

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

BRUSSEL, 08/02/2001

Bestuur van de Gezondheidszorgen

Bestuursdirectie Gezondheidszorgbeleid.

**NATIONALE RAAD VOOR ZIEKEN-
HUISVOORZIENINGEN.**

Afdeling "Programmatie en Erkenning".

Permanente werkgroep "PSYCHIATRIE"

O/Ref. : NRZV/D/PSY/185-1 (*)

**ADVIES INZAKE OPVANG EN BEHANDELING VAN
STERK GEDRAGSGESTOORDE EN/OF AGRESSIEVE
PATIENTEN.**

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

Het eerste advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (N.R.Z.V.) omtrent de sterk gedragsgestoorde en/of agressieve patiënten (S.G.A.) werd door het Bureau van de Raad bekrachtigd op 18 november 1993 (ref.: NRZV/D/72-6).

Na het opzetten van een pilootproject inzake S.G.A.-eenheden in België door het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu acht de permanente werkgroep 'psychiatrie' van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen het noodzakelijk op basis van de opgedane ervaringen een tweede advies uit te brengen betreffende deze materie.

Het betreffende pilootproject ging van start in juni 1995 en werd verlengd tot eind 2000. De wetenschappelijke equipe van het pilootproject publiceerde haar eindrapport in het eerste trimester van 2000.

1. Opzet van het pilootproject 'De S.G.A.-centra in België'.

Algemeen gesteld, werd het S.G.A.-pilotproject opgestart omwille van het gebrek aan kennis rond sterk gedragsgestoorde en/of agressieve patiënten. Meer concreet werden de vragen rond een viertal onderzoeksdoelstellingen gecentreerd, te weten :

- ◆ de doelgroep in empirische termen omschrijven (inclusie- en exclusiecriteria voor opname in een S.G.A.-eenheid);
- ◆ de opvang van de doelgroep analyseren (het bieden van een milieu, behandeling en resocialisatiemogelijkheden);
- ◆ de organiseerbaarheid van specifieke SGA-eenheden en behandelbaarheid van SGA-patiënten bestuderen (personeel, behandelplan, middelen, architectuur);
- ◆ de mogelijkheden tot uitbouw van een supraregionale structuur als SGA-zorgcircuit nagaan.

Vanuit de wetenschappelijke literatuur werd er steeds van uitgegaan dat de S.G.A.-patiënten gekenmerkt worden door een moeilijk te hanteren gedrag en het permanent destabiliseren van de bestaande opvangstructuren. Het gaat om patiënten die herhaaldelijk agressief gedrag vertonen gericht op zichzelf en/of op anderen en reeds een aantal opnamen in psychiatrische instellingen achter de rug hebben. Een opname in een beschermd en gestructureerd milieu is daarom noodzakelijk.

Bepaalde types van patiënten werden niet weerhouden o.a. patiënten jonger dan 18 jaar, mentaal gehandicapt, patiënten met een irreversibele organische pathologie, personen met crimineel gedrag of door een rechter doorgestuurd in het kader van een substitutiestraaf en zonder specifieke psychiatrische pathologie of toxicomane patiënten

zonder uitgesproken agressief gedrag, gestabiliseerde chronische psychotici en patiënten die eenmalig of occasioneel blijf geven van disruptief gedrag.

De reden tot creatie van specifieke eenheden of opvangmogelijkheden voor S.G.A.-patiënten is tweevoudig. Enerzijds het trachten verbeteren van de levenskwaliteit van de patiënt door het aanwenden van effectieve behandelingsstrategieën. Anderzijds wordt de tijdelijke opname van een patiënt in een S.G.A.-eenheid gezien als maatregel om de overbelasting van de instelling waar die patiënt vandaan komt tegen te gaan en een nieuwe kans te geven aan beide partijen om, met behulp van gespecialiseerde deskundigheid, een nieuw therapeutisch plan op te stellen.

Drie instellingen werden door de Federale Overheid gekozen om deel te nemen aan dit pilootproject :

- het Psychiatrisch Centrum '*Bethaniënhuis*' te Zoersel;
- het Centre Hospitalier '*Jean Titeca*' te Brussel;
- het Centre Hospitalier Psychiatrique '*Les Marronniers*' te Doornik

Aan een onderzoeksequipe, verbonden aan het Universitair Centrum '*Sint-Jozef*' te Kortenberg werd de opdracht gegeven het onderzoek te begeleiden en adviserend op te treden jegens de drie deelnemende instellingen.

