de diverse zorgmodules van het zorgtraject "actieve en onmiddellijke/dringende GGZ-hulpverlening". Dit zorgtraject zal op zijn beurt een geïntegreerd onderdeel moeten vormen en aansluiten op en inspelen op de 5 functies van het globaal zorgprogramma voor volwassenen.

De NRZV heeft in het kader van het advies d.d. 9/6/2011 m.b.t. de uitbouw van een GGZ zorgprogramma voor de leeftijdsdoelgroep van kinderen en jongeren een meer doorgedreven differentiële analyse gemaakt van de diverse opdrachten die best onderscheiden worden in de uitbouw van het GGZ zorgtraject "actieve en onmiddellijke/dringende zorg". In dit advies werd een duidelijk onderscheid gemaakt tussen volgende opdrachten: de externe liaison functie, assertieve ambulante GGZ, crisiszorg (residentieel en ambulant) en urgentiezorg voor levensbedreigende situaties. Ook wordt in dit advies gesteld dat vele zorgvragen van patiënten en verwijzers, bij gebrek aan gepaste zorg vandaag nog te vaak onnodig escaleren tot dringende zorgsituaties (al dan niet tot urgentiezorg omwille van het levensbedreigend karakter van de zorgsituatie).

In confrontatie met deze functionele beschrijving van het zorgtraject "actieve en onmiddellijke/dringende zorg" wordt vastgesteld dat de pilootprojecten crisiseenheden nu een partieel antwoord bieden aan de zorgvragen van personen met een breed en gedifferentieerd gamma van GGZ-problematieken.

Er moet dan ook een transitie-scenario uitgewerkt worden waardoor de 9 pilootprojecten crisiseenheden met casemanagement zich kunnen inpassen in de 5 functies van het globaal zorgprogramma voor volwassenen en in de verdere uitbouw van het zorgtraject actieve en onmiddellijke/dringende hulp. In bijlage(5) gaat de beschrijving van de opdracht van dit zorgtraject met daarin de: externe liaisonfunctie, de assertive-carefunctie, de crisiszorgfunctie, de urgentiezorgfunctie.

4. Driedig advies

1. *Integratie in het zorgprogramma voor volwassenen (art. 107)*
2. *Continuïteit voor de lopende projecten afgestemd op de looptijd van de projecten art 107*
3. *Verlavingszorg voor volwassenen als specifiek traject binnen het globaal zorgprogramma voor de basisdoelgroep van de volwassenen : generiek als het kan, specifiek als het moet, ook in het kader van actieve onmiddellijke en dringende zorg*

1) Integratie in het zorgprogramma voor volwassenen (art. 107)

- Enerzijds wordt vastgesteld dat de projecten op dit ogenblik een noodzakelijk en nuttig aanbod vervullen voor weliswaar uiteenlopende GGZ zorgvragen.
 - Anderzijds wordt vastgesteld dat de stapsgewijze realisatie van een voorzieningoverschrijdend GGZ-zorgprogramma voor de doelgroep volwassenen, zoals vooropgesteld in de gids voor de projecten 107, er zal voor zorgen dat in de toekomst dringende GGZ zorgvragen op een andere en meer gedifferentieerde wijze worden opgenomen.
 - Concreet mag verwacht worden dat de uitbouw van de zgn. functie 2a en 2b (ambulante intensieve behandelteams voor zowel acute als chronische psychische problemen) evenals de functie 4 (intensieve residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische problemen) met de uitbouw naar crisiseenheden, en gespecialiseerde intensieve behandel eenheden ..., de huidige praktijk van omgaan met dringende GGZ-zorgvragen grondig zal veranderen.
Er wordt verwacht dat het uitbouwen van externe liaison functies, assertive care, crisishulp en urgentiehulp ingebed in de zorgprogramma's volwassenen (binnen het kader van de projecten 107) een antwoord zal bieden dat beter afgestemd zal zijn op dringende of tot dringende zorg escalerende zorgvragen dan vandaag het geval is.
- Het advies bestaat er in dat er voor de 9 projecten een transitietraject wordt uit getekend waarbij zij zich stapsgewijs inpassen als onderdeel van het globale zorgprogramma volwassenen. Aan alle 9 projecten crisiseenheden wordt expliciet de opdracht geven actief te participeren aan de uitbouw van de projecten 107. Dit moet hen de mogelijkheid bieden de nu toebedeelde mensen en middelen uit het pilootproject crisiseenheden met casemanagement op een flexibele wijze te integreren in de uitbouw van het globaal zorgprogramma (in het bijzonder als onderdeel van de functies 2a, 2b en 4 cfr. supra).
 - Aan de FOD volksgezondheid wordt gevraagd de concrete randvoorwaarden en modaliteiten voor dit transitietraject uit te werken zodat de projecten crisiseenheden en casemanagment deze integratie in de projecten 107 daadwerkelijk kunnen realiseren.
 - Als de 2 projecten 107 die in 2011 reeds een score 1b toegemeten kregen en overige 7 projecten in de loop van 2012 na beraadslaging in de IMC een startvergunning krijgen, kan dit transitiescenario voor alle 9 projecten crisiseenheden en casemanagement op korte termijn gerealiseerd worden.

