
Bestuur der Verzorgingsinstellingen.

NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUISVOOR-
ZIENINGEN.

Afdelingen "Erkenning en "Programmatie"

Ref. N.R.Z.V./P/D/12-1

ADVIES INZAKE DE ORGANISATIE VAN DE DRINGENDE MEDISCHE HULPVERLENING IN
HET KADER VAN DE DIENST "900" - VOORSTEL TOT EXPERIMENT. -- DEELADVIES NR. 1

Voorstel tot experiment inzake organisatie van de psychiatrische urgentie

Om de psychiatrische urgentie bij wijze van proef te integreren binnen de dringende geneeskundige hulpverlening en hierdoor nutteloze geldverspillingen te vermijden terwijl zowel efficiëntie als specificiteit gewaardeerd blijven, stellen we voor dat de arts-regulatoren van de dienst 900 eveneens zouden kunnen beschikken over een netwerk voor de opvang van psychiatrische urgentie.

De oproepen die toekomen in de 900-dienst kunnen hetzij een medische urgentie betreffen, hetzij op een gemengde urgentie slaan, hetzij op een psychiatrische urgentie slaan.

- Wanneer bij een medische urgentie geen opname in het ziekenhuis vereist is, zal de arts-regulator een huisarts zenden. Wanneer een onmiddellijke opname nodig blijkt zal hij een 900-ziekenwagen zenden.
- Wanneer het een gemengd geval betreft met sterke psychiatrische inslag en waarbij geen onmiddellijke opname nodig blijkt, zal hij ofwel een huisarts zenden ofwel indien nodig, in afspraak met de huisarts een medewerker van een psychiatrische mobiele equipe (die moet worden opgericht met de medewerking van de centra voor geestelijke gezondheidszorg), ofwel zal hij, al dan niet met een 900-ziekenwagen, de patiënt verwijzen naar de een of andere psychiatrische wachtdienst van de zone die hij reguleert of naar het cm even welke andere dienst die, naar zijn mening, in staat is de betrokken urgentie op te vangen. Voor zover een opname in het ziekenhuis wegens een gemengd urgentiegeval vereist lijkt zal de arts-regulator de patiënt natuurlijk verwijzen naar een ziekenhuis waar zowel de medische als de psychiatrische aspecten kunnen aangepakt worden.
- Wanneer de arts-regulator vaststelt dat de oproep een zuiver psychiatrische urgentie betreft, kan hij zich richten ofwel tot de psychiater die de wachtdienst verzekert op de psychiatrische wacht van het dichtstbijgelegen algemeen ziekenhuis dat beschikt over een psychiatrische 24-uren wacht,

over psychiatrische crisisbedden en over een A-dienst, ofwel tot de psychiater met wachtdienst in het dichtstbijgelegen psychiatrisch ziekenhuis. Deze zal adviseren een huisarts te zenden of in afspraak met de huisarts, een medewerker van een mobiele psychiatrische equipe zenden, ofwel de patiënt laten opnemen.

Duidelijke afspraken binnen elke regio tussen het ziekenhuis waar de psychiater resideert en de andere algemene ziekenhuizen, waar een psychiater slechts aanwezig is op bepaalde uren om urgenties op te vangen, en de psychiatrische ziekenhuizen, waar een dringende consultatie kan plaatsvinden, moeten het voor de psychiater van wacht mogelijk maken om de patiënten rechtstreeks door te verwijzen naar de plaatsen waar ze in de beste omstandigheden kunnen ontvangen worden.

Indien nodig zal de patiënt verwezen worden naar het ziekenhuis dat beschikt over 24-uren psychiatrische urgentiebedden of psychiatrische crisisbedden. De psychiatrische wachtdiensten van deze ziekenhuizen zullen nauw samenwerken met de huisartsen en met de centra voor geestelijke gezondheidszorg, wat een vermindering van het aantal opnamen moet mogelijk maken.

