

DIRECTORAAT- GENERAAL ORGANISATIE  
VAN DE GEZONDHEIDSZORGVOORZIENINGEN

NATIONALE RAAD VOOR  
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN  
-----

Permanente werkgroep Psychiatrie

Réf. : CNEH/D/PSY/439-2 (\*)

**Advies betreffende de nodige opvangcapaciteit van het pilootproject  
“*Crisiseenheden, met inbegrip van case management, voor personen in een  
psychische crisissituatie en voor personen in een psychoactieve  
middelengerelateerde crisissituatie*” en definitie van de inclusie- en  
exclusiecriteria voor de personen die er worden opgenomen**

Namens de Voorzitter,  
Dhr Peter Degadt

De Secretaris  
C. Decoster

(\*) Dit advies werd bekrachtigd op de Bureauvergadering van 9 januari 2014

## 1. CONTEXT VAN DE ADVIESAANVRAAG

Het Bureau van de NRZV heeft een bijkomend advies gevraagd aan ad-hocwerkgroep 'Verslavingen' betreffende :

- De selectie van de ziekenhuizen en de behoeften inzake opnamecapaciteit van de projecten « **Crisiseenheden, met inbegrip van case management, voor personen in een psychische crisissituatie en voor personen in een psychoactieve middelengerelateerde crisissituatie** »<sup>1</sup> en
- De specificatie van de opdrachten en van de inclusie- en exclusiecriteria van de crisiseenheden.

Dit advies heeft betrekking op **9 pilootprojecten opgestart in 2002**<sup>2</sup> van crisiseenheden met inbegrip van case management voor personen met een psychoactieve middelengerelateerde stoornis, waarvan **2 crisiseenheden reeds opgestart in 1991** voor personen in een psychische en/of psychiatrische crisissituatie<sup>3</sup>.

De permanente werkgroep heeft een ad-hocwerkgroep ermee belast dit aanvullend advies voor te bereiden.

De ad-hocwerkgroep bestond uit Stéphane Hoyoux (voorzitter) en de leden Joël Boydens, Denis Henrard, Ann Moens en Isabel Moens. Het secretariaat werd verzekerd door Ilse Declercq en Katia Huard (FOD VVVL).

Een specialist van de registratie van de Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG), Jean-Pierre Gorissen (FOD VVVL), werd eveneens gehoord.

De ad-hocwerkgroep « Verslavingen » heeft kennis kunnen nemen van de activiteitenverslagen van de 9 crisiseenheden. De ad-hocwerkgroep heeft eveneens kennis genomen van de MPG die in het jaar 2010 werden geregistreerd in alle ziekenhuizen, en van de gegevens afkomstig van de registratie van de opnames via de spoeddiensten (Minimale Klinische Gegevens (MKG), 2009). Die gegevens zijn strikt vertrouwelijk en zullen niet in detail worden opgenomen in dit advies. De gegevens van de MPG zijn echter wel, in geaggregeerde vorm, te raadplegen op de site van FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (FOD VVVL).

## 2. VASTSTELLINGEN

### Inleiding

Ter inleiding moet er worden benadrukt dat de Belgische gegevens die dit advies unaniem kunnen onderbouwen, onvolledig zijn. Die gegevens kunnen wel een beeld geven van de crisisopvang in het ziekenhuismilieu van de gebruikers van psychoactieve stoffen, ongeacht of zij al dan niet via de klassieke spoeddiensten langsgedaan zijn. De geanalyseerde MPG hadden betrekking op kortverblijven waarvan de opname niet geprogrammeerd was. De MKG waarmee rekening werd gehouden, zijn opnames (in psychiatrische bedden of niet) voor een diagnose in verband met misbruik/intoxicatie/verslaving, met voorafgaand een opname via de spoeddiensten.