2) Continuïteit voor de lopende projecten

Om in deze overgangperiode geen bijkomende lacunes te genereren in het huidige GGZ zorgaanbod, en expliciet met het oog op de integratie van de nu opgenomen crisisopdrachten van de 9 projecten in de projecten 107 wordt geadviseerd om alle 9 pilootprojecten crisiseenheden met casemanagement tijdelijk voor de komende 3 jaar te continueren op voorwaarde dat :

- De projecten zich blijvend richten op volgende opdrachten : een KORTE opvang, voor mensen IN CRISIS MET EEN VERSLAVINGSPROBLEMATIEK m.b.t. alcohol, illegale drugs en geneesmiddelen en met opvolging via CASEMANAGEMENT

- De minimale bezettingsgraad van 80 % moet gerealiseerd worden voor de beoogde doelgroep van personen in crisis en met een verslavingsproblematiek inzake alcohol illegale drugs en /of medicatie.
- Dat er geen exclusiecriteria mogen gehanteerd worden voor de personen met een middelenverslaving, in het bijzonder voor gebruikers van illegale drugs
- De projecten zoals in punt 1 hierboven vermeld actief participeren aan de uitbouw van de projecten 107 en zich omvormen tot een geïntegreerd onderdeel van de functies 2a, 2b en de functie 4 van het globaal GGZ-zorgprogramma voor volwassenen.

Daarenboven wordt voorgesteld dat:

- De financieringsmodaliteiten van de pilootprojecten worden versoepeld teneinde elk project meer ruimte te geven om personeel toe te wijzen aan de opdracht tot individueel casemanagement
- Een specifieke financiering te voorzien voor de medische functie in de vorm van een specifiek toezichthonorarium of beschikbaarheidhonorarium.

3) *Verslavingszorg voor volwassenen als specifiek traject binnen het globaal zorgprogramma voor de basisdoelgroep van de volwassenen : generiek als het kan, specifiek als het moet, ook in het kader van actieve onmiddellijke en dringende zorg*

Vastgesteld wordt dat problemen met “verslaving” in toenemende mate (als oorzaak of als gevolg) geassocieerd zijn met andere GGZ stoornissen en m.a.w. onderdeel zijn van zeer veel GGZ-vragen.

Met het oog op een tijdelijke en juiste detectie, diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van deze verslavingsproblematiek in het regulier zorgaanbod adviseert de ad hoc werkgroep verslaving om dringend werk te maken van de verhoging van de basiscompetenties van alle GGZ hulpverleners m.b.t. het verslavingsdomein.

Geadviseerd wordt om GGZ hulpverleners met een bijzondere competentie inzake verslavingsproblemen in te zetten als gespecialiseerd teamlid in o.a.:

- de mobiele intensieve behandelteams (2a en 2b) gericht op de brede doelgroep van volwassenen.
- de externe liaisonfunctie die kan ingeroepen worden door hulpverleners in andere domeinen dan de GGZ.

Voor deelpopulaties van verslaafden met sterk externaliserend gedrag (personen met een therapieverstorend gedrag, met een afwijkend norm en gedragspatroon, en een deviant waardesysteem...) is evenwel een specifieke methodische of een organisatorische benadering nodig. Ook voor personen met een sterk verschaald leefsysteem en precare wooncontext, (sterk gemarginaliseerde personen) is een specifiek aanknopingspunt in de zorgverlening aangewezen. Hierbij wordt o.a. gedacht aan een GGZ-zorgaanbod dat inhaakt op de opdracht die nu reeds door de RIZIV gefinancierde MSOC vervuld wordt en die een laagdrempelig aanknopingspunt voor zorg zijn voor sterk gemarginaliseerde personen met een ernstige verslavingsproblematiek in grootsteden en centrumsteden.

Ook is er een specifieke methodische benadering vereist voor de behandeling van personen met een ernstige middelenverslaving aan ernstig ingrijpende drugs (middelen zoals heroïne maar ook vervangmiddelen zoals methadon).

Tot slot is er evidentie dat er nood is aan een specifieke methode van behandeling van personen met een psychose en een uitgesproken probleem van verslaving (met zgn. dubbeldiagnose). Zie hiervoor het eerder uitgebracht advies d.d. 11 februari 2011.

BIJLAGE 1

Samenvatting van de studie « Evaluatie van Crisis en Casemanagement »

Samenvatting overgenomen uit: Bruffaerts, R., Vanderplasschen, W., Broekaert, E., Van Hal, G., Beutels, P. & Demyttenaere, P. « Evaluatie van Crisis en Casemanagement », (2011): hoofdstuk 7 Conclusies en aanbevelingen met betrekking tot de middelgebonden crisisopvang in België. (Universiteiten van Gent, Antwerpen en Leuven)

In de ECCAM-studie (Evaluatie van Crisis en casemanagement) formuleren de onderzoekers een reeks aanbevelingen in verband met *de opvang van personen in een psychoactieve middelengerelateerde crisissituatie*. Wanneer er in dit document sprake is van een « crisis », houdt die verband met het gebruik van (een) psychoactieve stof(fen).

1. Nood aan een kort ziekenhuisverblijf voor de opvang van personen in crisis

De crisiseenheden van het federaal pilootproject en de RIZIV-geconventioneerde crisisinterventiecentra (CIC) vangen jaarlijks gemiddeld 28.500 personen in crisis op. Het aanbod van die twee is complementair en beantwoordt aan een behoefte, elk in hun eigen regio.