De 24-urenbedden op de wachtdiensten zullen het in een bepaald percentage van de gevallen mogelijk maken om dankzij een noodzakelijk op rust komen van de patiënt en omgeving, dankzij een aangepaste medicatie en begeleiding op familiaal en sociaal vlak, niet te moeten overgaan tot een psychiatrische hospitalisatie, des te meer dat de samenwerking met de buitendienst ~~aan~~ met de huisartsen de mogelijkheid van een ambulante follow-up voorziet.

De oprichting van crisisbedden waar patiënten worden opgevangen zou de gemiddelde duur in sterke mate doen verminderen.

VOORSTEL M.B.T. DE ORGANISATIE VAN DE DRINGENDE HULPVERLENING OP HET TERREIN VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG.

1. PROBLEEMSTELLING.

De inadequate opvang van psychiatrische en psycho-sociale probleemsituaties met urgentie-karakter, is vaak een gevolg van een gebrekkige opvang op de "eerste lijn", grotendeels te wijten aan twee factoren :

- onvoldoende ondersteuning vanuit de tweede en derde lijn onder de vorm van advies en consultatie (nodig om het probleem-oplossend vermogen van de eerste lijn zelf te vergroten);
- ondoorzichtigheid van het GGZ-voorzieningenapparaat en onvoldoende toegankelijkheid van sommige geledingen ervan (resultierend in haperende en/of niet adequate doorverwijzingen vanuit de eerste lijn naar de gespecialiseerde tweede en derde-lijnsopvang).

Het wegwerken van deze anomalieën dient voorop te staan in het streven naar verbetering van de urgentie - opvang in de GGZ.

2. UITGANGSPUNTEN EN STELREGELS VOOR STRUCTURERING VAN DE URGENTIE-OPVANG IN DE GGZ.

- 2.1. Rekening houdend met het voorgaande, gaat het niet op het probleem van de manklopende urgentie-opvang in de GGZ af te doen als een kwestie van ontoereikende en/of niet geschikte voorzieningen, waaraan een oplossing kan gegeven worden door de creatie van gespecialiseerde crisis-interventiecentra, met eigen begeleidingsteam, infrastructuur en crisisbedden.

Verbetering van de urgentie-opvang in de GGZ vergt geen nieuwe voorzieningen maar wel meer samenhang in het functioneren van de bestaande. Crisisopvang en -interventie dient waargemaakt via onderlinge samenwerking tussen de diverse hulpverlenende instanties op het terrein van de GGZ, met optimale benutting van de reeds ter beschikking staande middelen, mankracht en mogelijkheden, en aanvulling hiervan, waar nodig om een volwaardige 24-uurs-bereikbaarheid te waarborgen.

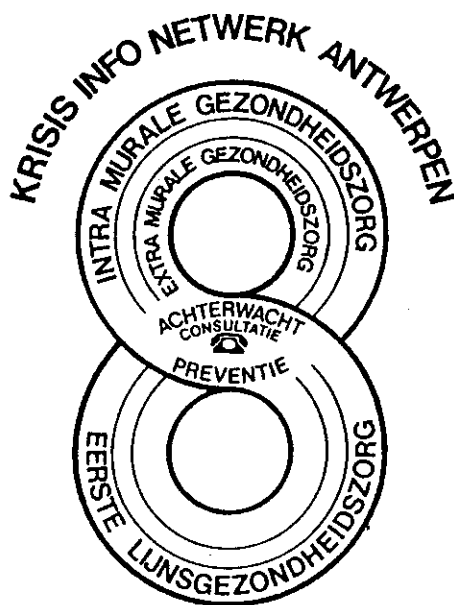
- 2.2. Bij de uitbouw van een dergelijk functioneel samenwerkingsverband dient een model voor ogen te staan dat het volledig terrein van de GGZ omvat, en waarin dus alle GGZ-geledingen een aandeel hebben en verantwoordelijkheid opnemen.