De activiteitenverslagen die elk semester werden ingediend door de crisiseenheden van het pilootproject werden eveneens geanalyseerd. Er moet evenwel genuanceerd worden dat bepaalde crisiseenheden zoals die van Namen, Bergen en Leuven de MPG niet registreren (aangezien hun

---

<sup>1</sup> In dit advies verder genoemd: pilootproject crisiseenheden

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

<sup>3</sup> CHU Brugmann en ZNA - PZ Stuivenberg

criseeenheid bestaat uit bedden met kenletter D waarvoor registratie van de MPG (nog) niet vereist is. Dat punt zal in dit advies besproken worden.

Er dient eveneens aan herinnerd te worden dat de ziekenhuisgegevens onder het toepassingsgebied vallen van de Wet ter Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer. Deze gegevens kunnen daarom niet overgenomen worden zoals ze door de ad hoc werkgroep bestudeerd werden, maar ze kunnen – door het grote publiek - niettemin onder de vorm van geaggregeerde gegevens geconsulteerd worden. Mits het akkoord van de Minister van Volksgezondheid en binnen heel specifieke condities kunnen ze bovendien ook het voorwerp uitmaken van studies.

## Vaststellingen

Na analyse en bespreking van de resultaten met de ad-hocwerkgroep, is een eerste belangrijke vaststelling de **grote verschillen in de opvang aangeboden door de criseeenheden**, zowel wat betreft de duur van het verblijf als wat betreft de werkzaamheden van de case manager. Dat maakt vergelijking moeilijk, om niet te zeggen onmogelijk. Die eenheden kaderen weliswaar in een gerechtvaardigde regionale dynamiek, maar een harmonisatie op nationaal vlak van een deel van de zorgverlening is relevant.

Een tweede vaststelling is **de andere richting die de criseeenheden zijn ingeslagen sinds de lancering van het pilootproject**. Oorspronkelijk werden die criseeenheden opgericht doordat de druggebruikers geen beroep konden doen op de klassieke spoeddiensten. Momenteel stellen we vast dat op die eenheden vooral personen worden behandeld die alcohol consumeren, terwijl die eenheden oorspronkelijk specifiek waren opgezet voor gebruikers van illegale drugs. Soms worden patiënten opgenomen zonder dat er sprake is van problematisch en chronisch gebruik van psychoactieve stoffen. Die vaststelling, waaraan herhaaldelijk uiting werd gegeven door de gespecialiseerde sector, en die tot uiting komt in de ziekenhuisgegevens, gaat gepaard met de vraag vanuit bepaalde criseeenheden om ook patiënten in crisis op te vangen met een psychiatrische stoornis (zonder probleem van toxicomanie of alcoholisme).

Een derde vaststelling heeft betrekking op **het belang om een dergelijk zorgaanbod te kunnen aanbieden in België voor de specifieke doelgroep van de personen met een problematisch gebruik van psychoactieve stoffen die in crisis verkeren**. Er gaan jaarlijks namelijk ongeveer 3.500 personen langs op de criseeenheden, en in meer dan twee derde van de gevallen gaat het om hun eerste bezoek aan die dienst.<sup>4</sup> Meer achtergrond bij die vaststelling kunt u vinden in het vorige advies van de NRZV van 14 juni 2012.

Een vierde vaststelling, tot slot, heeft betrekking op **de selectie van de criseeenheden**. Gezien de analyses van de MPG die hierboven werden vermeld, lijkt het erop dat de ziekenhuizen die meedoen aan dit pilootproject de ziekenhuizen zijn met de meeste aanvragen voor niet-geprogrammeerde kortverblijven voor de doelgroep. Er zijn echter ook een aantal criseeenheden die ontsnappen aan die logica, en er zijn bijkomende en geactualiseerde gegevens nodig om die toestand te kunnen objectiveren.