De ECCAM-studie beschouwt dit type project als een eerste *vroegtijdige interventie*, aangezien de gemiddelde leeftijd van de personen in de crisiseenheden 36 jaar bedraagt, en in de CIC 28 jaar, terwijl de gemiddelde leeftijd waarop druggebruikers een beroep doen op zorgverlening 45 jaar bedraagt. Voor één patiënt op 4 gaat het trouwens om het eerste contact met gespecialiseerde zorg. De onderzoekers benadrukken eveneens de complementariteit van het aanbod en wijzen erop dat de crisiseenheden in hoofdzaak patiënten opvangen die legale middelen (alcohol, geneesmiddelen) en cannabis gebruiken, terwijl de CIC hoofdzakelijk patiënten opvangen die illegale drugs gebruiken. Ze benadrukken dat 43% van de patiënten van de crisiseenheden verslaafd zijn aan 1 middel; dat betekent dat de andere patiënten één of meerdere producten gebruiken. Die elementen wijzen dus allemaal op een *vroegtijdige behandeling*, vóór er sprake is van een diagnose van verslaving.

De onderzoekers pleiten ook voor een verruiming van de *definitie van een crisis* door gebruik van psychoactieve middelen, want dat gebruik kan de oorzaak of het gevolg zijn van de crisis. Een crisis houdt doorgaans verband met een geestelijke pathologie, suïcidaal gedrag of depressieve symptomen.

2. Systematisch gebruik maken van crisisopvang: evaluatie, interventie en planning, en opvolging na de behandeling

De *evaluatie* dient om zich een beeld te vormen van de crisis. Er wordt nagegaan hoe de crisis ontstond en hoe hij zich ontwikkelde. De copingstrategieën, de sociale ondersteuning, de motivatie voor een behandeling, etc. worden geëvalueerd.

De *interventie en de planning* komen aan bod in een tweede fase. Enerzijds stabiliseert men de patiënt en anderzijds zorgt men ervoor dat hij zijn problemen onder ogen ziet en dat hij inziet hoe hij in die crisis is terechtgekomen. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van een motivatiegesprek. De patiënt moet zich duidelijke doelen stellen op korte, middellange en lange termijn. Die module moet worden beperkt in de tijd.

De *opvolging na de behandeling* bestaat hoofdzakelijk uit het opstellen van een specifiek en geïndividualiseerd zorgtraject. Ideaal gezien moet het eerste contact na de hospitalisatie ten laatste 7 dagen na het verlaten van de crisiseenheid plaatsvinden. Naast het motivatiegesprek moet de patiënt ook op zijn verantwoordelijkheid worden gewezen en moet zijn sociale en familiale omgeving erbij betrokken worden.

3. Nood aan een hogere capaciteit in de crisisopvang en aan samenwerking met het netwerk

Alleen al het feit dat er wachtlijsten bestaan voor dit type opvang maakt duidelijk dat de opvangcapaciteit te beperkt is. De onderzoekers pleiten ook voor meer personeel voor de opvolging na de behandeling. Ze stellen ook voor om de opnameduur te verlengen (van 4 tot 7 dagen minimum) om herval te beperken.

De crisiseenheden en de CIC moeten ook actief samenwerken met het gespecialiseerd en het niet-gespecialiseerd netwerk (residentieel, eerstelijns, ambulante, etc.). De meeste patiënten in een crisissituatie vertonen namelijk psychiatrische comorbiditeiten en aanzienlijke sociale en relationele problemen.

4. Nood aan structurele verankering en integratie in de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg.

Naast een stevige verankering in een netwerk, moeten de crisiseenheden en de CIC de *outreachfunctie* verder ontwikkelen om de patiënt meer standvastigheid te bieden: eenzelfde team volgt hem op middellange of zelfs op lange termijn en bevordert aldus de overgang van het ziekenhuis naar de ambulante zorg. Dat is ook belangrijk voor het team, dat de evolutie van de patiënt kan blijven evalueren. De crisiseenheden en de CIC moeten ook meer betrokken worden bij de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg.

Een structurele financiering van het multidisciplinair team is eveneens wenselijk. De financiering van de medische functie is vereist aangezien veel patiënten in de crisiseenheden belanden met somatische problemen die prioritair gestabiliseerd moeten worden.

5. Een uniek model van casemanagement (CM) toepassen

In eerste instantie moet de functie van casemanager worden uitgebreid in de crisiseenheden (slechts 1 VTE voor meer dan 200 patiënten/jaar). De vorm van CM die de voorkeur moet genieten is een CM dat zich vooral richt op gebruikers die niet weten hoe een opname in zijn werk gaat. Een dergelijke niet-intensieve vorm van CM maakt een grote caseload mogelijk. Systematisch *de 7 stappen van CM* doorlopen is vereist om als dusdanig beschouwd te kunnen worden:

- *Case finding & engagement, Assessment & Planning* : die eerste drie stappen worden in de crisiseenheden vaak uitgevoerd door het voltallige multidisciplinair team. De patiënt wordt aangemoedigd om zich te laten opvolgen door een casemanager en er wordt samen met hem een zorgtraject opgesteld.
- *Linking* : de casemanager : in overleg met de patiënt en afhankelijk van zijn graad van motivatie, wordt hij doorverwezen naar het netwerk. De casemanager helpt zijn klant om contact op te nemen met het zorgaanbod.
- *Advocacy* : de casemanager verdedigt de belangen van zijn klant (voor intensief CM)
- *Monitoring* : de casemanager volgt de evolutie van zijn klant op en brengt de andere hulpverleners die betrokken zijn bij het zorgproces op de hoogte
- *Evaluation & disengagement* : het CM opvolgen, evalueren en stopzetten wanneer de doelstellingen werden bereikt.

