

**Crisisopvang voor middelengebruikers in België:
een formele evaluatie en aanbevelingen voor een
duurzaam beleid -**

***De Evaluatie van Crisis en Case Management
(ECCAM) - studie***

RONNY BRUFFAERTS

WOUTER VANDERPLASSCHEN

GUIDO VAN HAL

KOEN DEMYTTENAERE

(REDACTIE)

FEDERAAL WETENSCHAPSBELEID



SAMENSTELLING ONDERZOEKSTEAM

Coördinator

Prof. dr. Koen Demyttenaere (Universitair Psychiatrisch Centrum - Katholieke Universiteit Leuven)

Promotoren

Prof. dr. Ronny Bruffaerts (Universitair Psychiatrisch Centrum - Katholieke Universiteit Leuven),

Prof. dr. Guido Van Hal (Universiteit Antwerpen),

Prof. dr. Philippe Beutels (Universiteit Antwerpen),

Prof. dr. Erik Broekaert (Universiteit Gent)

Prof. Dr. Wouter Vanderplasschen (Universiteit Gent).

Onderzoekers

Lic. Sofie Hermans (Universitair Psychiatrisch Centrum - Katholieke Universiteit Leuven)

Lic. Jessica Fraeyman (Universiteit Antwerpen)

Lic. Bjoke Baudoncq (Universiteit Gent)

HOOFDSTUK 1
CRISISOPVANG EN CASEMANAGEMENT VOOR MIDDELENGEBRUIKERS IN
BELGIË

Ronny Bruffaerts
Wouter Vanderplasschen
Eric Broekaert
Guido Van Hal
Philippe Beutels
Koen Demyttenaere

1. ACHTERGROND CRISISOPVANG EN CASE MANAGEMENT

Middelengebonden stoornissen zijn vaak voorkomend in de Belgische algemene bevolking. Deze stoornissen starten vroeg (tussen 16 en 21 jaar) en worden gekenmerkt door een chronisch verloop met frequente terugvalverschijnselen. Middelengebonden stoornissen zijn vaak comorbide met andere stoornissen: deze personen hebben 2 à 3x vaker depressieve en/of angststoornissen [1]. Ondanks hun grote impact zoeken deze personen weinig hulp: 8% op jaarbasis en 58% ooit [2]. De mediane duur tussen het ontstaan van de stoornis en het moment waarop hulp wordt gezocht bedraagt 18 jaren [3]. Personen met middelengebonden problemen zoeken wél vaak hulp in de spoedgevallensetting. Ongeveer 4 op 10 patiënten die in emotionele crisis op een Belgische spoedgevallendienst belanden hebben een middelengebonden stoornis [4]. Deze patiënten hebben over het algemeen een lage motivatie tot behandeling [5]. Een belangrijke benadering binnen crisisopvang is case management, maar de effecten hiervan zijn nog niet onderzocht in België [6], hoewel resultaten van buitenlands onderzoek op dit vlak veelbelovend zijn [7, 8].

De toepassing van CM kent een belangrijke traditie in de geestelijke gezondheidszorg, jeugdhulpverlening en gehandicaptenzorg [9, 10]. Sinds het begin van de jaren '80 begon men CM ook toe te passen bij middelengebruikers, vanuit de vaststelling dat veel middelengebruikers naast hun verslaving een veelheid van andere problemen hebben die aandacht vragen [11, 12]. Case management blijkt vooral effectief om middelengebruikers in contact te brengen met de hulp- en dienstverlening die ze nodig hebben [13]. In België wordt sinds 1999 geëxperimenteerd met deze werkvorm in de verslavingszorg [14]. CM werd in 2002 voor het eerst geïnstitutionaliseerd met de oprichting van de crisiseenheden voor personen met middelengerelateerde problemen. Onderzoek naar de implementatie van deze interventie in de verslavingszorg [15] maakte duidelijk dat er op dat moment 17 CM-projecten waren, maar dat er een zeer grote diversiteit bestond wat betreft de toepassing van deze interventie. Deze diversiteit valt niet alleen toe te schrijven aan de uiteenlopende doelstellingen, doelgroep, setting of modellen van case management, dan wel aan het gebrek aan opleiding en functievereisten van de case managers en het gebrek aan standaardisatie/protocollering van deze interventie. Het is opvallend dat ook binnen de crisiseenheden (die nochtans door één instantie [FOD Volksgezondheid] worden aangestuurd) het CM heel verscheiden wordt ingevuld.

De crisisopvang kan worden gesitueerd in twee soorten projecten: het FOD pilootproject crisisdiensten en de RIZIV-crisisinterventiecentra. Ten eerste, de crisisopvang binnen een spoedgevallensetting is een jonge discipline. Vóór de jaren 90 was er amper sprake van het systematisch opvangen van dit soort patiënten, ondanks het gegeven dat veel personen met deze problematiek spoedgevallendiensten frequent consulteren [16], waar zij eventueel werden opgevangen maar niet noodzakelijk werden begeleid op hun behandelingspad [17]. Een significante kentering in de opvang van deze groep patiënten kwam er in oktober 2002. In een federaal pilootproject werd, voor patiënten met gecombineerd gebruik van middelen en psychiatrische crisis, de nadruk gelegd op de crisisopvang in combinatie met case-management. In 8 centra gespreid over België (UZ Leuven, Sint-Jan Brugge, UZ Gent, Ziekenhuis Oost Limburg Genk, AZ Antwerpen, CHR de la Citadelle Liège, CHR de Namur, CHU Brugmann Brussel) voorzagen de subsidies voldoende financiële middelen voor de uitbouw van 32 plaatsen binnen een programma van 5 ligdagen en 4 bedden, met een grote nadruk op continuïteit van zorg (ondermeer door case management). Het pilootproject van Bergen werd door de FOD pas opgestart begin 2009 en kon slechts partieel worden geïncludeerd in de ECCAM-studie. De pilootprojecten zijn geografisch goed gespreid over het Belgische landsgedeelte en behandelen minstens 300 patiënten per centrum per jaar.

Hoewel ze reeds langer dan 5 jaren bestaan en hebben gezorgd voor een kentering in de crisisopvang voor deze problemen is er nog nooit een formele evaluatie gebeurd. Ten tweede, de gespecialiseerde crisisopvang voor middelengebruikers in België dateert van begin de jaren '80 en gebeurt in een aantal gespecialiseerde centra, zogenaamde crisisinterventiecentra (CIC), die hiertoe een revalidatieovereenkomst hebben afgesloten met het RIZIV [18]. De doelstelling van deze CIC *“is enerzijds over te gaan tot een snelle opname, tussen te komen in de crisistoestand en die te beëindigen, en anderzijds te zorgen voor fysieke ontwenning en personen voor te bereiden op (en te motiveren voor) vervolgbehandeling.”* (RIZIV, 2000). Dikwijls maken deze crisisopvangcentra deel uit van een programma dat ook andere vormen van behandeling aanbiedt. Begin 2000 waren in totaal 77 plaatsen in crisisdiensten beschikbaar in Kortrijk, Wondelgem, Antwerpen, Genk, Lovenjoel, Brussel, Gilly en Luik (RIZIV, 2000). Dikwijls maken deze crisisopvangcentra deel uit van een programma dat ook andere vormen van behandeling aanbiedt. Begin 2000 waren in totaal 77 plaatsen in crisisdiensten beschikbaar in Kortrijk, Wondelgem, Antwerpen, Genk, Lovenjoel, Brussel, Gilly en Luik. Hoewel de meeste van deze voorzieningen reeds 20 jaar of langer bestaan, werden ze tot nog toe niet onderworpen aan evaluatieonderzoek.

Het ECCAM onderzoek sluit aan bij de reeds aanwezige onderzoeksexpertise zowel binnen de crisisbenadering als het CM. De eerste publicaties rond de crisisopvang middelengebruikers dateren van het eind van de jaren tachtig en handelen vooral over het hoe omgaan met psychiatrische en psychologische crises [17, 19-24]. Epidemiologische cijfergegevens zijn beschikbaar voor België [6] en vijf Belgische ziekenhuiscities (Antwerpen, Brussel, Marchienne, Gent en Leuven), verspreid over 22 jaar [6, 16, 25-34]. Onderzoek over case management bij middelengebruikers dateert van begin de jaren '80 en focuste initieel vooral op implementatie- en praktijkaspecten [12]. Grootschalige evaluatiestudies zijn nagenoeg uitsluitend afkomstig uit de Verenigde Staten, hoewel het evaluatieonderzoek over case management de afgelopen jaren ook in Europa op gang komt [35-37]. In België blijft het onderzoek over case management beperkt tot enkele zeer kleinschalige implementatie- en effectstudies [12, 15, 37, 38] en ontbreekt het aan een systematische evaluatie van deze interventie. Wat betreft gezondheidseconomische studies zijn er buiten een aantal uitzonderingen in Canada, Frankrijk en de VS (Rehm et al., 2002; Kopp et al., 2004; Office of National Drug Control Policy, 2004) geen gezondheidseconomische studies gedaan in dit veld. Het valt bovendien op dat de reeds gevoerde studies een erg beschrijvend en exploratief karakter hebben. De reeds gevoerde studies laten ons niet toe een hypothesegestuurd onderzoek te doen omdat er geen gerichte onderzoeksvragen bestaan die kunnen worden getoetst aan de realiteit. Daar dit onderzoeksveld in volle expansie is is het belangrijk vanuit bestaande databases kwantitatief en vanuit diepte-interviews en focusgroepen kwalitatief onderzoek te verrichten. Op haar beurt kan dit onderzoek leiden tot een aantal hypothesen die kunnen worden getoetst in de toekomst.

2. DOELSTELLINGEN EN ONDERZOEKSVRAGEN ECCAM PROJECT

Er zijn vijf doelstellingen in dit project. Ten eerste beogen we een ‘epidemiologische mapping’, waarin we een overzicht pogen te bekomen van diensten die zich op Belgisch niveau situeren binnen de crisisopvang. We zullen beschrijven welke patiëntenpopulatie wordt behandeld in deze diensten (sociodemografische en klinische variabelen, psychologische en psychiatrische diagnostiek). Hiervoor zullen we gebruikmaken van een aantal bestaande databases (zoals de registratie van het UZLeuven, de databases vergaard door de FOD inzake het pilootproject ‘crisis en casemanagement’ en de VVBV-registratie m.b.t. de crisisinterventiecentra). We zullen bovendien betrokken diensten face-à-face contact hebben en een vragenlijst voorstellen die peilt naar welk zorgaanbod en interventies precies

bestaan in hun instelling (welke definitie van crisis wordt gehanteerd / welke patiënten kunnen worden opgenomen), de aard van de voorzieningen (residentieel / ambulant), de bestaande behandelprogramma's en hun doelen (crisisopvang / crisisbehandeling / crisisinterventie / case-management) en de financieringsmodaliteiten. Dit zal gebeuren aan de hand van de MAPS (Öberg et al., 1997) en DATCAP (French et al., 1997). Het doel is een volledig beeld te krijgen van het aantal behandelvoorzieningen, hun doelpopulatie, hun werking alsook een aantal problemen hierin (zoals bijvoorbeeld het probleem van een discontinue of niet-aansluitende zorg). We zullen hiertoe samenwerken met de Vlaamse Vereniging voor Urgentie-Psychiatrie (VVUP) die, binnen de Vlaamse Vereniging van Psychiatrie de belangen behartigt van en opleiding verzorgt voor hulpverleners die werken binnen de crisisopvang. Tevens zal nauw samengewerkt worden met het VVBV (Vlaamse Vereniging voor Behandelingscentra Verslaafden) inzake gespecialiseerde crisishulp, en met vergelijkbare professionele organisaties in Wallonië. Binnen de eerste doelstelling zullen we een internationaal seminarie houden waarop we een stand van zaken zullen geven van het lopende onderzoek en de kennis van het onderwerp.

Ten tweede zullen we het begrip 'crisis' nauwkeurig omschrijven. Omwille van de brede betekenis van deze term zullen zowel kwalitatieve als kwantitatieve methoden worden aangewend. Het kwalitatieve onderzoek - aan de hand van een literatuuronderzoek en de focusgroep-methode - zal in eerste instantie tot doel hebben om het begrip beter te begrijpen en te omschrijven. Het literatuuronderzoek zal zich vanuit psychologische en psychiatrische hoek toespitsen op de diagnostische criteria van 'crisis'. In lijn met hedendaagse ontwikkelingen binnen de psychodiagnostiek zal worden gepoogd om contextuele variabelen op te nemen in de definitie. Dit zal gebeuren aan de hand van een aantal invalshoeken uit eigen onderzoek (Bruffaerts et al., 2008; Jochems, 2008). We zullen ook gebruikmaken van bestaande databanken (zoals de registraties van het UZLeuven, FOD, VVBV, IDA) om op een kwantitatieve wijze psychologische (zoals coping en bestaande steunsystemen) en psychiatrische kenmerken van (zoals specifieke symptomen) en moeilijkheden rond het begrip 'crisis' te identificeren. De in het literatuuronderzoek en het veldonderzoek bekomen definities rond het begrip 'crisis' zullen aan de realiteit worden getoetst aan de hand van focusgroepen. Gegevens uit database-, document- en literatuuronderzoek zullen op deze wijze worden teruggekoppeld naar actoren uit de hulpverlening. Resultaten worden geïnterpreteerd aan de hand van inhoudsanalyse om inhoudelijk alle niveaus van het begrip duidelijk te maken (Power & Singer, 1995). De focusgroepen zijn gericht op het breed exploreren van het crisisbegrip. In alle diensten van het 'crisis en case management' pilootproject (in Vlaanderen en Wallonië en Brussel) zal de werking van de crisisopvang wordt geëvalueerd. Hulpverleners en patiënten zullen participeren aan een kwaliteitsmeting aan de hand van gevalideerde meetinstrumenten en een diepte-interview. Internationale experts zullen worden gecontacteerd ter reflectie op de bevindingen uit de eerste en tweede doelstelling van het onderzoek. We zullen ook een internationaal seminarie organiseren.

De derde doelstelling betreft zicht te krijgen op de kerntaken inzake CM. Uit bestaande registratiegegevens valt af te leiden hoeveel van de op de crisiseenheden opgenomen patiënten contact hadden met een case manager, de duur en frequentie van deze contacten en een eventuele doorverwijzing achteraf. Deze variabelen kunnen tevens in verband gebracht worden met bepaalde persoonsgegevens (oa. leeftijd, SES, diagnose) of met gegevens i.v.m. de opname (bv. duur van de opname, heropname). Deze gegevens zullen aangevuld worden met een documentanalyse van de jaarverslagen van alle CM-projecten voor middelengebruikers met betrekking tot het werkingsjaar 2006. Aldus willen we een zicht krijgen op het doelpubliek, het bereik, de case-load, doelstellingen, werkwijze en doelrealisatie van bestaande CM-projecten. Verder worden gestructureerde interviews

gepland met alle case managers betrokken bij deze projecten. Hierbij zal gebruik gemaakt worden van een omvattend instrument (Intensive Community-based Care Program Components (ICPC) (Roeg et al., 2007) voor het in kaart brengen van de verschillende componenten (professionele, organisatorische, proces en doelstellingen) van case management en andere gemeenschapsgerichte programma's. De resultaten van deze bevraging zullen vergeleken worden met de resultaten van een vergelijkbaar Nederlands onderzoek over programmakaracteristieken van 'bemoeizorg'-projecten voor drugverslaafden met complexe problemen [39] en met de resultaten van eerder eigen onderzoek [15, 38]. Teneinde tot gevalideerde functieprofielen voor case managers in de crisiseenheden en andere projecten te komen, zullen ook in deze onderzoeksfase focusgroepen georganiseerd worden (C3) waarbij gebruik gemaakt zal worden van de methodiek van 'concept mapping' [40] om de functies van case managers en basale programmakaracteristieken van case management-programma's in crisiseenheden en andere settings duidelijk te omschrijven. In functie van de uitwerking van dit onderzoeksluik zal nauw samengewerkt worden met Prof. Richard Rapp (Wright State University, Center for Interventions, Treatment and Addiction Research (CITAR)). Tevens zal contact opgenomen worden met Dr. Diana Roeg van het Tranzo van de Universiteit Tilburg.

Ten vierde zal er een kostenmeting gemaakt worden van de werking van drie pilootprojecten inzake crisisopvang in Antwerpen, Gent en Leuven. Op deze manier kunnen we relevante aanbevelingen formuleren op economisch vlak. De actuele kostenmeting zal gebeuren op basis van de bestaande registratie van de patiëntengegevens binnen deze pilootprojecten en de inkomsten en uitgaven van de diensten per fiscaal jaar. Sinds enkele jaren wordt de in-, uit- en doorstroom van de patiënten binnen de pilootprojecten op lokaal vlak geregistreerd. Omwille van verschillen binnen deze drie registratiesystemen zullen we per project een aparte meting doen. De meting houdt in dat we de kosten berekenen van al de verschillende trajecten die de patiënt kan doorlopen vanaf de aanmelding tot aan de afmelding bij de dienst. Voor het oplijsten van de kosten zullen we gebruik maken van de Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program [41, 42], een gevalideerd instrument dat kostengegevens op een gestructureerde manier in kaart brengt. Aan de hand van dit instrument kunnen we per traject dat de patiënt kan doorlopen de exacte kosten berekenen. Op deze manier kunnen we bij benadering schetsen wat de economische impact is van de interne organisatie met zijn sterktes en zwaktes. In een latere fase zullen we met deze gegevens door middel van afgeleide kansen, simulaties doen die tot suggesties kunnen leiden voor de beleidsvoering van de pilootprojecten.

Ten vijfde zullen, op basis van de bevindingen uit de eerdere onderzoeksfases, aanbevelingen geformuleerd worden voor de optimalisering van de crisisopvang en het case management. Vier specifieke realisaties zullen hier verwezenlijkt worden. Ten eerste pogen we te komen tot een samenvatting en bundeling van alle resultaten en gegevens uit de vorige 4 doelstellingen. Vanuit SWOT-analyses zullen we dan, naast het geven van een stand van zaken, aanbevelingen doen op het microniveau (het klinische niveau, omtrent specifieke implementatie van CM en crisisopvang), op mesoniveau (het niveau van de organisatie van de crisisopvang) en macroniveau (op het niveau van het beleid rond CM en crisisopvang voor betreffende patiëntengroep). Ten derde zullen we de verkregen resultaten en aanbevelingen terugkoppelen aan de realiteit door (vanuit bestaande databases) analyses te maken rond de follow-up van patiënten waarbij (verschillende vormen van) CM wordt toegepast. Tenslotte zal het eindrapport worden gefinaliseerd.

HOOFDSTUK 2

WAT IS CRISIS EN WAT WORDT VERSTAAN ONDER CRISISOPVANG?

EEN KWALITATIEVE BENADERING

Sofie Hermans

Ronny Bruffaerts

1. LITERATUURSTUDIE CRISIS EN CRISISOPVANG

1.1. De geschiedenis van de crisistheorie

Wanneer crisisinterventie breed wordt opgevat als het helpen van naasten in emotionele of fysieke pijn, is het een menselijke actie eigen aan onze sociale natuur [43-45]. In de context van professionele hulpverlening echter, is de crisisinterventie een redelijk recent fenomeen. Georganiseerde theorieën en empirisch onderzoek ontwikkelden vanaf midden jaren 1900 en kennen een interdisciplinaire basis [46]. Hieronder wordt de bijdrage van de verschillende stromingen besproken. Het stuk wordt afgesloten met een kort overzicht van de wendingen in de geestelijke gezondheidszorg die het landschap van crisisopvang mee hebben getekend. Ook socio-politieke invloeden speelden een rol in de ontwikkeling van crisisinterventie [47]. In de Verenigde Staten gaf een groeiende bezorgdheid over problemen met personen met een mentale stoornis aanleiding tot de ontwikkeling van gemeenschapsgerichte zorg. Daarom wordt dit stuk afgesloten met een kort overzicht van de wendingen in de geestelijke gezondheidszorg die mee het landschap van crisisopvang hebben getekend.

1.1.1. Invloeden vanuit de psychologie en de psychoanalyse

Freud's oeuvre en latere evoluties hierin vormen een belangrijke contributie voor de studie van menselijk gedrag en voor de behandeling van emotioneel conflict. Door middel van case studies toonde hij aan dat personen in staat zijn conflict dat afkomstig is van vroegere traumatische gebeurtenissen te doorwerken en zo tot een volwaardiger leven te komen. Hierdoor legde hij de basis voor een visie van de mens als zelfreflectief wezen dat in staat is tot verandering [44]. Na de tweede wereldoorlog ontwikkelde zich de Ego Psychologie vanuit twee fundamentele werken van Freud. Het eerste werk, 'The Ego and the Id' (1923), bevat de voorstelling van het structurele model van de geest. In dit model vormen het Superego, het Ego en het Es de drie componenten van het psychisch apparaat. De instinctmatige driften van het ongestructureerde Es worden gezien als geheel onbewust en volgen het plezierprincipe. Met andere woorden, ze streven naar onmiddellijke ontlading en bevrediging waarbij geen rekening gehouden wordt met de mogelijkheden en beperkingen van de realiteit. Dit staat in conflict met de verboden, geboden en idealen van het Super Ego, dat streeft naar handelen op een sociaal aanvaardbare manier. Het Ego vormt de regulerende instantie tussen deze intrapsychische structuren en de eisen gesteld door de buitenwereld. De mediërende rol van het Ego bestaat uit het vinden van een evenwicht tussen de bevrediging van de primitieve driften van het Es en de eisen van de realiteit, waardoor het gedrag kan gezien worden als de best mogelijke compromis van deze (biologische) gerichtheden.

Het psychisch determinisme dat inherent is aan Freuds theorie stelt dat het verleden en de ervaring van het individu de oorzaak uitmaakt van huidig gedrag. Dit principe vormt de theoretische basis voor psychotherapie en psychoanalyse [48], waarin vrije associaties en droom interpretatie zijn geworteld in de veronderstelling van causale onbewuste connecties. Alhoewel het psychische determinisme wordt verworpen door vele analisten, ligt deze denkwijze, meer bepaald de deterministische veronderstelling dat gedrag moet begrepen worden tegen de achtergrond van de individuele ervaring, aan de basis van de eerste crisisliteratuur.

Tenslotte leiden twee andere fundamentele werken het Era van de Ego psychologie in. Ze markeren een overgang van een instinctieve driften psychologie naar een model waarin het Ego fungeert als belangrijkste modulator van gedrag [49]. Het eerste additionele fundament was het werk van Anna Freud (1936) 'the Ego and the Mechanisms of Defense', waarin ze de

aandacht richt naar de verdedigingsmechanismen van het Ego. Het tweede additionele basiswerk van de Ego psychologie is 'Ego and the Problem of Adaptation' (1939) waarin Hartmann de klemtoon legt op de adaptieve functies van het Ego. Naast verdedigingsmechanismen van het Ego erkent Hartmann functies die niet verbonden zijn aan conflict, zoals taal, perceptie, aandacht, geheugen, concentratie en motoriek. Deze capaciteiten ontwikkelen zich omwille van een innerlijk rijpingsproces en fungeren als vaardigheden om in contact en interactie te zijn met de omgeving (Schalkwijk, 2006). Ze zijn daarom onmisbaar om zich als persoon aan zijn omgeving aan te passen. Alhoewel deze functies secundair kunnen beïnvloed worden door conflict, zijn ze niet in de eerste plaats producten van frustratie en conflict, zoals Freud beweerde. Met andere woorden, ze zijn autonoom van de libidinale en agressieve driften [50]. Ook Rado nam, zoals Hartmann, adaptatie als uitgangspunt voor de modificatie van het topografisch model van Freud. In 'adapational psychodynamics', analyseert Rado het gedrag vanuit de interactie van een organisme met zijn omgeving [51]. In zijn Darwinistische theorie begrijpt Rado het gedrag vanuit diens effect op het welzijn van de persoon. Interactiemechanismen van het organisme evolueren dankzij de aanpassing aan de omgeving, wat de kans op voortplanting verhoogt. In zijn psychotherapie legt hij de nadruk op gedragsaanpassing in het heden, maar dit tegen de achtergrond van het ontwikkelingsverleden. Door middel van oefening van gedrag in de werkelijkheid van het dagelijkse leven kunnen nieuwe schema's ontstaan van gezond en evenwichtig gedrag. Volgens Rado, is deze gewoontehandeling het proces van genezing en niet zozeer bewustwording. Het is dit werk dat de crisistheorie het meest heeft beïnvloed. De egopsychologen Erikson [52] en Maslow [53] legde verder de basis voor de crisistheorie door de nadruk te leggen op de mogelijkheid tot leren en groei doorheen de levenspan [52, 53].

1.1.2. Invloeden vanuit de psychopathologie en de psychiatrie

Ten gevolge van korte, gefocuste en onmiddellijke behandeling van soldaten op de frontlinie tijdens WO II en de Koreaanse oorlog konden het merendeel van soldaten hun dienst terug opnemen [54]. Deze benadering van psychiatrische praktijk die er van uitging dat de normale plaats van een soldaat het slagveld is, maakte het mogelijk veel minder soldaten te repatriëren en te hospitaliseren[44]. Deze ontdekking was zeer nuttig voor de ontwikkeling van het hele crisisveld.

Bijna in ieder artikel over crisis wordt het artikel van Lindemann uit 1944 over de 'acute rouw' als onbetwistbaar startpunt van de crisistheorie aangehaald [55]. In dit artikel 'Symptomatology and management of acute grief' beschrijft Lindemann de emotionele rouwreacties van overlevenden van de brand in de nachtclub 'Coconut Grove', waarin 491 personen het leven lieten. Deze studie toonde aan dat overlevenden die in staat waren om de tragedie te confronteren, zich tot anderen te wenden en hun conflicterende gevoelens te uiten, beter in staat bleken om de gebeurtenis te integreren in hun leven. Degene die de belangrijkheid van de gebeurtenis en hun reacties negeerden, bleven symptomen en terugkerende problemen vertonen waaronder vooral chronische depressie. Daarnaast nam Lindemann waar dat onmiddellijke psychiatrische zorg het normale rouwproces ondersteunde, een observatie dat heeft bijgedragen aan de oprichting van preventieve psychiatrie. Tyhurst was geïnteresseerd in 'the state of change' tijdens rampen, maar ook in andere 'transition states', zoals migratie, ouderschap, pensionering [56]. Zijn bijdrage bestond vooral uit het begrijpen van de menselijke reactie op gemeenschappelijke rampen. De belangrijkste auteur binnen de crisistheorie en de pionier binnen preventieve psychiatrie is Gerald Caplan. In zijn boek "Principles of Preventive Psychiatry"[47], presenteert hij een conceptueel kader voor het begrijpen van een crisis, waarin de ontwikkeling van een crisis een centrale plaats krijgt.

Daaruit vertrekkend, stuurt hij aan op een georganiseerde, statelijke benadering van crisisinterventie om destructieve uitkomsten van crises te verhoeden.

1.2. Centrale concepten binnen de crisistheorie

Een begrip van de crisiservaring en crisisresolutie is de basis voor het zorgproces (Hoff, 2009; [57]). In de volgende sectie worden dan ook de centrale concepten van de crisistheorie besproken. Hoff [44] geeft de volgende brede definitie van crisis: “*An acute emotional upset, arising from situational, developmental, or sociocultural sources and resulting in temporary inability to cope by means of one’s usual problem-solving devices*” [44, p4.]

1.2.1. Waarom ontwikkelt iemand een crisis?

Het artikel van Lindemann ‘Symptomatology and management of acute grief’ [55] betreft rouw en niet crisis, waarin Lindemann voor de eerste maal een complex van rouwsymptomen beschrijft en deze samenvat als een psychiatrisch syndroom rond het rouwgebeuren. Omdat het thema ‘verlies’ echter een centraal thema is in de crisiservaring, wordt volgens Hoff [44] het werk van Lindemann als één van de belangrijkste fundamenten van de crisistheorie beschouwd. Dit verlies kan een verlies inhouden van bijvoorbeeld partner, kind, gezondheid, huis, werksituatie, sociale rol, veiligheid en moet begrepen worden vanuit de interactie van het individu met zijn omgeving.