---

<sup>4</sup> Tweejaarlijkse activiteitenverslagen van de criseeenheden

### **3. ADVIES BETREFFENDE DE NODIGE OPVANGCAPACITEIT VAN DE PILOOTPROJECTEN “CRISISEENHEDEN, MET INBEGRIJ VAN CASE MANAGEMENT, VOOR PERSONEN IN EEN PSYCHISCHE CRISISSITUATIE EN VOOR PERSONEN IN EEN PSYCHOACTIEVE MIDDELENGERELATEERDE CRISISSITUATIE” EN DEFINITIE VAN DE INCLUSIE- EN EXCLUSIECRITERIA VOOR DE PERSONEN DIE ER WORDEN OPGENOMEN.**

Eerst en vooral moet worden verduidelijkt dat dit advies een aanvulling vormt op het vorige advies, en dat het een nauwkeurigere basis wil leggen aangaande de manier waarop de crisiseenheden en hun opdrachten georganiseerd moeten worden.

Wat de bovenvermelde vaststellingen betreft, **beveelt het advies dus aan dat de crisiseenheden zich er formeel en schriftelijk toe verbinden hun opvangmethodes te herdefiniëren door de onderstaande criteria aan te nemen. Die wijzigingen moeten worden doorgevoerd tijdens een periode van maximum drie jaar, waarna het pilootproject geëvalueerd zal worden. Een structurering van het pilootproject is niet wenselijk zolang de netwerken die werden opgezet in het kader van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg niet structureel gemaakt zijn. De evidente banden met de mobiele crisisteams van de hervorming moeten namelijk verduidelijkt worden. Er moet dus eerst een structurele verankering van de hervorming worden doorgevoerd.**

Het advies raadt de crisiseenheden **een overgangperiode aan naar een nieuw behandelingsmodel en naar een striktere naleving van de basisopdrachten.**

Het advies stelt voor om de bestaande crisiseenheden een zeer specifieke **provinciale opdracht** toe te kennen, door de netwerken die gespecialiseerd zijn in geestelijke gezondheid en in verslavingen gebruik te laten maken van de competenties en de expertise die werden opgebouwd sinds het begin van het pilootproject.

Die overgangperiode moet een aantal doelstellingen kunnen verwezenlijken :

1. **Zorgen voor een betere opvang van de gebruikers van psychoactieve stoffen in crisis** (en in de eerste plaats de gebruikers van illegale drugs) en;  
**Het werken met de bestaande netwerken stimuleren;**  
**De functie van case management verder uitbouwen en een deel van het personeel mobiel maken ;**
2. **Nauwkeurigere inclusie- en exclusiecriteria** vastleggen, waaronder het begrip crisis waarvoor hospitalisering noodzakelijk is.
3. De naleving van de opnamecriteria van de crisiseenheden objectiveren door de gegevens van de activiteitenverslagen naast alle registraties van de medische gegevens te leggen waarover FOD VVVL beschikt.

Het advies zou willen dat de crisiseenheden vrij zijn om, afhankelijk van hun provinciale/regionale eigenheden, het werk met het netwerk te organiseren (het netwerk moet hier in ruime zin begrepen worden, d.w.z. de netwerken die gespecialiseerd zijn in verslavingen, de netwerken die opgezet werden in het kader van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg, de lokale netwerken, ...).

1. De opvang van de gebruikers van psychoactieve stoffen in crisis verbeteren, netwerking bevorderen, het case management uitbouwen en een deel van het personeel mobiel maken ;

De crisisopvang van de gebruikers van psychoactieve stoffen en hoofdzakelijk van de gebruikers van illegale drugs maakt deel uit van de lacunes in het zorglandschap voor druggebruikers. Dat wordt vaak aangehaald door de sector die gespecialiseerd is in verslavingen. Volgens de gegevens die reeds werden geanalyseerd en besproken, is er een grote vraag naar dit type hospitalisatie.

Het is de bedoeling om de groep **nauwkeuriger af te bakenen** (enkel de problematische gebruikers van alcohol, illegale drugs en psychoactieve medicatie) en **ambulante alternatieven** te ontwikkelen via de gespecialiseerde netwerken, en vooral de netwerken die ontwikkeld werden in het kader van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg.

Momenteel voorzien de criteria van het pilootproject dat de eenheid zich in een afzonderlijk lokaal bevindt, maar in de buurt van een spoeddienst.