Onderscheiden en parallel functionerende "circuits" voor psychiatrische urgenties enerzijds en psycho-sociale urgenties anderzijds zijn niet aangewezen.

Ook een kunstmatige structurele scheiding tussen de ambulante en de residentiële crisisopvang is niet gewettigd.

Een sluitend systeem van dringende hulpverlening op vlak van GGZ kan enkel geboden worden via een alle GGZ-geledingen omvattend en volledig geïntegreerd functionerend crisisinterventienetwerk, gestoeld op een consistent en gemeenschappelijk opvang- en opnamebeleid.

Het voorgestane principe van een gesloten circuit wordt goed "gevisualiseerd" in onderstaande symbolische voorstelling, ontleend aan KINA (Krisis-Info-Netwerk Antwerpen) :



2.3. In het via onderlinge samenwerking tussen alle bij de GGZ betrokken hulpverlenende instanties uit te bouwen crisisinterventienetwerk dient elke voorziening ingeschakeld overeenkomstig haar eigen plaats en opdracht in de gezondheids- en welzijnszorg.

Het principe van de "echelonnering" moet dus vooropstaan in het systeem van urgentie-opvang, waarvoor volgende concrete werkingsprincipes moeten gelden :

- Geen gespecialiseerde opvang indien niet echt nodig :

D.w.z. :

- dat een cruciale interventierol toebedeeld wordt aan de huisartsen en in voorkomend geval andere eerstelijns werkers, als

zijnde de hulpverleners die het dichtst staan bij en het meest vertrouwd zijn met het leefmilieu van de hulpvragende.

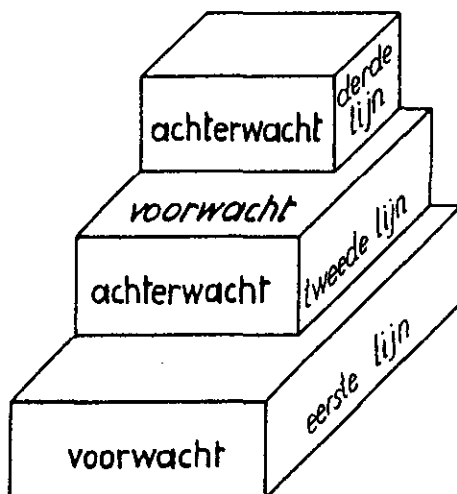
- dat de gespecialiseerde GGZ-voorzieningen fungeren als "achterwacht" met 2 service-functies t.a.v. de eerste lijn :
 - . primordiaal : aanreiken van specifieke deskundigheid (via advies en consultatie) aan de eerste lijn ter ondersteuning van haar optreden;
 - . secundair : "overname" van de dringende hulpvraag wanneer nodig (waarbij aan de eerste lijn een vlotte toegang tot de gespecialiseerde opvang-mogelijkheden dient geboden).

- Voor zover gespecialiseerde urgentie-opvang vereist is : "zoveel ambulante zorg als mogelijk, zoveel intramurale zorg als nodig" :

D.w.z. :

- dat de residentiële voorzieningen fungeren als "achterwacht" voor de extramurale GGZ voor het kortstondig verstrekken van onderdak (noodbeddenregeling) of voor een dringende psychiatrische hospitalisatie;
- dat de ambulante voorzieningen (diensten voor geestelijke gezondheidszorg, eventueel samen met de centra voor levens- en gezinsvragen en/of de privé-psychiaters) trachten hun beschikbaarheid voor onmiddellijke ambulante opvang en begeleiding maximaal te verruimen door taakafspraken en het instellen van een permanentie-beurtrol, teneinde aldus aan de eerste lijn een valabel alternatief voor een ziekenhuisopname te bieden;
- dat de "ambulante" urgentie-opvang ook een "mobiele" dimensie krijgt, teneinde een specialistische interventie op de plaats van de crisis te kunnen verzekeren, wanneer de bijgeroepen huisarts dergelijke ondersteuning noodzakelijk acht.