In latere publicaties trekt Lindemann zelf zijn waarnemingen bij rouwenden door naar wat in een crisissituatie kan worden waargenomen. Een belangrijke uitbreiding van de voorstelling van een crisis is het ontkoppelen van het crisisgebeuren van het individu en deze persoon nu te plaatsen in zijn sociale context; de ‘*crisis in social interaction*’. Het individu kan niet los gezien worden van zijn directe sociale omgeving (*social orbit*) [61]. Aan een crisis neemt deze gehele microwereld in meer of mindere mate deel. Gebeurtenissen die crisis faciliteren werden uitgebreid tot gebeurtenissen in die microwereld. Voorvallen die stress veroorzaken doen een beroep op de adaptieve mogelijkheden van het individu én van degene in diens omgeving. De einduitkomst van een crisisproces houdt altijd een nieuw evenwicht in.

Zo verschoof de interesse naar de regeneratieve krachten die alle personen bezitten en die sterk geassocieerd zijn met de sociale omgeving van het individu waardoor deze in staat is de crisis te doorstaan [62]. Het principe van psychosociale homeostase neemt een centrale plaats in en het omgaan met rouw werd een model van hoe om te gaan met pijnlijke gebeurtenissen. Men focuste op de bemeestering van stress waarin sociale ondersteuning een centrale rol kreeg toebedeeld. Het omgaan met rouw werd dus een model van hoe om te gaan met pijnlijke gebeurtenissen.

Hoff [44] stelt dat de noden tegenover het sociaal netwerk drievoudig zijn. Wanneer de nood aan *privacy*, *intimiteit* en het *deel uitmaken van een gemeenschap* op een bevredigende manier in evenwicht zijn, zijn personen beter gewapend om de levensstress die ze tegenkomen, aan te kunnen. Er zijn grote interindividuele verschillen in de mate waarin we nood hebben aan privacy en de mate waarin we de vaardigheid bezitten voor privacy. Echter, net zo min dat de nood aan privacy niet ten koste mag gaan van de nood aan intimiteit en deel uit te maken van een gemeenschap (isolatie), markeert het andere extreme uiteinde van niet alleen te kunnen zijn een balans zijn, zoals wordt waargenomen in zeer afhankelijke relaties. Het probleem van privacy leidt naar de nood aan intimiteit en communiteit. Individuen die in staat zijn tot een privéleven, kunnen ook intieme relaties aangaan wat hen op zijn beurt weer toelaat additionele relaties op te bouwen zoals op het werk en in de bredere gemeenschap en hiervan te genieten. Deze continue interactie kan worden verstoord door onzekerheid, mentale

stoornis, een geschiedenis van sociale uitsluiting of lange institutionalisatie. Overeenkomstig stelt Fraser [63] dat de uniekheid en de sterkte van de literatuur aangaande crisis in het systeemperspectief van menselijke interactie. In de crisistheorie wordt de persoon betrokken als systeem op zich, alsook de interactie met familie en culturele tradities en het sociale systeem netwerk waarin deze zijn vervat.

Verder vormen voor Gersons [62] de volgende observaties van Lindemann, naast de waarneming dat ventileren over de gebeurtenis het rouwproces faciliteert, redenen voor de bijdrage aan de crisistheorie: (a) ondanks het hanteren van begrippen ‘syndroom’ en ‘pathologisch’ wordt de rouw in al zijn uitingen beschreven als iets normaal. Ook een aantal symptomen wijzen juist in feite op het normale beleven van de rouw. De hedendaagse crisistheorie veronderstelt dat personen in crisis, ondanks hun toestand van spanning en angst, normaal zijn in vergelijking met personen met een mentale stoornis. Echter, personen kunnen een mentale stoornis hebben voor de crisis of de crisis kan resulteren in een mentale stoornis. Beide zaken zijn dus gerelateerd, maar niet hetzelfde [20], (b) de rouw wordt beschreven als een in de tijd beperkt proces. Lindemann suggereerde een periode van 4 tot 6 weken voor het normale rouwproces, wat het tijdelijke karakter van de symptomen benadrukt. Het werd echter aangetoond dat het proces meer dan een jaar in beslag kan nemen, wat het onderscheid tussen normale en pathologische rouw enkel maar bemoeilijkte en (c) gedurende dit in de tijd beperkte proces krijgt de betrokkene te kampen met hevige emoties. Sinds verlies onlosmakelijk is verbonden met een crisis, maken crises deel uit van het normale bereik van levenservaringen [64] De aandacht wordt gericht naar de normale patronen, tradities en bronnen van alle personen en netwerken die in de crisis betrokken zijn om de natuur van de crisis en de uitlokkende gebeurtenissen te begrijpen [63]. Lindemann richtte de studie van crisis naar een niet-pathologische, contextuele en normaliserende opvatting van menselijke problemen [55].

1.2.2. Hoe ontwikkelt een crisis zich: proxymale en structurele risicofactoren

Een crisis ontwikkelt zich niet plots. Tyhurst [56] was de eerste auteur om ontwikkelingsfasen te beschrijven van een actieve crisistoestand in reactie op rampen. Daarnaast had hij ook interesse in de “*state of change*” tijdens andere overgangsfasen, zoals verhuizen en pensionering. Op de basis van zijn observaties onderscheidde hij een stramen van verandering. Hij onderkent drie fasen in de “*transition state*”, die elk bepaald worden door de wijze waarop stress invloed uitoefent (1957) : (a) schokfase; (b) terugslagfase; (c) post-traumatische fase. Daarnaast stelde hij dat de aandacht van de betreffende individuen wordt opgeëist door de stressveroorzakende gebeurtenissen of de nawerking ervan. Deze aandacht kent een bepaalde gerichtheid in tijd, aangeduid met de richting en lengte van het tijdsperspectief. Hiermee wordt door Tyhurst de tijdsgedeeltes bedoeld waarop de emoties en cognities gericht zijn. Onder stress is de aandacht gericht op de situatie die stress produceert, wat resulteert in een gestoord tijdsperspectief. Een uitdaging voor crisiszorg is dan ook de integratie van het verleden en het heden.

Caplan [47] onderscheidt vier ontwikkelingsfasen die een meer gradueel proces beschrijven in reactie op minder catastrofale stressoren. In een eerste fase veroorzaakt een traumatische gebeurtenis een stijging in het angstniveau. De persoon in kwestie ervaart een dilemma en reageert hierop met gekende probleemoplossende strategieën om deze angst te reduceren.

Hoff [44] gebruikt de term “origins of crisis” om de bron of de aanzet van de ontwikkeling van een crisis aan te duiden. Ze onderscheidt drie categorieën van antecedenten. Ten eerste, situationele factoren die kunnen afstemmen van drie domeinen: materiële of omgevingsfactoren (vuur, natuurramp, enz.), persoonlijke of fysieke gebeurtenissen

(hartfalen, diagnose, verlies van een ledemaat, enz.) en interpersoonlijke of sociale voorvallen (scheiding, dood van een geliefde, enz.). Ontwikkelingsfasen vormen een tweede bron van crises. Ze maken deel uit van de levensspan, maar kunnen ook staan voor passages die een verandering markeren in sociale status, zoals de overgang van student naar werknemer, migratie en pensionering. Tenslotte worden culturele en socio-structurele factoren, zoals jobverlies of discriminatie op basis van geslacht, ras, leeftijd enz., aangeduid als mogelijke voorlopers van een crisis. Deze antecedenten en hun onderlinge interactie vormen een risico voor de ontwikkeling van een crisis. Meer bepaald houdt de mate van stressproductie door de stimulus, de blootstelling van het individu aan de stressvolle gebeurtenis en de mogelijkheid om zich aan te passen aan de gebeurtenis het risico op crisisontwikkeling in [44, 65, 66].

In een tweede ontwikkelingsfase faalt de probleemoplossende capaciteit van het individu waardoor de oorspronkelijke stimulus continueert met het uitoefenen van stress. In een derde fase stijgt het angstniveau verder wat de persoon motiveert alle mogelijke bronnen aan te spreken. Nieuwe probleemoplossende middelen worden aangewend om de voortdurende angst te reduceren. Een manier om een crisis te voorkomen is het herdefiniëren van (levens-)doelen. Meestal is het een klein accident dat crisisproporties aanneemt in de context van andere stressvolle gebeurtenissen. Deze precedent markeert de 'laatste druppel' en waarschuwt voor de nabijheid van een actieve crisistoestand. De actieve crisisfase tenslotte wordt gekarakteriseerd door een onverdraagbare mate van angst en spanning afkomstig van het onopgeloste probleem en de onvoldoende innerlijke kracht of sociale ondersteuning om met dit probleem om te gaan.

Geconcludeerd kan worden gesteld dat de ontwikkeling van een crisis een bepaald patroon volgt: het crisogeen proces (1) ontstaat in een crisogene context (intern of extern) waarin een onverwachte crisogene situationele factor (2) een aantal psychologische en/of gedragsmatige mechanismen in gang zet die (3) leiden tot specifieke gevolgen in psychologische en/of contextuele zin. Binnen een psychologisch opzicht worden in de crisis oplossingsgerichte mechanismen geactiveerd die zullen leiden tot een hernieuwd psychologisch evenwicht. Centraal binnen de psychologie staan begrippen als 'omgaan met stress', 'coping' en 'affectregulatie'. Alle alluderen ze op bewuste en onbewuste mechanismen om met stress, gekoppeld aan interne of externe veranderingen, om te gaan. Het adequaat reguleren van stress lijkt hierin een centrale notie te zijn (Nykliček et al., 2004; Taylor et al., 1997): personen die worden geconfronteerd met een crisogene factor/context hebben een hogere kans om overspoeld te worden door een combinatie van angsten en chaotische gevoelens (Andreoli et al., 1988) wanneer ze geen of onvoldoende adequate emotionele reguleringsmechanismen hebben. Een specifiek gevolg hiervan is dat men vervalt in *acting out* (i.c. iets doén) in plaats van het in woorden te vatten. Dit specifieke crisisgedrag is meestal de focus van de psychologische crisis maar is niet specifiek. Een crisis is immers geen fenomenologische en symptomatologische entiteit maar kan zich tonen als een heterogeen klinisch beeld: agressie ten aanzien van zelf en/of anderen, suïcidaliteit, middelengebruik, depressieve symptomatologie (cf. infra).

1.2.3. Gevolgen van een crisis

Caplan [47] adopteerde het systeemmodel van de biologische wetenschappen [71], waarin het concept van homeostase centraal staat. Een crisis representeert een storing in het emotionele evenwicht waarbij probleemoplossende strategieën tekort schieten om de gewenste stabiele toestand te herstellen. Caplan [47] vat de oplossing van een crisis op als de stabilisatie van de toestand van onevenwicht waarin iemand zich bevindt. Tegelijk begrijpt hij een crisis als een keerpunt dat zich uit in de vorm van een overgangperiode dat zowel een gevaar als een kans

inhoud, zoals het Chinese symbool voor crisis representeert. Deze periode biedt de kans om nieuwe copingmechanismen te leren. De copingvormen die nu aan het reeds aanwezige arsenaal worden toegevoegd, wapenen het individu om in de toekomst met gelijkaardige en andere problematische situaties om te gaan. Met andere woorden, door middel van homeostatische mechanismen of evenwichtherstellende krachten kunnen eventuele storingen zich oplossen, waardoor opnieuw de basislijn van emotioneel evenwicht bereikt wordt. Caplan's homeostase principe zorgt ervoor dat de gewenste toestand stabiliteit is. Viney [72] suggereert dat het concept de cognitieve beheersing van de situatie alsook de ontwikkeling van nieuwe copingstrategieën, inhoudt. Verder bouwend op het idee dat het oplossen van een crisis een reorganisatie en re-integratie van functioneren incalculeert, kan een positieve crisis worden gedefinieerd als "door de crisiservaring heen werken, zodat deze wordt geïntegreerd in de levensfabriek, waarbij de persoon in kwestie openstaat voor de toekomst". Wanneer een positieve uitkomst van een crisis zo wordt gedefinieerd, volgt een contradictie uit het begrip van crisisresolutie [73]: de adaptieve capaciteit van een individu wordt rechtstreeks bepaald door de voorgaande gebeurtenissen en is niet voldoende in de huidige stressvolle situatie. Vanwaar komen dan nieuwe copingmechanismen die een crisis zou kunnen genereren? Groei, ontwikkeling, verandering en actualisatie kennen door het homeostase principe geen plaats binnen de crisistheorie en beperkt het ons als mens tot reactor [73-76]. Bovendien benadrukt deze positie het gevaar van een crisis, en niet het potentieel [44].

Een kans inherent zien aan een crisis, geeft aanleiding tot zorg die georiënteerd is op groei [44, 77]. Wanneer deze opportuniteit niet wordt erkend en de crisis wordt geïnterpreteerd wordt als een ziekte, zal behandeling enkel gericht zijn op genezing en het verlichten van symptomen. Dit biomedische crisismodel staat in contrast met een ontwikkelingsmodel van crisis zoals die naar voor geschoven wordt door positieve psychologie. Volgens deze theorie bestaat de kern van succesvolle crisisinterventie uit het reduceren van de kwetsbaarheid van het individu en het versterken van de weerbaarheid en de capaciteit voor emotionele groei. Crisisinterventie is gericht op het benutten van de kans inherent aan crisis en het vermijden van gevaar. Deze taak berust op de waarden en overtuigingen over de aard van personen in crisis. In het volgende deel bespreken we de basisstappen in crisisinterventie vanuit een ontwikkelingsmodel van crisis. Wanneer crisis vanuit een groeimodel moet worden begrepen, stelt een al dan niet middelengebruiker met een mentale stoornis de vraag naar de verenigbaarheid van beide paradigma's en de daaruit voortkomende crisisinterventie.

1.2.4. Structurele risicofactoren voor het ontwikkelen van een crisis

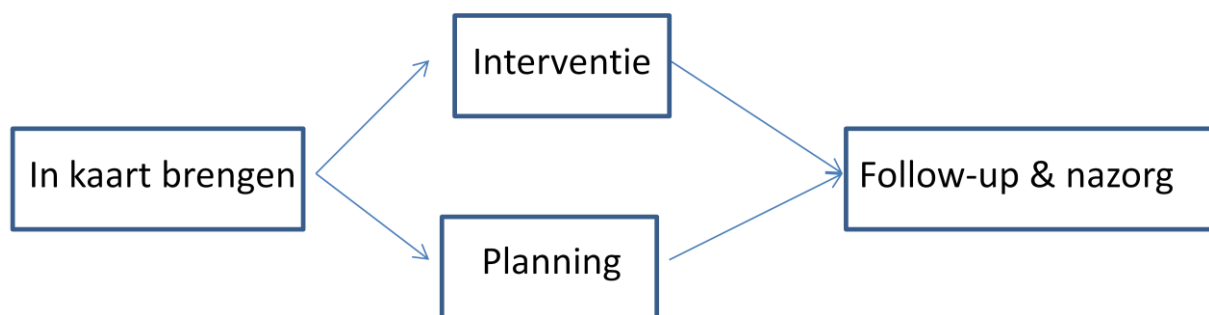
Eerder werd gesteld dat de *situationele risicofactoren* allerlei kunnen zijn, maar zich centreren rond de aanwezigheid van een crisogene factor/context, in combinatie met inadequate affectregulatie. In deze paragraaf worden *structurele risicofactoren* besproken. Deze moeten worden geïnterpreteerd in termen van factoren die, in hun aanwezigheid, drempelverlagend kunnen werken en de crisis daadwerkelijk te laten ontstaan. Vanuit literatuur zijn er twee cruciale risicofactoren (Allen, 2002): de aanwezigheid van psychische stoornissen en het gebruik van middelen. Uit eerder Belgisch onderzoek (Bruffaerts et al., 2004) blijkt immers dat een depressieve aanmeldingssymptomatologie (18%) de meest voorkomende primaire aanmeldingsklacht is bij crisispatiënten, gevolgd door alcohol- en drugabuses (17%), zelfmoordgedachten (17%), automutilatief gedrag (11%), dreiging tot automutilatie (5%) en agressie tegenover anderen (5%). Andere symptomatologie (ondermeer psychotische aanmeldingsproblemen, cognitieve en angstklachten) komen minder vaak voor. Wanneer klinische profielen worden omschreven in psychiatrische diagnostiek zien we dat depressieve stoornissen, aanpassingsstoornissen en middelenmisbruik de meest prevalentie DSM-diagnosen zijn binnen het veld van de psychiatrische crises (Bruffaerts et al., 2003). Later

onderzoek wijst in dezelfde richting; het is hier evenwel opvallend dat het aandeel van middelgerelateerde symptomen en stoornissen lijkt te stijgen binnen de psychiatrische crisis (Bruffaerts et al., 2008).

1.3. Basisstappen van de crisisinterventie

Crisisinterventie is één van de verschillende benaderingen voor personen in crisis [44]. De assumpties over personen in crisis bepalen echter het cruciale verschil in modellen van crisisinterventie en de doelen die aan de zorg gesteld worden. Vanuit een psychologisch ontwikkelingsmodel van crisis, suggereert Hoff [44] drie basisstappen in crisisinterventie: (1) assessment, (2) interventie en planning, (3) follow-up en nazorg. Ook vanuit medisch-psychiatrisch standpunt worden gelijkaardige processen beschreven binnen het omgaan met crises. Deze kunnen worden beschouwd tegen de achtergrond van het *Crisis Interactie-Interventiemodel* van Andreoli en medewerkers (Andreoli, 1990; De Clercq & Dubois, 2001), dat aansluit bij het psychiatrisch-verpleegkundig handelen en de centrale kenmerken van het crisisconcept. Vanuit deze context worden de volgende fasen gearticuleerd: (1) probleemanamnese en –verduidelijking, (2) structurende interventies en opstellen van een actieplan en (3) nazorg (tot 6 maanden na de aanmelding). Grosso modo kunnen we stellen dat de conceptualisering van *hoe* met crises om te gaan vanuit psychologische, psychiatrische en verpleegkundige hoek erg gelijklopend is en gevat kan worden in drie modules (zie figuur 1). In de module worden een aantal psychische, biologische en sociale factoren van de patiënt in kaart gebracht. Deze centreert zich immers rond de probleemanamnese en probleemverduidelijking (zowel op biologisch-medisch, psychisch-psychiatrisch en sociaal vlak) en het creëren van een relatie met de patiënt in crisis. In de volgende modules wordt de focus gradueel gericht op het therapeutisch werken en omgaan met de crisisproblematiek. Naast het herstel tussen de draaglast en de draagkracht (structurende interventie) gaat de aandacht naar het zoeken naar alternatieven voor het crisisgedrag en naar het opstellen van een actieplan.

FIGUUR 1. FASEN VAN HET CRISISGERICHT HANDELEN



1.3.1. MODULE 1: Assessment, probleemanamnese en probleemverduidelijking

De eerste stap is ‘assessment’ of het verzamelen van informatie. Deze fase is cruciaal omdat het toelaat te bepalen waarom *deze* persoon een crisis heeft ontwikkeld op *dit* bepaald moment. Met andere woorden, de hierboven besproken risicofactoren worden vertaald in persoonlijke zaken en problemen waardoor de subjectiviteit van een crisis kan worden gevat.

De vragen die gesteld moeten worden in deze fase zijn deze naar het ontstaan, de ontwikkeling en de manifestatie van de crisis, de ondersteuningsmogelijkheden en het sociocultureel milieu, geordend moeten worden naar drie niveaus (Hoff, 2009; Bruffaerts et al., 2003).

Ten eerste moet er worden achterhaald of er een **onmiddellijke of potentiële bedreiging** is voor het leven. Zowel personen uit de omgeving van de persoon in kwestie, zoals een vriend, buurman, ouder en echtgenoot als personen in professionele posities, kunnen het risico op suïcide of geweld bevragen. Met andere woorden, op basis van deze beoordeling op het eerste niveau wordt bepaald of er sprake is van een crisis of een urgentie en hoe snel er moet worden ingegrepen.

Ten tweede is het noodzakelijk **realiteitstoetsende en concretiserende vragen** ter stellen rond de problematiek die zich voordoet. Op die manier haalt men heftige emoties niet op de voorgrond maar bespreekt men eerst de omstandigheden van de situatie. Zo kan men het verengd bewustzijn opnieuw wat verbreden. Verder kunnen vragen omtrent het steunsysteem worden nagegaan: “*Hoe bent u hier geraakt?*”, “*Is uw familie op de hoogte?*”, “*Kunnen uw kinderen ergens terecht?*” Ten derde stelt men vragen over het stadium van de crisis en wordt het acute karakter van de problematiek ingeschat (nodig om de gepaste maatregelen te kunnen nemen, bijvoorbeeld hospitalisatie). In deze fase worden niet enkel vragen gesteld, maar wordt -indien nodig- ook concreet opgetreden, bijvoorbeeld in de opvang van gezinsleden.

Ten derde is van belang te wijzen op het gegeven dat personen in crisis de behoefte hebben aan een hulpverlener die blijk geeft dat hij snapt wat hen bezighoudt, waarin een **hulpverlener-patiënt relatie** wordt gecreëerd en communicatie op gang wordt gebracht. Het uiten van bezorgdheid, het bieden van steun, een positieve opstelling en vertrouwen zijn belangrijke basiselementen die het crisisinterventieproces op gang kunnen brengen. In deze zin is het werken op een psychiatrische spoeddienst het bieden van een ‘*holding environment*’, een solide basis aan personen die zich in crisis aanmelden (Butterfield et al., 1999; Wilken & den Hollander, 1999).

Vanuit bovenstaand beschreven methodieken dienen 4 specifieke gebieden te kunnen worden beschreven: (a) het ontstaan, ontwikkeling en manifestatie van de crisis (inclusief proxymale en structurele risicofactoren), (b) coping en sociale steun, (c) suïcidegevaar, motivatie tot behandeling en gepercipieerde sociale steun en (d) specifieke verwachtingen van de patiënt van de crisisbehandeling.

Bovenstaande informatie kan worden gehaald vanuit enerzijds gesprekken met de patiënt op de afdeling. Anderzijds kunnen screenings- en diagnostische instrumenten worden gebruikt om het assessment door te voeren. Voor het neuropsychologische niveau van functioneren kunnen een aantal klassieke neuropsychologische instrumenten worden gebruikt, zoals de Mini Mental State Examination (MMSE – Folstein et al., 1975). Voor een aantal inschattingen rond klinische symptomatologie kunnen de volgende instrumenten worden gebruikt: Beck Depression Inventory (BDI) en de Symptom Checklist – 90 (SCL-90 – Derogatis, 2003). Crisisgerelateerde coping kan worden geïnvestigeerd aan de hand van de Coping Inventory in Stressful Situations (CISS – een copingvragenlijst gevalideerd voor crises – Endler & Parker, 1990). Het motivationele niveau kan worden in kaart gebracht aan de hand van de Treatment Motivation Questionnaire (TMQ – Ryan et al., 1995) en de Readiness to Change Questionnaire (RCQ – Rollnick et al., 1992), die het niveau van motivatie tot verandering meet aan de hand van het motivationeel model van Prochaska en diClementi (cf. infra). De ernst van de crisis tenslotte kan worden geïnvestigeerd door het gebruik van de Crisis Triage Rating Scale (Bengelsdorf et al., 1984). Deze laatste schaal biedt

bovendien de mogelijkheid om drie cruciale crisogene aspecten (i.c. motivatie tot behandeling, sociale steun en suïcidaliteit) apart in te schatten. Aan de hand van de CTRS kunnen dus zowel (a) de ernst van de crisis worden ingeschat als (b) een aantal deelaspecten ervan.

1.3.2. MODULE 2: Planning en interventie

Het opstellen van een crisisinterventieplan als tweede stap biedt richting aan de verwardheid en chaos die een persoon in crisis ervaart. Dit plannen is gebaseerd op het verzamelen van informatie in de eerste stap waarbij vragen werden gesteld naar het levenspatroon en dagelijks functioneren van de persoon in crisis en diegene die hem omringen, victimizatie, suïcidaliteit, coping, wanhoop, angst, perceptie ondersteuningsnetwerk enzovoort. Daarom is de planning *specifiek*, dit wil zeggen op het niveau van de persoonlijke crisisreactie en de overeenkomstige noden. De karakteristieken van een goed plan worden voorgesteld in Tabel 1. Het is belangrijk om het interventieplan te bevestigen in een contract dat opgesteld is door middel van samenwerking. Het contract als logisch gevolg van de gegevensverzameling moet symbool staan voor de actieve participatie van de persoon en significante anderen.

TABEL 1. KENMERKEN VAN EEN CRISISINTERVENTIEPLAN

Ontwikkeld samen met de persoon in crisis en de significante anderen in het leven van de persoon

Probleem-georiënteerd

Aangepast aan het functioneel niveau en de noden van de persoon

Consistent met de cultuur en levensstandaard van de persoon

Houdt rekening met significante anderen en het sociaal netwerk

Realistisch, concreet en van een bepaalde duur

Dynamisch en negotieerbaar

Houdt follow-up in

Crisisinterventie kan begrepen worden als het plan volbrengen dat ontwikkeld is na de assessment fase. In essentie bestaat het uit drie centrale delen: structurerende interventies, het maken van een actieplan en het articuleren van een aanzet voor nazorg en continuïteit van zorg.

1.3.2.1. Structurerende interventies

Het doel van de interventie is het herstel tussen draaglast en draagkracht waardoor het probleemoplossend vermogen van de patiënt weer toereikend is om de crisissituatie te hanteren. Structuur wordt geboden in tijd, in ruimte, in plaats, in activiteiten. Het doel van structurerende interventies is te dedramatiseren. Het is de bedoeling om naast de crisis andere werkelijkheden terug onder ogen te brengen. Door het stellen van concretiserende en differentiërende vragen geeft de hulpverlener gelegenheid om informatie te verzamelen en geeft zo de patiënt tegelijkertijd de kans om weer greep op de situatie te krijgen. De invoering van differentiële woorden (*minst, meest, ergst, vooral*) doen mensen beseffen dat er ook mindere en ook ergere belevenissen en gebeurtenissen bestaan. Een aantal voorbeelden van

dergelijke interventie: “*Waren er ook goede momenten in jullie gezin?*”, “*Wat vindt u het ergst?*”, “*Waar denkt u vooral aan?*”. Een belangrijke taak bestaat uit het afbakenen van de belangrijkste en acute problemen. Ogenschijnlijke onoverkomelijke crisiservaringen dienen gedifferentieerd te worden opdat het geheel terug overzichtelijk wordt en het gevoel van machteloosheid afzwakt. In dit ‘invoeren van het normale’ of ‘*object presenting*’ representeert de verpleegkundige zowel delen van zijn persoonlijke ervaringswereld, de normen en waarden waarin de interactie tussen hem en de patiënt zich afspeelt en de realiteit van ‘de grote wereld’ (Wilken & den Hollander, 1999).

1.3.2.2. Alternatieven onderzoeken en opstellen van een actieplan

Zowel het zoeken naar hoe de patiënt in het verleden problemen aanpakte, hoe hij het tot nu toe in deze crisissituatie gedaan heeft als het aftasten van nieuwe alternatieven kunnen in deze fase aan bod komen. Algemeen beschouwd wordt er gepoogd het tijdsperspectief te verbreden en het besef van toekomst te herstellen. Inhoudelijk gezien worden verschillende sociale netwerken rond de crisispatiënt hersteld; we leven immers allen in verschillende sociale netwerken met een relatieve impact op ons dagelijks denken en doen. In een crisissituatie wordt het besef van deze invloeden zeer klein. Door verbindingen met deze netwerken terug te benoemen, kunnen ze mogelijkterwijs terug in de aandacht komen.

Bovendien is ook aan de orde welke stappen er nog ondernomen moeten worden en wat de patiënt nodig acht om deze stappen aan te kunnen. In concreto bestaat het doel van het actieplan uit een poging om de aanmeldingsproblematiek op te lossen, maar bovendien de patiënt een groter inzicht te laten verwerven in het ontstaan en voortbestaan van deze klachten (De Clercq & Dubois, 2001).

1.3.2.3. Articuleren van de nazorg en continuïteit van zorg

In termen van een langer termijn perspectief met betrekking tot crises is het van belang na te gaan op welke wijze deze of gene patiënt met zijn crisis wil omgaan. Zowel binnen een residentiële als ambulante behandelvorm is het van belang continuïteit van zorg als stelregel te houden. Onderzoek binnen de crisisliteratuur heeft immers aangetoond dat zogenaamde ‘continuïteitsfactoren’ (i.c. het bespreken van het belang van nazorg, het opstellen van een nazorgplan en het aanbieden van continuïteit van zorg) een grote impact hebben op de afloop van de crisis. Via kortdurende (maar continue) follow-up werd gevonden dat het heropnamecijfer na crisis erg laag was, vergeleken bij de afwezigheid van dit soort nazorg (McIntosh & Worley, 1994). De effecten van continuïteit van zorg (i.c. een nazorgcontact binnen de 7 dagen na ontslag) op het zogenaamde draaideurfenomeen (i.c. een heropflakking van de crisis binnen de maand na de vorige aanmelding) waren groter dan de effecten van de ernst van de psychopathologie (Bruffaerts et al., 2004; 2005).