De **eenheden van 4 bedden** zijn omkaderd door 11 VTE die als volgt gefinancierd worden:

- 8,8 VTE voor A-bedden, of 9,3 VTE voor D-bedden worden gefinancierd door de koninklijke besluiten (extra personeel)
- 2,2 VTE in het kader van de erkenning van vier A-bedden of 1,7 VTE in het kader van de erkenning van vier D-bedden.

De **eenheden van 6 bedden** worden omkaderd door 16,5 VTE die als volgt gefinancierd worden:

- 13,2 VTE voor A-bedden of 14 VTE voor D-bedden zullen gefinancierd worden door de koninklijke besluiten (extra personeel).
- 3,3 VTE zullen gefinancierd worden in het kader van de erkenning van vier A-bedden of 2,5 VTE in het kader van de erkenning van zes D-bedden.

Om de opvang te verbeteren, pleit het advies ervoor dat de crisiseenheden **kieszen tussen twee mogelijkheden**:

Momenteel is de personeelsomkadering van de crisiseenheden gelijkaardig aan die van de intensieve zorgeenheden. Die specificiteit is te wijten aan het feit dat de eenheden zich in een afzonderlijk lokaal moeten bevinden gezien de eigenheden van de doelgroep. De crisiseenheden worden dan ook verzocht om een van de volgende twee opties te kiezen:

- a) De eenheden van 4 bedden **blijven gevestigd in een afzonderlijk lokaal**, niet ver uit de buurt van de klassieke spoeddiensten. De eenheid rechtvaardigt haar keuze doordat het onmogelijk is om de doelgroep te doen samengaan met de andere patiënten van de (psychiatrische) spoeddiensten.

Het team zal bestaan uit **10 VTE in totaal, waaronder 9 bachelors, en 1 VTE psycholoog**. Alle personeelsleden werken minstens halftijds. **1,5 VTE** van het personeel (1VTE bachelor en 0,5 VTE psycholoog) zal de functie van case management bekleden.

De **continuïteit van de zorg voor de patiënt** wordt verzekerd op basis van overleg en georganiseerd door de case managers. De case managers zullen toezien op de zorgcontinuïteit **van zoveel mogelijk patiënten**, en desgevallend in eerste instantie van de patiënten die het meeste nood hebben aan voorbereiding om ze door te verwijzen naar andere ambulante of residentiële diensten na hun vertrek uit de crisiseenheid.

De case managers zullen eveneens **netwerking bevorderen, vooral de netwerken die werden opgericht in het kader van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg** en zullen er, in de mate van het mogelijke, ook op toezien dat er programma's worden

ontwikkeld voor de rehabilitatie van de patiënt. Ze **zullen actief deelnemen aan de comités voor functie 2A** die ontwikkeld werden in het kader van de bovengenoemde hervorming (wanneer een crisiseenheid zich in de zone van een netwerk bevindt). Een budgettaire daling van een VTE ten opzichte van het huidige budget (2013) zal worden toegepast (10 VTE in plaats van 11 VTE).

- b) De crisiseenheden van 4 bedden maken deel uit van **een klassieke of psychiatrische spoeddienst**, waar de wachtdienst 24u/24 verzekerd wordt door minstens twee gegradueerde verpleegkundigen (klassieke ziekenhuisnormen).

De crisiseenheid zal bestaan uit **11 VTE, waaronder 10 bachelors en 1 VTE psycholoog**. Alle personeelsleden werken minstens halftijds.

De crisiseenheden zullen op die manier **een deel van het bachelorpersoneel kunnen vrijmaken (aantal te bepalen door de crisiseenheid met een minimum van 4 personen)**. Die zullen worden geïntegreerd in de functie case management, die voor de helft van de tijd mobiel gemaakt zal worden. Het advies pleit er dus voor dat het werk van de case manager voor de helft van de tijd, uitgevoerd zou worden buiten de muren van het ziekenhuis. Dat mobiel team zal, als de crisiseenheid zich in de zone van een netwerk bevindt, nauw samenwerken **met de mobiele teams 2a**. Het mobiele team zal de patiënt volgen in zijn leefomgeving en trachten zijn levenskwaliteit te verbeteren, zal actief deelnemen aan de netwerkvergaderingen en zal ervoor zorgen dat de caseload wordt uitgebreid.