Deze hier weergegeven werkingsprincipes zijn richtinggevend in het KINA-project, waaraan de hierna volgende schematische voorstelling van het "voorwacht-achterwacht"-model werd ontleend.



3. VOORSTEL VAN ORGANISATIE + STRUCTUUR-SCHEMA.

Het structuur-schema in bijlage 1 bij deze nota geeft een beeld van de beoogde organisatie van de dringende hulpverlening bij acute psychiatrische of psycho-sociale probleemsituaties, overeenkomstig het "voorwacht - achterwacht"-model. Het betreft hier een "maximalistisch" ideaal-model, waarvan de concrete invulling op regionaal vlak grotendeels afhankelijk zal zijn van de aanwezige voorzieningen en hun mogelijkheden.

In de voorwacht, die instaat voor de eerste interventie bij een dringende hulpvraag, fungeren de huisartsen en andere eerstelijnsvoorzieningen die met een psychiatrische of psycho-sociale probleemsituatie kunnen geconfronteerd zijn, evenals tele-onthaal en de 900, als zijnde specifieke crisisopvang-structuren.

Omdat aanmelding of signalisatie van een urgentie in de praktijk ook rechtstreeks bij tweede- en derdelijnsvoorzieningen gebeurt, worden de DGGZ, de privé-psychiaters en de spoedgevallen- en wachtdiensten van de ziekenhuizen in het schema zowel bij de voorwacht als in het achterwacht-systeem gesitueerd.

De verbinding tussen de voorwacht en de achterwacht wordt gevormd door een telefonische 7 x 24 uur-permanentie, die de centrale toegangspoort vormt tot een polyvalent en geïntegreerd functionerend achterwacht-aanbod van gespecialiseerde hulpverlening met als componenten : ambulante opvang en begeleiding (met inbegrip van mobiele interventie waar nodig), een noodbeddenregeling (verschaffen van onderdak en materiële zorg) en psychiatrische hospitalisatie.

4. TOELICHTINGEN BIJ HET STRUCTUUR-SCHEMA.

4.1. Telefonische permanentie via een centraal oproepnummer.

- Karakteristieken :

- . 7 x 24 uur bemand, hetzij op de centrale zelf, hetzij via automatische overschakeling volgens beurtrol naar in het crisisinterventie-netwerk participerende voorzieningen, hetzij door combinatie van beide formules (afhankelijk van de concrete mogelijkheden van het regionaal samenwerkingsverband);
- . oproepnummer uitsluitend toegankelijk voor hulpverlenende instanties, en dus geen psychiatrische 900 ten gerieve van het publiek.

- Funcities :

- . primordiaal : ondersteuning eerste lijn via telefonisch advies vanuit de GGZ, zonder "transfert" van de cliënt / patiënt;
- . voor zover nodig : dispatching naar de voorzieningen, die de achterwacht verzekeren voor psychiatrische en psycho-sociale urgentie-opvang.

N.B. : Deze functie houdt in dat aan de op de telefonische permanentie beroep doende hulpverlenende instantie preciese informatie verstrekt wordt met het oog op een adequate doorverwijzing. Daartoe moet een continu geactualiseerde "databank" beschikbaar zijn met de nodige gegevens aangaande de specifieke hulpverleningsmogelijkheden en de beschikbaarheid in tijd van de achterwacht-voorzieningen alsook m.b.t. de taakafspraken en beurtrol-regelingen in het kader van het samenwerkingsverband.

- Situering :

Gelet op de opdracht van de Tele-onthaaldiensten ("bijstand aan personen in psychologische crisistoestand" en hun effectieve 7 x 24 uursbereikbaarheid, lijkt het aangewezen de centrale telefoon-permanentie van het crisisinterventie-netwerk in Tele-onthaal te situeren (als annex-oproepnummer naast het voor het publiek toegankelijk telefoonnummer).