1.3.3. MODULE 3: follow-up en continuïteit van zorg

Deze laatste stap kan worden vastgelegd worden in het wederzijds overeengekomen contract. Op die manier wordt de follow-up verwacht en maakt het deel uit van het totale behandelplan [44]. Voorts moet de follow-up gebaseerd worden op het begrip dat elke persoon een nood aan autonomie ervaart. Deze laatste stap dient tenslotte ook de eerste stap, in die zin dat het de mogelijkheid opent personen te bereiken die niet in staat zijn hulp te initiëren voor zichzelf voor een crisis zich voordoet.

De verdere exploratie van de crisis en articuleren van autonomie van de patiënt kunnen gebeuren door advies te geven in het maken van keuzes helpt de crisishulpverlener het

verstoord gedrag, de verwarde gevoelens en chaotische gedachten van een persoon in crisis op orde te krijgen. Er moeten keuzes gemaakt worden over wat het probleem dat moet worden opgelost juist inhoudt, hoe het kan worden opgelost, wanneer en waar het moet worden opgelost en wie er worden moet betrokken bij dit proces.

Verdere exploratie van de crisis kan gebeuren door de patiënt (en zijn systeem) aan te moedigen om na te denken over de grenzen van het gestelde probleem (*'hoelang bestaat het probleem'*, *'in welke situatie voel je je het meest emotioneel van streek?'*), over de betekenis van het probleem en hoe er iets aan gedaan kan worden (*'hoe is je leven veranderd sinds het probleem bestaat?'*), door een keuze te maken tussen mogelijke oplossingen van het probleem (*'wat denk je dat er aan gedaan kan worden?'*, *'wat heb je tot hiertoe geprobeerd om het probleem op te lossen?'*); en door de oplossingen te testen binnen een actieplan [81]. Voorts kunnen oplossingen van de crisis worden gearticuleerd en gefaciliteerd door het stellen van toekomstobjectieven en het opstellen van een alternatief actieplan. Tijdens de toepassing van het geven van advies wordt de persoon in crisis versterkt in zijn gevoel van autonomie en leert hij van de crisiservaring door zich bewust te worden van de copingvaardigheden en nieuwe probleemoplossende strategieën toe te passen, door meer stabiele emotionele relaties en sociale vaardigheden te ontwikkelen en door meer tevreden te zijn met levenspatronen [44].

De wijze waarop deze opvolging kan gebeuren is via zogenaamde ambulante spoedconsultaties of via telefonische follow-up (Spooren et al., 1998). Deze vorm van crisisinterventie vindt niet plaats op de dienst spoedgevallen, maar op een consultatieafdeling, waardoor het eerder psychotherapeutisch werken in een crisis wordt herkadert. Ondanks de verandering van context wordt de therapeutische continuïteit gewaarborgd; deze consultaties worden dan ook bij voorkeur begeleid door dezelfde hulpverleners die de patiënt reeds eerder op de dienst spoedgevallen zagen. Deze vorm van opvolging stelt de patiënt in staat op een relatief langere termijn (maximum 4 sessies binnen de vier weken na de aanmelding op spoedgevallen) zijn crisis te exploreren en te begrijpen. Tegen deze achtergrond fungeert deze follow-up als (1) een overbrugging van een periode van crisis alsook (2) het (her)oriënteren van de patiënt naar een residentiële of ambulante vorm van therapeutische begeleiding. De focus wordt hier gelegd op (1) het verkennen van omgangsvormen en ordeningen binnen het sociale netwerk van de patiënt (doel: een gewijzigde kijk op het probleem bekomen); (2) het uitdiepen of ingaan op relaties (doel: zoeken naar gemeenschappelijkheden en verschillen in de relatie van de patiënt ten aanzien van zijn sociaal netwerk); (3) het ontwikkelen van oplossingen, minder gericht op problemen en de onderliggende oorzaken ervan (doel: de focus richten op de toekomst en niet zozeer op het uitspitten van het verleden). Het is van belang om de verantwoordelijkheid bij de patiënt zelf en zijn omgeving te laten en zijn zelfwerkzaamheid aan te moedigen. De interventie is er dan ook op gericht de patiënt zo snel mogelijk in staat te stellen zijn plaats in zijn netwerk (gezin, studie, of werksituatie) weer te laten innemen en om bij voorkeur met behulp van ambulante therapie de behandeling verder te zetten (Bruffaerts et al., 2003; De Clercq & Dubois, 1993).

1.4. Relevante dimensies in het crisisbegrip bij patiënten met middelengebruik

1.4.1. Sociale ondersteuning en sociaal netwerk

Gegeven dat personen onderling in verbinding staan met elkaar, moet gezondheid begrepen worden vanuit de interpersoonlijke sfeer [104]. Dit besef heeft het voorbije decennium geleid tot conceptuele en empirische aandacht voor de invloed van sociale netwerken op gezondheid. In de jaren '70 werd de aanzet gegeven voor onderzoek naar de effecten van het sociale netwerk op gezondheid met een studie van o.a. Cassel [105], Cobb [106] en Berkman [107].

In vroege studies lag de focus op het concept sociale ondersteuning. Het sociaal netwerk werd geoperationaliseerd op individueel niveau als het aantal sociale contacten en de subjectieve rapportering van de ervaren ondersteuning van deze contacten. Sociale ondersteuning is gerelateerd aan het sociale netwerk van een individu, maar moet duidelijk onderscheiden worden [104, 108]. Studies die zich richten op sociale netwerken gaan het web van sociale relaties na die een individu omringen. De relevantie van de relaties op zich voor bepaalde uitkomsten wordt nagegaan, terwijl in onderzoek naar sociale ondersteuning de kwaliteit en de kwantiteit van de verschillende relaties wordt geanalyseerd [104].

Het zoeken van sociale ondersteuning wanneer men wordt geconfronteerd met stressvolle gebeurtenissen kan worden beschouwd als een copingmechanisme [109]. Ondanks dat Lazarus en Folkman [110] stellen dat de adaptieve kwaliteit van copingstrategieën geëvalueerd moet worden in de specifieke stressvolle context waarin ze voorkomen, toont onderzoek op overtuigende wijze het positief effect aan van sociale ondersteuning in tijden van stress [107]. Middelengebruikers zoeken zelden hulp of ondersteuning bij anderen, wat deze groep onrechtstreeks kwetsbaarder maakt voor crisis en wederkerende crisisepisodes [44]. In een bespreking van het sociaal netwerk van middelengebruikers moet deze stelling echter worden genuanceerd. Ten eerste worden in de meta-analyse van Hogan, Linden en Najarian [111] verschillende aspecten van sociale ondersteuning voorgesteld waarmee men rekening moet houden als men het sociaal netwerk van middelengebruikers tracht te bespreken. Ten eerste de *structurele aspecten*, zoals de grootte van iemands sociale cirkel en het bestaan van relaties. Het *functionele aspect* wijst op emotionele ondersteuning of een gevoel van aanvaard te zijn. Sociale ondersteuning is in onderzoek ook geoperationaliseerd geweest als het advies dat men krijgt of de geruststelling, wat wijst op *daadwerkelijke en specifieke ondersteuning*. Tenslotte kan men sociale ondersteuning ook conceptualiseren als de *subjectieve perceptie* van bijstand. Ten tweede zijn er verschillende vormen van sociale ondersteuning, namelijk emotionele en instrumentele ondersteuning [112]. Gegeven dat personen van nature uit gedreven zijn tot het bekomen van nonmateriële bronnen zoals liefde, zorg, geborgenheid [59, 113], is de invloed van sociale ondersteuning rechtstreeks. Onrechtstreeks echter, kan sociale ondersteuning bufferen tegen levenstress [114]. Tenslotte kan men in sociale netwerken verschillende sectoren erkennen. Zo zijn familie, vrienden en professionele hulpverleners belangrijke sectoren van de sociale netwerken van middelengebruikers [115].

1.4.1.1. Structurele aspecten

Grootte en stabiliteit. Vergelijkend onderzoek toont aan sociale netwerken van middelengebruikers kleiner zijn dan die van niet-gebruikers [116]. De gemiddelde grootte van sociale netwerken van personen met een mentale stoornis en personen met een mentale stoornis en comorbide middelengebruik is 12 en 4, respectievelijk [117, 118]. Een klein sociaal netwerk zou de toegang tot informatie, sociale invloed, en sociale ondersteuning belemmeren [119]. Ondanks dat middelengebruikers geen groot netwerk hebben, zou dit netwerk wel stabiel zijn [120]. De stabiliteit of de duur van sociale relaties over de tijd van middelengebruikers werd in vroeg onderzoek nagegaan door het aantal contacten voor en na de behandeling te meten.

Proportie gebruikers. Hoewel het bestaan en het aantal van hechte relaties niet wordt beïnvloed door de middelenafhankelijke leden van het netwerk [116, 121], suggereerde ander minder recent werk echter dat de stabiliteit van het sociaal netwerk relatief is en niet absoluut. De proportie van middelengebruikers en andere hoog-risico groepen in het netwerk van een middelengebruiker moeten in rekening worden gebracht [120]. Netwerken van

middelengebruikers bevatten meer gebruikers en personen met een psychiatrische stoornis in vergelijking met een normale populatie [118, 122].

In een ‘case-oriented’ vergelijkende studie van [123] werden structuur en functie van het persoonlijke sociale netwerk (grootte en samenstelling van verschillende sectoren zoals familie, vrienden, professionele begeleiders, ...) nagegaan voor 723 gebruikers in behandelingscentra verspreid over 11 Europese landen. De uitkomsten van Frankrijk werden vergeleken met Europese resultaten en uitkomsten van een studie uit de Verenigde Staten. De variatie in de grootte van het sociaal netwerk ligt in het aantal gerapporteerde middelengebruikende vrienden. Patiënten spenderen de meeste tijd met vrienden die ook middelen –of alcohol problemen hebben. Ze besluiten dat hun resultaten aansluiten bij het Amerikaans concept van risiconetwerken voor middelengebruik [124, 125]. Specifieke structurele aspecten van het sociale netwerk, zoals de densiteit, moeten in rekening worden gebracht. Bovendien stellen de auteurs dat de functie van de relaties niet kan worden genegeerd. De relatie met middelengebruikende vrienden wordt opgevat als niet hecht. Het doorbrengen van de meeste tijd met middelengebruikende vrienden is niet gerelateerd aan de ontwikkeling van intieme relaties of een tegengewicht voor eenzaamheid. Met andere woorden, de risiconetwerken in de Europese sample worden gekarakteriseerd door onechte vrienden en sociale isolatie. Dit samengenomen met de resultaten van vroeg onderzoek dat de sociale netwerken van middelengebruikers relatief stabiel zijn, stelt de behandeling voor middelengebruikers voor een uitdaging.

1.4.1.2.Familie en partner

Familie en partners vormen de natuurlijke bron van sociale ondersteuning. Zo blijkt dat het risico op middelengebruik van individuen met partner en/of kinderen kleiner is, tenzij de partner ook gebruikt [115, 126]. De relatie van middelengebruikers met partners wordt meestal gekenmerkt door instabiliteit [127] en familiebanden zijn veelal van conflictieve aard alsook gekarakteriseerd door slechte communicatie [128]. Dit onderzoek toont aan dat middelengebruikers minder kunnen terugvallen op hun naasten voor sociale ondersteuning. Gegeven dat problemen door de familie-eenheid op een bepaalde manier worden aangepakt en gedefinieerd, kan middelengebruik van één of meerdere familieleden een verlies van moraal betekenen voor een familie-eenheid [129]. Deze stressvolle omstandigheden kunnen een effect hebben op de familieconfiguratie en zo een crisis van de familie eenheid uitlokken [44].

1.4.1.3.Grootte netwerk en comorbiditeit

Brown en Harris [130] die als eerste een onderzoek verricht hebben naar depressie in vrouwen als kwetsbaarheidfactor voor crisis, identificeerden een aantal factoren die de kwetsbaarheid voor crisis verhogen, zoals sociale en emotionele isolatie en het verlies van de moeder voor de leeftijd van twaalf jaar. Deze factoren zijn echter niet inherent aan een depressie, maar zijn er enkel sterk mee geassocieerd. In lijn met deze bevinding heeft onderzoek naar het sociale netwerk van psychiatrische patiënten heeft aangetoond dat psychotici en neurotici een kleiner sociaal netwerk hebben, met voornamelijk bloedverwanten in vergelijking met een niet-klinische populatie [131]. Daarenboven hebben ze een meer negatieve perceptie van de personen rondom [132].

Westermeyer en Neider [133] spitsten zich toe op de relatie tussen de grootte van het netwerk en de psychopathologie van de middelengebruiker. Zo stelden de auteurs vast dat hogere psychiatrische symptomen zoals gemeten met de SCL-90 van 168 patiënten gediagnosticeerd

met een middelengebonden stoornis gecorreleerd is met een kleiner sociaal netwerk. Meer recent onderzoek naar dubbel diagnose toont aan dat het netwerk in vroege fasen van behandeling wordt gekenmerkt door een hogere proportie middelengebruikers dan het netwerk van patiënten in latere fasen van behandeling [118, 134, 135]. Bovendien hebben ze minder contact met het netwerk [134]. Nog steeds te weinig studies hebben de sociale relaties van personen met een dubbel diagnose onderzocht.

Een meta-analyse van Hogan et al. [111] indiceert dat sociaal ondersteunende interventies redelijk succesvol zijn. Deze bevinding moet echter in het licht gezien worden van veel verschillende soorten interventies, 'delivery format' en verschillende populaties. Zowel de natuurlijke sociale setting als de meer formele setting van zorggevers kunnen zorgen voor sociale ondersteuning. Waarschijnlijk zorgt de natuurlijke setting voor aanhoudende ondersteuning, terwijl ondersteuning afkomstig van diensten van voorbijgaande aard. Ondanks een enorme hoeveelheid aan literatuur over de voordelen van ondersteuning voor verschillende soorten problemen, waaronder middelengebruik, is het nog steeds niet duidelijk hoe en hoe goed interventies die gericht zijn op sociale ondersteuning, werken [111].

1.4.1.4. Implicaties voor crisisinterventie

Ondanks dat individuele interventietechnieken nog steeds het meest gangbaar zijn, laat multidisciplinair onderzoek steeds meer evidentie zien voor de invloed van sociaal netwerk en sociale ondersteuning op het ontstaan van ziekte, het ziekte –en behandlungsproces, en de uitkomst. Deze nadruk van de sociaal wetenschappelijke literatuur op de sociale benadering van gestresseerde individuen wordt ondersteund door het sociaal psychiatrisch werk van clinici [60, 136, 137]. Redenen voor de gangbaarheid van individuele interventietechnieken zijn de ongeschooldheid in sociale benaderingen of de twijfel over de bruikbaarheid ervan. Het vertrouwen in medicatie versterkt deze behandelingsbias waardoor de aandacht voor socioculturele variabelen op de tweede plaats komt [103, 138-140]. Gegeven dat sociale ondersteuning essentieel is voor menselijke groei en ontwikkeling moeten in crisisinterventie personen en problemen in een psychosociale context begrepen worden [60, 136, 137, 141]. Vanuit deze opvatting dat socioculturele factoren een essentiële rol spelen in de ontwikkeling, manifestatie en oplossing van een crisis, geeft Hoff [44] een overzicht van de sociale benaderingen van crisisinterventie. Deze zijn vooral nuttig voor personen met wederkerende crisisepisodes door onderliggende problemen zoals middelengebruik [142]. Sociale gehechtheden moeten terug hersteld moeten worden of gecompenseerd om meer zelf-destructief gedrag te voorkomen. Iemand helpen in crisis is helpen om harmonie te vinden in intieme relaties en de gemeenschap. Familie vormt de natuurlijke bron van ondersteuning en problemen worden op een bepaalde manier aangepakt. Middelengebruik van één of meerdere familieleden kan een verlies van moraal betekenen voor een familie-eenheid [129]. Afhankelijk van de definitie van het middelengebruik en/of additionele gebeurtenissen kunnen deze stressvolle omstandigheden een effect hebben op de familieconfiguratie en zo een crisis van de familie-eenheid uitlokken [44]. Verschillende scholen van familietherapie hebben gemeenschappelijk dat verandering opgevat moet worden in termen van de systemen van interactie tussen familieleden en dat het betrekken van familie in een zoektocht naar oplossingen voor een gesteld probleem, belangrijk is. Een positieve en open attitude is daarbij essentieel. In Tabel 2 worden de stappen om sociale netwerk strategieën te installeren, voorgesteld.

Tabel 2 Crisisinterventietechnieken voor het betrekken van het sociale netwerk

Verduidelijking van het doel van een netwerkstrategie en de actieve participatie die dit vereist.	Het is belangrijk alle betrokkenen op de hoogte te brengen van sociale netwerk strategieën, hen het doel uit te leggen en de actieve participatie die dit van hen vereist. Dit geldt zeker voor draaideurpatiënten die reeds een ongezonde afhankelijkheid aan de dienst hebben ontwikkeld.
Identificatie van leden van het sociaal (ondersteunend) netwerk	Deze lijst moet iedereen omvatten die met de persoon die de symptomen draagt iets te maken heeft voor of door de crisis. Dit toont het belang aan van een volledige assessment. Deze identificatie houdt een brainstormen in van mogelijke alternatieven voor ontbrekende sociale steun.
Identificatie van de ‘symptoomdrager’ van een familie of een sociaal netwerk	Die persoon van het netwerk waarvoor de symptomen van de crisistoestand het meest duidelijk is en waarvoor zorg moet worden geïnstalleerd.
Installeer contact met de geïdentificeerden van het netwerk en leg hen het doel van de samenkomst uit	Contact opnemen met de netwerkliden die kunnen deelnemen in het zorgproces voor de ‘symptoomdrager’ en verklaren hoe de hulpverlener de situatie bekijkt en hoe iemand kan helpen.
Roep iedereen bij elkaar op een wederzijds overeengekomen tijdstip en geschikte plaats	
Voer de samenkomst uit	Vertrekkende vanuit de visie van de ‘symptoomdrager’ kan het probleem worden geëxploreerd. De klachten van alle partijen kunnen worden uitgesproken en rekening houdend met de aanwezige bronnen kunnen mogelijke oplossingen worden voorgesteld.
Beëindig de samenkomst met een actieplan om de crisis of het andere probleem op te lossen	De details van het actieplan worden zorgvuldig gedefinieerd zodat iedereen zijn plaats kent en weet wat te doen binnen een bepaalde tijdspanne. Een alternatief plan wordt opgesteld voor in het geval het opgesteld plan mislukt.
Installeer een follow-up plan	De tijd, plaats, omstandigheden, lidmaatschap en het doel van de volgende meeting wordt overeengekomen en meegedeeld.
Noteer de resultaten van de samenkomst en verdeel kopieën hiervan onder de participanten	Deze stap wordt gebaseerd op de principes van het opstellen van een contract. Het vormt de basis van het evaluatie proces of de basis voor het verklaren waarom het plan faalde.

1.4.2. Motivationale aspecten van de crisispatiënt

In de traditionele behandeling van middelengebonden stoornissen, werd motivatie beschouwd als een dispositie of trek van de patiënt én een noodzakelijke voorwaarde voor behandeling. Deze visie houdt in dat de hulpverlener weinig kan betekenen voor een niet gemotiveerde patiënt en dat de hulpverlener geen schuld betreft voor dit tekort aan motivatie. De verantwoordelijkheid ligt bij de patiënt [143]. Gemotiveerd zijn kreeg binnen deze extreem directieve benadering van de hulpvrager de connotatie van het accepteren van het label ‘middelenverslaafde’ en het opvolgen van een aantal gedragingen en taken eigen aan een specifiek therapieprogramma. Een tekort aan motivatie is dan ook aangeduid als verklarende factor voor het falen van de initiatie en het succes van de behandeling, alsook therapietrouw [144, 145].

1.4.2.1. Transtheoretisch model van verandering: Prochaska & Diclemente

Het transtheoretischmodel van Prochaska en DiClemente [146] van gedragsverandering is gebruikt in verschillende settings en toegepast op een veelheid aan probleemgedrag. Omdat het een waardevol kader biedt om de motivatie van middelengebruikers voor behandeling te conceptualiseren, is het uitgegroeid tot een standaardmodel van behandeling van verslaving [147, 148]. Motivatie wordt niet opgevat als een dichotome eigenschap, maar eerder als een gradatie (zie tabel 3).

Fasen van verandering

Doorheen jaren van onderzoek naar de structuur van intentioneel veranderingsgedrag, is er evidentie voor vijf veranderingsfasen (zie Tabel 5) [146, 148-152]. Hieronder wordt het transtheoretisch model van Prochaska & DiClemente [148] beschreven en toegepast op middelengebruik. Deze auteurs stelden dat de modificatie van verslavingsgedrag de progressie doorheen vijf fasen omvat – precontemplatie, contemplatie, preparatie, actie en subsistentie – en individuen typisch verschillende keren doorheen deze fasen hercirculeren alvorens hun verslaving te beëindigen.

Voorbeschouwing of precontemplatie is de fase waarin er geen intentie is om het gedrag te veranderen in de nabije toekomst. Hoewel personen in deze fase zich niet (voldoende) bewust zijn van hun problemen, zijn partners, familie, burens of werkgevers zich daarentegen wel bewust van het verslavingsprobleem. Ondanks dat precontemplators wel de wens kunnen hebben te veranderen, is dit verschillend van de intentie of de overweging te veranderen. Wanneer patiënten in de precontemplatiefase zich aanmelden voor psychotherapie doen ze dit vaak onder druk van hun omgeving. Gemanifesteerde verandering dreigt in deze fase snel te verdwijnen wanneer de druk wordt weggenomen. Deze fase wordt gemarkeerd door weerstand in het erkennen van het verslavingsprobleem.

Tabel 3 Het model van de veranderingsfasen

Fasen van het transtheoretische model van verandering	Fasen van de patient
Precontemplatie	Niet denken aan verandering Berusten in de verslaving Het gevoel geen controle te hebben Ontkenning: niet inzien dat ze het op zichzelf moeten toepassen Ernst van de consequenties niet inzien
Contemplatie	Het afwegen van voor- en nadelen van het gedrag en van de voorgestelde verandering
Preparatie	Experimenteren met kleine veranderingen
Actie	Een definitieve actie tot verandering maken
Onderhoud	Het nieuwe gedrag behouden over een langere tijdsperiode
Terugval	Ervaren van een normaal deel van het veranderingsproces Voelt meestal demoraliserend

Uit Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. *Am Psychol* 1992;47:1102-4, en Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford, 1991:191-202.

Overweging of contemplatie is de fase waarin men zich bewust is van een verslavingsprobleem en men ernstig overweegt het probleem aan te pakken. Deze bewustwording is echter nog niet geassocieerd met een concrete actie. Personen kunnen zich voor lange tijd in de contemplatiefase bevinden. De essentie van deze fase is te weten waar je naartoe wil, maar er nog niet klaar voor zijn. Het afwegen van de voor- en nadelen van het verslavingsprobleem en de oplossing ervan, is een ander belangrijk aspect van de contemplatiefase. Patiënten in deze fase worstelen met de positieve kant van het verslavingsgedrag en de hoeveelheid aan moeite, energie en verlies dat overwinnen van het probleem met zich meebrengt [148, 153, 154]. Men kan iemand als contemplator classificeren wanneer men op discrete metingen aangeeft ernstig te overwegen het verslavingsgedrag binnen de volgende zes maanden te veranderen. Op continue metingen zullen contemplators items onderschrijven zoals *“ik heb een probleem en ik denk echt dat ik eraan moet werken”* [149, 155].

In de **voorbereidingsfase** worden goede bedoelingen geconcretiseerd door het stellen van gedragsvoorschriften, zoals als het reduceren van het aantal sigaretten per dag. Individuen in deze fase hebben echter nog geen gedragscriteria opgesteld voor effectieve actie, zoals een rookstop. M.a.w. de intentie om in de nabije toekomst een doelgerichte actie te ondernemen markeert deze fase. Voor patiënten binnen deze fase kan worden gewerkt met een actieplan (Connors et al., 2004).

De **actiefase** is de fase waarin individuen hun gedrag, ervaringen of omgeving wijzigen om hun problemen te boven te komen. Deze fase omvat de meest overte gedragsveranderingen en vraagt in aanzienlijke mate energie en tijd. Het succesvol wijzigen van verslavingsgedrag behelst het bereiken van een bepaald criterium, zoals onthouding. Rookgedrag voor de helft verminderen kan gezien worden als een goede voorbereiding, maar het is geen effectieve actie. Op de continue meting bevat deze fase statements zoals *“iedereen kan praten over veranderen, maar ik doe er ook effectief iets aan”* [149, 155].

Actie wordt vaak en onterecht gelijk gesteld aan verandering. Bijgevolg worden het vereiste voorbereidende werk en de moeite om de gemaakte veranderingen vol te houden, over het hoofd gezien.

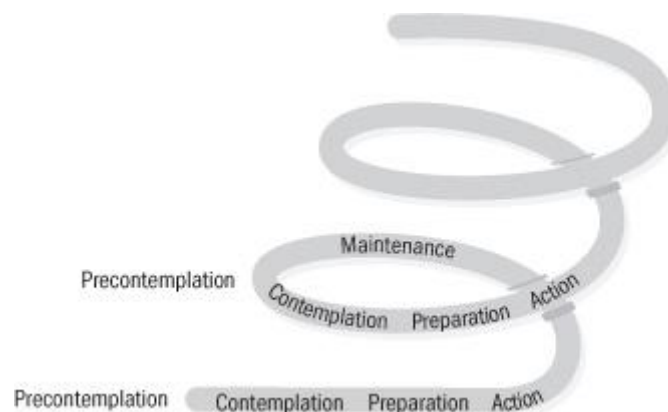
In de **onderhoudsfase** wordt getracht terugval te voorkomen en wordt de gedragsverandering die men heeft doorgevoerd tijdens de actiefase geconsolideerd [149]. Prochaska en DiClemente bekritisieren de traditionele visie op deze fase als een statische toestand, door deze fase te begrijpen als een actieve voortzetting van verandering. Voor verslavingsgedragingen strekt deze fase zich uit tot zes maanden na de initiële actie tot een onbepaalde duur, soms zelfs een leven lang. De criteria van de subsistentiefase zijn het in staat zijn om niet te hervallen in het verslavingsgedrag én het uitproberen van nieuwe gedragingen die onverenigbaar zijn met het verslavingsgedrag, gedurende meer dan zes maanden. Een item van de continue meting is *“Ik heb misschien een ruggesteun nodig om me te helpen mijn reeds gemaakte veranderingen vol te houden”* [149, 155].

Recent hebben Prochaska & Norcross [156] de fase **beëindiging** toegevoegd. Personen in deze fase hebben het hele veranderingsproces vervolmaakt moeten niet langer werken om terugval te voorkomen. Beëindiging wordt gedefinieerd als ik-sterkte in alle hoog risico-situaties en als de afwezigheid van elke vorm van verleiding jegens terugval.

Spiraal patroon van verandering

Aangezien dat hervall eerder de regel dan de uitzondering is voor verslavingsgedrag, hebben Prochaska, DiClemente en Norcross [148] de originele conceptualisatie van verandering als lineaire progressie doorheen de fasen aangepast. Hoewel deze lineaire vooruitgang mogelijk is, komt ze eerder zeldzaam voor bij het veranderen van verslavingsgedragingen. Het spiraalpatroon in Figuur 3 illustreert hoe de meesten effectief doorheen de veranderingsfasen bewegen. Dit patroon van gedragsverandering laat tegelijk de mogelijkheid voor het boeken van verandering alsook voor regressie [149]. Men circuleert echter niet oneindig in de fasen en hervalt niet telkens terug naar de eerste fase. Elk hervall draagt het potentieel om uit fouten te leren zodat men beter gewapend is voor een volgende maal. De graduele stijging van het aantal successen in een cohort individuen doorheen de tijd gecombineerd met de bevinding dat meer actie geassocieerd is met meer succes vormt evidentie voor deze veronderstelling [149].