Er zal een budgetverhoging worden toegekend van 38.000€ à 49.000€, afhankelijk van het aantal crisiseenheden die voor deze optie kiezen. Die zal gedeeltelijk de indexering compenseren en de anciënniteit die niet werd ontvangen sinds het begin van het project in 2002. Enkel de eenheden die optie b kiezen zullen die verhoging toegewezen krijgen.

Ongeacht de optie waarvoor wordt gekozen, zal er voor alle patiënten die zijn opgenomen in de crisiseenheid en die er positief tegenover staan, een zorgtraject uitgewerkt kunnen worden in het kader van het zorgprogramma voor volwassenen waar de verslavingsproblematiek aan bod komt. Aldus zullen er **actieve partnerships worden opgezet met de mobiele teams 2A** van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg wanneer een crisiseenheid zich in de geografische zone bevindt van een netwerk van de hervorming.

Het advies is evenmin voorstander van het behouden van de eenheden van zes zogenaamd geïntegreerde bedden. **Het advies beveelt aan dat die twee eenheden identiek zouden zijn aan de zeven andere eenheden van vier bedden en dat ze dus specifiek zouden zijn voor de problematische gebruikers van psychoactieve stoffen.**

Deze optie wordt overwogen met het oog op een zo groot mogelijke harmonisatie van de zorgverlening van de doelgroep. Momenteel zijn er 34 bedden die SPECIFIEK zijn voor druggebruikers (7\*4 bedden en 3\*2 bedden voor de zogenaamd 'geïntegreerde eenheden'). Door deze eenheden specifiek te maken voor druggebruikers zullen er 9 eenheden van 4 bedden, of 36 bedden, specifiek beschikbaar zijn voor de doelgroep. Deze optie zal dus toelaten om de crisisopvang van druggebruikers uit te breiden met twee bedden. Uit de activiteitenrapporten blijkt immers dat deze eenheden ongeveer 50 procent druggebruikers en voor de overige 50% psychiatrische patiënten opvangen die geen middelen gebruiken, of m.a.w. 3 bedden voor de druggebruikers en 3 bedden voor de psychiatrische patiënten. Deze ratio blijft stabiel doorheen de tijd. De twee bedden die geen deel meer zouden uitmaken van het pilootproject zullen opnieuw toegewezen worden in een psychiatrische dienst naar keuze van het betrokken ziekenhuis. Zo zal de zichtbaarheid van het pilootproject en de verwachte doelgroep ook voor eenieder verbeteren. De middelen die vrijkomen uit deze herstructurering zullen aangewend worden om het mobiel gemaakte personeel te financieren. Die eenheden ontvangen namelijk elk ongeveer 170.000€ meer dan de eenheden van 4

bedden. Die middelen zullen dan ook worden overgedragen naar de mobiele teams van de crisiseenheden.

2. Nauwkeurigere inclusie- en exclusiecriteria vastleggen, waaronder het begrip crisis waarvoor hospitalisering noodzakelijk is

Het is belangrijk dat de opdrachten van de crisiseenheden overeenstemmen met het begrip 'crisis' zoals dat ontwikkeld werd in het advies van de NRZV m.b.t. de uitbouw van een ggz-programma voor kinderen en jongeren van 9 juni 2011. **Die crisis moet uiteraard verband houden met een problematisch gebruik van psychoactieve stoffen, waaronder alcohol, illegale drugs en psychoactieve medicatie.**

Onder problematiek moet worden verstaan dat het gaat om patiënten voor wie een zorgtraject in de sector gespecialiseerd in verslavingen en in geestelijke gezondheid zin heeft. 'Eenmalig' problematisch gebruik zoals bij voorbeeld zelfmoordpogingen door inname van barbituraten of alcoholintoxicaties bij studenten **maken geen deel uit van de doelgroep** die geïsoleerd wordt door de crisiseenheden.