6. Integratie van de casemanager in het formeel en informeel netwerk

De casemanager moet goed geïntegreerd zijn in het zorgnetwerk, dat moet weten wie hij is. Hij moet ideaal gezien een contactpersoon hebben in de omgeving van de patiënt om hem te kunnen ondersteunen en zijn zorgtraject te coördineren.

Het onderzoeksteam benadrukt ook het gebrek aan opleidingen voor de functie van CM. Casemanagers raken blijkbaar snel gedemotiveerd doordat er weinig tijd is om te werken binnen een team en doordat er geen specifieke opleiding voorzien is voor dit type zorg.

BIJLAGE 2

Het profiel van de patiënten die ten laste genomen werden, de uitgevoerde activiteiten, de verblijfsduur, de verwijzers, de aard van de verslavingsproducten, ...

Het project « Crisiseenheden, met inbegrip van casemanagement » werd opgezet naar aanleiding van de evaluatie van het pilootproject « crisisinterventie-eenheden in de psychiatrie », dat werd opgestart in 1992. Dat had namelijk het nut aangetoond van specifieke crisiseenheden voor patiënten met een psychoactieve middelengerelateerde stoornis. De literatuur wees ook op het nut van een functie van casemanagement voor deze doelgroep. Op het einde van het jaar 2002 werd er in negen ziekenhuizen dan ook een pilootproject opgestart met het oog op het installeren van specifieke crisiseenheden voor personen met middelengerelateerde stoornissen, met inbegrip van de functie van casemanager.

Dat pilootproject had tot doel een specifieke crisiseenheid voor druggebruikers te integreren in de bestaande zorgstructuur, om aldus de verwachtingen en de behoeften van de betrokken patiënten snel en duidelijk te identificeren, de diagnose te verfijnen en de behandeling op middellange termijn doeltreffend te organiseren.

De organisatie van dat project is gebaseerd op een ziekenhuisopname van korte duur (maximum 5 dagen, of 6 dagen als er een weekend of een feestdag in die periode valt) die begint op de spoeddienst. Het is de doelstelling van het project om, nadat de acute somatische toestand werd gecontroleerd, een behandeling aan te bieden waarin de crisissituatie behandeld kan worden en het genezingsproces op gang gebracht kan worden.

De belangrijkste doelstellingen van de gespecialiseerde behandeling zijn dat de patiënt na een beperkte periode:

- minstens gestabiliseerd is
- op basis van overleg tijdens zijn verblijf en na zijn vertrek op de eenheid, naar andere residentiële of ambulante diensten wordt doorverwezen

Bovendien, als de patiënt ermee akkoord gaat, zal hij op lange termijn begeleid kunnen worden door de casemanager die zal instaan voor de coördinatie van de hulpverlening en de ondersteuning van de verschillende partners en externe systemen. Het is de doelstelling van de casemanager om de zorgcontinuïteit van de patiënt te verzekeren. Daartoe moet hij diens doorverwijzing voorbereiden en zijn zorgtraject uitwerken.

Er bestaan 9 eenheden waarvan er 2 geïntegreerd worden genoemd, dat wil zeggen dat ze 6 bedden tellen in plaats van 4 en 16,5 VTE in plaats van 11. Die geïntegreerde eenheden kunnen patiënten met een psychische crisis behandelen zonder dat er een verband nodig is met een psychoactieve stof.

Sinds het begin van het pilootproject worden de eenheden gevolgd via begeleidingscomités en via hun tweejaarlijkse activiteitenverslagen. Hierna geven we een kort overzicht van de gegevens uit de laatste activiteitenverslagen.

Gemiddeld vangen de eenheden elk 37 patiënten per maand op (standaardafwijking 15). Er worden echter grote verschillen vastgesteld tussen bij voorbeeld de eenheid van Brugge, die

gemiddeld 68 patiënten per maand behandelt, tegenover 28 voor Brussel, hoewel Brussel een eenheid is met 6 bedden.

De bezettingsgraad van de eenheden (voor 4u doorgebracht op de eenheid) ligt altijd hoger dan de vereiste 80% uit het koninklijk besluit. Die bezettingsgraad blijft vrijwel identiek wanneer het gaat om patiënten die één nacht of meer doorbrengen op de eenheid, behalve voor de eenheden van Brussel en Brugge. In Brugge valt die bezettingsgraad zelfs terug tot 18%, wat erg laag is. Gemiddeld blijven de patiënten 3,5 dagen.

Gemiddeld zijn bijna 70% van de patiënten die zich aanmelden op een eenheid daar voorheen nooit opgenomen. Dat cijfer ligt nog lager voor bepaalde eenheden, zoals die van Luik.