Ten aanzien van deze optie stelt zich het probleem dat de telefooncentrale de twee voornoemde functies (consult en dispatching) moet kunnen waar maken. Daar waar de dispatching-functie - mits instructie van de T.O.-vrijwilligers en de nodige equipering voor het bijhouden van het gegevens-bestand (microcomputer ?) waarschijnlijk wel kan waargenomen worden door Tele-Onthaal zelf, vergt de consultatieve functie aan de telefoon (met desgevallend mobiele interventie) het inzetten van specifieke deskundigheid.

Twee oplossingen lijken terzake mogelijk :

- . "specialisten" nemen volgens beurtrol permanentie waar in T.O. :
 - * voordeel : eenheid van plaats, aanwezigheid van gegevensbestand en mogelijkheid tot ondersteuning van de T.O.-vrijwilligers.
 - * nadeel : "wacht"-tijd is verloren tijd voor het werk in de eigen dienst.

- de centrale telefoon wordt bij vraag naar direct advies automatisch doorgeschakeld naar de GGZ-voorzieningen volgens beurtrol.

N.B. : een automatisch overschakelbaar oproepnummer kan wellicht ook een element van oplossing vormen voor het probleem van de urgentie-opvang buiten de grootstedelijke agglomeraties.

4.2. Mobiele interventie.

De vormgeving hiervan dient nog nader onderzocht. Een "mobiele equipe" lijkt niet haalbaar. De vraag dringt zich op of de mobiele interventie-functie niet kan "beperkt" worden tot een door psychiaters verzekerde (semafonisch oproepbare) wacht. (Beurtrol-regeling privé-psychiaters, DGGZ-psychiaters en psychiaters-residenten van de wachtdiensten van de P(AA)Z).

4.3. Directe opvang en begeleiding in de extramurale GGZ.

Deze lijkt ons een problematische schakel in het voorgestelde crisisinterventie-netwerk. Om een volwaardige ambulante urgentie-achterwacht met multi-disciplinair karakter te kunnen verzekeren, is onmiskenbaar een versterking van de DGGZ noodzakelijk.

In grootstedelijke agglomeraties met meerdere DGGZ is de uitbouw van een tweedelijns-permanentie via toerbeurten van DGGZ wellicht denkbaar, maar in de meeste regio's veronderstelt een snelle ambulante opvang meer mankracht dan momenteel beschikbaar is. Dit geldt reeds voor directe opvang tijdens de klassieke werkuren en dus zeker wanneer men een verruiming van de "bereikbaarheid" viseert naar avond en weekend toe.

Zelfs in Antwerpen, waar toch een aanzienlijk aantal DGGZ werkzaam zijn, is een bundeling van de mogelijkheden van de DGGZ en de CLG nodig gebleken om aan de eerste lijn een onmiddellijke ambulante opvang van doorverwezen patiënten te kunnen garanderen van 9u. tot 22.30u. in het kader van het KINA-project.

Hoe de extramurale sector zijn aandeel in de urgentie-opvang moet leveren buiten de grootstedelijke agglomeraties, in regio's waar het aantal DGGZ en CLG evenals hun personeelsbezetting meestal beperkt is, is niet meteen duidelijk.

Waar een naar de betrokken extramurale voorzieningen overschakelbare telefoon nog een partiële oplossing kan bieden voor ondersteuning van de eerste lijn via advies en consultatie, vormt de directe respons op doorverwijzingen vanuit de eerste lijn of vragen naar een mobiele tussenkomst een groot knelpunt.

4.4. Noodbeddenregeling en acute psychiatrische opname.

De eerste lijn en de extramurale GGZ moeten zich gerugsteund weten door de residentiële voorzieningen.

Het beoogde crisisinterventie-netwerk moet niet enkel kunnen beantwoorden aan vragen naar dringende psychiatrische opname (via afspraken tussen P(AA)Z en informatie dienaangaande door de telefonische dispatching) maar moet tevens een alternatief kunnen bieden voor hospitalisatie, wanneer tijdelijk onderdak, materiële zorg en ondersteuning dient verstrekt aan een persoon in crisistoestand.