Figuur 3. Spiraalmodel van de fasen van verandering



Uit Prochaska, JO et al. "In Search of How People Change," **American Psychologist** (Sept. 1992), Vol. 27, No. 9, pp. 1102–1114.

Veranderingsprocessen

Terwijl de fasen een temporele dimensie representeren waarop een bepaalde verandering in attitude, intentie of gedrag kan worden geplaatst, karakteriseren veranderingsprocessen een tweede grote dimensie van het transtheoretisch model. Deze processen zijn de activiteiten en ervaringen van individuen wanneer ze pogen hun probleemgedrag aan te passen en geven dus aan *hoe* men van de ene fase naar de andere schuift. Op basis van een meta-analyse van veranderingstechnieken van verschillende theoretische stromingen zijn 12 verschillende veranderingsprocessen geïdentificeerd [146, 165-168]. De 10 processen die het meest theoretisch en empirisch onderbouwd zijn, worden voorgesteld in Tabel 4. De eerste vijf processen zijn cognitieve of experimentele processen, terwijl de overige vijf processen meer gedragsmatig zijn. Onderzoek toont aan dat er significante verschillen zijn in de aanwending van deze technieken in diverse probleemdomen. In het kader van crisis is het interessant op te merken dat men meer gebruik maakt van helpende relaties (zoals een therapeutische werkrelatie, zelf-hulp-groep, enz.) en bewustwording wanneer men psychologische stress tracht te overwinnen dan wanneer men tracht gewicht onder controle te houden of te stoppen met roken [152]. Opnieuw wijst onderzoek op het belang van het betrekken van het sociale netwerk in crisisinterventie.

Tabel 4: Veranderingsprocessen bij de crisisinterventie

Bewustwording	Uitbreiding van de informatie van zichzelf en het probleem: observaties, confrontaties, interpretaties, bibliotherapie
Re-evaluatie van het zelf/identiteit	Informatieverzameling van gevoelens en gedachten over zichzelf met betrekking tot het probleem: verduidelijking waarden, verbeelding, emotionele ervaring
Opluchting	Ervaren en uiten van gevoelens met betrekking op het probleem en mogelijke oplossingen ervoor: psychodrama, rouw, rollenspel
Re-evaluatie van de omgeving	Nagaan hoe het probleem de omgeving beïnvloed: empathie training, documentaires
Sociale bevrijding	Uitbreiden van alternatieven voor niet-probleemgedrag in de samenleving: verdedigen van rechten, autoriseren, maatschappelijke interventies
Zelfbevrijding	De keuze van actie en het geloof in kunnen veranderen en de verbintenis hiermee: beslissingstherapie, Nieuwjaarsvoornemens, technieken uit de logotherapie,
Contra-conditionering	Alternatieven voor probleemgedrag: relaxatie, desensitisatie, gerichte expressie (assertion), positieve zelfbenadering
Stimulus controle	Vermijden of compenseren van stimuli die probleemgedrag stimuleren: herstructureren omgeving (bv. het verwijderen van alcohol, verwijderen van sigaretten, asbak, aanstekers, ...), hoog-risico stimuli vermijden, toepassen 'fading' (het aanbieden van risicostimuli tijdens bepaalde toestand)
Versterkingsmanagement	Belonen van zichzelf of door anderen voor een doorgevoerde verandering: overte en coverte versterking, zelfbeloning

Ondersteunende relaties Openstaan en vertrouwen hebben in de ervaren problemen met iemand die erom geeft: therapietrouw, sociale ondersteuning, zelfhulpgroepen

Niet enkel het probleemdomein, maar ook de veranderingsfasen waarin het individu zich bevindt, kunnen als uitgangspunt genomen worden. Crossectioneel onderzoek toont aan dat de aanwending van veranderingsprocessen afhankelijk is van de verschillende veranderingsfasen. Longitudinaal onderzoek biedt dan weer evidentie voor verschillende patronen van gedragsverandering. Deze patronen verschillen in de manier waarop men beweegt door de verschillende fasen en zijn telkens geassocieerd met het aanwenden van andere sets van technieken.

Voor Prochaska en DiClemente [158] bieden deze patiëntkarakteristieken de mogelijkheid om de vele interventies die de verslavingszorg kenmerken, te integreren. Interventies kunnen gematched worden op de vijf veranderingsfasen. Wanneer we dit in het licht bekijken van de vier basisstappen van crisisinterventie van Hoff [44], toont deze overtuiging nogmaals het belang aan van een grondige assessment [169]. Het nagaan van de motivatie, interesse en de bereidheid tot verandering van middelengebruikers is een belangrijk aspect van het opstellen van het crisisinterventieplan. Met andere woorden, het bepalen van de veranderingsfase waarin een middelengebruiker in crisis zich bevindt moet worden meegenomen in het plannen van de interventie. Op deze manier is de focus van een hulpverlenersraadpleging niet om de patiënt te overtuigen zijn gedrag te veranderen, maar om de patiënt te helpen om verder de fasen van verandering te doorlopen en ondersteuning en omkadering te bieden bij terugval [169].

1.4.2.2.FRAMES benadering als basishouding ten aanzien van het motivationeel werken met patiënten in crisis

Binnen het kader van het transtheoretisch model toont onderzoek aan dat de meeste middelengebruikers overwegen hun gedrag aan te passen, maar niet gemotiveerd genoeg zijn om over te gaan tot actie. Daarom is de taak van het motivationeel interviewen om de motivatie te verhogen zodat het individu actie gaat ondernemen. Het doel is de cliënt bij te staan in het bewegen doorheen de veranderingsfasen. De ambivalentie tegenover de verandering of het overgaan van de ene naar de andere fase wordt geïdentificeerd, opgehelderd en opgelost [170]. Ondanks dat het een Rogeriaanse therapiestijl is, kent de aanpak een meer directief karakter. Men heft zes elementen van korte interventies geïdentificeerd die men samenvatte onder het acronym 'FRAMES' [171]. Deze elementen zijn voorgesteld en gedefinieerd in Tabel 5.

Na de ontwikkeling van de FRAMES benadering breidde en verfijnde daaropvolgend klinisch onderzoek en ervaring de elementen van dit motivationele model uit. De FRAMES elementen zijn gecombineerd geweest op verschillende wijzen en getest in verschillende settings en culturele contexten.

Tabel 5: FRAMES elementen

Feedback	Na het nagaan van patronen van middelengebruik en geassocieerd en problemen wordt er <i>feedback</i> gegeven over het persoonlijk risico of achteruitgang
Responsibility	<i>Verantwoordelijkheid</i> voor verandering wordt oprecht en expliciet bij de patiënt gelegd met respect voor het recht van eindbeslissing van de patiënt
Advice	Op een niet-beoordelende manier geeft de hulpverlener <i>advies</i> over het veranderen – reduceren en stoppen- van het middelengebruik
Menus	Een <i>menu</i> van veranderingsopties die de patiënt kan toepassen zonder behandeling en alternatieven voor behandeling wordt aan de patiënt aangeboden
Empathic counseling	De hulpverlener toont warmte, respect en begrip
Self-efficacy	Men tracht de moed tot verandering op te wekken en te versterken op een positieve manier

2. KWALITATIEVE STUDIE: INHOUDSANALYSE CRISIS EN CRISISOPVANG

2.1. Methode

Om de literatuurstudie te complementeren werd aan de hand van een veldonderzoek gepeild naar een aantal inhoudelijke bepalingen van het crisisbegrip. Hiervoor werd een kwalitatieve methode gebruikt. We kozen voor een semi-gestructureerd interview, omdat deze methode toelaat te identificeren wat echt belangrijk is voor de crisisopvangcentra voor middelengebruikers en wat obstakels zijn voor de verbetering van de residentiële crisisopvang voor middelengebruikers in België. Immers, vooruitgang van de kwaliteit van zorg is afhankelijk van de houding en het gedrag van zorggevers in de context van hun organisatie (Pope, Royen & Baker, 2002). Een interview schema werd opgesteld op basis van bestaande vragenlijsten (MAPS en DATCAP) en een pilootonderzoek.

2.2. Interviews voor residentiële crisisopvangcentra voor middelengebruikers

De vragenlijst die we hebben opgesteld in het kader van de eerste doelstelling van het ECCAM project is een semi-gestructureerd interview ontworpen om inzicht te verwerven in de kwaliteit van de geleverde zorg van crisiscentra voor personen met een middelengebonden problematiek en hoe deze centra zijn georganiseerd. Er werd gekozen voor een semi-gestructureerde vragenlijst. Deze methode laat toe open vragen te stellen, wat belangrijk werd geacht in de context van de epidemiologische mapping gezien de complexiteit van bepaalde onderwerpen. Daarnaast laat een semi-gestructureerd interview de optie om bij gesloten vragen meer uitleg te vragen, wat gezien de diversiteit in behandeling tussen de verschillende centra ons toelaat de werking beter te begrijpen. Ook de hoge validiteit is een voordeel. Het instrument is ontwikkeld om beperkingen van bestaande vragenlijsten (MAPS en DATCAP) op te vangen en de epidemiologische gegevens van de bestaande databases (zoals de registratie van het UZLeuven, de databases vergaard door de FOD inzake het pilootproject 'crisis en casemanagement' en de VVBV-registratie m.b.t. de crisisinterventiecentra – cf.infra) aan te vullen.

2.2.1. Ontwikkeling van het interview

Twee methoden werden gebruikt om de items voor het interview te selecteren. Ten eerste werden twee bestaande vragenlijsten gebruikt. De *Drug Abuse Treatment Cost Analysis*

Program (DATCAP - French et al., 1997) en de *Monitoring Area and Phase System* (MAPS - Öberg et al., 1997). De DACTAP is een instrument voor het verzamelen en organiseren van gedetailleerde informatie over gemaakte zorgkosten. De MAPS gaat het behandelingspectrum na van een specifieke zorginstelling, de specifieke doelgroepen van de instelling, de criteria voor intake en de samenstelling van het personeel. Op basis van aandachtspunten zoals die in de literatuur van de gezondheidszorg naar voor komen en die niet zijn opgenomen in de MAPS, werden vervolgens nieuwe items opgesteld. Deze aandachtspunten hebben betrekking op de behandeling van de patient, zoals deze standaard en/of beschikbaar is in de specifieke instelling en in welke mate het personeel hiervoor competent is. Meer bepaald wilden we informatie verzamelen met betrekking tot de toediening van medicatie, de therapeutische achtergrond / specifiek behandelbeleid en de aanwezigheid van de continuïteit van zorg. Na het opstellen van een voorlopige lijst met items voor het interview werd voor elk item een specifieke vraagstelling ontworpen in ondubbelzinnige termen. Bovendien werd een coderingsschema ontwikkeld. Het pilootproject werd vervolgens afgenomen van één van de pilootprojecten. Op basis van dit interview werd het interview aangepast door het elimineren van overbodige items, het simplificeren van vragen en het veranderen van de vraagstelling. De vragenlijst werd tenslotte vertaald naar het Frans.

2.2.2. *Vorm en inhoud van het interview*

Het interview bevat 54 items georganiseerd rond de volgende topics: personeel, aard van de dienstverlening, opname, aanbod, ontslag, samenwerking, reflectie en financiering. Voor elk item is er minstens één vraag. De interviewer is vrij om bijvragen te stellen om additionele relevante informatie te achterhalen. Het interview wordt afgenomen van een klinische verantwoordelijke van de dienst. Vier specifieke onderzoeksvragen werden getoetst: (a) *Wat wordt verstaan onder crisis voor middelengebruikers?*, (b) *Wat wordt verstaan onder residentiële crisisopvang voor middelengebruikers?*, (c) *Welke knelpunten worden ervaren door de diensten met betrekking tot de residentiële crisisopvang voor middelengebruikers?* En (d) *Welke sterke punten van de residentiële crisisopvang voor middelengebruikers worden ervaren?*.

2.2.3. *Steekproef*

Zevenentwintig instellingen die voldeden aan de volgende criteria betreft crisisopvang werden uitgenodigd om deel te nemen aan de studie. Alle geselecteerde instellingen werden geïnterviewd door één van de vier onderzoekers. Telkens werd gevraagd om de klinisch verantwoordelijke van een dienst te interviewen. Het aantal respondenten varieert naargelang het interview, omdat de instellingen zelf mochten bepalen wie er aanwezig was op het gesprek. Het interview bevat vragen naar crisis, crisisopvang, de knelpunten en sterke punten van crisisopvang.

Alle instellingen werden geïnterviewd door de onderzoekers in de periode tussen maart 2009 en juni 2009. De interview tijd bedroeg tussen 30 min en 2 uur. Buiten 2 werden alle interviews auditief geregistreerd, met de permissie van de geïnterviewde instellingen. De onderzoekers brachten de geïnterviewde op de hoogte dat zij en de instelling niet identificeerbaar zijn in daaropvolgende rapporten. Eens het finale rapport geschreven was, zijn de opnames van de interviews vernietigd.

Alle transcripten werden gelezen door de drie onderzoekers en onafhankelijk gecodeerd met winMAX pro 98, een software programma. Het codeerschema werd vervolgens bediscussieerd en de transcripten gehercodeerd volgens het aangepaste codeersysteem. De codes werden gegroepeerd in categorieën (zie Tabel). Deze boomstructuur vormde de basis voor de definitie van crisis. Representatieve uitspraken werden uitgekozen om de narratieve ontwikkeling te illustreren en de boomstructuur in de data te gronden.

2.3. Resultaten

In dit hoofdstuk bespreken we de belangrijkste bevindingen van de interviews. In een eerste paragraaf bespreken we hoe de residentiële crisisopvangcentra voor middelengebruikers denken over crisis. In een tweede deel presenteren we hun opvatting over crisisopvang. Tenslotte gaan we dieper in op de knelpunten en sterke punten van de opvang voor middelengebruikers die door de crisisopvangcentra worden ervaren. In de rapportage maken we geen melding van aantallen; we geven daarentegen een aantal citaten uit de interviews ter ondersteuning. Het opzet van een kwalitatief onderzoek is immers het in kaart brengen van de verschillende ervaringen, belevingen en vragen en niet het zicht krijgen op exacte aantallen en verdelingen.

2.3.1. Welke kwalitatieve elementen worden geassocieerd bij 'crisis'?

In deze paragraaf wordt de opvatting van crisis volgens de diensten die instaan voor de crisisopvangcentra voor middelengebruikers voorgesteld.

2.3.1.1. Een crisis kent problemen van verschillende aard

Een crisis wordt door de crisisopvangcentra opgevat als bestaande uit verschillende soorten problemen. Ten eerste zijn er huidige problemen, zoals de toestand waarin een persoon zich bevindt. Deze toestand kent verschillende aspecten, zo spreken instellingen over 'verwarring' en 'emotionaliteit' wat verwijst naar het psychologische aspect van deze toestand. Naast psychologische trekken, onderscheiden de instellingen ook psychiatrische symptomen in de toestand van de persoon in crisis zoals 'paranoia', 'hallucinaties' en 'suïcidale neigingen of gedachten'. De beschrijvingen van de centra over de toestand van een persoon in crisis in termen van 'intoxicatie' en 'ontwenning' wijzen op de somatische dimensie van crisis. Tenslotte uit de toestand zich ook gedragsmatig, zoals in de vorm van agressie.

“Sur le plan psychiatrique, j’assimilerais la situation de crise à une difficulté adaptative : une réaction comportementale, émotionnelle, en relation avec un déclencheur d’une série d’évènements.”

“Maar het kan ook zijn dat ‘ik begin zoveel dingen te ervaren die mij beangstigen lichamelijk of geestelijk, bijvoorbeeld personen die echt beginnen paranoia te worden of hallucinaties hebben en die zeggen dit gaat mij echt te ver als ik te veel gebruik.” “...iemand die aan het ontwennen is, iemand die een overdosis heeft... Dat kan eigenlijk om allerlei redenen zijn. Vanaf het moment dat de patiënt zijn omgeving vindt van: ‘luister, het kan even niet voort’ dan kan de persoon hier terecht voor crisis.”

Niet alleen de huidige toestand van de persoon kenmerkt een crisis, maar een recente en plotse gebeurtenis of de huidige situatie heeft onmiddellijk aanleiding gegeven tot de crisistoestand. Deze gebeurtenis of situatie kan zich voordoen op verschillende domeinen: financieel, huisvesting, justitie, sociaal en werk. Instellingen geven aan dat deze problemen beleefd moeten worden door de persoon in kwestie of diens omgeving als een crisis om van een crisis te kunnen spreken.

“Er zijn patiënten die op eigen initiatief komen. Soms is het de familie die zegt er is een crisis, of een hulpverlener. En soms komen die meningen overeen, soms zegt én de patiënt én de context én de hulpverlening ‘er is een crisis’, maar het gebeurt ook vaak dat dat niet zo is. Maar als de patiënt hier is, wil het zeggen dat er iemand beslist heeft ‘er is crisis’.”

Voorts associëren instellingen een crisis met een middelenproblematiek.

“C’est un moment de décompensation de la situation de vie de quelqu’un. Evidemment, ici les choses sont fortement articulées à la drogue ou à l’alcool ou aux médicaments : ils viennent avec une demande pour arrêter, faire un sevrage, avoir une vie normale.”

Andere, meer onderliggende problemen die reeds lang bestaan, worden ook aangeduid als deel uitmakend van de crisis:

“Le type de 40 ans vivant chez ses parents (qui lui paient sa consommation) vient chez nous juste pour arrêter sa consommation : il ne conçoit pas le fait qu’il vive chez ses parents comme pouvant poser problème. Nous, on fait une lecture, orientée comme on est orientés, avec la psychanalyse pour essayer de situer le problème dans un contexte logique plus large que celui qui est simplement amené par ce que la personne vit. Le simple éloignement du domicile familial peut avoir un effet saisissant : le client arrête sa consommation et se met à s’intéresser à des tas d’activités, ce qu’il ne faisait plus du tout alors qu’il était chez sa mère. Il est amené à réfléchir à la logique de fonctionnement de son existence, bien au-delà de la stricte consommation de drogues.”

2.3.1.2. Graad van intensiteit van een crisis

Een crisis kent verschillende graden van intensiteit. De intensiteit is gradueel en continu, gaande van acute crisis tot geen crisis.

“Blijkt bijv. dat de patiënt belt, ‘k heb vorige beslist om te stoppen met gebruiken, dan is dat eerder de crisis, dan gaan we dat ook vrij snel proberen op te lossen, maar ‘t proeft niet meer van de urgentie. Is ‘t nu al een week, die ene dag zal het voor ons niet maken, die nuance maken wij. Dat is voor ons een beetje het verschil tussen urgentie en crisis en ons crisiswerk.”

“ un délai parfois assez long peut se dérouler entre le moment où la situation s’est décompensée et celui où il se rend chez nous. Ça peut représenter plusieurs mois, mais on s’adapte aussi à des situations qui datent de la semaine d’avant.”

2.3.1.3. De adaptieve en voorbijgaande aard van een crisis

Naast de intensiteit worden er ook een aantal specifieke kenmerken van een crisis aangeduid. Zo houdt een crisis een kans in (‘motor voor verandering’) op een positieve of negatieve uitkomst, wat wijst op de voorbijgaande aard van een crisis. Verder is een crisis van adaptieve aard, zo wordt crisis beschreven als een decompensatie van het individu. Consistent met deze beschrijving stellen sommige instellingen dat een verstoord evenwicht inherent is aan een crisis.

*‘Que recouvre la notion d’assistance en situation de crise, au sein de votre service ?
La crise n’est pas nécessairement un moment négatif : au contraire, elle est nécessaire pour qu’un changement survienne.’*

‘Dat er in hun omgeving geen steun meer is, dat zij fysisch niet goed zijn, dat zij psychisch een stukje decompenseren, dat zijn toch wel de crisisopnames.’

Sur le plan psychiatrique, j’assimilerais la situation de crise à une difficulté adaptative : une réaction comportementale, émotionnelle, en relation avec un déclencheur d’une série d’évènements.

‘C’est pourquoi nous cherchons toujours à « élargir la lorgnette de la situation » afin de comprendre pourquoi cette situation -qui était en équilibre (sans nécessairement être optimale)- décompense à un moment donné et devient une urgence.’

2.3.2. Wat wordt verstaan onder het begrip ‘crisisopvang’?

Uit de antwoorden van de verschillende instellingen over crisisopvang komen de volgende basisaspecten van crisisopvang naar voor: de aanvang van de opvang; de doelen van crisisopvang; de inhoud of wat crisisopvang juist impliceert; de organisatie of praktische regeling van diensten die instaan voor crisisopvang; de stopzetting van de crisisopvang. We zullen deze verschillende onderdelen achtereenvolgens bespreken.

Betreft de aanvang van de crisisopname geven instellingen zowel redenen aan voor opname als voor niet-opname. Zowel eigenschappen die de patiënt bezit als eigenschappen waarover de patiënt niet beschikt kunnen vormen argumenten voor niet-opname. Zo zijn negatieve redenen het niet hebben van frustratietolerantie, geld, identiteitsbewijs, motivatie of veranderingsvraag, niet Nederlandstalig zijn of niet in orde zijn met de verzekering.

‘Een iemand die zich aanmeldt en zegt van ‘ik kom hier, maar ik wil niet met mijn gebruik stoppen’. er moet een minimale vraag tot verandering zijn rond gebruik’

‘Personen die de Nederlandse taal niet machtig zijn, die kunnen hier ook niet opgenomen worden.’

‘Dans le cas où un patient ne parlerait pas notre langue: cela rendrait le travail très difficile’

Ook eigenschappen die een persoon in crisis of de situatie juist wel bezit vormen redenen voor de crisisopvangcentra (CICs) om niet op te nemen. Hieronder vallen een acute of sociale problematiek, het vertonen van agressie tijdens de huidige opname, de somatische toestand en het soort middelenprobleem. Ook het vertonen van anti-sociale persoonlijkheidstrekken, actuele justitiële problemen, dealen en als koppel willen opgenomen worden, zijn argumenten om niet op te nemen. Op grond van gebeurtenissen tijdens een vorige opname zoals het vertonen van agressie of het gebruik van middelen of gewoon het feit dat de patiënt reeds is opgenomen op de dienst weigeren sommige instellingen patiënten. Tenslotte vormt het noodzakelijk zijn van een gedwongen opname een reden voor weigering.

Er zijn ook verschillende redenen voor opname in de antwoorden van de interviews met de crisisopvangcentra. Zo is de aanmelding op zich voor verschillende instellingen is een voldoende reden om op te nemen. Daarnaast werden een aangetast functioneren, een acute manifestatie van de crisis, dakloosheid, het hebben van een drugprobleem, de eerdere ervaringen van patiënten met zorg, een fysisch probleem, een gebeurtenis, een hulpvraag van de patiënt, de motivatie voor verandering van de patiënt, psychiatrische problemen en het willen ontmoeten van het team of zich openstellen voor de verzorgers als redenen voor opname aangehaald.

2.3.2.1. De inhoud van crisisopvang

De eigenlijke crisisopvang bestaat uit het ondernemen van acties in het belang van de patiënt. Slechts twee instellingen ondernemen geen actie bij niet-opname. De acties die worden ondernomen wanneer een patiënt niet wordt opgenomen bestaan uit het geven van advies aan de patiënt betreft alternatieve zorg of coördinaten van andere diensten, het voorzien van ambulante zorg of het telefonisch contact houden met de patiënt, of het plaatsen van de

patiënt op een wachtlijst of doorverwijzen naar een andere instantie. Als diensten niet intern doorverwijzen, verwijst men doorgaans door naar een externe dienst voor ambulante zorg of opname.

De zorg bij opname bestaat ten eerste uit het voorzien van basiszorg door de patiënt ‘*de kans geven zich te wassen*’, alsook ‘*voeding*’ te geven en ‘*lichaamsverzorging*’. Detoxificatie, de ontwenning van middelen, wordt opgestart of de patiënt wordt medicamenteus ondersteund. Voorts kunnen het peilen naar motivatie van de patiënt en motivationeel werken onderdelen zijn van de crisisopvang.

‘Detox wordt ook meestal opgestart, wordt eigenlijk altijd opgestart.’

‘L’accompagnement est aussi médical. La plupart des clients qui rentrent sont en sevrage : tout patient qui rentre rencontre nécessairement le médecin le jour même.’

‘En een belangrijk aspect daarbij is de motivatie van de patiënt. We peilen naar de motivatie van de patiënt en dan zien welke mogelijkheden er verder zijn.’

‘Wij werken wel motivationeel, dat is volgens psychologische methodieken, dat is niet zomaar een beetje inpraten’

Voorts beschrijven instellingen het in kaart brengen van de context van de patiënt als een onderdeel van crisisopvang, zoals het betrekken van significante anderen, de genoten zorg in het heden en het verleden, de justitiële situatie, leefomstandigheden, sociale situatie en werksituatie. Het stellen van een diagnose en doorverwijzing zijn ook acties die worden benoemd bij de vraag naar wat crisisopvang juist inhoudt. Het gemeenschapsleven wordt ook als een belangrijk deel van de behandeling of crisisopvang aangeduid:

“Le critère de vie commune est le ciment du traitement thérapeutique : on est parfois étonné de la dynamique qu’ils prennent au sein du groupe : il s’avère parfois que de petites quintes s’avèrent être de gros meneurs.”

Hoewel niet duidelijk omschreven welke toestand er juist wordt ingeschat, blijkt dit ook een onderdeel van de crisisopvang te zijn. Dit leunt sterk aan bij probleemidentificatie, hoewel dit een grondigere analyse lijkt te omvatten dan het louter inschatten van de toestand. Voorts zijn het voeren van een dialoog en observatie alsook sociale administratieve aspecten van crisisopvang:

‘Dans un premier temps, notre service offre un cadre de travail contenant et apaisant dans lequel peut se déployer une relation soignant-soigné de première importance : notre fonction est alors de parler et de réfléchir avec les gens’

‘Maar ook het sociaal dossier, dat wordt ook bekeken en wordt het nodige voor gedaan, als iemand niet in regel is, dat zijn sociale administratie wat op orde gebracht wordt, maar dat is het eigenlijk, crisiszorg.’

‘Ensuite, on va travailler conformément à notre notion de crise. Le fait d’hospitaliser est une manière de marquer le coup : Je pense à un ado qui a pris beaucoup d’alcool (ça relève des addictions) et qui a pété les plombs chez lui, on va le garder. Il est possible qu’après quelques heures, il aille bien mais, par rapport à la famille, par rapport à ce qu’il va falloir travailler vu ce qui s’est passé etc., c’est important qu’il y ait une distanciation, donc on le garde 24 heures ; il s’est passé quelque chose de grave et on laisse respirer chacun de son côté.’

Tenslotte geven sommige instellingen aan dat ze case-management als onderdeel van hun crisisopvang beschouwen, wat losstaat van de opvolging van de patiënt of het contact met de patiënt na post-opname. Sommige instellingen houden geen contact met de patiënt na opname, andere centra houden contact in het kader van case management. Crisisopvangcentra

hanteren verschillende redenen voor het houden van contact. Zo kunnen het nog niet voorbij zijn van de crisis of het snel voorbij zijn van de crisis, de evaluatie van de hulpverlening, de patiënt zelf argumenten vormen voor contact na post-opname, maar ook in het kader van opvolging, problematische doorverwijzing, vroegtijdige stopzetting of overbrugging van een periode in afwachting tot verdere zorg kan contact gehouden worden.

Er worden tenslotte ook voorwaarden aan het contact na opname verbonden. De patiënt mag geen illegale middelen gebruiken of de behandeling hebben stopgezet of de patiënt gaat de vervolgbehandeling op de dienst volgen. De opvolging kan de vorm aannemen van consulten, medicatieverstrekking, telefoongesprekken en wandelingen. De opvolging kan door verschillende bevoegden worden uitgevoerd zoals de arts, case manager, ergotherapeut, ervaringsdeskundige, psychiater, psycholoog, sociale dienst, systeemtherapeut en verpleging.

2.3.2.2. Het aanpakken van de crisis

Cliëntgerichtheid of het aanbieden van maatzorg en het hanteren van weinig exclusiecriteria zijn als kenmerken van crisisopvang onder ‘aanpak’ geplaatst alsook drugvrij, multidisciplinair en snel werken:

‘Hangt van individu tot individu af. Er zijn patiënten die wij volledig volgen in hun idee, maar er zijn ook personen waarmee niet onderhandeld wordt.’