Bijna een kwart van de patiënten zijn tussen 18 en 25 jaar, en de leeftijdscategorie die het sterkst vertegenwoordigd is, is die van 30-49 jaar (ongeveer 49%). Bijna 63% van de patiënten zijn mannen. In de eenheden van Brussel en Luik is het andersom, en komen er meer vrouwen dan mannen binnen. De meeste patiënten ontvangen een invaliditeitsinkomen (31%). Een kwart van de patiënten is echter wel aan het werk en ongeveer 7% heeft geen inkomen. Zoals verwacht is alcohol de meest gebruikte substantie (ongeveer 60% van de patiënten), vóór cannabis (8%) en benzodiazepines (6.5%).

De meeste patiënten gaan op eigen initiatief naar de eenheden (28%). 18% van de patiënten wordt naar de eenheden gestuurd door een algemeen ziekenhuis en in 16% van de gevallen nam de familie het initiatief.

De zorgtrajecten die de casemanagers voorstellen, komen vaak neer op een doorverwijzing naar de huisarts (20% van de patiënten), gevolgd door opname in een psychiatrisch ziekenhuis (17.5%) of de dienst psychiatrie van een algemeen ziekenhuis (16%). We willen er ook op wijzen dat 10% van de patiënten de eenheid verlaat zonder doorverwezen te worden.

BIJLAGE 3

Opdrachten van de CIC :

(<http://www.inami.fgov.be/information/fr/studies/study06/pdf/study06.pdf>)

De crisisopvangcentra (of crisiscentra) hebben tot doel, zoals de naam het al aangeeft, tussen te komen in crisissituaties. Een crisissituatie is een goede gelegenheid om te pogen ingrijpende veranderingen in de levenswijze van een verslaafde tot stand te brengen. Als een verslaafde in een crisistoestand verzeild geraakt, kunnen crisiscentra hem snel opnemen (bij voorkeur nog de dag zelf waarop de patiënt zich aanmeldt en ten laatste de dag erna).

De crisiscentra hebben verscheidene doelstellingen. Ze hebben tot doel, eensdeels de patiënt snel op te nemen, tussen te komen in de crisistoestand van de patiënt en die te beëindigen, en anderdeels de fysieke ontwenning te realiseren en de patiënt voor te bereiden op (en te motiveren voor) een geschikte vervolgbehandeling. Deze kan in bepaalde gevallen een verblijf in een T.G. zijn. De meeste crisiscentra zijn trouwens opgericht door therapeutische gemeenschappen.

Om de fysieke ontwenning te realiseren, zullen crisiscentra dikwijls (gedurende een korte tijd) gebruik maken van een passend geneesmiddel (zoals methadon). Deze wordt echter bijna altijd zeer snel afgebouwd (in één of ten hoogste enkele weken). Voorts is er in een crisiscentrum doorgaans veel ruimte voor individuele begeleiding. De vooropgestelde verblijfsduur in een crisiscentrum bedraagt meestal vier tot zes weken.

Samen kunnen de crisiscentra 77 patiënten per dag opnemen.

Missies van de Crisiseenheid

1. MOTIVERING VAN HET PROJECT

De personen met psychoactieve middelen gerelateerde stoornissen worden het vaakst opgevangen in de spoedgevallendiensten van de ziekenhuizen. Bij die opvang wordt men met tal van problemen geconfronteerd. Dit pilootproject strekt ertoe die diensten de nodige middelen te verstrekken om een adequate opvang van de doelgroep personen met psychoactieve middelen gerelateerde stoornissen te verzekeren én de functie van case manager uit te bouwen.

2. OPERATIONELE DOELSTELLINGEN

Naast de controle van de acute somatische situatie in de observatie-eenheid bestaat het doel van dit specifieke zorgaanbod erin een behandeling aan te bieden, waarbij de crisissituatie die plaatsvond naar aanleiding van een psychoactieve middelen gerelateerde stoornis kan worden bijgestuurd teneinde een genezingsproces op gang te brengen. De voornaamste doelstellingen van de gespecialiseerde behandeling bestaan erin om, na een beperkte periode van intensieve behandeling van maximum 5 dagen (met de mogelijkheid tot maximum 6 dagen, indien het verblijf een weekend of een officiële vakantiedag inhoudt):

- De patiënt op zijn minst te stabiliseren,
- De patiënt, op basis van een overleg dat wordt georganiseerd door de case manager tijdens het verblijf van de patiënt in de eenheid, door te verwijzen naar ambulante of residentiële diensten na zijn vertrek uit de eenheid. De doelstelling van de case manager is dus de zorgcontinuïteit voor de patiënt te verzekeren, door de doorverwijzing van de patiënt voor te bereiden en zijn zorgtraject uit te tekenen.

3. CRITERIA

Inclusiecriteria

- Het kan gaan om mannelijke en vrouwelijke patiënten.
- De patiënt moet symptomen vertonen, die het gevolg zijn van het gebruik van een psychoactief middel.
- De patiënt dient zich in een crisissituatie te bevinden.

Exclusiecriteria

- Patiënten die zich in een crisissituatie bevinden die niet veroorzaakt is door het gebruik van een psychoactief middel.

4. UITVOERING VAN HET PROJECT

Het project wordt uitgevoerd in diverse settings. In het Nederlandstalige landsgedeelte beschikken de ziekenhuizen van Brugge, Gent, Leuven en Genk over een crisiseenheid voor personen met psychoactieve middelengerelateerde stoornissen.