**De patiënten die werden opgenomen in de crisiseenheid zijn patiënten voor wie hospitalisatie, zowel op somatisch als op psychosociaal vlak, noodzakelijk is.** Als thuisbehandeling mogelijk is op basis van de pathologie, zal daar de voorkeur aan worden gegeven. Er moet bij de crisis sprake zijn van 'urgentie', maar niet noodzakelijk van een levensbedreigende situatie, om hospitalisatie in een crisiseenheid te kunnen rechtvaardigen.

Om het begrip crisiszorg te kunnen definiëren, hernemen we de definitie uit het advies van 09/06/2011 m.b.t. de uitbouw van een ggz-programma voor kinderen en jongeren: « **Onder crisiszorg wordt de zorg begrepen die gericht is op een situatie waarin dringende hulpverlening nodig is (binnen een paar dagen) omdat jongere en/of context anders dreigt te decompenseren.**

Het advies beveelt aan dat de eenheden zich **de basisopdrachten** die hen in 2002 werden toegewezen opnieuw toe-eigenen en dat de **opvang van de patiënten met een chronisch en problematisch gebruik van psychoactieve stoffen** hun prioriteit blijft.

Het gaat om patiënten voor wie het multidisciplinair team enerzijds van mening is dat een **kortstondige hospitalisatie vereist is** na de crisistoestand, en anderzijds dat een **zorgtraject specifiek** (of gedeeltelijk) gericht op het gebruik van stoffen of **bewustwording aangaande de gebruiksproblematiek** tot stand kan komen dankzij het werk van het multidisciplinair team. Als die voorwaarden niet aanwezig zijn, zal de patiënt verwezen moeten worden naar een ambulante opvang via het mobiel team voor verslavingscrisis (voor de ziekenhuizen die optie b gekozen hebben), een mobiel team 2a van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg of een minder specifieke eenheid. Wanneer er geen enkele opvang voor deze patiënten mogelijk is, zal het team erover waken om een kwalitatieve transfer aan te bieden die beantwoordt aan de pathologie van de patiënt.

Maken geen deel uit van de doelgroep van de gebruikers van psychoactieve stoffen, de patiënten die enkel **tabak, energiedranken, koffie, thee, etc. consumeren.**

Het zou nuttig zijn om die inclusie- en exclusiecriteria voortaan duidelijker te maken in de koninklijke besluiten/contracten:

o het ontwerp richt zich op patiënten **in een crisissituatie**, voor wie **dringende hospitalisatie** en een **medisch-psychosociale behandeling vereist zijn**, en die **symptomen vertoonden die duidelijk het gevolg zijn van overmatig gebruik of verslaving** (zoals beschreven in de wetenschappelijk gevalideerde diagnose-instrumenten) aan een of meerdere psychoactieve stoffen