‘Ik denk ook dat iemand die in crisis is en die je een omgeving aanbied waarbij de veiligheid niet centraal staat, veiligheid in de zin van een veilige omgeving om niet te gebruiken dan denk ik ook dat je moeilijk met hen aan de slag kunt. Ik denk dat toch wel een vereiste is dat ik belangrijk vind. Dat het een middelenvrij klimaat mag zijn.’

‘Elle se traduit par le sevrage : il s’agit d’une prise en charge multidisciplinaire, à la fois médicale et sociale.’

Ook de mate waarin de patiënt kan participeren of inspraak krijgt in de interventie, de therapeutische interventie en de follow-up wordt gerekend onder de wijze waarop men aan crisisopvang doet. Deelname van de patiënt in de therapeutische interventie kan verplicht zijn, vrijwillig of de patiënt kan optreden als co-therapeut onder de vorm van een dialoog. De dienst kan de patiënt erkennen in zijn capaciteit, hulpvraag, initiatief, keuze, opinie en motivatie en de patiënt stimuleren tot deelname.

‘Wij hebben ons aanbod en één van de regels om dat te volgen, is dat ze meedoen aan wat wij hen aanbieden. Dus ’t is niet zo dat men kan weigeren om aan bepaalde activiteiten of sessies mee te doen. Natuurlijk als het geïndiceerd is dat iemand beter niet meedoet aan bepaalde sport of bepaalde therapeutische sessie, dan gaan we dat ook niet laten doen, maar men is eigenlijk verplicht om aan alles mee te doen.’

‘We proberen dat trouwens zoveel mogelijk, om alles in overleg te doen met de patiënt. We hebben natuurlijk iets dat we uitstippelen en vooral personen die een ontwenningprogramma willen volgen. Op zich staat dat ontwenningprogramma wel uitgeschreven en is het dan een kwestie om de personen te motiveren om zich te engageren om dat programma inderdaad te volgen. ’t Is niet zo dat het zo strak is, dat personen daar niets in in te brengen hebben, geen enkele kant op kunnen. In die zin is dat een faseprogramma dat ze volgen die normaal in een vijftal fasen uitgeschreven staat. Op ’t moment dat ze zeggen ‘k wil mij engageren, maar enkel voor de eerste drie fasen, dan kan dat in principe ook. ’t Is niet dat we zeggen, ja maar ja, vijf of ’t is niks.’

Binnen de interventie treedt de dienst in dialoog met de patiënt waarbinnen het crisisopvangcentrum de patiënt kan erkennen door de ervaring van de patiënt in rekening te brengen en informatie te geven over de behandelingstappen, keuzemogelijkheden aan te reiken, te luisteren en de wens van de patiënt in rekening te brengen. Er zijn ook mogelijkheden voor de patiënt om in dialoog te treden door een consultatie of evaluatie aan te

vragen of door te kiezen tussen verschillende soorten van medicatie of door medicatie te weigeren. In de interventie neemt de dienst de verantwoordelijkheid op door de patiënt op te volgen of door een eindbeslissing te nemen betreft medicatie. Participatie in de follow-up gebeurt onder de vorm van een dialoog waarbij de dienst advies geeft, contact legt met de andere diensten, coördinaten meegeeft, rekening houdt met de ervaring van de patiënt, informatie biedt aan de patiënt, de voorkeur van de patiënt in rekening brengt en rekening houdt met de woonplaats. De participatie van de patiënt bestaat dan weer uit het contact leggen met andere diensten en het nemen van een eindbeslissing.

‘En de inspraak of de betrokkenheid van de patiënt wordt natuurlijk groter wanneer we op een bepaald moment gaan praten over waar je straks naar toe gaat en wat je zelf had gedacht. Wel, wij dachten dat een opname in een psychiatrische kliniek in Tienen best geïndiceerd is want je weet dat wanneer je die producten niet meer gebruikt je problemen’

Specifiek voor de CICs zijn er voorwaarden verbonden aan patiëntparticipatie op deze drie vlakken. Ten eerste wordt de patiëntparticipatie afgebakend door een ondertekend contract. Voorts mag er geen sprake zijn van acute (psychiatrische) problematiek en mag het niet gaan om een gerechtelijke opname.

‘En dezelfde vraag met betrekking tot therapeutische interventie, kunnen ze of hebben ze daar inspraak? Ja, tenzij, bij gerechtelijke opnames of bij personen die psychotisch zijn, en waarbij dat fixatie nodig is. Er is daar een hele procedure rond.’

2.3.2.3. Doelen van de crisisinterventie

Motivatie voor behandeling en het stoppen met het middelengebruik, rust en het installeren van een zorgtraject zijn de meest frequent aangehaalde doelen door de crisisopvangcentra. Voorts worden diagnosestelling, doorverwijzing, het voorkomen van herval, inzicht persoonlijke problematiek, lichamelijke ontwenning, oriënteren naar een geschikte vervolgbehandeling, snel handelen, sociale re-integratie van de patiënt, structuur installeren en het vermijden van hospitalisatie als doelen van crisisopvang aangeduid.

‘Dus wat doen we nu, dat is personen opnemen en onze hoofddoelstelling is om personen te motiveren om te stoppen met gebruiken. Stoppen met gebruiken is natuurlijk een groot woord, meestal vertaalt zich dat in euh hun levenskwaliteit wat verbeteren, zijnde bijvoorbeeld stoppen met heroïne, maar niet met cannabis, ja, dan kan dat ook een goed alternatief zijn.’

‘Notre objectif est d’être une porte d’entrée vers le réseau de soins, c’est de sortir avec un patient qui sera pris en charge de la manière la plus adéquate au terme de son hospitalisation dans l’unité de crise.’

2.3.3. Sterke punten van crisisopvangcentra

Er zijn meerdere sterke punten aangehaald door de centra betreffende de inhoud crisisopvang, het klimaat van de instelling of op de afdeling, het netwerk waarin de instelling is vervat, de opname en het verblijf, het personeel, de werking van het team, de focus op de doelgroep en het project, de participatie, tevredenheid en vooruitgang van de patiënt, de stop van het gevaar, de verificatie van de werkwijze, het verblijf.

‘Atouts, points forts? L’écoute’

‘Activering van bewoners tijdens een intensief programma: nauwe observatie.’

‘We hebben weinig administratieve formaliteiten. Dus zoals ik zei: iemand belt, legt het probleem uit. Zij vinden dat het crisis is, dat het zo niet voort kan en dan zeggen wij ziet dat ge om 15u00 hier zijt en de kous is af. Ik

bedoel: er moet niet eerst nog naar hier worden gekomen voor gesprekken of voor verwijsbrieven of verdere informatie. Dat hebben we niet echt nodig. Dus dat is wel een sterk punt, dat het snel kan. De voorwaarde is plaats hebben.'

De volgende acties van crisisopvang worden als sterke punten aangehaald: het betrekken van anderen; diagnostiek; follow-up; indicatiestelling; een individuele benadering (cliëntgerichtheid/maatzorg); luisteren; observatie; snelle opname; therapeutisch programma. Sterke punten zijn verder een middelenrijk, open en veilig klimaat met duidelijkheid en structuur.

'Waarvoor dat wij gekend zijn en waarop dat we ons ook profileren, dat zijn onze drie peilers: drugvrij, gestructureerd en veilig. Daar zijn we voor gekend. Dat is eigenlijk de behandelomgeving, dat is wel een sterkte. (Veilig wil zeggen dat er weinig agressie is, weinig incidenten. Het personeel is er ook op getraind, preventief agressie voorkomen.)'

'Er wordt structuur aangeboden. Voor sommigen is dat goed, maar er zijn er ook die er niet mee om kunnen.'

'En we hebben een goede bezetting dus we kunnen wat aan qua veiligheid.'

Goede formele en informele connecties met andere instellingen en een groot provinciaal netwerk naast een snelle opname met weinig exclusiecriteria en de mogelijkheid tot wederopname zijn andere positieve punten van crisisopvang. Zowel een lang als een kort verblijf worden aangevoerd als een sterk punt van de crisisopvang, alsook de mogelijkheid tot verlenging. Onder personeel wordt de aanwezigheid van een case-manager en een wetenschapsteam en de bezetting gezien als goed. De afstandsregulatie van het team, de betrokkenheid, ervaring, kennis en kunde, motivatie, multidisciplinariteit en onderlinge samenwerking zijn sterke punten van het team.

'Par le biais de formations continuées du personnel de l'unité de crise, nous sommes en train d'établir un mode de communication efficace avec nos collègues, médecins, psychiatres qui font partie de notre réseau.'

'Ik denk zeker ook die inbedding in een provinciaal netwerk, wat eigenlijk al bestond naar middelengebonden problematiek toe'

'On a comblé un vide dans l'offre de soins en créant une structure qui puisse proposer une prise en charge psychosociale inconditionnelle rapide'

2.3.4. Knelpunten van de crisisopvang

Knelpunten met betrekking tot de indeling van de eenheden. Naast het krappe aantal bedden, de soms beperkte plaats en de nauw afgemeten ruimte is er in dit kwalitatief veldonderzoek ook gebleken dat er een gebrek is voor lichamelijke ontwenning en voor opname zowel in de eigen centra, als in pilootprojecten, RIZIV crisisinterventiecentra na opname en ambulante begeleiding. Voorts kan het betrekken van significante anderen, de cliëntgerichtheid en samenwerking beter en is er een gebrek aan feedback en de regulatie van continuïteit van de federale overheid, interne integratie en overleg tussen de pilootprojecten, psychiatrische kennis en methodiekontwikkeling.

Financiële knelpunten. Met betrekking tot de middelen die de crisisopvangcentra ter beschikking staan wordt het feit dat er geen structurele financiering wordt voorzien voor een psychiater door de FOD als cruciaal knelpunt aangehaald. Ook worden problemen ondervonden met de beschikbaarheid van artsen.

Knelpunten op het niveau van de uitvoering van de klinische zorg. Voor verschillende acties werden een aantal subgroepen geïdentificeerd door de instellingen als zijnde moeilijk. Zo is de behandeling van diabetici en mentaal gehandicapten een probleem, evenals de beoordeling van de motivatie van gevangenen. Sommige opvangcentra stellen dat gevangenen misplaatst worden. Ook de doorverwijzing van personen met een dubbeldiagnose en mentaal gehandicapten en de opname van minderjarigen worden ervaren als een knelpunt. De doorverwijzing vanuit de huidige opname verloopt moeilijk wanneer de patiënt kampt met een illegaal middelenprobleem of wanneer de patiënt weigert zich verder te laten behandelen. Eigen wachtlijsten vormen voor veel centra een knelpunt en spelen daarenboven een efficiënte doorverwijzing parten.

Overige knelpunten aan de kant van de patiënten zijn de doelgroep van middelengebruikers op zich, een sociale problematiek die deze doelgroep dikwijls typeert en een illegale middelenproblematiek. Aan de kant van de organisatie wordt de kwaliteit van de crisisopvang benoemd die wordt aangetast door bepaalde beperkingen, de moeilijkheden die worden ondervonden als gevolg van de laagdrempeligheid van opname, de beperkingen van opname zoals het opnemen binnen daguren en het niet kunnen verlengen van het verblijf en tenslotte de moeilijkheden bij therapie, de vooroordelen van andere afdelingen en de verscheidenheid van de behandelgroep.

'Notons qu'une partie des patients qui arrivent aux urgences y sont envoyés par des médecins de garde qui ne connaissent pas le patient et l'envoient aux urgences. C'est important parce que, nous, ça nous prive d'un interlocuteur. Quand on doit préparer la sortie du patient (et donc référer : s'il a un médecin de famille, on le réfère à lui), on ne peut pas référer à un médecin de garde qui ne le connaît pas, qui n'interviendra peut-être plus jamais pour lui. Ça pose aussi problème pour la continuité des soins, il y a une absence de relais qui fait que ces patients vont être plus fragiles que d'autres, et vont donc revenir et s'adresser à nouveau à nous : donc, ça aura une incidence dans la liste des coûts.'

Er is in feite geen structurele financiering voor een psychiater voorzien, terwijl er toch heel wat werk is voor een psychiater. Ik vind dat toch een vreemde paradox. Je hebt toch het aantal patiënten gezien dat in 2008 is opgenomen en bij al die patiënten is er toch een psychiatrische screening nodig en een behandelingbeleid in team, maar ook met de psychiater als medisch verantwoordelijke, moet afgesproken worden. En er uiteindelijk ook een stuk administratieve verwerking moet gebeuren. Dat is een pak werk en waar geen structurele financiering tegenover staat...'

Het kleine aantal bedden waarvoor je toch 24-uurs permanentie moet voorzien dus waarvoor je eigenlijk een uitgebreid team voor nodig hebt en waarvoor je de subsidies niet voor hebt. Dus toch wel het vele alleen staan van verpleegkundigen bij ziekte, vakantieperiodes, het moeilijk kunnen garanderen van de beschikbaarheid. Dat is zeker een knelpunt.'

'Knelpunt dat je zelf al aangehaald hebt, dat zijn de verstandelijk gehandicapten, de personen die toch wat minder intellectuele capaciteiten hebben, zien we meer en meer. We noemen dat hier soms ook 'triple diagnose' personen die naast hun psychische problematiek en middelenprobleem ook nog niet zo slim zijn. Knelpunt daarbij is dat je ze moeilijk doorverwezen krijgt. We kunnen er hier wel iets mee doen, ons een beetje aanpassen, maar naar doorverwijzing toe is dat een ramp. Soms kunnen ze dan doorgaan naar ons eigen programma. We hebben er nu één en waar we tegelijk een Vlaams fonds nummer voor aan het aanvragen zijn zodat die dan kan overgaan naar beschut wonen. Maar uiteindelijk is dat niet zo makkelijk werken met die gasten, bijv. qua inzicht in de eigen problematiek enzo.'

2.4. Discussie

Zevenentwintig instellingen werden bevroegd over hun opvattingen over crisis en crisisopvang. Alle crisisinterventiecentra en federale pilootprojecten in België hebben

deelgenomen aan de studie, alsook de centra die aan residentiële crisisopvang doen en die aandacht schenken aan middelenproblematiek door een programma voor middelengebruikers. Het opzet van een kwalitatief onderzoek is beschrijvend en exploratief van aard. Buiten de federale pilootprojecten namen instellingen op vrijwillige basis deel aan het interview, wat het belang aantoont dat wordt gehecht aan een evaluatie van crisisopvang voor middelengebruikers.

Onze studie identificeert de kenmerken van crisis en crisisopvang die door de instellingen als essentieel worden aangeduid. De geloofwaardigheid van een kwalitatieve studie wordt beoordeeld door de consistentie en overeenkomst met reeds bestaande kennis (Mays & Pope, 1995). Ten eerste komt uit deze studie naar voren dat een crisis een bepaalde intensiteit heeft. Crisisopvangcentra beoordelen de intensiteit van een crisis op basis van de psychologische, psychiatrische, somatische en/of gedragsmatige toestand van de persoon in kwestie bij aanmelding. Zo neemt de crisis een positie in op een intensiteitscontinuüm gaande van geen crisis tot urgentie over crisis. Ongeacht of deze bevinding kan worden verklaard door het misplaatst frequent gebruik van de termen "crisis" en "urgentie" als synoniemen en de daaruit ontstane verwarring, komt de suggestie van een intensiteitcontinuüm niet overeen met het categorisch onderscheid tussen beide concepten dat Callahan (1994) aanhoudt. Hij stelt wel dat een urgentie kan gepaard gaan met een crisis, maar anders dan wat uit dit onderzoek naar voren komt lijkt een urgentie niet noodzakelijk een crisis in te houden. Ze zijn onafhankelijk van elkaar.

Bovendien stelt Callahan de beoordeling van de toestand van de persoon de geschikte zorg bepaald. Zoals verondersteld wordt dat zonder onmiddellijk ingrijpen de gevolgen van zelfdoding en potentieel geweld nadelig zijn, baseert de nood voor onmiddellijke respons bij een acute psychose zich ook op de veronderstelling dat de prognose beter is naarmate men de behandeling eerder start. Alle andere situaties kunnen een snelle maar niet onmiddellijke respons vereisen en vallen onder medische urgentie of geen urgentie. Ook in deze studie blijkt de positie van de crisis op het intensiteitcontinuüm de opvang te bepalen. Meer specifiek vormt de intensiteit van de crisis zowel een reden om op te nemen als niet op te nemen en bepaald het welke acties worden ondernomen bij niet-opname. Voorts schrijft de intensiteit van een crisis de voorwaarden van patiëntparticipatie voor tijdens de opname. Ook de doelen worden in termen van haalbaarheid gesteld, wat impliceert dat men uitgaat van de toestand bij aanvang. Echter, het is de organisatie van een dienst -datgene wat het verschil tussen de crisisopvangcentra in België markeert- die fundamenteel bepaald door de intensiteit van crisis.

Verder kan een crisis gesitueerd worden in de tijd omwille van drie aangehaalde kenmerken. Ten eerste stellen crisisopvangcentra dat een crisis een toestand is van voorbijgaande aard. Ten tweede spreekt men over een toestand van adaptieve aard, wat impliceert dat een crisis uiting is van een reactie op een voorgaande gebeurtenis. Tenslotte wijst de beschrijving van crisis in termen van een verstoord evenwicht op een vergelijking met een (evenwichtige) toestand voor de crisis. Deze opvatting is consistent met de observaties van Lindemann (1944) en het geconstrueerd crisismodel van Caplan (1964). Evenzeer consistent met het homeostatisch model van Caplan is de stelling dat een verstoord evenwicht inherent is aan een crisis. Volgens Caplan representeert een crisis een storing in het emotionele evenwicht waarbij probleemoplossende strategieën tekort schieten om de gewenste stabiele toestand te herstellen. Caplan's opvatting dat de gewenste toestand stabiliteit is, vinden we terug in de stelling dat een crisis van adaptieve aard is of een decompensatie van het individu inhoudt. Dus, een crisis is van voorbijgaande en adaptieve aard. Hoewel deze kenmerken door de meeste crisisopvangcentra worden aangehaald, wordt er opvallend minder aandacht

geschonken aan de kans op een positieve of negatieve uitkomst die volgens Caplan (1964) inherent is aan een crisis. Ondanks dat hij stelt dat een terugkeer naar een stabiele toestand gewenst is, begrijpt hij een crisis tegelijk als een keerpunt. Het is volgens Caplan een overgangperiode dat zowel de kans bevat om nieuwe copingmechanismen te leren als een gevaar inhoudt. De copingvormen die reeds aanwezige arsenaal worden toegevoegd, wapenen het individu om in de toekomst met gelijkaardige en andere problematische situaties om te gaan. Verscheidene auteurs leggen het verband tussen de opvatting van een crisis en het behandelingsmodel (Gitterman, 2001; Hoff, 2009). Meer bepaald markeert het begrijpen van een crisis als een kans op emotionele groei een tegenstelling tussen het biomedische model en een groeimodel. Wanneer de opportuniteit niet wordt erkend en de crisis wordt geïnterpreteerd wordt als een ziekte, zal behandeling enkel gericht zijn op genezing en het verlichten van symptomen. Dit biomedische crisismodel staat in contrast met een ontwikkelingsmodel van crisis zoals die naar voor geschoven wordt door positieve psychologie. Volgens deze theorie bestaat de kern van succesvolle crisisinterventie uit het reduceren van de kwetsbaarheid van het individu en het versterken van de weerbaarheid en de capaciteit voor emotionele groei. Een kans inherent zien aan een crisis, geeft aanleiding tot zorg die georiënteerd is op groei (Gitterman, 2001; Hoff, 2009). Wanneer we de gestelde doelen van crisisinterventiecentra bekijken, zien we dat het middelengebruik als ziekte naar voor wordt geschoven. Zowel het bijbrengen van inzicht, motiveren tot behandeling of motiveren tot stoppen met gebruiken, lichamelijke ontwenning, diagnosestelling en herval trachten te voorkomen, zijn doelen die duiden op de opvatting dat het middelengebruik moet genezen worden of de symptomen ervan verlicht. Hieruit volgend zijn de meeste overige doelen gericht op het zoeken naar de juiste vervolgzorg voor de patiënt. In de acties die crisisinterventie uitmaken, komt deze gerichtheid duidelijk terug. Dat men middelengebruik als ziekte beschouwd, lijkt voort te komen uit onderzoek en de klinische ervaring dat personen met een middelenproblematiek zich frequent aandienen in crisis (Bruffaerts, Sabbe & Demyttenaere, 2003, 2008; Bruffaerts et al., 2004; 2005) en bovendien herhaaldelijk terugkomen. Het feit dat men motivationeel werkt, motivatie een reden vormt om op te nemen en gebrek aan motivatie de verblijfsduur bepaald, een reden vormt om opvang te weigeren of de behandeling te stoppen, geeft aan dat de bestrijding van het middelengebruik zich vooral toespitst op het motivationeel domein.

Ondanks het sterke verband dat er bestaat tussen middelengebruik en crisis, moet toch de vraag gesteld welke van beide componenten precies moeten worden behandeld. Uit onderzoek komt naar voor dat personen met een persistent mentale stoornis (Ball, Links, Strike & Boydell, 2005) hun crisiservaring conceptualiseren als een medische, sociale en interpersoonlijke ervaring. Participanten in deze studie geven aan dat het ontwikkelen van ondersteunende relaties een crisis helpt te voorkomen. Dit is consistent met de theorie van Caplan (1964) dat familieleden en andere individuen een belangrijke rol spelen in de oplossing van een crisis en de preventie ervan. Ook Hoff (2009) wijst op het belang van het sociale netwerk in het crisis paradigma dat ze voorstelt. Daarenboven worden in het model van Prochaska en DiClemente (DiClemente & Nocross, 1992; McConaughy, DiClemente, Prochaska & Velicer, 1989; McConaughy, Prochaska & Velicer, 1983; Prochaska, Prochaska & DiClemente, 1982; Prochaska & DiClemente, 1983; 1985; Prochaska & DiClemente, 1992) ondersteunende relaties als één van de processen aangeduid waardoor iemand schuift van de ene naar de andere motivatiefase.

Uit deze studie blijkt dat instellingen in hun praktijk aandacht hebben voor het sociale domein. Zo worden de leefomstandigheden en de sociale situatie in kaart gebracht en significante andere betrokken. Het dialoog voeren vormt een belangrijk kenmerk van crisisopvang, alsook het gemeenschapsleven. Zelfs case management kan gezien worden als

een vorm van sociale ondersteuning na opname. Maar buiten sociale re-integratie wordt er geen enkel doel gesteld op het sociale domein. Men haalt zelfs de sociale problematiek van middelengebruikers aan als knelpunt. Meer aandacht voor het aanleren van sociale vaardigheden, het zoeken van hulp bij anderen en het betrekken van significante anderen zou dan ook als aanbeveling kunnen dienen voor de crisisopvangcentra. Continuïteit van zorg moet mijn inziens worden versterkt omwille van de sterke sociale component ervan.

Voorts kunnen we onze aanbevelingen baseren op de aangehaalde knelpunten van crisisopvangcentra. Ten eerste wijzen verschillende soorten knelpunten op het gebrek aan crisisbedden, wat leidt tot het niet kunnen opnemen van patiënten, doorverwijzingproblemen en het niet kunnen verlengen van het verblijf. Toch moet dit gebrek worden genuanceerd. Bij doorverwijzing is het probleem immers niet zozeer een gebrek aan plaats, maar wel het bestaan van een wachtlijst, bepaalde subgroepen zoals personen met een dubbel diagnose en mentaal gehandicapten, de vooroordelen tegenover middelengebruikers, en een te klein team. Evenzeer is het belangrijk te kijken naar de soort centra waar men crisisbedden bij wil voor middelengebruikers. Ten tweede blijkt er een tekort te zijn aan personeelsbezetting waardoor de veiligheid van een afdeling en de permanentie niet kan worden gegarandeerd, men geen tijd heeft om derden te contacteren, door te verwijzen, onmiddellijk op te nemen of de patiënt op te volgen. Men haalt dan ook de financiering van het personeel aan als knelpunt. Tenslotte worden er nog andere problemen met subgroepen gemeld. Meer specifiek worden moeilijkheden ondervonden bij de opname van minderjarigen en het behandelen van mentaal gehandicapten, diabetici en gevangenen. Vooral het bepalen van de motivatie van deze laatste groep blijkt zeer gecompliceerd. Het financieren van extra bedden lijkt aldus zinloos als men geen rekening houdt met het tekort aan deskundigen en ondersteunend personeel, alsook de problemen met subgroepen die de centra ondervinden.

3. FOCUSGROEPGESPREKKEN CRISIS EN CRISISOPVANG

3.1. Doel van de focusgroepsgesprekken en onderzoeksvragen

De centrale onderzoeksvraag voor het kwalitatieve onderzoek van het ECCAM project bestaat uit het nagaan hoe crisis en crisisopvang wordt opgevat door residentiële crisisopvangcentra voor middelengebruikers in België en welke crisisbehandeling wordt voorzien. De focusgroepsgesprekken zijn bedoeld als aanvulling op het kwalitatief onderzoek waarbij de nadruk lag op een verdere uitdieping van *hoe* hulpverleners crisis en middelengebruik begrijpen. De resultaten bekomen in dit deel van het onderzoek zijn complementair aan de bevindingen uit het literatuuronderzoek (paragraaf 2) en deze uit de inhoudsanalyses (paragraaf 3).

3.2. Methodiek van de focusgroepsgesprekken

3.2.1. Focus van de gesprekken

Focusgroepsgesprekken richten zich tot personen die worden samengebracht op basis van een aantal gemeenschappelijke kenmerken, maar hun persoonlijk standpunt willen verkondigen. Het optimale aantal deelnemers ligt tussen de 8 en 12 personen. Het is noodzakelijk dat elke deelnemer de garantie krijgt zijn/haar persoonlijke mening vrij te kunnen verkondigen. De onderzoeker dient daarom de nodige aandacht te besteden aan de discussies tussen de deelnemers onderling, aan de vertrouwelijke behandeling van wat er gezegd wordt en aan het feit dat men een bepaalde mening of opinie niet mag beoordelen. De ideale duur van een gesprek is ongeveer anderhalf à twee uur. De focusgroep wordt bij voorkeur (be) geleid door twee onderzoekers. Dit vergemakkelijkt de dataverzameling tijdens en na het gesprek en

laat toe een meer diepgaande analyse uit te voeren van de non-verbale communicatie van de deelnemers (bijvoorbeeld attitude en gedrag).

Wat betreft de feitelijke organisatie van de focusgroeps gesprekken, voorzien we een ‘vragenlijst’ (draaiboek). Dit vormt de rode draad van de discussie van de onderzoeker. Hij/zij laat het woord steeds aan de deelnemers, maar probeert de conversaties te sturen zodat de onderwerpen op de vragenlijst zeker aan bod komen. Het gaat niet om een klassieke vragenlijst of een gestructureerd gesprek zoals dit het geval is bij een interview: de vragen worden niet systematisch gesteld (dus niet in de volgorde waarin de vragen werden opgesteld). De onderzoeker heeft de taak de vragen zodanig te stellen dat zij de vlotte gang van het gesprek bevorderen en logisch op elkaar volgen voor de deelnemers. Dit kan betekenen dat de onderzoeker ad hoc de volgorde van de vragen dient aan te passen.

De focusgroep-interviews hebben twee functies. Ten eerste zijn focusgroepen een geschikte methode om zicht te krijgen op de verschillende standpunten van de deelnemers wat betreft de centrale topics. We verkennen wat er leeft bij de doelgroepen en hoe zij denken over crisis en middelengebruik. Ten tweede kunnen bepaalde bevindingen uit eerdere analyses verder uitgediept worden.

3.2.2. Selectiecriteria voor de deelnemers en samenstelling focusgroepen

In het totaal namen 13 hulpverleners uit 10 verschillende instellingen deel aan twee focusgroeps gesprekken op 24 februari 2010. Omdat er zowel Franstaligen als Nederlandstaligen participeerden aan het onderzoek, werd er een tolk voorzien voor elke focusgroep. Op basis van specifieke richtlijnen voor focusgroeps gesprekken [172] werden er verschillende soorten vragen gesteld (zie Tabel 6).