- De crisiseenheid zal volledig geïntegreerd worden in het regionaal netwerk voor personen met een middelengerelateerde stoornis.
- De programma's en de organisatie strekken ertoe de levenskwaliteit van zowel de patiënten als de werknemers te verbeteren.
- Bovendien zal de crisiseenheid moeten toezien op een meer efficiënte en snellere doorverwijzing van de patiënt binnen een netwerk dat aangepast is aan zijn problematiek.
- De eenheid dient samen te werken met de instellingen waarmee samenwerkingsakkoorden werden afgesloten. Van dit samenwerkingsverband kunnen de hiernavolgende instellingen en diensten deel uitmaken: de algemene ziekenhuizen die over een dienst neuropsychiatrie beschikken, de psychiatrische ziekenhuizen, de psychiatrische verzorgingstehuizen, de diensten of centra voor geestelijke gezondheidszorg en de diensten beschut wonen.
Tevens wordt er samengewerkt met voorzieningen met een RIZIV-conventie die tot opdracht hebben een aanbod binnen de geestelijke gezondheidszorg te organiseren, meer specifiek een instelling die zorg verstrekt aan patiënten met middelengerelateerde stoornissen.
- Tevens zal er overleg gepleegd worden met andere hulpverleners dan deze van de instellingen en diensten die relevant zijn voor deze doelgroep, met name: de vertegenwoordigers van erkende en geïntegreerde diensten voor thuiszorg, ziekenfondsen, patiëntenorganisaties met rechtspersoonlijkheid en organisaties met rechtspersoonlijkheid voor familieleden van patiënten.
- In de loop van 2007 werden door het RIZIV therapeutisch projecten opgestart. Aan de deelnemers van deze therapeutische projecten werd gevraagd de contractanten in het kader van het pilootproject "Crisiseenheden, met inbegrip van case management, voor personen met psychoactieve middelengerelateerde stoornissen" binnen hetzelfde werkingsgebied uit te nodigen zich actief te engageren in hun therapeutisch project indien relevant. De contractant dient op deze uitnodiging in te gaan en actief deel te nemen aan het therapeutisch project indien de doelgroep waarop hij zich richt overeenkomt met de doelgroep waarop het therapeutisch project zich richt. De deelname van de contractant aan het therapeutisch project dient te worden bewezen aan de hand van een functioneel samenwerkingsakkoord en is een fundamentele voorwaarde voor een gunstige evaluatie.
- De contractant neemt deel aan de overlegmomenten, later bepaald door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, die in het kader van de pilootprojecten georganiseerd worden.
- De instelling zal streven naar een maximale bezetting van de bedden. De bezettingsgraad moet minstens 75% bedragen. Er moeten op jaarbasis minimum 200 patiënten, met minimaal één overnachting, opgenomen worden.
- Op architectonisch vlak moet de crisiseenheid:
 - Een eenheid zijn van exact 4 bedden (afkomstig van voorheen erkende en bestaande A of D-bedden) waarbij voor elke patiënt in een individuele kamer wordt voorzien;
 - Afgescheiden zijn, maar tevens niet te ver gelokaliseerd zijn van het observatielokaal dat deel uitmaakt van de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" zoals beschreven in het Koninklijk Besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie 'gespecialiseerde spoedgevallenzorg' moet voldoen om erkend te worden. Dit moet toelaten in noodzakelijke gevallen op deze dienst beroep te kunnen doen.
 - Beschikken over een ontvangst-en raadplegingslokaal, over voldoende sanitaire uitrusting en een intern systeem voor veiligheid, alarm en monitoring. De eventuele bouw- en inrichtingskosten zijn niet ten laste van dit project.

- Voor de verblijven
 - De opvang in de crisiseenheid zal zolang duren als nodig om de vooropgestelde doelstellingen te verwezenlijken, maar moet zich beperken tot maximaal 5 dagen (met de mogelijkheid tot maximaal 6 dagen, indien het verblijf een weekend of een officiële vakantiedag inhoudt).
 - De organisatie van de crisiseenheid moet opgevat worden als een behandlungsprogramma van beperkte duur met als doel de patiënt door te verwijzen naar andere ambulante of residentiële diensten (om de zorgcontinuïteit te waarborgen).
 - De zorgcontinuïteit voor de patiënt wordt verzekerd op basis van een overleg, dat wordt georganiseerd door de case manager. De doelstelling van deze case manager is de voorbereiding van de doorverwijzing van de patiënt, en het uitwerken van zijn zorgtraject. De case manager zal waken over de zorgcontinuïteit voor een zo groot mogelijk aantal patiënten, desgevallend in de eerste plaats voor deze patiënten die de grootste behoefte hebben aan een voorbereiding van een doorverwijzing naar residentiële of ambulante diensten na het vertrek uit de crisiseenheid.
 - De patiënt betaalt geen enkel bijkomend ereloon.