De eerste lijn en de extramurale GGZ moeten dus een "noodbeddenregeling" (onthaaltehuizen en/of crisisbedden in annex bij een ziekenhuis) kunnen inroepen, hetzij als noodzakelijk complement van de geboden ambulante opvang, hetzij als "vervangende wacht" tijdens de nacht of weekend, in afwachting van beschikbaarheid van de ambulante GGZ 's morgens van de eerstvolgende werkdag.

4.5. Onderlinge samenwerking tussen de bij de urgentie-opvang betrokken GGZ-voorzieningen.

Voor de "follow-up" (ambulant of residentieel) van een mobiele interventie, voor een combinatie van ambulante begeleiding met opvang in de noodbeddenregeling, voor de regeling van een acute psychiatrische opname en voor doorverwijzing vanuit het ziekenhuis naar een DGGZ (hetzij voor ambulante nazorg na crisis-opname, hetzij in het geval een patiënt zich rechtstreeks in een P(AA)Z aanmeldt, zonder noodzaak van opname) dienen de GGZ-voorzieningen in het crisisinterventie-netwerk onderling in een hecht samenwerkingsverband te functioneren met het oog op continuïteit van de hulpverlening. De vraag stelt zich of de "interne doorverwijzing" tussen de achterwacht-voorzieningen best via de centrale dispatching verloopt dan wel rechtstreeks tussen de betrokken voorzieningen.

De eerste formule is wellicht omslachtiger, maar biedt het voordeel van een gecentraliseerde informatie over de opvangmogelijkheden van de onderscheiden voorzieningen.

De tweede formule vergt dat alle bij de urgentie-opvang betrokken achterwacht-voorzieningen continu over geactualiseerde informatie m.b.t. het gehele netwerk beschikken.

Hoe dan ook, de beoogde organisatie van de urgentie-opvang op het terrein van de GGZ vergt gestructureerd overleg en goede afspraken in het samenwerkingsverband, waarbij uiteraard ook de door de eerstelijnsvoorzieningen gevormde voorwacht dient betrokken.

Vandaar dat de driehoek ter visualisering van het samenwerkingsverband in het schema in bijlage 1 het geheel van het crisisinterventie-netwerk onderschraagt.

5. Vergelijking met het voorstel, vervat in de nota NAT/P/D/9-1 van de werkgroep "Urgentiediensten" van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

- Schematische voorstelling van bedoeld voorstel : zie bijlage 2.
- Verschilpunten met het voorstel in onderhavige nota : (nog uit te schrijven).