De onderzoeksequipe, de drie experimentele centra en de Federale Overheid, in casu de Bestuursdirectie Gezondheidszorgbeleid van het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, zijn van bij de start van het pilootproject tot de laatste fase ervan, op regelmatige basis samengekomen om de stand van zaken en eventuele knelpunten toe te lichten en oplossingen te suggereren. Deze vergaderingen vonden en vinden maandelijks plaats.

Elk van de drie experimentele instellingen beschikt over een afdeling die zich reeds in het verleden had toegelegd op de opvang van een specifieke populatie van S.G.A.-patiënten. Bijgevolg bestonden van bij de aanvang van het pilootproject aanzienlijke verschillen tussen de instellingen op vlak van organisatorisch beleid en therapeutische aanpak. Een weergave van die verschillen is terug te vinden in het behandelprotocol dat elk van de deelnemende centra heeft opgesteld in de loop van het project. Er werd dus geen uniform gestandaardiseerd behandelprotocol door de onderzoeksequipe opgelegd aan de deelnemende instellingen.

Naast deze drie experimentele groepen van S.G.A.-patiënten, werd gepoogd analoge groepen van patiënten te plaatsen om als controlegroep op te volgen. Gezien de reeds aangehaalde verschillen tussen de drie experimentele eenheden, diende voor elk van de drie populaties een optimale controlegroep te worden samengesteld.

Bij de aanvang van het pilootproject is in elk van de deelnemende experimentele centra een S.G.A.-eenheid gecreëerd. In elk centrum werd uit een grotere leefeenheid van 20 à 30 bedden, 8 bedden toegewezen aan de nieuwe S.G.A.-eenheid. Gezien echter de nadelen en moeilijkheden om een populatie S.G.A.-patiënten te behandelen binnen de setting van een klassieke psychiatrische afdeling, werd er zowel door de Federale Overheid als door de onderzoeksequipe op aangedrongen in een architecturaal afzonderlijke S.G.A.-eenheid te voorzien. De realisatie van deze architecturaal

afzonderlijke eenheden gebeurde voor de drie experimentele centra op verschillende tijdstippen, te weten :

- het Psychiatrisch Centrum 'Behthaniënhuis' te Zoersel : februari 1996
- het Centre Hospitalier 'Jean Titeca' te Brussel : juni 1997
- het Centre Hospitalier Psychiatrique 'Les Maronniers' te Doornik : juli 1997

Bij de start van het pilootproject werd de minimale en verplichte omkadering verondersteld te bestaan uit :

- 1 VTE psychiater
- 1 VTE psycholoog
- 6 VTE verpleegkundigen
- 6 VTE personeelsleden met een paramedische, sociale of therapeutische opleiding

Conclusies van het pilootproject

Men stelt in België vast dat de vraag naar opvang van S.G.A.-patiënten het aanbod overstijgt. De resultaten van het pilootproject leveren verschillende indicaties op dat opvang van S.G.A.-patiënten zowel voor de patiënten als voor het personeel haalbaar is.

In vergelijking met de controlegroepen waar met een reguliere personeelsomkadering werd gewerkt, blijkt de creatie van specifieke en afzonderlijke S.G.A.-eenheden met een hogere personeelsomkadering (17 VTE per 8 patiënten) niet enkel zinvol en noodzakelijk te zijn maar ook haalbaar en daarenboven therapeutisch effectief want de resultaten – scores op verschillende schalen die het gedrag en het welbevinden van de patiënt in kaart brengen – zijn consistent en men ziet zelfs een verbetering een jaar na ontslag uit de S.G.A.-eenheid. Na bevraging geven dergelijke patiënten blijk van een aanzienlijke verbetering op vlak van hun levenskwaliteit.

Met een personeelsbezetting van 14 VTE kon onvoldoende beantwoord worden aan de therapeutische vereisten en in het voorzien van de nodige veiligheid met betrekking tot de behandeling van S.G.A.-patiënten. Vandaar ook dat werd voorgesteld de oorspronkelijke omkadering uit te breiden tot 17 VTE per eenheid van 8 S.G.A.-bedden :

- 1 VTE psychiater
- 1 VTE hoofdverpleegkundige
- 12 VTE verpleegkundigen of begeleiders die instaan voor een permanent toezicht
- 1 VTE psycholoog
- 0,5 VTE ergotherapeut
- 0,5 VTE bewegingstherapeut of kinesitherapeut
- 0,5 VTE psychologisch assistent
- 0,5 VTE sociaal assistent

Met dergelijke personeelsbezetting werd het niet enkel mogelijk voldoende toezicht en veiligheid te garanderen maar ook om een voldoende activiteiten en therapeutische interventies aan te bieden. Hierbij dient wel opgemerkt dat niet alleen het aantal personeelsleden van belang is om tot positieve resultaten te komen bij de opvang en

behandeling van S.G.A.-patiënten, maar ook een voldoende mate van expertise en multidisciplinariteit bij het behandelingsteam.