Wat de omkadering voor de bedden betreft:

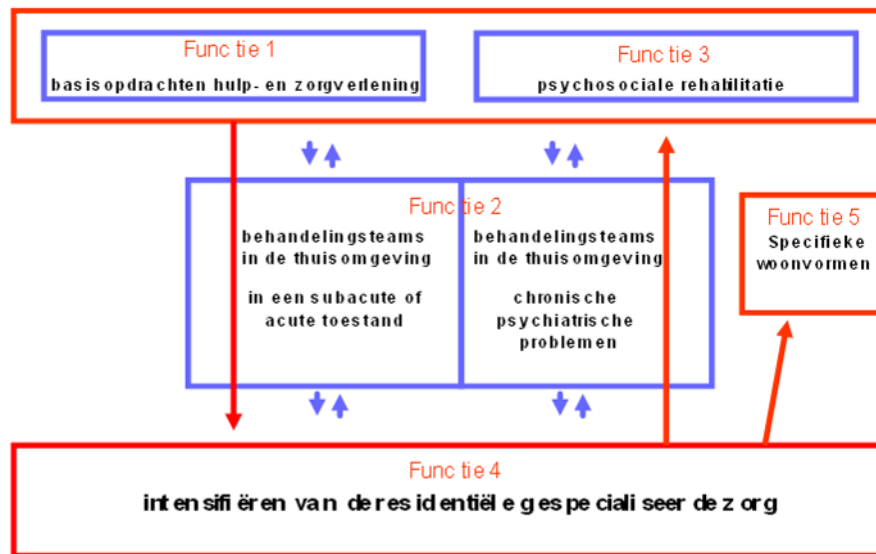
- De personeelsequipe van de crisiseenheid zal zowel de psychologische en psychiatrische ondersteuning van de patiënten verzekeren binnen een soepel en flexibel permanentiesysteem (24u op 24 u).
- De crisiseenheid van vier bedden moet worden omkaderd door exact 11 VTE:
- 2 VTE psychologen;
- 9 VTE niveau A1 waarvan minimum 1 VTE case manager. De voor deze functie aangeworven persoon beschikt over een voldoende ervaring (minstens 3 jaar)
- wat betreft de hulpverlening aan personen met een psychoactieve middelen gerelateerde stoornis. De resterende VTE staan in voor de permanentie binnen de eenheid. Elke 1 VTE mag maximum verdeeld worden over twee personen, waarbij men geen personeel voor minder dan 50% VTE tewerkstelt in het kader van dit project (dit geldt voor de 11 VTE).

De 11 VTE worden gefinancierd op volgende wijze :

- 8,8 VTE, in geval van A-bedden, of 9,3 VTE, in geval van D-bedden, worden gefinancierd door dit contract.
- 2,2 VTE worden gefinancierd in het kader van de bestaande erkenning van 4 A-bedden of 1,7 VTE worden gefinancierd in het kader van de bestaande erkenning van 4 D-bedden.
- Voorts doet men een beroep op een psychiater verbonden aan de A-dienst van de instelling.
- Om de sociale problemen van de patiënten op te lossen, zal er beroep gedaan worden op de sociale dienst van de instelling.
- De programma's en de organisatie van de crisiseenheid moeten het personeel een voldoende geruststellend kader aanbieden opdat een therapeutische relatie tot stand kan worden gebracht en het personeel op lange termijn in de crisiseenheid kan blijven werken.
- De verbetering van de deskundigheid en de intervisie van het personeel zijn waarborgen voor welslagen. Het aangeworven personeel moet deskundig en opgeleid zijn om de patiënten van de doelgroep te kunnen opvangen. De opleidingskosten voor het personeel vallen niet ten laste van dit project.

BIJLAGE 4

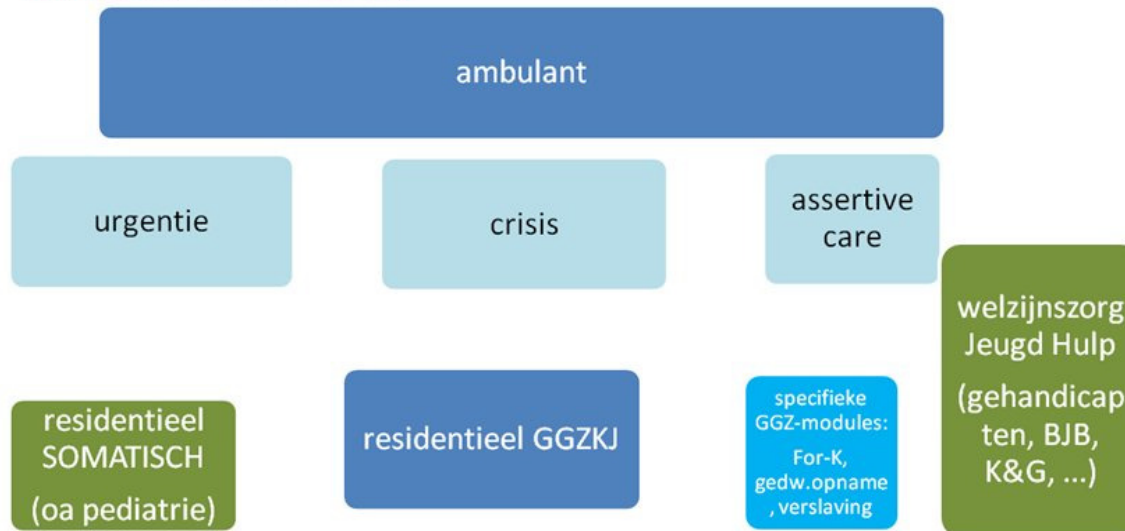
Schematische beschrijving van de 5 functies van het ggz-programma voor volwassenen