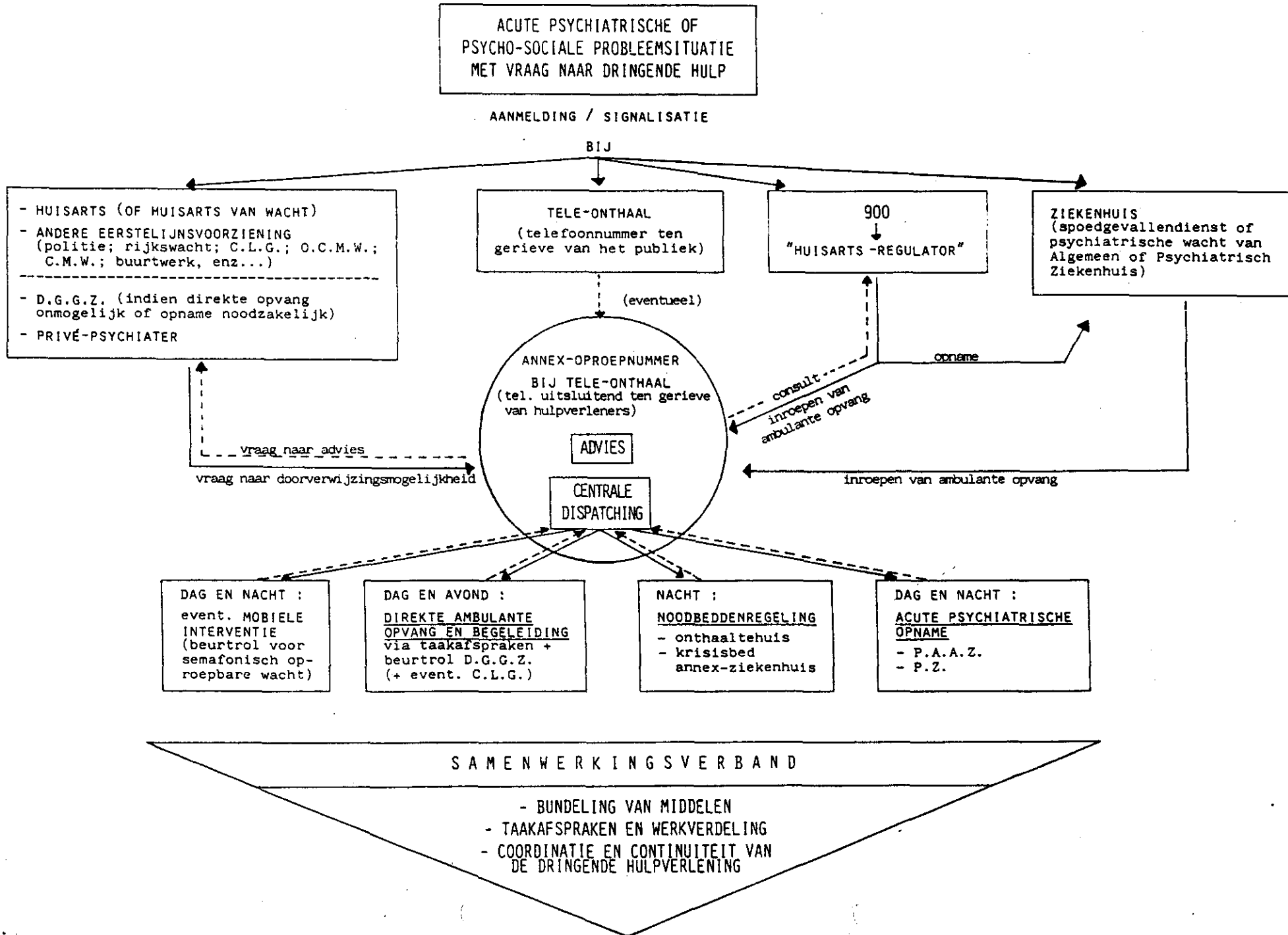
L. DU LAING

Adviseur VMSI

Geraadpleegde documenten :

- KINA - Krisis-info-netwerk Antwerpen : een coördinatie en taakafsprakenregeling Antwerpse Geestelijke Gezondheidszorg (Pers-informatie-nota 1985).
 - KINA-folder "Beste wensen van KINA".
 - Voorstel tot organisatie van de psychiatrische urgentie : nota NAT/P/D/9-1 - Werkgroep "Urgentiediensten" van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.
 - Crisisinterventie in de Brusselse Agglomeratie - nota Dr. J. Van Roy dd. 30.01.1986.
 - Samenwerking tussen de psychiatrische ziekenhuisdiensten en de extramurale diensten voor geestelijke gezondheidszorg - rapport van de CCI-werkgroep "Samenwerking in de geestelijke gezondheidszorg" - 1981.
-

Bijlage 1 bij nota Caritas - 321/860225 : Schematische voorstelling voorstel structurering urgentie-opvang G.G.Z. (alternatief voor nota NAT/P/D/S-1 van de Nationale Raad Ziekenhuisvoorzieningen).



Bijlage 2 bij nota Caritas - 321/860225 : Schematische voorstelling
 voorstel nota NAT/P/D/S-1 - werkgroep "Urgentiediensten" van de Nationale Raad
 voor Ziekenhuisvoorzieningen.