Op basis van dit voorstel werd door de Federale Overheid een uitbreiding toegekend van drie VTE per centrum, wat een totaal geeft van 17 VTE per eenheid van 8 patiënten.

2. Beleidsadviezen op basis van de resultaten van het pilootproject 'De S.G.A.-centra in België'.

Gezien het pilootproject zich gericht heeft op volwassen patiënten, kunnen geen wetenschappelijke uitspraken gedaan worden over jongeren, forensische psychiatrische patiënten (o.a. geïnterneerden) en ouderen. Meer informatie omtrent andere doelgroepen kan bekomen worden door verder onderzoek en/of pilootprojecten.

In de zorgverlening ten bate van S.G.A.-patiënten dienen een aantal niveaus of trappen te worden onderscheiden :

1. *Preventieve acties* in alle geledingen van de geestelijke gezondheidszorg, bv. het opzetten van intervisie en psycho-educatie rond patiënten met een S.G.A.-gerelateerde problematiek waaraan vertegenwoordigers van de verschillende instellingen deelnemen. De overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg kunnen samen met de plaatsings- en begeleidingscommissies bij het organiseren hiervan een rol spelen.
2. *Advies van de gespecialiseerde equipes* die ter plaatse een eerste antwoord kunnen bieden indien patiënten permanent ontwrichtend gedrag stellen in de voorziening waarin zij verblijven.
3. De oprichting en werking van *gespecialiseerde S.G.A.-eenheden* naar voorbeeld van de experimentele centra in het pilootproject.
4. Ter voorkoming van het dichtslippen van de gespecialiseerde S.G.A.-units wordt een beroep gedaan op de regionale plaatsings- en begeleidingscommissies alsook op de gespecialiseerde S.G.A.-units zelf, die instaan voor een uitvoeringsadvies voor *verdere zorg* voor de patiënten.

In het tweede deeladvies van de permanente werkgroep 'psychiatrie' inzake de toekomstige organisatie en ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg, door het Bureau van de Raad bekrachtigd op 12 juni 1997 (ref.: NRZV/D/115-3) wordt het accent gelegd op de noties van *zorgcircuits en -netwerken* als basis voor de toekomstige organisatie voor de geestelijke gezondheidszorg.

Een zorgcircuit dient steeds een bepaald minimum aan opdrachten te realiseren. Soms is het niet zinvol in elk zorgcircuit bepaalde modules, zoals bv. S.G.A., te voorzien omdat de kritische massa daarvoor te klein is. Voor een kleine populatie, zoals die van de S.G.A.-patiënten is het onverantwoord een afzonderlijk zorgcircuit te realiseren. S.G.A.-zorgverlening wordt gezien als een module van zorgcircuits voor volwassenen die zich richt op een specifieke problematiek.

De best leefbare en werkbare omstandigheden voor patiënten en personeel komen voor in architecturaal afzonderlijke eenheden van minimum 16 tot maximum 24 S.G.A.-patiënten, op hun beurt onder te verdelen in subunits van minstens 8 tot maximum 12 patiënten.

De te nemen veiligheidsmaatregelen zullen deels afhankelijk zijn van de agitatie die op een bepaald ogenblik voorkomt in de S.G.A.-eenheid. Daarom zouden de eenheden moduleerbaar moeten zijn. Dit wil zeggen dat drie subunits van 8 patiënten omgevormd kunnen worden tot twee subunits van 12 patiënten binnen dezelfde leefeenheid indien het 'algemeen klimaat' in alle subunits dit toelaat. Dit is een pluspunt voor de leefbaarheid van de eenheden voor patiënten zowel als voor het personeel. Zowel omwille van de veiligheid als omwille van de noodzakelijkheid van continu toezicht dient een grotere oppervlakte per patiënt in vergelijking met het klassiek gesubsidieerde aantal vierkante meters, worden toegekend.