Tabel 6. Draaiboek focusgroeps gesprek

Openingsvraag	Kunnen jullie één voor één ons je naam vertellen en vertellen in welke instelling je werkt?
Introductievragen	Jullie werken allemaal in een crisisopvangcentrum of jullie hebben crisisbedden op jullie dienst. Wat vinden jullie het allerleukste aan jullie werk? Wat was uw eerste indruk toen u startte te werken met middelengebruikers in crisis?
Transitievragen	Wat zijn voor jullie de specifieke moeilijkheden aan het behandelen van een middelengebruiker in crisis?
Kernvraag	Hoe denken jullie patiënten het beste te helpen? Stel dat er geen enkel probleem is, geen gebrek aan bedden of personeel, hoe zou de crisisopvang voor middelengebruikers er dan uitzien? Welke emotionele problemen kunnen een rol spelen in het verband tussen crisis en middelengebruik?
Afsluiting	Korte mondelinge samenvatting van datgene wat er gezegd is Is er iets dat volgens jullie niet aan bod is gekomen en wat jullie gemist hebben tijdens de discussie?

De doelgroep van de focusgroeps gesprekken bestond uit hulpverleners van verschillende soorten crisiscentra. De selectiecriteria bestonden uit een evenwichtige verdeling van Franstaligen en Nederlandstaligen en een evenwichtige verdeling van de verschillende centra. Er werd telkens zo goed mogelijk rekening gehouden met deze vooropgestelde selectiecriteria (zie Tabel 7).

Tabel 7 Samenstelling focusgroeps gesprekken

		Soort crisiscentrum		Taal		Functie	
Focusgroep 1	N=9	CIC	1	Frans	5	Psycholoog	5
		Pilootproject	7	Nederlands	4	Case Manager	2
		Ander	1				
Focusgroep 2	N=4	CIC	1	Frans	2	Hoofdverpleegkundige	
		Pilootproject	2	Nederlands	2	Case Manager	1
		Ander	1			Verantwoordelijke	2

De opnames werden uitgeschreven en gecodeerd in Winmax Pro 98. De codes werden tenslotte gecodeerd in categorieën. Deze boomstructuur is opgenomen in de Appendix.

3.3. Resultaten

3.3.1. Geleverde diensten door de instellingen

Er wordt door de diensten informatie gegeven aan de patiënt en de familie van de patiënt over de werking van het crisiscentrum en er worden bepaalde adviezen geformuleerd over te ondernemen acties. De patiënten worden doorverwezen of geheroriënteerd naar andere diensten.

‘waar de partner heel vaak ziet het is ernstig en hij moet worden opgenomen en wij kunnen vaak het advies geven dat de patiënt kan zeggen ik wil geen opname want ik heb geen probleem of het is zeker niet zo erg en dan dat die conflicten dat het helpt om ... zelfs al zijn het geen conflicten, maar spanningen dat de omgeving zich toch richt tot u als hulpverlener, van ge moet hem opnemen of je moet hem helpen, hem of haar, ehm... Ge gaat da voor een stuk, je kan dan soms de educatie geven dat dat op die manier niet kan werken’

‘Et puis, lorsqu’il est à la crise, on commence tout de suite à voir ce qu’il y a moyen de mettre en place comme autre projet thérapeutique’

‘Dan dacht ik spontaan aan als we naar onze afdeling kijken, omdat we werken met de context dus met de patiënt/cliënt maar ook met hun omgeving. Vaak is dat met kinderen, ouders, of zelfs nog breder ehm...’

Er is sprake van een psychologische en psychiatrische interventie in een crisiscentrum. Ten eerste wordt er gestreefd naar een stabilisatie van de crisistoestand. Voorts kan de patiënt ontwennen in een crisisopvangcentrum en verrichten centra groepstherapie en familiewerking. Bovendien peilt men naar de motivatie van de patiënt. Ook het reflecteren over de situatie van de patiënt wordt tot de geleverde diensten gerekend.

'Nous, on répond pas à la demande, on travaille la demande et c'est la que se situe tout l'intérêt de l'unité de crise et on va pas chercher à résoudre un problème mais à réfléchir avec eux à où, à l'extérieur de l'hôpital, ils vont pouvoir trouver les aides pour résoudre leurs problèmes.'

3.3.2. Ervaringen binnen het werken met middelgebonden crises

3.3.2.1. Ervaringen met betrekking tot de specifieke werking

De eerlijke wijze waarop een crisis zich toont en de ontmoeting op een moment dat opportuun is voor verandering worden als boeiend ervaren. Verder vormen het onvoorspelbare, de grote verscheidenheid onder de patiënten en hun vooruitgang interessante aspecten van het crisiswerk. Soms kan men lange opnames vermijden. Betreft het middelengebruik is de lange duur vooraleer men hulp zoekt fascinerend, alsook de functie die het middelengebruik vervult. Tenslotte zijn de verschillende visies van collega's, het werken in team en het personeelsbeleid positieve aspecten.

'La rencontre des personnes à un moment qui est opportun pour des changements, le plus gai, je ne sais pas... par contre, le plus intéressant c'est que, il y un certain temps, nous nous sommes intéressés à ce que la drogue elle même traitait ; à l'usage que les personnes que l'on recevait avaient de la drogue, à quoi est-ce que cela leur servait? On a posé la question comme ça parce que on s'est rendu compte -et c'est quelque chose qui se confirme aujourd'hui- que les personnes qui viennent au centre de crise à ENADEN consomment depuis très, très longtemps, parfois plus de 30 ans, sans jamais avoir été dans un centre quel qu'il soit. Et donc le plus intéressant était de nous intéresser au pourquoi ils venaient, alors que ça faisait 30 ans au fond qu'ils consommaient de la drogue. Et de là est venue notre idée de déplacer complètement le problème : au lieu de traiter les problèmes de drogue, on a voulu traiter ce que eux-mêmes traitent avec la drogue. C'est ce que, dans mon trajet personnel, j'ai trouvé de plus intéressant.'

Het team gemotiveerd houden en de roldefiniëring zijn echter moeilijke aspecten van het crisiswerk. Verder wordt het werken met een bewonersgroep van middelengebruikers bestempeld als moeilijk. Meer bepaald wordt het werk verzaamd wanneer de patiënten paranoïde decompenseren of er een spanning is tussen de familie en de patiënt.

'zelfs al zijn het geen conflicten, maar spanningen dat de omgeving zich toch richt tot u als hulpverlener, van ge moet hem opnemen of je moet hem helpen, hem of haar, ehm... Ge gaat da voor een stuk, je kan dan soms de educatie geven dat dat op die manier niet kan werken, maar ge voelt de hele tijd de frustraties, de emoties van de omgeving en ook een stuk van de teleurstelling van de hulpverlening, vaak tegenover de patiënt maar ze richten dat tot de hulpverlening. Dat zijn toch zaken die eigenlijk voortdurend voorkomen bij ons op het werk en die conflicten die je hebt, die maken het werk toch niet evident. Omdat je dan toch voor de cliënt zorgt omdat we zien dat we de natuur niet beet gaan nemen en dat zijn dan verschillende pad stellingen'

Betreft het crisiswerk wordt het onvoorspelbare niet door iedereen als leuk ervaren. Tijdens de opname vindt men het ingewikkeld om een tegengewicht te installeren voor het middelengebruik en te werken met het sociaal netwerk van de patiënt. Bovendien heerst er een onvrede over de beschikbare tijd om contact te leggen met andere crisisopvangcentra, om vertrouwen te winnen van de patiënt en om met het sociaal netwerk van de patiënt te werken.

'Il faudrait (je travaille en hôpital) d'avantage de liens intra-muros pour informer sur tout le travail que nous faisons: ça se fait mais, c'est surtout dans la rencontre que ça pourrait s'améliorer ; on n'en n'a pas vraiment le temps'

Verder vormt het tekort aan crisisbedden en het arm aanbod aan logement na de behandeling een probleem. Dit kan één van de redenen zijn voor een moeizame doorverwijzing. Wanneer men personen niet onmiddellijk in een andere dienst kan plaatsen voor verdere opname, ontstaat er na het beëindigen van de opname voor de patiënt een lege periode. Deze

tussenperiode en het beroep doen op vrienden voor het plaatsen van de patiënten wordt door verschillende crisisopvangcentra aangehaald als problematisch.

'Hetgeen waar we nu zo mee geconfronteerd worden, is wanneer de personen een maximum bijdrage op, waar we vandaag ook op doorverwijzing werken, naar huis, ambulant, een ander ziekenhuis...En soms eh, die doorverwijzing loopt niet altijd even vlot door plaatsgebrek, door wachtlijsten die ook heel groot zijn, en soms zitten we daartussen gewrongen, want wat met die tussenperiode en verdere doorverwijzing.'

3.3.2.2. Ervaringen met betrekking tot de patiënt

Tijdens de focusgroep werd door verschillende centra gesteld dat ondanks dat patiënten een bepaald inzicht hebben in hun probleem, ze gemotiveerd zijn om te stoppen met gebruiken. Ze hervallen echter vaak in hun middelengebruik. Niettegenstaande de verscheidenheid die wordt ervaren onder de patiënten, worden ze gepercipieerd als personen die een zekere fragiliteit hebben alsook een complexe pathologie.

'Et c'est ça qui est bien parce que nous avons différentes manières de voir les choses, mais ces visions sont complémentaires. C'est beaucoup plus agréable de travailler comme ça, parce que nous avons souvent à faire à des gens qui ont des pathologies quand même assez complexes: il peut y avoir des problèmes de drogue, mais aussi d'autres problématiques.'

3.3.2.3. Ervaringen met betrekking tot de crisiswerking

Tijdens de focusgroepen werd gesteld dat de patiënt bewustere stappen zet wanneer de behandeling langer duurt. De vraag tot opname echter, komt veeleer vanuit het sociaal netwerk van de patiënt. Na de behandeling gebeuren er veel heropnames en worden patiënten best opgespoord als men het contact wil onderhouden. De hulpverlening op zich wordt ervaren als gefragmenteerd en onderscheiden in verschillende soorten centra.

'Ce que je voulais dire tout à l'heure, c'est qu'il y a aussi une très grosse différence entre les centres présents ici dans la mesure où beaucoup d'entre eux font partie d'une institution hospitalière, ce qui n'est pas le cas dans le centre où je travaille ; le fonctionnement est donc fort différent.'

'Ik wil er mij aansluiten, eeeehm, inderdaad crisiscentra zien dezelfde patiënten vaak heel dikwijls terug, dus ik ben daar mee akkoord. Ehm... er is wel een probleem doordat er zeer veel hulpverlening, zeker in Gent, rond Gent zit er veel hulpverlening, en eeeeh, het probleem is dat de cliënt begint te shoppen in de hulpverlening en er dus ook fragmentering. In het begin hebben we gesproken over die relatie van , het is belangrijk van 'je ziet hem terug' je hebt daar een bepaalde relatie mee opgebouwd en dat brengt hem wat verder maar het is cruciaal dat de hulpverlening zo gefragmenteerd wordt dat die patiënt ook mee gefragmenteerd wordt met de hulpverlening. Dat die daar, dat dat'

Sommigen achten het mogelijk een zorgtraject op te stellen tijdens een opnameduur van vijf dagen. Binnen de centra ligt de werkdruk hoog, hoewel deze wordt ondervonden als afwisselend. Verder moet men als hulpverlener je plaats veroveren binnen het team en vereist de crisiswerking veel personeel.

3.3.3. Visies op het beleid van het werken met middelengebonden crises

3.3.3.1. Belangrijke aspecten van de crisiswerking

Tijdens de opname is het belangrijk een besef te creëren bij de patiënt en aandacht te schenken aan andere problemen dan het middelenprobleem. Sommige hulpverleners gaan hierin verder en stellen dat er een tegengewicht moet worden geïnstalleerd voor het middelengebruik. Verder zou er een focus moeten zijn op het sociaal netwerk van de patiënt en acht men het motivationale werken als een essentieel onderdeel van de behandeling. Ook

de groepsdynamiek en het therapeutisch neen durven zeggen zijn van belang. Binnen de behandelingsfilosofie speelt de relatie van de patiënt met de arts een wezenlijke rol.

'Puis, il y a aussi le médecin qui, lui aussi, fait des consultations dans même cette philosophie, selon laquelle la relation avec le patient est très importante.'

'la majorité de notre travail est aussi de réorienter les personnes. C'est un gros travail au niveau de la remise en ordre administratif, c'est une des deux vocations de notre centre de crise, qui est un petit peu différent de ceux des gens qui sont autour de la table ; et notre deuxième pilier de travail est la réorientation des personnes vers les services qui vont répondre de manière plus large en offrant du non thérapeutique, Et c'est là que je peux paraître un peu intrusif, mais on est tout le temps dans du 'rentre dedans', même avec les patients, même entre membres de l'équipe, en présence du patient.'

'On a une réunion d'équipe tous les jours, et le médecin n'est présent qu'à la réunion d'équipe, mais le patient est présent à la réunion, du moins pour la partie qui le concerne : c'est le moment où on décide ce qu'on fait jusqu'au lendemain. Et c'est surtout dans le non thérapeutique que se situe la demande de travail.'

Na de opname is continuïteit van zorg belangrijk door bijvoorbeeld beschikbaar te blijven voor de patiënt of deze bij te staan in de periode tussen de beëindiging van de opname en de vervolghandeling. Tenslotte werd aangehaald dat het crisisnetwerk, de samenwerking van de verschillende diensten die instaan voor de opvang van middelengebruikers in crisis, een cruciaal aspect is van een goede ondersteuning.

'Dans ces cas, on les accompagne dans une MASS, un centre à bas seuil: il y a quand même un accompagnement, qui est davantage une mise à l'abri, où on leur permet éventuellement de revenir nous voir quand ils sont dans cette entité à bas seuil ... on ne les laisse pas seuls.'

'Je kan dat oplossen door samen te werken, verschillende centra die samenwerken, niet elk centrum kan...de acute spoedhulp zoals daar en ne goeie crisiswerker dat is nu onze overtuiging, dat een goeie crisisnetwerk moet zijn van in zijn onmiddellijke omgeving zeer snel kan opgenomen worden en centra die een maand tijd nemen om personen meer te ..daar moet een goede samenwerking zijn. Maar geen enkel centrum kan alles doen.'

Er wordt uitgegaan van het unieke karakter van een individu en het bestendigen van een relatie met de patiënt. Deze humanistische visie vormt vaak de basis voor het vorm geven van deze relatie. Sommige centra stellen dat het respect voor de patiënt de leidraad vormt voor de organisatie van de crisiswerking. Ook de hulpvraag en de doorverwijzing vormen een leidraad voor het crisismanagement, alsook de overtuiging dat men niet alles kan oplossen. Tenslotte moet de uitval van het personeel vermeden worden, tracht men de werkdruk van het team te verlichten en de motivatie in het team te behouden.

'Et quant au respect, je pense qu'il s'agit d'un respect dans les deux sens : ça évoque chez moi la nécessité d'un toucher juste. Mais, de l'équipe infirmière, des psychologues, de la case manager, Chacun à sa place !... et du psychiatre aussi. Et l'articulation de tout ça va permettre qu'en effet la manipulation -c'est une manière de voir- mais on peut dire aussi 'Tiens, c'est peut-être quelqu'un qui a toujours obtenu les choses de cette façon là et, en s'écouter les uns les autres, on arrive à ce qu'émerge vraiment le projet qui est le plus proche du patient. Et donc voilà : une histoire de toucher, de respect dans les deux sens, du fait de notre spécificité à chacun là où on est et, si on apporte chacun à notre place le meilleur de notre toucher, il y a quelque chose qui sort, qui arrive. Donc, en même temps c'est peut être une difficulté parce qu'il faut faire sa place, ça a été évoqué, mais c'est aussi quelque chose d'extrêmement riche et de très motivant, très enrichissant...eh...voilà. Mais, cela demande une spécificité qui se fait aussi avec le temps.'

'Nous n'avons pas de baquette magique, donc, effectivement, on ne va pas résoudre leur situation medico-psycho-sociale en cinq jours.'

3.3.3.2. Specifieke organisationele aspecten van de opname

De organisatie van de start van de opname, zoals het voeren van toelatings- of intakegesprekken, is afhankelijk van de voorwaarden die worden gesteld. Sommige centra

stellen geen voorwaarden betreffende de leeftijd, terwijl andere centra stellen dat de patiënten capabel en gemotiveerd moeten zijn, een bepaalde leeftijd hebben, bereid zijn tot medewerking en dat er de mogelijkheid is tot vooruitgang.

‘On n’accueille pas n’importe qui, dans n’importe quelle condition.’

De opnameduur varieert van vijf dagen (in de FOD pilootprojecten) tot 6 à acht weken (voor de RIZIV-geconventioneerde crisisinterventiecentra). Tenslotte worden er elke dag teamvergaderingen gehouden, waarbij de patiënt voor sommige centra aanwezig blijft. De opname wordt gestaakt wanneer de patiënt agressief is of middelen heeft gebruikt. Men organiseert een opvolgingstraject voor na de opname en soms vervolgconsultaties. Het team tenslotte kan gekarakteriseerd worden als multidisciplinair: zowel psychologische, psychiatrische en somatische aspecten worden op langere termijn opgevolgd.

3.3.4. Visies van de instellingen met betrekking tot de relatie middelengebruik en crisis

Tijdens de focusgroepen zijn bepaalde overtuigingen of bepaalde theorieën over crisis, middelengebruik (-ers) en crisiswerking naar voor geschoven. Ten eerste wordt er aan crisis een kans op verandering toegeschreven, alsook problemen van verschillende aard. Zo worden er naast het middelenprobleem dat inherent is aan de crisis van patiënten, andere problemen, mentale en of psychische problemen en psychiatrische problemen toegekend. Het middelengebruik wordt gezien als een vorm van coping en als iets dat zin geeft aan het leven van de patiënt maar het leven ook ontnemt. De biologische dimensie van het middelengebruik kan ook niet worden onderschat. Voorts werd er gesteld dat het middelenprobleem relatief is tegenover de overige samen voorkomende psychische en psychiatrische problemen van de patiënt. Alhoewel de meningen verdeeld zijn, zien sommigen het middelengebruik als pathologie versterkend. Middelengebruikers worden veelal beschouwd als personen met een drang naar onmiddellijke bevrediging en een laag probleembesef, die zich in een bepaalde motivatiefase bevinden.

‘Op een crisiseenheid bij ons heb je dikwijls personen die wel willen stoppen maar in feite qua motivatieniveau nog niet in een fase zitten dat je zegt dat kan langdurig, na een korte crisisopname.’

‘Oui, les problèmes de drogue sont tout petits à côté du reste, je suis bien d’accord avec cela.’

‘Nous aussi, nous constatons qu’il y a un lien entre la maladie mentale et la consommation de substances.’

‘Misschien wordt het dan wat te psychologisch maar wij merken bij middelengebruikers, ze hebben een doel, namelijk middelen gaan gebruiken. En de volgende dosis vinden. En ze hebben eigenlijk een doel, alé, ze leven van dosis naar dosis. Een heroïnegebruiker die heeft een plan om zijn gebruik, die is voortdurend met zijn gebruik bezig. Neemt dat weg en er ontstaat een enorm zwart gat, een onzekerheid. Het paradoxale is dat middelen ook een stuk zin geeft aan ... vaak ook de enige zin om nog te leven. Dus het gebruik geeft ook een zeker orde, een zekere zin, een zekere en een crisiscentrum neemt dat weg of gaat precies daar op werken. En als ge dan maar vijf dagen kunt werken, met wat stuurt ge hem dan naar buiten?’

3.3.5. Specifieke knelpunten op het niveau van de organisatie van de diensten

De volgende wensen werden door de centra geformuleerd tijdens de discussies op de focusgroepen: (a) een nood aan akkoorden tussen de verschillende partners; (a) een implementatie van lopende pilootprojecten ‘crisis en case management’; (c) een evenwaardige zorg in gelijkaardige centra; (d) extra bedden; (e) continuïteit van zorg. Onder de continuïteit van zorg werd een ambulante opvolging na opname verstaan, een snellere doorverwijzing en

een betere outreaching door het invoeren van meer case managers en door het verwezenlijken van meer familiewerking.

‘Als we het binnen de crisiseenheid bekijken, de ideale wereld, zou ik zeggen, enkele beddekes bij, enkele case managers bij om uiteindelijk veel meer outreachend te kunnen gaan werken, ’

‘Omdat je dan ook veel meer kunt werken binnen het systeem, binnen naar uw context omdat we nu alles vanuit onze context bekijken en dan ben je veel meer met personen kunt werken, binnen hun situatie. En dat we veel meer met de personen kunnen werken binnen hun situatie specifieker. Dat zou al....ja. ’

3.4. Discussie

Het doel van de focusgroeps gesprekken was om de bevindingen van het kwalitatief onderzoek aan te vullen en uit te diepen. Verschillende aspecten van het begrip ‘crisis’ die naar voor kwamen vanuit de analyses van de interviews en de literatuurstudie zijn ook vernoemd tijdens de focusgroeps gesprekken. Zo gaven deelnemers aan de groeps gesprekken blijk van een opvatting van crisis als bestaande uit problemen van verschillende aard, waaronder middelengebruik. Uit het kwalitatief onderzoek van de interviews kwam naar voor dat de intensiteit of ernst van een crisis een aantal specifieke aspecten van de crisisopvang bepaalt. Niet enkel de intensiteit van een crisis lijkt een belangrijke rol te spelen in de crisisopvang, ook de ervaringen met betrekking tot de patiënten die werden gedeeld tijdens de focusgroepen en de visie op gebruikers en middelengebruik in het algemeen kennen hun weerslag op crisisopvang. Meer bepaald kan het middelengebruik als essentieel onderdeel van een crisis beschouwd worden die als het ware als een tweede dimensie die het behandelbeleid van instellingen doorkruist.

In een zoektocht naar *hoe* middelengebruik door hulpverleners wordt opgevat binnen het crisisbegrip waren de volgende bevindingen van belang. Ten eerste lijken de ervaringen van hulpverleners met middelengebruikers te kunnen worden samengevat als ‘middelengebruikers willen soms maar ze kunnen niet’. Alhoewel gewapend met een motivatie om te stoppen met gebruiken, maar met een beperkt inzicht in hun probleem worden patiënten tegengewerkt door vaak complexe psychiatrische pathologie en hun middelenprobleem zelf waardoor hervall in middelengebruik en crisis eerder de regel is dan de uitzondering. Hulpverleners maken dan ook veel heropnames mee. In de visie over middelengebruik vinden we deze ervaring terug. Zo worden patiënten beschouwd als personen met een drang naar onmiddellijke bevrediging en een laag probleembesef, die zich in een bepaalde motivatiefase bevinden. Bovendien kampen ze vaak met een borderline persoonlijkheidsstoornis of andere problemen wat de behandeling bemoeilijkt. Ook de biologische verslaving vormt een obstakel na de behandeling. Alhoewel niet iedereen deze visie deelt, bestaat er voor anderen zelfs een versterkende associatie tussen het middelengebruik en de pathologie van de patiënt.

Tenslotte werd aangehaald dat het middelengebruik optreedt als een vorm van coping. Door sommige hulpverleners wordt de *functie* van het middelengebruik als een interessant aspect van het crisiswerk aangeduid, wat refereert aan de overtuiging dat het middelengebruik essentieel bijdraagt tot het psychologisch functioneren. Patiënten zelf lijken immers vaak overtuigd te zijn dat er zich geen probleem stelt in het gebruik van middelen, vandaar dat de hulpvraag veelal vanuit de omgeving van de patiënt wordt gesteld en men een laag probleembesef toeschrijft aan middelengebruikers.

Samenvattend kunnen we stellen dat het middelengebruik wordt begrepen als iets chronisch en destructief. Een bevinding die in contrast staat met de opvatting over crisis als een toestand van voorbijgaande aard. Waar de voorbijgaande aard van een crisis nog de kans laat op een positieve uitkomst, lijkt het middelengebruik zonder hoop te zijn. Ondanks dat men het

destructieve middelengebruik tracht te genezen, dekken hulpverleners zich in voor teleurstellingen van herval en heerst de opvatting dat het middelengebruik chronisch is. Zo vinden we beschermende uitgangspunten terug zoals ‘men kan niet alles oplossen’, ‘uitval personeel’ en ‘werkdruk team verlichten’. In het management tracht men in te spelen op het chronische door de nadruk te leggen op de continuïteit van zorg, zoals het beschikbaar blijven voor behandeling, het bijstaan in de tussenperiode en het uitbouwen van een crisisnetwerk. Doorverwijzen naar een geschikte andere dienst wordt zelfs als uitgangspunt genomen door sommige diensten. De combinatie van middelengebruik en crisis vormt een extra moeilijkheid voor de behandeling. In het kwalitatief onderzoek wordt besloten met de voordelen van aandacht voor sociale problematiek in de behandeling van middelengebruikers in crisis. Een sociale problematiek behoort tot de andere problemen waartegen het middelengebruik moet worden begrepen volgens de hulpverleners. Gegeven het evenwicht dat het gebruik mee in zich draagt ligt in deze andere problemen de kans voor het installeren van een tegengewicht.

REFERENTIES

1. Alonso, J., et al., *Population level of unmet need for mental healthcare in Europe*. British Journal of Psychiatry, 2007. 190: p. 299-306.
2. Wang, P.S., et al., *Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys*. Lancet, 2007. 370(9590): p. 841-50.
3. Bruffaerts, R., A. Bonnewyn, and K. Demyttenaere, *Delays in seeking treatment for mental disorders in the Belgian general population*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2007. 42(11): p. 937-44.
4. Bruffaerts, R., K. Demyttenaere, and S.J. Claes, [*Emergency psychiatry in Belgium; a challenge for the mental health services*]. Tijdschr Psychiatr, 2008. 50 Spec no.: p. 35-9.
5. Mulder, C.L., G.T. Koopmans, and M.W. Hengeveld, *Lack of motivation for treatment in emergency psychiatry patients*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2005. 40: p. 484-488.
6. Bruffaerts, R., M. Sabbe, and K. Demyttenaere, *Emergency psychiatry in the 21st century: critical issues for the future*. Eur J Emerg Med, 2008. 15(5): p. 276-8.
7. Schwartz, B. and S. Dowell, *Management of otitis media: the case for more judicious and targeted antibiotic use*. HMO Pract, 1997. 11(3): p. 139-40.
8. Siegal, H.A., L. Li, and R.C. Rapp, *Case management as a therapeutic enhancement: impact on post-treatment criminality*. J Addict Dis, 2002. 21(4): p. 37-46.
9. Holloway, F. and J. Carson, *Case management: an update*. Int J Soc Psychiatry, 2001. 47(3): p. 21-31.
10. Vanderplasschen, W., et al., *Implementatie en evaluatie van case management voor middelengebruikers binnen de verslavingszorg en justitie*, in *Tussen Droom en Daad. Implementatie van case management voor middelengebruikers binnen de hulpverlening en justitie* K. Geenens, et al., Editors. 2005, Academia Press: Gent. p. 27-89.
11. Brindis, C.D. and K.S. Theidon, *The role of case management in substance abuse treatment services for women and their children*. J Psychoactive Middelen, 1997. 29(1): p. 79-88.