BIJLAGE 5

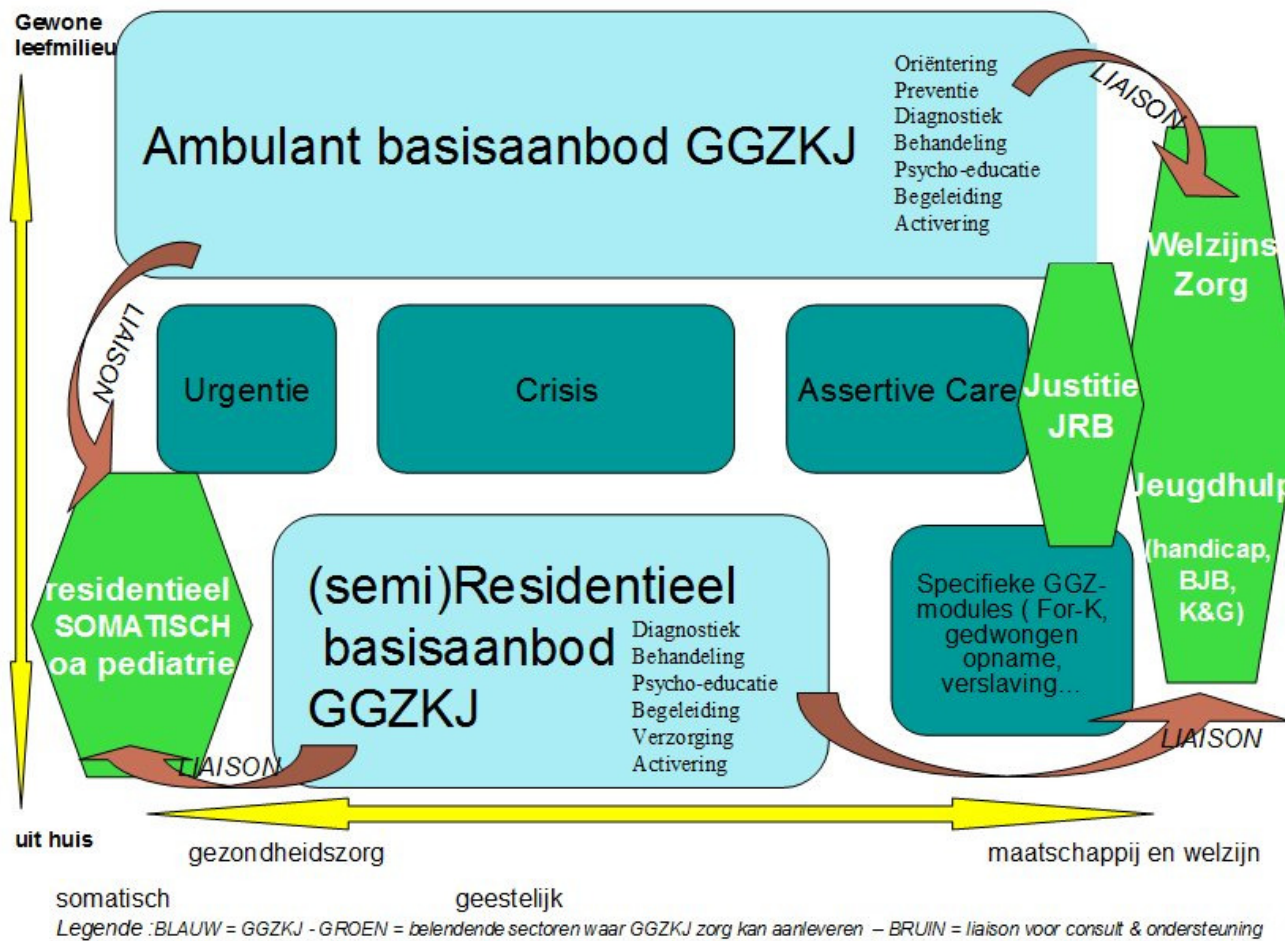
Prioritaire noden in GGZ voor leeftijdsgroep 0-18 jaar

TRAJECT URGENTIE, CRISIS EN ASSERTIVE CARE ONTWIKKELEN



Assertive, crisis, urgentie

ZORGMODULE	WAT	DOELGROEP	REACTIE- EN INTERVENTIETIJD	WIE
Assertive care	Actief aanklappende zorg	Door het netwerk gekend GGZ-cliënteel	Afhankelijk van patiënt en situatie, kan kort-intensief, maar ook langdurig zijn	Teams, samengesteld uit ambulante en residentiële HV
Crisiszorg	Stabiliserende interventie bij dreigende ontsporing	Zowel gekende patiënten als inroepbaar door andere zorgdomeinen bij hun cliënteel	Reactietijd: enkele dagen Interventietijd: enkele weken	Alle GGZKJ moeten deze modaliteit uitwerken, in samenspraak met de netwerkcollega's
Urgentiezorg	Interventie in acute noodsituatie	Kleine groep problematische jongeren en superacute situaties	Reactietijd: enkele uren Interventietijd: enkele dagen	Specifieke module, koppeling met somatische zorg met grotere werkregio



Wat is externe liaison?

ZORGMODULE	WAT	DOELGROEP	REACTIE- EN INTERVENTIETIJD	WIE
<u>Externe liaison</u>	Ondersteuning van andere zorgdomeinen in zake GGZ -Consult en <u>toeleiding</u> -Zorg op verplaatsing	Kinderen en jongeren uit andere jeugdhulpdomeinen en hun begeleiders	Aanvaardbare "gewone" termijnen	Alle GGZKJ moeten deze modaliteit kunnen aanbieden