Voor een S.G.A.-eenheid bestaande uit 16 patiënten (2 x 8) waarin een bezetting van 90 % vereist is, stelt men volgende personeelsbezetting¹ voorop :

- minstens 12 verpleegkundigen, waarvan minstens de helft van niveau A1
- 4 licentiaten, waarvan minstens 2 psychologen met psychotherapeutische opleiding
- 14 vrij in te vullen functies, waarvan minstens de helft van niveau A1

Bij deze personeelsbezetting dienen maximum 2 psychiaters met een aangepaste vergoeding een effectieve aanwezigheid van 36 uur per 16 patiënten per week te kunnen garanderen, alsook over de nodige deskundigheid en ervaring in de behandeling van de S.G.A.-doelgroep te beschikken.

De onderzoeksequipe stelt voor 120 S.G.A.-bedden te creëren voor het land : voor Vlaanderen zouden 64 S.G.A.-bedden moeten worden voorzien, voor Brussel 16 en voor Wallonië 40 rekening houdend met de respectievelijke bevolkingsaantallen van de regio's en met de resultaten van een recente enquête uitgevoerd bij 134 psychiatrische en algemene ziekenhuizen. In dit advies stellen we 128 bedden voor, zijnde 64 in Vlaanderen, 16 in Brussel en 48 in Wallonië, rekening houdend met een betere geografische spreiding en rekening houdend met het feit dat eenheden van 16 patiënten het meest werkbaar zijn. Het totale aantal van 128 bedden dient evenwel geplaatst te worden in de context van het bestaande moratorium : het is niet de bedoeling meer bedden te creëren, maar het bestaande aanbod te diversifiëren.

Daarenboven is het noodzakelijk de verblijfsduur in een S.G.A.-eenheid te beperken. De maximale verblijfsduur werd door de onderzoeksequipe vastgelegd op 15 maanden (gemiddelde verblijfsduur experimentele centra + 1 standaardafwijking). Bovendien dient de voorziening vanwaar de patiënt afkomstig is, de bereidheid te vertonen deze terug op te nemen indien, na het verstrijken van de maximale verblijfsduur in de S.G.A.-eenheid, geen verbetering van de toestand van de patiënt kan worden vastgesteld.

Het traject dat S.G.A.-patiënten volgen binnen de geestelijke gezondheidszorg dient te worden opgevolgd door regionale plaatsings- en begeleidingscommissies, dit voornamelijk ter voorkoming van het probleem van het dichtslippen van de S.G.A.-eenheden. Dergelijke commissies zouden eveneens een preventieve rol kunnen spelen en kunnen instaan voor wetenschappelijke begeleiding en gespecialiseerde opleidingen oftewel het uitdragen van de opgedane expertise omtrent opvang en behandeling van S.G.A.-patiënten. Immers, de behandelingsresultaten in de S.G.A.-eenheden verbeteren duidelijk naarmate het personeel van deze eenheden over meer ervaring beschikt.

¹ De personeelsbezetting wordt hier weergegeven in termen van kwalificaties, niet in termen van tijdsduur van de activiteiten (VTE of anders).

De regionale plaatsings-en begeleidingscommissies kunnen worden samengesteld uit behandelaars van de S.G.A.-eenheden, behandelaars van de verwijzende ziekenhuizen en vertegenwoordigers van andere geledingen van de geestelijke gezondheidszorg die probleemgevallen aanbrengen, adviezen kunnen uitwisselen, feedback ontvangen en patiënten opvolgen.

Om de effectiviteit van de werking van dergelijke plaatsings- en begeleidingscommissies te garanderen, wordt bij voorkeur voorzien in afzonderlijke financiële middelen of werkingsgelden.

De opname van patiënten in een S.G.A.-eenheid dient bij voorkeur op vrijwillige basis te gebeuren : motivatie van patiënt en zorgverlener is de sleutel tot een succesvolle behandeling. Gedwongen opname in een S.G.A.-eenheid kan echter niet uitgesloten worden gezien bij aanwezigheid van S.G.A.-patiënten in een niet-S.G.A.-setting, de veiligheid van het personeel en de andere patiënten niet gegarandeerd kan worden.

Addendum

Weergave van de totale personeelskost verbonden aan dit advies, exclusief (1) de meerkost op architecturaal vlak, (2) de kost van de medische activiteiten en (3) de werkingskost van de plaatsings- en begeleidingscommissies.

[128 bedden x 30 VTE/16 patiënten] – [128 bedden x 16 VTE/30 patiënten] x 1,8 milj. BEF

Dit geeft een totaal van 310 milj. BEF aan personeelskosten.