12. Vanderplasschen, W., et al., *The development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe*. Psychiatr Serv, 2004. 55(8): p. 913-22.
13. Hesse, M., et al., *Case management for persons with substance use disorders*. Cochrane Database Syst Rev, 2007(4): p. CD006265.
14. Vanderplasschen, W., K. Lievens, and E. Broekaert, *Implementatie van een methodiek van case management in de drughulpverlening: een proefproject in de provincie Oost-Vlaanderen*. 2001, Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
15. Geenens, K., et al., *Tussen droom en daad: Implementatie van case management voor middelengebruikers binnen de hulpverlening en justitie/ entre reve et action: Implementation de case management pour usagers de drogues dans le secteur de sante en le secteur judiciaire*. . 2005, Gent: Academia Press.
16. Spooen, D., C. Van Heeringen, and C. Jannes, *Strategies to increase compliance with out-patient aftercare among patients referred to a psychiatric emergency department: a multi-centre controlled intervention study*. Psychol Med, 1998. 28(4): p. 949-56.
17. Zucker, D., *Reflection on emergency psychiatry in Belgium*, in *Emergency psychiatry and mental health policy. An international point of view*, M. De Clercq, S. Lamarre, and H. Vergouwen, Editors. 1998, Elsevier: Amsterdam. p. 201-209.
18. Vanderplasschen, W., I. De Bourdeaudhuij, and P. Van Oost, *Co-ordination and continuity of care in substance abuse treatment. An evaluation study in Belgium*. Eur Addict Res, 2002. 8(1): p. 10-21.
19. Andreoli, A., *De la demande d'hospitalisation psychiatrique à l'intervention de crise*. Journal Européen des urgences 1990. 3: p. 150-162.
20. Andreoli, A. and G. Foresti, *Deinstitutionalization and treatment of acute psychiatric disorders: an European perspective*, in *Emergency Psychiatry and Mental Health Policy*, M. De Clercq, S. Lamarre, and H. Vergouwen, Editors. 1998, Elsevier Science B.V. p. 97-105.
21. Andreoli, A., J. Lalive, and G. Garrone, *Crisis and crisis intervention in psychiatry*. 1986, Paris SIMEP.
22. De Clercq, M. and V. Dubois, *Crisis intervention models in the french-speaking countries*. Crisis, 2001. 22: p. 32-38.
23. De Clercq, M., S. Lamarre, and H. Vergouwen, *Emergency psychiatry and mental health policy: an international point of view*. 1998, Amsterdam: Elsevier. 269.
24. De Clercq, M. and M. Pertras, *Du premier entretien au service des urgencies à la psychthérapie en service de santé mentale*. Cahiers de Psychologie Clinique, 1993. 1: p. 99-114.
25. Bruffaerts, R., et al., *[Prevalence of pure and comorbid mental disorders in Belgium]*. Rev Med Liege, 2003. 58(12): p. 741-50.
26. Bruffaerts, R., M. Sabbe, and K. Demyttenaere, *Effects of patient and health-system characteristics on community tenure of discharged psychiatric inpatients*. Psychiatr Serv, 2004. 55(6): p. 685-90.
27. Bruffaerts, R., M. Sabbe, and K. Demyttenaere, *Attendees of a university hospital psychiatric emergency service in Belgium - general characteristics and gender differences*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2004. 39(2): p. 146-53.
28. Bruffaerts, R., M. Sabbe, and K. Demyttenaere, *Predicting aftercare in psychiatric emergencies*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2005. 40(10): p. 829-34.
29. Bruffaerts, R., M. Sabbe, and K. Demyttenaere, *Predicting community tenure in patients with recurrent utilization of a psychiatric emergency service*. Gen Hosp Psychiatry, 2005. 27(4): p. 269-74.

30. Bruffaerts, R., M. Sabbe, and K. Demyttenaere, *Who visits the psychiatric emergency room for the first time?* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2006. 41(7): p. 580-6.
31. Corten, P. and I. Pelc, *[Profile of psychiatric emergencies in general hospital wards]*. Acta Psychiatr Belg, 1984. 84(5): p. 483-99.
32. Spooren, D., K. van Heeringen, and C. Jannes, *Short-term outcome following referral to a psychiatric emergency service*. Crisis, 1997. 18(2): p. 80-5.
33. Spooren, D.J., et al., *Repeated psychiatric referrals to Belgian emergency departments: a survival analysis of the time interval between first and second episodes*. Eur J Emerg Med, 1997. 4(2): p. 61-7.
34. Spooren, D.J., et al., *Epidemiology of psychiatric emergency referrals in four regions of Belgium*. Crisis, 1996. 17(1): p. 15-21.
35. Kolind, T., *Form or content. The application of user perspectives in treatment research*. Middelen: Education, Prevention and Policy, 2007. 14: p. 261-275.
36. Naber, D. and C. Haasen, *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie*. 2006, Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg.
37. Vanderplasschen, W., et al., *Review of the effectiveness of different models of case management for substance abusing populations*. Journal of Psychoactive Middelen, 2007. 39(1): p. 81-95.
38. De Maeyer, J., et al., *Kwalitatieve evaluatie van 10 jaar zorgcoördinatie en case management in de Oost-Vlaamse drughulpverlening: een rondvraag bij hulpverleners en patiënten in Orthopedagogische Reeks Gent*. 2007, Vakgroep Orthopedagogiek: Gent.
39. Roeg, D.P., I.A. Van De Goor, and H.F. Garretsen, *European approach to assertive outreach for substance users: assessment of program components*. Subst Use Misuse, 2007. 42(11): p. 1705-21.
40. Trochim, W., *An introduction to concept mapping for planning and evaluation*, in *A special issue of evaluation and program planning*, W. Trochim, Editor. 1989. p. 87-110.
41. French, M.T., et al., *Benefit-cost analysis of addiction treatment: Methodological guidelines and application using the DATCAP and ASI*. Health Services Research 2002. 37(2): p. 433-455.
42. Roebuck, M.C.F., M.T.; and McLellan, A.T., *Results from 85 studies using the Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program (DATCAP)*. Journal of Drug Abuse Treatment 2003. 25(1): p. 51-57.
43. Annandale, N.O., *States' school crisis planning materials: an analysis of cross-cultural considerations and sensitivity to student diversity*. , in *Department of Counseling Psychology and Special Education* 2006, Brigham Young University p. 152.
44. Hoff, L.A., *People in crisis: clinical and diversity perspectives* 6ed. 2009, New York: Routledge.
45. Roberts, A.R., *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research* 2ed. 2000, Oxford, NY: Oxford University Press.
46. Sandoval, J., *Handbook of crisis counseling, intervention, and prevention in the schools*. 2 ed. 2000, Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
47. Caplan, G., *Principles of preventive psychiatry*. 1964, London: Tavistock.
48. Aguilera, D.C. and J.M. Messick, *Intervention en situation de crise. Théorie et méthodologie*. 1976, Toronto, Saint-Louis: Mosby.

49. Wallerstein, R.S., *The trajectory of psychoanalysis: a prognostication*. Int J Psychoanal, 2002. 83(Pt 6): p. 1247-67.
50. Schalkwijk, F., *Dit is psychoanalyse. Een inleiding tot de geschiedenis, theorie en praktijk van de psychoanalyse*. 2006, Amsterdam: Boom.
51. Rado, S., *Adaptational psychodynamics: Basic science*. 1956, New York: Grune & Stratton.
52. Erikson, E.H., *Childhood and society*. 1950, New York: W.W. Norton.
53. Maslow, A.H., *Toward a psychology of being*. 1968, New York: D. Van Nostrand Compagny.
54. Cassens, B.J., *Preventive medicine and public health*. 2 ed. 1992, United States: Lippincott: Williams and Wilkins.
55. Lindemann, E., *Symptomatology and management of acute grief*. 1944. Am J Psychiatry, 1994. 151(6 Suppl): p. 155-60.
56. Tyhurst, J.S., *The role of transition states - including disasters in mental illness*, in *Symposium on Preventive and Social Psychiatry*. 1957, Government Printing Office: Washington, D.C.
57. Callahan, J., *Defining crisis and emergency*. Crisis, 1994. 15(4): p. 164-71.
58. Ainsworth, M.D. and S.M. Bell, *Attachment, exploration, and separation: illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation*. Child Dev, 1970. 41(1): p. 49-67.
59. Bowlby, J., *A secure base: parent-child attachment and health human development*. 1988, New York: Basic Books.
60. Hansell, N., *The person in distress*. 1976, New York: Human Sciences Press.
61. Klein, D. and E. Lindemann, *Preventive Intervention in Individual and Family Crisis Situations*, in *Prevention of Mental Disorders in Children*, G. Caplan, Editor. 1961, Basic Books: New York.
62. Gersons, B.P.R., *Over crisistheorie en rolverandering*. Tijdschrift voor Psychiatrie, 1981. 7-8: p. 430-452.
63. Fraser, J.S., *A process view of crisis and crisis intervention: critique and reformulations*. Crisis intervention, 1998. 4(2-3): p. 125-143.
64. Rosen, A., *Crisis management in the community*. Med J Aust, 1997. 167(11-12): p. 633-8.
65. Danish, S.J., M.A. Smyer, and C.A. Nowak, *Developmental intervention: Enhancing life-event processes*. Life-Span Development and Behavior, 1980. 3: p. 339-366.
66. Schulberg, H.C. and A. Sheldon, *The probability of crisis and strategies for preventive intervention*. Arch Gen Psychiatry, 1968. 18(5): p. 553-8.
67. Broadhurst, P.L., *Emotionality and the Yerkes-Dodson law*. J Exp Psychol, 1957. 54(5): p. 345-52.
68. Yerkes, R.M. and J.D. Dodson, *The relation of strength of stimulus rapidity of habit-formation* Journal of Comparative Neurology and Psychology, 1908. 18: p. 459-482.
69. Antonovsky, A., *Health, stress, and coping*. 1980, San Fransisco: Jossey-Bass.
70. Hoff, L.A., *Battered women as survivors*. 1990, London & New York: Routledge.
71. Bertalanffy, L., *General system theory: Foundations, Development, Applications*. 1968, New York: George Braziller.
72. Viney, L.L., *The concept of crisis: a tool for clinical psychologists*. Biulletin of the British Psychology Society, 1976. 29: p. 387-395.
73. Greer, F., *Toward a developmental view of adults in crisis: A re-examination of crisis theory*. Journal of Humanistic Psychology, 1980. 20: p. 17-29.
74. Bugental, J.F., *The search for authenticity: an existential-analytic approach to psychotherapy*. 1965, New York: Holt, Rinehart and Winston.

75. Rappaport, L., *The state of crisis: some theoretical considerations*. Social Service Review, 1962. 36: p. 211-217.
76. Taplin, J.R., *Crisis theory: Critique and reformulation*. Community Ment Health J, 1971. 7(1): p. 13-23.
77. Gitterman, A., *Social work practice with vulnerable and resilient populations*, in *Handbook of social work practice with vulnerable and resilient populations*, A. Gitterman, Editor. 2001, Columbia University Press: New York. p. 1-36.
78. Canada, M., et al., *Crisis intervention for students of diverse backgrounds: School counselors' concerns*. Brief Treatment and Crisis Intervention, 2006. 7: p. 12-24.
79. Harvey, J.H., *Perspectives on loss: A source book*. 1998, Philadelphia: Tylor & Francis.
80. Parkes, C.M., *Bereavement: Studies of grief in adult life*. 1975, Harmondsworth, England: Penguin Books.
81. Hansell, N., M. Wodarczyk, and B. Handlon-Lathrop, *Decision counseling method. Expanding coping at crisis-in-transit*. Arch Gen Psychiatry, 1970. 22(5): p. 462-7.
82. Arellanez-Hernández, J.L., et al., *Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis bivariados de un estudio de casos y controles*. Salud Mental, 2004. 27(3): p. 54-64.
83. Hyman, S.M. and R. Sinha, *Stress-related factors in cannabis use and misuse: implications for prevention and treatment*. J Subst Abuse Treat, 2009. 36(4): p. 400-13.
84. Cools, B., *Hoe ver drijven we de geestelijke gezondheidszorg*. Alert, 2006. 32(5): p. 60-70.
85. Morrall, P. and M. Hazelton, *Architecture signifying social control: the restoration of asylumdom in mental health care?* Aust N Z J Ment Health Nurs, 2000. 9(2): p. 89-96.
86. Talbott, J.A., *Deinstitutionalization: avoiding the disasters of the past*. Hosp Community Psychiatry, 1979. 30(9): p. 621-4.
87. Bonyng, E.R., R.G. Lee, and S. Thurber, *A profile of mental health crisis response in a rural setting*. Community Ment Health J, 2005. 41(6): p. 675-85.
88. Compton, W.M., et al., *Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions*. Arch Gen Psychiatry, 2007. 64(5): p. 566-76.
89. Degenhardt, L., W. Hall, and M. Luynsky, *Alcohol, cannabis and tobacco use among Australians: comparisons of their associations with other drug use and use disorders, affective and anxiety disorders, and psychosis*. Addiction, 2001. 96: p. 1603-14.
90. Flensburg-Madsen, T., et al., *Comorbidity and temporal ordering of alcohol use disorders and other psychiatric disorders: results from a Danish register-based study*. Comprehensive Psychiatry, 2007. 50(307-314).
91. Grant, B.F. and T.C. Harford, *Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression: results of a national survey*. Drug Alcohol Depend, 1995. 39(3): p. 197-206.
92. Kessler, R.C., et al., *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey*. Arch Gen Psychiatry, 1994. 51(1): p. 8-19.
93. Regier, D.A., et al., *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study*. JAMA, 1990. 264(19): p. 2511-8.

94. Compton, W.M., 3rd, et al., *Substance dependence and other psychiatric disorders among drug dependent subjects: race and gender correlates*. Am J Addict, 2000. 9(2): p. 113-25.
95. Havassy, B.E., J. Alvidrez, and K.K. Owen, *Comparisons of patients with comorbid psychiatric and substance use disorders: implications for treatment and service delivery*. Am J Psychiatry, 2004. 161(1): p. 139-45.
96. Mertens, J.R., et al., *Medical and psychiatric conditions of alcohol and drug treatment patients in an HMO: comparison with matched controls*. Arch Intern Med, 2003. 163(20): p. 2511-7.
97. Weaver, T., et al., *Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services*. Br J Psychiatry, 2003. 183: p. 304-13.
98. Oyewumi, L.K., O. Odejide, and S.S. Kazarian, *Psychiatric emergency services in a Canadian city: I. Prevalence and patterns of use*. Can J Psychiatry, 1992. 37(2): p. 91-5.
99. Dubovsky, S.L. and A.N. Duvosky, *Psychotropic drug prescriber's survival guide: Ethical mental health treatment in the age of Big Pharma*. 2007, New York: W.W. Norton.
100. Tomar, R., N. Brimblecombe, and S. O'Sullivan, *Service Innovations: Home treatment for first episode psychosis*. Psychiatric Bulletin, 2003. 27: p. 148-157.
101. Angell, M., *The truth about drug companies: How they deceive us and what to do about it*. . 2005, New York: Random House.
102. Illich, I., *Limits to medicine*. 1976, Harmondsworth, England: Penguin Books.
103. Luhrmann, T.M., *Of two minds: The growing disorder in American Psychiatry*. 2000, New York: Knopf.
104. Smith, K.P. and N.A. Christakis, *Social networks and health*. Annual Review of Sociology, 2008. 34(405-429).
105. Cassel, J., *The contribution of the social environment to host resistance: the Fourth Wade Hampton Frost Lecture*. Am J Epidemiol, 1976. 104(2): p. 107-23.
106. Cobb, S., *Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress*. Psychosom Med, 1976. 38(5): p. 300-14.
107. Berkman, L.F. and S.L. Syme, *Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents*. Am J Epidemiol, 1979. 109(2): p. 186-204.
108. Berkman, L.F. and T. Glass, *Social intergration, social networks, social support, and health.*, in *Social epidemiology* B. L.F. and K. I., Editors. 2000. p. 137-173.
109. Cramer, P., *Coping and defense mechanisms: What's the difference?* . Journal of Personality, 1998. 66(6): p. 919-940.
110. Lazarus, R.S. and S. Folkman, *Stress, appraisal, and coping*. 1984, New York: Springer.
111. Hogan, B.E., W. Linden, and B. Najarian, *Social support interventions: do they work?* Clin Psychol Rev, 2002. 22(3): p. 383-442.
112. Skeem, J., et al., *Social networks and social control of probationers with co-occurring mental and substance abuse problems*. Law Hum Behav, 2009. 33(2): p. 122-35.
113. Suomi, S., *Uptight and laid-back monkeys: individual differences in the respons to social challenges*, in *Plasticity of development*, S. Brauth and R. Dooling, Editors. 1991, The MIT Press: Cambridge, MA. p. 27-56.
114. Cullen, E., *The therapeutic prison that works*. Therapeutic Communities: International Journal for Therapeutic Communities for Offenders, 1994. 15: p. 301-311.

115. Williams, C.T. and C.A. Latkin, *Neighborhood socioeconomic status, personal network attributes, and use of heroin and cocaine*. Am J Prev Med, 2007. 32(6 Suppl): p. S203-10.
116. Fraser, M. and J. Hawkins, *Social network analysis and drug misuse*. Social Science Review, 1984. 58(81-97).
117. Estroff, S. and C. Zimmer, *Social networks, social support, and violence among persons with severe, persistent mental illness*, in *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment*, J. Monahan and H. Steadman, Editors. 1994, University of Chicago Press: Chicago. p. 259-295.
118. MacDonald, E.M., et al., *Social networks of people with dual diagnosis: the quantity and quality of relationships at different stages of substance use treatment*. Community Ment Health J, 2004. 40(5): p. 451-64.
119. Carter, W.C. and S.L. Feld, *Principles relating social regard to size and density of personal networks, with application to stigma*. Social Networks, 2004. 26: p. 232-329.
120. Minor, M., *Panel data on ego networks. A longitudinal study of former heroin addicts*, in *Social network analysis*, R. Burt and M. Minor, Editors. 1983, Sage: London.
121. Hendriks, V.M., et al., *The Addiction Severity Index: reliability and validity in a Dutch addict population*. J Subst Abuse Treat, 1989. 6(2): p. 133-41.
122. Uchtenhagen, A. and D. Zimmer Höfler, *Heroinabhängige und ihre „normalen“ Altersgenossen*. . 1985, Haupt, Bern: Verlag Paul.
123. Reichmann, S., C.D. Kaplan, and I. Jansson, *Social epidemiologic comparisons in a European cohort of substance dependent therapeutic community clients: a case-oriented analysis*. International Journal of Social Welfare, 2001. 10: p. 224-234.
124. Latkin, C., et al., *Using social network analysis to study patterns of drug use among urban drug users at high risk for HIV/AIDS*. Drug Alcohol Depend, 1995. 38(1): p. 1-9.
125. Trotter, R.T.I., A. Bowen, and J. Potter, *Network models for HIV outreach and prevention programs for drug users*. Social networks, drug abuse, and HIV transmission, ed. R.H. Needle, et al. Vol. 151. 1995, Washington, DC: USGPO. 141-180.
126. Heinz, A.J., et al., *Marriage and relationship closeness as predictors of cocaine and heroin use*. Addict Behav, 2009. 34(3): p. 258-63.
127. Schilit, R. and E.L. Gomberg, *Social support structures of women in treatment for alcoholism*. Health Soc Work, 1987. 12(3): p. 187-95.
128. Delgado, A., et al., *Redes sociales en adictos a alcohol y opiáceos*, in *XX Jornadas Nacionales de Socidroalcohol*. 1992, Libro de ponencias: Córdoba. p. 444-459.
129. Hill, R., *Generic features of families under stress*, in *Crisis intervention: Selected readings*, H.J. Parad, Editor. 1965, Family Service Association of America: New York. p. 33-52.
130. Brown, G.W. and T.O. Harris, *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women 1979*, London: Tavistock.
131. Kessler, R.C., J.D. McLeod, and E. Wethington, *The cost of caring: A perspective on the relationship between sex and psychological distress*, in *Social support: Theory, research and applications*, G. Sarason and B.R. Sarason, Editors. 1985, Martinus Nijhof: Boston. p. 491-506.
132. Leaf, P.J., et al., *Social factors related to psychiatric disorder: the Yale Epidemiologic Catchment Area study*. Soc Psychiatry, 1984. 19(2): p. 53-61.
133. Westermeyer, J. and J. Neider, *Social networks and psychopathology among substance abusers*. Am J Psychiatry, 1988. 145(10): p. 1265-9.

134. Drake, R., M. Brunette, and K. Muesser, *Substance use disorders and social functioning in schizophrenia*, in *Handbook of social functioning* K. Muesser and N. Tarrier, Editors. 1998, Allyn & Bacon: Boston. p. 280-289.
135. Drake, R.E., et al., *Psychosocial aspects of substance abuse by clients with severe mental illness*. *J Nerv Ment Dis*, 2002. 190(2): p. 100-6.
136. Halleck, S., *The politics of therapy*. 1971, New York: Science House.
137. Polak, P., *Social systems intervention*. *Arch Gen Psychiatry*, 1971. 25(2): p. 110-7.
138. McHugh, P.R., *How psychiatry lost its way*. *Commentary*, 1999. 108(5): p. 32-38.
139. McKinlay, J.B. and L.D. Marceau, *A tale of 3 tails*. *Am J Public Health*, 1999. 89(3): p. 295-8.
140. Meyer, I.H. and S. Schwartz, *Social issues as public health: promise and peril*. *Am J Public Health*, 2000. 90(8): p. 1189-91.
141. Garrison, J., *Network techniques: Case studies in the screening-linking-planning conference method*. *Family Process*, 1974. 13: p. 337-353.
142. Evans, M., et al., *An experimental study of the effectiveness of intensive in-home crisis services for children and their families*. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2003. 11(2): p. 92-121.
143. Miller, W.R. and S. Rollnick, *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviour*. 1991, New York: Guilford Press.
144. Appelbaum, A., *A critical re-examination of the concept 'motivation for change' in psychoanalytic treatment*. *Int J Psychoanal*, 1972. 53(1): p. 51-9.
145. Miller, W.R., *Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism*. *Psychol Bull*, 1985. 98(1): p. 84-107.
146. Prochaska, J.O. and C.C. DiClemente, *Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change*. *J Consult Clin Psychol*, 1983. 51(3): p. 390-5.
147. Miller, W.R. and N. Heather, *Treating addictive behaviors*. 2 ed. 1998, New York: Plenum Press.
148. Prochaska, J.O., C.C. DiClemente, and J.C. Norcross, *In search of how people change. Applications to addictive behaviors*. *Am Psychol*, 1992. 47(9): p. 1102-14.
149. DiClemente, C.C., et al., *The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change*. *J Consult Clin Psychol*, 1991. 59(2): p. 295-304.
150. McConaughy, E.A., et al., *Stages of change in psychotherapy: A follow-up report*. *Psychotherapy*, 1989. 26: p. 494-503.
151. Prochaska, J.O., C.C. DiClemente, and J.C. Norcross, *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change*. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1982. 20: p. 161-173.
152. Prochaska, J.O., C.C. DiClemente, and J.C. Norcross, *Common processes of change in smoking, weight control and psychological distress*, in *Coping and substance abuse*, S. Shiffman and T. Wills, Editors. 1985, Academic Press: San Diego, C.A.
153. DiClemente, C.C., *Motivational interviewing and the stages of change*, in *Motivational interviewing: preparing people for change*, W.R. Miller and S. Rollnick, Editors. 1991, Guilford Press: New York. p. 191-202.
154. Velicer, W.F., et al., *Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status*. *J Pers Soc Psychol*, 1985. 48(5): p. 1279-89.
155. Defuentes-Merillas, L., C.A. Dejong, and G.M. Schippers, *Reliability and validity of the Dutch version of the Readiness to Change Questionnaire*. *Alcohol Alcohol*, 2002. 37(1): p. 93-9.

156. Prochaska, J.O., *Treating entire populations for behavior risks for cancer*. *Cancer J*, 2001. 7(5): p. 360-8.
157. Prochaska, J.O., *Prescribing to the stages and levels of change*. *Psychotherapy*, 1991. 28: p. 463-468.
158. Prochaska, J.O. and C.C. DiClemente, *Stages of change in the modification of problem behaviors*. *Prog Behav Modif*, 1992. 28: p. 183-218.
159. Prochaska, J.O., et al., *Attendance and outcome in a work site weight control program: processes and stages of change as process and predictor variables*. *Addict Behav*, 1992. 17(1): p. 35-45.
160. Ockene, J., I. Ockene, and J. Kristellar, *The Coronary Artery Smoking Intervention Study*. . 1988, Worcester, MA: National Heart Lung Blood Institute.
161. Prochaska, J.O. and A. Costa, *A cross-sectional comparison of stages of change for pre-therapy and within-therapy clients*. 1989, University of Rhode Island: Kingston.
162. Medeiros, M. and J.O. Prochaska, *Predicting premature termination from psychotherapy*. 1992.
163. Prochaska, J.O., et al., *Predicting change in smoking status for self-changers*. *Addict Behav*, 1985. 10(4): p. 395-406.
164. Wilcox, N.S., et al., *Subject characteristics as predictors of self-change in smoking*. *Addict Behav*, 1985. 10(4): p. 407-12.
165. Norcross, J.C. and J.O. Prochaska, *Psychotherapist heal thyself: 1. The psychological distress and self-change of psychologists, counselors, and laypersons*. *Psychotherapy*, 1986. 23(102-114).
166. Prochaska, J.O., *Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis*. 1979, Homewood, IL: Dorsey Press.
167. Prochaska, J.O. and J.C. Norcross, *Psychotherapists' perspectives on treating themselves and their clients for psychic distress*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 1983. 14: p. 642-655.
168. Prochaska, J.O., et al., *Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking*. *J Consult Clin Psychol*, 1988. 56(4): p. 520-8.
169. Zimmerman, G.L., C.G. Olsen, and M.F. Bosworth, *A 'stages of change' approach to helping patients change behavior*. *Am Fam Physician*, 2000. 61(5): p. 1409-16.
170. Miller, W.R. and S. Rollnick, *Motivational interviewing*. 2002, New York: Guilford Press.
171. Miller, W.R. and V.C. Sanchez, *Motivating young adults for treatment and lifestyle change*, in *Alcohol use and misuse by young adults*, G.S. Howard and P.E. Nathan, Editors. 1994, University of Notre Dame Press: Notre Dame, IN. p. 55-81.
172. Einsiedel, A., B. L., and F. Ross, *How to Conduct Focus Groups: A Guide for Adult and Continuing Education Managers and Trainers*. . 1996, University of Saskatchewan: University Extension Press.
173. Bengelsdorf, H., et al., *A crisis triage rating scale. Brief dispositional assessment of patients at risk for hospitalization*. *J Nerv Ment Dis*, 1984. 172(7): p. 424-30.
174. Turner, P.M. and T.J. Turner, *Validation of the crisis triage rating scale for psychiatric emergencies*. *Can J Psychiatry*, 1991. 36(9): p. 651-4.
175. Baxter, S., B. Chodorkoff, and R. Underhill, *Psychiatric emergencies: dispositional determinants and the validity of the decision to admit*. *Am J Psychiatry*, 1968. 124(11): p. 1542-8.
176. Flynn, H.R. and J.E. Henisz, *Criteria for psychiatric hospitalization: experience with a checklist for chart review*. *Am J Psychiatry*, 1975. 132(8): p. 847-50.

177. Thijssen, B., *Het elektronisch patiëntendossier : Informatisering voor een efficiënte en kwaliteitsvolle gezondheidszorg*, in *Handelswetenschappen en Bedrijfskunde* 2009, Katholieke Hogeschool Kempen: Geel
178. Fincken, R. and R. van Os, *Het wel en wee van het EPD*. 2005: T.A. Te Braake.
179. Zernig, G., et al., *Explaining the escalation of drug use in substance dependence: models and appropriate animal laboratory tests*. *Pharmacology*, 2007. 80(2-3): p. 65-119.
180. Chen, C.Y., M.S. O'Brien, and J.C. Anthony, *Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the United States: 2000-2001*. *Drug Alcohol Depend*, 2005. 79(1): p. 11-22.
181. Kalaydjian, A., et al., *Sociodemographic predictors of transitions across stages of alcohol use, disorders, and remission in the National Comorbidity Survey Replication*. *Compr Psychiatry*, 2009. 50(4): p. 299-306.
182. O'Brien, M.S. and J.C. Anthony, *Risk of becoming cocaine dependent: epidemiological estimates for the United States, 2000-2001*. *Neuropsychopharmacology*, 2005. 30(5): p. 1006-18.
183. Swendsen, J., et al., *Improving targets for the prevention of drug use disorders: sociodemographic predictors of transitions across drug use stages in the national comorbidity survey replication*. *Prev Med*, 2008. 47(6): p. 629-34.
184. Swendsen, J., et al., *Socio-demographic risk factors for alcohol and drug dependence: the 10-year follow-up of the national comorbidity survey*. *Addiction*, 2009. 104(8): p. 1346-55.
185. Wagner, F.A. and J.C. Anthony, *Male-female differences in the risk of progression from first use to dependence upon cannabis, cocaine, and alcohol*. *Drug Alcohol Depend*, 2007. 86(2-3): p. 191-8.
186. Fowler, T., et al., *Exploring the relationship between genetic and environmental influences on initiation and progression of substance use*. *Addiction*, 2007. 102(3): p. 413-22.
187. Anthony, J.C. and K.R. Petronis, *Early-onset drug use and risk of later drug problems*. *Drug Alcohol Depend*, 1995. 40(1): p. 9-15.
188. Chen, C.Y., C.L. Storr, and J.C. Anthony, *Early-onset drug use and risk for drug dependence problems*. *Addict Behav*, 2009. 34(3): p. 319-22.
189. Clark, D.B., et al., *Family functioning and adolescent use disorders* *Journal of Family Psychology*, 1998. 12: p. 81-92.
190. Grant, B.F. and D.A. Dawson, *Age of onset of drug use and its association with DSM-IV drug abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey*. *J Subst Abuse*, 1998. 10(2): p. 163-73.
191. McCabe, S.E., et al., *Does early onset of non-medical use of prescription middelen predict subsequent prescription drug abuse and dependence? Results from a national study*. *Addiction*, 2007. 102(12): p. 1920-30.
192. King, K.M. and L. Chassin, *A prospective study of the effects of age of initiation of alcohol and drug use on young adult substance dependence*. *J Stud Alcohol Middelen*, 2007. 68(2): p. 256-65.
193. Remans, B., *De psychiatrische afdeling van het algemeen ziekenhuis volgens een psychodynamische gedachtengang*. 1993, Dienst psychiatrie, St.Jansziekenhuis: Genk.
194. Vandevijver, A., *Groepstherapie bij acut opgenomen patiënten: een psychodynamisch model*. 1994, Dienst Psychiatrie, St.Jansziekenhuis: Genk.
195. Marlatt, G.A. and J.R. Gordon, *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. 1985, New York: Guilford Press.