(psychoactieve geneesmiddelen, illegale drugs of alcohol). In de mate van het mogelijke zullen de gevallen van intoxicatie (waarbij geen misbruik of verslaving werd gediagnosticeerd), en die geen medisch-psychosociale behandeling vereisen, doorverwezen worden naar de minder intensieve (ambulante) diensten. **De eenheden zullen erover waken geen voorrang te geven aan de patiënten met een alcoholproblematiek ten koste van de gebruikers van illegale drugs of psychoactieve medicatie. We herinneren er nogmaals aan dat de basisopdracht van dit pilootproject de opvang van druggebruikers (in ruime zin) is, die uitgesloten zijn van het klassieke zorgaanbod. De eenheden zullen er dus op letten dat de alcoholgebruikers niet meer dan 60% uitmaken van het geheel van de patiënten die in hun eenheid opgenomen zijn.** In de activiteitenrapporten die semestrieel door de crisiseenheden ingediend worden, merken we op dat ongeveer 60% van de opgenomen patiënten opgenomen zijn omwille van alcoholgerelateerde problemen. Daarom alsook om de overige gebruikers (illegale drugs en psychotropen) niet te penaliseren, lijkt het belangrijk een grens te bepalen voor de opvang van deze gebruikers. Zo waken we erover de realiteit in de instellingen inzake de zorgverlening voor alcohol te respecteren terwijl evenzeer een opvangcapaciteit gegarandeerd wordt voor de overige patiënten die illegale drugs en psychotropen gebruiken. Dit beïnvloedt dus geenszins de huidige manier van functioneren van de crisiseenheden maar is er veeleer op gericht naar de toekomst toe te vermijden dat hiervan afgeweken wordt. Deze grens zal later aangepast kunnen worden in functie van de ziekenhuisgegevens, de activiteitenrapporten en de gegevens afkomstig van de Treatment Demand Indicator. Het project sluit elke opname uit van patiënten met een crisis die geen verband houdt met het problematisch gebruik van psychoactieve stoffen.

- o Die crisiseenheid **zal volledig geïntegreerd worden in het netwerk van zijn regio dat werd opgezet in het kader van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg** (artikel 107 van de ziekenhuiswet) maar ook in de **verschillende specifieke netwerken voor hulp aan personen met een probleem dat verband houdt met het gebruik van psychoactieve stoffen**, in het bijzonder illegale middelen.

- o De instelling ziet erop toe dat er een maximale bezettingsgraad wordt gegarandeerd. De bezettingsgraad moet minstens 80% bedragen. De instelling moet per jaar minstens 250 patiënten opvangen die elk minstens één nacht blijven. De crisiseenheden zullen erop toezien dat er geen enkele patiënt wordt geweigerd die beantwoordt aan de opnamecriteria voor zover er opvangplaatsen beschikbaar zijn. Indien sommige patiënten uitgesloten worden, zal de crisiseenheid erover waken dat deze exclusieredenen genoteerd worden en gecommuniceerd worden aan de FOD Volksgezondheid.

3. **De naleving van de opnamecriteria van de crisiseenheden objectiveren door de gegevens uit de activiteitenverslagen te toetsen aan alle registraties van de medische gegevens waarover FOD VVVL beschikt.**

Het advies beveelt aan dat de administratie die belast is met dit project de gegevens van de activiteitenverslagen van de crisiseenheden kan toetsen aan de MPG en de MKG (volkomen conform met de Wet ter Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer). Die laatste twee registratiesystemen moeten de gegevens uit de activiteitenverslagen kunnen onderbouwen. Als dat niet het geval is, moeten er **sancties** worden opgelegd aan de eenheden die hun doelstellingen niet bereiken. Deze eenheden zullen erover waken dat alle opnameaanvragen in de crisiseenheid geregistreerd worden en dat de aanvragen die niet leidden tot een opname, gerechtvaardigd kunnen worden. Parallel met het werk van ad-hocwerkgroep 'MPG' van de NRZV **is het dan ook nodig dat de D-bedden uit die crisiseenheden eveneens geregistreerd worden in de MPG.**

**Die wijzigingen moeten worden doorgevoerd binnen een termijn van maximum drie jaar. Na afloop van die drie jaar zal een wetenschappelijke equipe, in samenwerking met de FOD VVVL de kwalitatieve en kwantitatieve resultaten van deze ervaring moeten analyseren en de adequate aanpassingen voorstellen. De evaluatie zal ook betrekking hebben op de provinciale en regionale**



**dekking die het pilootproject zal aanbieden na deze aanpassing. Deze evaluatie zal gerealiseerd worden in het kader van de evaluatie van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg.**

Concreet beveelt het advies aan dat de administratie de crisiseenheden schriftelijk op de hoogte zou stellen van die nieuwe richtlijnen, en dat die eenheden zich formeel engageren in een veranderingsproces (optie a of b).