196. Parks, G.A. and G.A. Marlatt, *Relapse Prevention Therapy for Substance-Abusing Offenders: A Cognitive-Behavioral Approach in What Works: Strategic Solutions: The International Community Corrections Association Examines Substance Abuse*, in *American Correctional Association*, E. Latessa and L. M.D., Editors. 1999. p. 161-233.

Nyklíček I, Temoshok L, Vingerhoets A. Emotional expression and health. *Advances in theory, assessment, and clinical applications*. New York: Brunner-Routledge, 2004.

Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.

HOOFDSTUK 3
EPIDEMIOLOGISCHE ASPECTEN VAN CRISES EN CRISISOPVANG

Sofie Hermans
Wouter Vanderplasschen
Ronny Bruffaerts

3. ANALYSE VAN BESTAANDE DATABASES MET BETREKKING TOT DE CRISISOPVANG VOOR MIDDELENGBRUIKERS

Doorheen de jaren is er een aantal specifieke gegevens verzameld rond sociodemografische, klinische en zorggegevens bij patiënten die zich aandienden in RIZIV-geconventioneerde CICs en FOD pilootprojecten ‘crisis en case management’. De analyses van deze databestanden geven een specifiek beeld dat kan worden gebruikt voor epidemiologische analyses. In deze paragraaf bespreken we systematisch de epidemiologie van patiënten opgenomen in RIZIV-geconventioneerde CICs (op basis van de database van de Vlaamse Vereniging Behandelingscentra Verslaafdenzorg [VVBV]) en patiënten opgenomen in de FOD pilootprojecten (op basis van de geregistreerde aantallen patiënten [op basis van een bestand van de FOD], patiëntprofielen van het FOD pilootproject van de site UZ Gasthuisberg Leuven en op basis van een voor ECCAM ontwikkelde epidemiologie studie in alle 8 FOD pilootprojecten.

3.1. Patiëntprofielen en behandelingskenmerken van personen opgenomen in RIZIV-geconventioneerde crisisinterventiecentra voor middelengebruikers in Vlaanderen (2006-2008)

3.1.1. Inleiding

De Vlaamse Vereniging Behandelingscentra voor Verslaafdenzorg (VVBV) verzamelt sinds 1988 systematisch gegevens over middelengebruikers in begeleiding of opgenomen in gespecialiseerde behandelingscentra met een RIZIV-conventie (Thienpont & Van Deun, 2007). Ook de vijf Vlaamse crisisinterventiecentra (ADIC, De Sleutel, De Spiegel, Katarsis en Kompas) nemen deel aan deze registratie, die gebeurt aan de hand van het Drug Aid Registration System (DARTS). In dit systeem worden de belangrijkste kenmerken van personen die een behandeling starten geregistreerd. DARTS is onder meer gebaseerd op het Treatment Demand Indicator-protocol van de Pompidou Group en op de EuropASI. DARTS is een open source-programma dat de registrerende centra toelaat zelf bepaalde toepassingen te koppelen, de variabelenset uit te breiden en aangepaste invoerschermen te maken. Hoewel DARTS een uitgebreide gemeenschappelijke kern van variabelen bevat, is één van de beperkingen van dit ‘open source’-programma dat niet alle centra dezelfde variabelen registreren of dit niet op exact dezelfde wijze doen. Bovendien werd het DARTS-registratiesysteem in 2007 gedeeltelijk gewijzigd (Thienpont & Van Deun, 2007), waardoor niet dezelfde variabelen beschikbaar zijn voor analyses over verschillende jaren heen. Aan de hand van de VVBV-data over de door het RIZIV erkende crisisinterventiecentra (CIC) willen we volgende onderzoeksvragen beantwoorden: (a) wat is het socio-demografisch en gebruikersprofiel van personen opgenomen in een CIC; (b) wat is het behandelingsverleden en de behandelingsduur van patiënten opgenomen in een CIC? en (c) welke variabelen houden verband met een kortere (c.q. langere) behandelingsduur bij patiënten opgenomen in een CIC?

3.1.2. Methodologie

In functie van deze secundaire analyse van de VVBV-data werden de gegevens geanalyseerd van alle opnames in crisisinterventiecentra (CIC) in Vlaanderen¹ tussen 1 januari 2006 en 31 december 2008. Dit betreft enkel patiënten die effectief opgenomen zijn geweest in één (of meer) van deze CICs, dus niet louter aanmeldingen waarbij geen behandeling werd opgestart. Dubbeltellingen tussen voorzieningen kunnen niet geheel uitgesloten worden, maar zullen eerder beperkt zijn gezien de geografische spreiding van de CICs over heel Vlaanderen. Wel is de database uitgezuiverd van dubbeltellingen binnen voorzieningen, waardoor de analyses betrekking hebben op unieke patiënten.

In totaal werden tussen januari 2006 en december 2008 2578 personen opgenomen in de vijf Vlaamse crisisinterventiecentra samen (cf. tabel 1). Het merendeel van hen (38.6%) werd opgenomen in CIC De Sleutel dat over een veel grotere opnamecapaciteit beschikt. Het procentueel aantal opnames in de overige centra ligt rond de 15%. Uit de analyse van de gegevens voor de verschillende referentie jaren valt op dat het aantal opnames in nagenoeg alle crisisinterventiecentra terugliep in 2007 en 2008, in vergelijking met 2006. Alleen in CIC ADIC en CIC De Spiegel is deze tendens niet echt merkbaar. Het veel lagere aantal opnames in CIC De Sleutel in 2008 hangt samen met het feit dat de opnamepolitiek wijzigde in 2007. Als gevolg hiervan werd enerzijds een laagdrempelige zorgmodule (“bed-bad-brood”) afgebouwd en wordt anderzijds een langere behandelingsduur nagestreefd in de module oriëntatie. Verder onderzoek is nodig om na te gaan of het aantal opnames in CICs verder is afgenomen in 2009 en 2010 en of dit gepaard gaat met een langere opnameduur. Omdat de verschillen qua aantal opnames tussen de geselecteerde referentie jaren bijna significant zijn ($X^2(8)=14.925$; $p=0.061$) en omdat de registratie van een aantal variabelen in 2007 gewijzigd werd, zullen deze genuanceerd weergegeven worden in de tekst en niet zomaar gecompileerd worden voor de drie referentie jaren.

Tabel 1 Aantal opnames per referentiejaar in de door het RIZIV erkende crisisinterventiecentra in Vlaanderen (n=2578)

	2006	2007	2008	TOTAAL
CIC ADIC	118 (13.0%)	156 (17.6%)	139 (17.8%)	413 (16.0%)
CIC De Sleutel	362 (39.7%)	342 (38.5%)	292 (37.5%)	996 (38.6%)
CIC Katharsis	139 (15.3%)	126 (14.2%)	103 (13.2%)	368 (14.3%)
CIC Kompas	192 (21.1%)	153 (17.2%)	146 (18.7%)	491 (19.1%)
CIC De Spiegel	100 (11.0%)	111 (12.5%)	99 (12.7%)	310 (12.0%)
TOTAAL	911	888	779	2578

Het DARTS-registratiesysteem bevat zowel gegevens over de aanmelding en de intake als over het alcohol- en middelengebruik, de justitiële problemen, familie en sociale relaties, arbeidssituatie en het opleidingsniveau van opgenomen patiënten (Thienpont & Van Deun, 2007). In functie van voorliggend onderzoek werden een 30-tal variabelen geselecteerd, met name socio-demografische gegevens (leeftijd, geslacht, nationaliteit, opleidingsniveau, woonplaats, ...), gegevens over de leef- en werksituatie (woonsituatie, voornaamste bron van inkomsten, justitiële situatie, ...), behandelingsgegevens (opnamejaar, behandelingsduur,

¹ Het was aanvankelijk de bedoeling om in deze analyse ook de gegevens van de drie overige CICs in Wallonië en Brussel te betrekken, maar uiteindelijk werd hiermee niet ingestemd door de directie van twee van de drie CICs.

behandelingsverleden, verwijzende instantie) en informatie met betrekking tot het middelengebruik (belangrijkste product, tweede en derde product, intraveneus gebruik). Om bovenstaande onderzoeksvragen te beantwoorden, werden frequentie- en kruistabellen berekend. Significanties werden, afhankelijk van het meetniveau van de variabelen en het aantal vergeleken groepen, berekend aan de hand van X^2 -toetsen voor niet-continue variabelen en aan de hand van t-testen en ANOVA's voor continue variabelen. We maakten hierbij gebruik van het statistisch pakket SPSS 15.0.

3.1.3. Resultaten

3.1.3.1. Socio-demografische gegevens

Tabel 2 geeft een samenvattend overzicht van het socio-demografisch profiel van patiënten opgenomen in crisisinterventiecentra met een RIZIV-conventie voor de behandeling van middelengebruikers. De overgrote meerderheid van de opgenomen patiënten (81.3% in 2008) zijn mannen. Het percentage vrouwen dat opgenomen wordt in een CIC bedraagt iets minder dan 20%. De gemiddelde leeftijd bij opname is 26.4 jaar ($SD= 6.4$). De jongste opgenomen cliënt was 14 jaar, de oudste 58 jaar. Het is opvallend dat bijna 5% van alle patiënten die opgenomen werden tussen 2006 en 2008 nog geen 18 jaar oud was op het moment van de opname. De gemiddelde leeftijd van opgenomen vrouwen (24.7 jaar) ligt significant lager in vergelijking met die van opgenomen mannen (26.8 jaar) ($t=6.64(665.38)$; $p=0.000$). Verder wordt duidelijk dat de meeste patiënten de Belgische nationaliteit (93.1%) hebben. 2.3% heeft de nationaliteit van een ander EU-land, terwijl 4.5% de nationaliteit heeft van een niet EU-land. Het valt op dat de gemiddelde leeftijd bij personen die een andere dan de Belgische nationaliteit hebben, beduidend hoger ligt: respectievelijk 29.7 jaar bij patiënten met de nationaliteit van een ander EU-land en 32.3 jaar bij personen met de nationaliteit van een niet EU-land ($F=62.93(2)$, $p=0.000$).

Het opleidingsniveau van opgenomen patiënten is over het algemeen laag: bijna tweederde van hen (60.7%) heeft maximaal een diploma lager (29.3%) of lager secundair (31.4%) onderwijs behaald. Eveneens 29.3% heeft een diploma secundair onderwijs, terwijl 2.2% een diploma hoger onderwijs heeft.

De meeste CICs rekruteren hun patiënten lokaal of regionaal, wat blijkt uit het feit dat ruim de helft van de patiënten in elk CIC hun verblijfplaats hebben in de provincie waar dit CIC gevestigd is (cf. Tabel 4). Dit is bij uitstek het geval in ADIC (77.8%) en Kompas (70.9%), terwijl dit aantal in CIC De Spiegel (38.8%) relatief beperkt is (tabel 3).

Tabel 2 Socio-demografisch profiel van opgenomen patiënten in crisisinterventiecentra tussen 2006 en 2008 (n=2578)

	Column N %
<i>Geslacht</i>	
mannen	83.1%
vrouwen	16.9%
<i>Nationaliteit</i>	
Belg	93.1%
Niet-Belg, Europese Unie	2.3%
Niet-Belg, niet Europese Unie	4.5%
<i>Voornaamste bron van inkomsten (2006-2007)</i>	
Eigen werk	26,7%
Ziekte- of invaliditeitsuitkering	20,4%
Werkloosheidsuitkering	18,3%
Leefloon	13,4%
Geen	11,1%
<i>Arbeidssituatie</i>	
Werkloos	35,1%
Regulier werk	25,4%
Arbeidsongeschikt	23%
Student	7%
<i>Leefomstandigheden</i>	
Alleen	24.3%
Met ouders	31.4%
Alleen met partner	8.3%
In gecontroleerde omgeving	7.2%
In wisselende omstandigheden	6.1%
<i>Justitiële situatie</i>	
Vrij	74%
invrijheidstelling	19,3%
Bijzondere jeugdbijstand	2,6%
Vrijheidsberoving	2,3%
Andere vorm van justitiële druk	1,8%

Tabel 3 Verblijfplaats van opgenomen patiënten per CIC, ingedeeld naar provincie (n=2534)

	CIC ADIC	CIC De Sleutel	CIC Katharsis	CIC Kompas	CIC De Spiegel	Totaal
Antwerpen	319 (77.8%)	192 (19.7%)	118 (33.4%)	22 (4.5%)	105 (34.0%)	756 (29.8%)
Oost-Vlaanderen	44 (10.7%)	534 (54.7%)	10 (2.8%)	118 (24.3%)	33 (10.7%)	739 (29.2%)
Limburg	12 (2.9%)	5 (0.5%)	197 (55.8%)	0 (0.0%)	33 (10.7%)	247 (9.7%)
West-Vlaanderen	16 (3.9%)	202 (20.7%)	4 (1.1%)	344 (70.9%)	6 (1.9%)	572 (22.6%)
Vlaams-Brabant	18 (4.4%)	21 (2.1%)	22 (6.2%)	1 (0.2%)	120 (38.8%)	182 (7.2%)
Brussel	1 (0.2%)	23 (2.4%)	2 (0.6%)	0 (0.0%)	12 (3.9%)	38 (1.5%)
TOTAAL	410	977	353	485	309	2534

Tijdens de laatste 30 dagen voor hun opname in een CIC leefden de meeste patiënten bij hun ouders (31.4%), terwijl bijna een kwart alleen woonde (24.3%). 8.3% leefde samen met zijn/haar partner en 5.6% leefde samen met partner en kind. Ruim 7% verbleef de laatste 30 dagen voor zijn/haar opname in een gecontroleerde omgeving, terwijl de leefsituatie van 6.1% als “wisselend” omschreven kan worden.

Gegevens over de arbeidssituatie van patiënten zijn enkel beschikbaar voor de referentiejaren 2007 en 2008². Hieruit blijkt dat de meeste opgenomen patiënten (35%) werkloos waren de laatste 30 dagen voor hun opname. Ongeveer een kwart had een reguliere job (25.5%), terwijl 23.2% niet economisch actief was (ziek of arbeidsongeschikt). De registratiegegevens³ maken verder duidelijk dat voor ruim een kwart van de patiënten (26.7%) hun eigen beroepsactiviteiten hun belangrijkste inkomstenbron waren tijdens de 30 dagen voor hun opname. Voor 20.4% was een ziekte- of invaliditeitsverzekering hun belangrijkste bron van inkomsten, bij 18.3% was dat hun werkloosheidsuitkering en bij 13.4% was dat een leefloon. Bijna 1 op 10 beweerde niet over eigen inkomsten te beschikken, terwijl de resterende 10% inkomsten verkreeg via hun partner of familie.

Gegevens over de justitiële situatie van patiënten⁴ tonen dat de meeste personen (74%) die opgenomen worden in een CIC (momenteel) geen juridisch statuut hebben. Ruim een vijfde (21.6%) kwam reeds vroeger in contact met justitie of heeft nog een zaak lopen bij justitie (7.1%). Bij 19.3% van de patiënten is er sprake van een vorm van invrijheidsstelling na vervolging door het parket of een vonnis van de rechter. Meestal betreft dit een vrijlating onder voorwaarden (VOV) (8.5%), probatiemaatregel (4.8%) of voorwaardelijke invrijheidsstelling (2.5%). Opmerkelijk is nog dat bij 2.6% van alle patiënten die in een CIC verblijven sprake is van een maatregel in het kader van de Bijzondere Jeugdbijstand.

² Voor CIC Kompas waren deze gegevens niet beschikbaar.

³ Deze gegevens m.b.t. de belangrijkste bron van inkomsten waren niet beschikbaar voor CIC de Sleutel voor het referentiejaar 2008.

⁴ Gegevens over de justitiële situatie hebben geen betrekking op CIC De Sleutel, waarvoor deze gegevens niet beschikbaar waren voor de vermelde referentiejaren.

3.1.3.2.Middelengebruik

Wat het middelengebruik betreft van patiënten die opgenomen worden in crisisinterventiecentra, merken we geen verschillen tussen de drie registratiejaren met betrekking tot het belangrijkste probleemmiddel. Opiaten (met name heroïne, 45.1%) zijn in nagenoeg de helft van de gevallen (49.7%) het belangrijkste product van patiënten die een behandeling starten, gevolgd door cocaïne (22.2%) en amfetamines (14.1%) (cf. tabel 4). In 10.4% van de gevallen blijkt cannabis het belangrijkste probleemmiddel van opgenomen patiënten, in 3.6% van de gevallen is dit alcohol. De gemiddeld leeftijd waarop men dit belangrijkste product voor het eerst begon te gebruiken is 18.6 jaar, maar deze beginleeftijd ligt beduidend hoger voor opiaten- (19.4 jaar) en cocaïnegebruikers (20.2 jaar) in vergelijking met patiënten met amfetamines (16.9 jaar), cannabis (14.9 jaar) of alcohol (15.8 jaar) als belangrijkste product ($F(4,2050)=84.85; p=0.000$). Het inhaleren of roken (48.3%) van dit belangrijkste probleemmiddel is de meest courante gebruikswijze, gevolgd door spuiten (21.7%) en snuiven (19.5%). De meeste gebruikers (61.3%) inhaleren of roken opiaten, terwijl ongeveer 33% deze middelen intraveneus gebruikt. Cocaïne wordt vooral gesnoven (45.2%) of gerookt (40.3%) en door sommigen gespoten (13.4%). Amfetamines worden vooral gesnoven (65.6%) en in mindere mate gespoten (18.5%) en geslikt (12.1%). Tweederde van alle geregistreerde patiënten (66.1%) gebruikte dit belangrijkste product dagelijks tijdens de 30 dagen voorafgaand aan hun opname, terwijl nog eens 17.5% dit bijna dagelijks deed.

In 79.3% van de gevallen wordt ook een ander probleemmiddel vermeld naast het hoofdproduct en bij 58.5% van de patiënten worden zelfs drie probleemmiddelen geregistreerd. Bij ruim een kwart van de patiënten (28.3%) is cocaïne het tweede belangrijkste middel en bij ongeveer 10% is dit het derde belangrijkste middel (cf. Tabel 3). Bij heel wat patiënten speelt cannabis een belangrijke rol als bijkomend probleemmiddel, respectievelijk als tweede (17.3%) of derde product (11.0%). Hetzelfde geldt voor amfetamines (9.8 en 22.3%) en niet te vergeten opiaten (14.3 en 7.2%). Deze cijfers illustreren overduidelijk dat de meeste opgenomen patiënten problemen ervaren met verschillende middelen (het zogenaamde polymiddelengebruik). Hoewel de CICs zich in principe specifiek richten op hulpverlening aan verslaafden aan illegale middelen, wordt duidelijk dat bij minstens 20% van de opgenomen patiënten ook problemen met alcohol gerapporteerd worden.

Gegevens over intraveneus middelengebruik ontbreken voor een deel van de steekproef⁵. Uit de beschikbare gegevens blijkt dat ruim de helft van de patiënten (54.2%) nooit geïnjecteerd heeft. Meer dan een kwart van de opgenomen patiënten (27.7%) heeft ooit middelen gespoten maar deed dit recent niet meer, terwijl iets minder dan één op vijf patiënten (18.1%) nog injecteerden tijdens de laatste 30 dagen voor hun opname in een CIC.

⁵ Deze informatie is enkel beschikbaar voor de gehele periode voor CIC De Sleutel, terwijl voor de overige CICs deze data pas beschikbaar zijn vanaf 2007. Valide percentages zijn berekend op 1859 opgenomen patiënten.

Tabel 4 Overzicht van het belangrijkste probleemmiddel van opgenomen patiënten in crisisinterventiecentra en van bijkomende producten waarmee men problemen ervaart (n=2578)

	Belangrijkste probleemmiddel	Tweede belangrijkste probleemmiddel	Derde belangrijkste probleemmiddel
Opiaten	49.7%	14.3%	7.2%
Cocaïne	22.2%	28.3%	10.9%
Amfetamines	14.1%	9.8%	22.3%
Cannabis	10.4%	17.3%	11.0%
Alcohol	3.6%	9.6%	7.0%

3.1.3.3. Behandelingsgeschiedenis en huidige behandeling

Gegevens over het behandelingsverleden van opgenomen patiënten zijn slechts beschikbaar vanaf 2007⁶. Deze gegevens tonen aan dat dit voor iets minder dan een kwart van de patiënten (24.3%) hun eerste behandeling was. Alle overige patiënten waren reeds eerder in behandeling geweest, ofwel in het betreffende CIC (35.6%) ofwel in een ander centrum (40.1%). Gezien het grote aantal patiënten met opiaten als voornaamste probleemmiddel, is het niet verwonderlijk dat 39.6% van alle opgenomen patiënten een vorm van substitutiebehandeling volgde op het moment van hun opname. In de meeste gevallen ging dit om een substitutiebehandeling met methadon (26.7%).

De meeste patiënten namen op eigen initiatief (40.8%) of op advies van de omgeving (8.4%) contact op met het crisisinterventiecentrum waar ze opgenomen werden. De praktijk leert dat bij het tot stand komen van dergelijke “spontane” verwijzingen een professionele verwijzer dikwijls een faciliterende rol speelt. De gespecialiseerde drughulpverlening blijkt de voornaamste verwijzende instantie (17.5%), gevolgd door politie en justitie (12.4%) en de residentiële (geestelijke) gezondheidszorg (9.4%). Ongeveer 8% van alle patiënten wordt verwezen vanuit het welzijnswerk of de ambulante ggz.

Tenslotte kunnen uit de registratiegegevens van het VVBV enkele bevindingen afgeleid worden over de duur van de behandeling en het moment van opname en ontslag uit een CIC⁷. De verblijfsduur in een CIC varieert van minder dan een etmaal tot meer dan 3 maanden. Gemiddeld bedraagt de verblijfsduur 22.4 dagen en de helft van de patiënten blijft maximum 15 dagen opgenomen in een CICs. Bijna één op tien opnames (9.1%) duurt niet langer dan één dag.

Bijna driekwart van alle opnames (71.5%) gebeurt 's morgens tussen 6u en 12u, terwijl 27.7% van alle patiënten in de namiddag (tussen 12u en 18u) opgenomen wordt. Het ontslag van patiënten wordt dan weer het vaakst (52.1%) in de namiddag gepland, al gaan ook heel wat patiënten 's morgens (31.7%) of na 18u (16.2%) met ontslag.

⁶ Deze variabele werd pas vanaf 2007 systematisch geregistreerd in alle crisisinterventiecentra, met uitzondering van CIC De Spiegel waarvoor deze data pas vanaf 2008 beschikbaar zijn. Dezelfde opmerking geldt voor de variabele “momenteel in substitutiebehandeling”.

⁷ Deze gegevens zijn niet beschikbaar voor CIC De Sleutel, omdat de meeste gegevens die door De Sleutel aan het VVBV aangeleverd worden gegenereerd worden uit de EuropASI, waarin behandelingsduur en moment van opname/ontslag niet bevraagd worden. Gegevens m.b.t. de duur van de behandeling waren niet beschikbaar voor ADIC.

Omdat retentie in behandeling een belangrijke indicator is van de uitkomsten ervan, werd nagegaan of er een significant verband bestaat tussen een langere behandelingsduur (≥ 14 dagen opname) en de hiervoor beschreven cliëntkenmerken en behandelingsaspecten. Uit deze analyses komt naar voor dat een langere (c.q. kortere) behandelingsduur onder meer samenhangt met de leefsituatie bij opname en verschillende aspecten van middelengebruik. Een significant groter aantal personen dat alleen woont, houdt de behandeling langer vol ($X^2(7)=16.14$; $p=0.024$), terwijl met name personen met opiaten als voornaamste probleemmiddel de behandeling snel verlaten ($X^2(4)=54.82$; $p=0.000$). Ook dagelijks gebruik ($X^2(5)=23.32$, $p=0.000$), het inhaleren of roken van het voornaamste probleemmiddel ($X^2(4)=31.36$; $p=0.000$) en recent intraveneus gebruik ($X^2(2)=7.67$; $p=0.022$) komen significant vaker voor in de groep patiënten die de behandeling minder dan 14 dagen volhouden. De gemiddelde leeftijd is tenslotte beduidend lager (25.7 vs. 27.0 jaar) in de groep die de crisisbehandeling vroeg verlaat ($t(1556.34)=-4.234$, $p=0.000$).

3.1.4. Discussie

Uit het hiervoor geschetste patiëntenprofiel van personen die een crisisbehandeling volgen in een door het RIZIV erkend crisisinterventiecentrum voor middelengebruikers in Vlaanderen blijkt dat deze patiënten gemiddeld 27 jaar oud zijn en dat het vooral mannen met de Belgische nationaliteit betreft. In vergelijking met andere (ambulante) behandelingsvormen (cf. Colpaert et al., 2005) blijken vrouwen de weg naar deze CICs niet zo makkelijk te vinden, hoewel vrouwen die dit wel doen dit op veel jongere leeftijd doen dan mannen. Het lijkt ons daarom aangewezen om het zorgaanbod van deze CICs toegankelijker te maken voor vrouwen in het algemeen, meer specifiek voor vrouwen met kinderen. Gezien het niet geringe aantal minderjarigen dat in deze centra opgenomen wordt, lijkt het ons ook essentieel om het zorgaanbod tevens in die zin aan te passen. Meer in het algemeen maakt dit de nood aan gespecialiseerde residentiële (crisis)opvang voor minderjarige middelengebruikers duidelijk, gezien het samen behandelen van deze jongeren met oudere middelengebruikers ons nefast lijkt tijdens hun opname en voor hun verdere ontwikkeling.

Omdat ruim de helft van alle patiënten samenleeft met ouders en/of partner, zal tijdens de crisisbehandeling aandacht moeten gaan naar het betrekken en ondersteunen van het sociaal netwerk (bij uitbreiding voor personen die alleen wonen), teneinde een crisissituatie naar de toekomst toe zoveel mogelijk te vermijden. Gezien de grote mate van economische inactiviteit bij deze overwegend jonge groep middelengebruikers, dient ook aandacht besteed te worden aan de oriëntering naar opleidings- en tewerkstellingsinitiatieven. Werk en andere vormen van gestructureerde dagbesteding blijken ook in het leven van middelengebruikers belangrijke zingevers en kunnen aldus bijdragen aan het herstel van deze personen (De Maeyer et al., 2010).

Wat het middelengebruik betreft, blijken de meeste opgenomen patiënten polymiddelengebruikers. Hier dient vanzelfsprekend mee rekening gehouden te worden tijdens de behandeling, alsook met het allicht onderschatte aantal personen met alcoholproblemen gezien deze centra zich in principe niet richten op de behandeling van alcoholverslaafden. Alcohol blijkt echter een belangrijke rol te spelen bij het herstel van middelengebruikers en het is vanuit die optiek noodzakelijk te screenen voor deze problemen en er gepast op in te spelen.

De gemiddelde opnameduur van drie weken in deze CICs contrasteert sterk met de maximale opnameduur van vijf dagen in de crisiseenheden voor personen met middelengerelateerde stoornissen. Hoewel we op basis van voorliggende onderzoeksgegevens geen zicht hebben op de behandelingsuitkomsten in crisisinterventiecentra noch uitkomsten kunnen vergelijken met deze in de crisiseenheden, komen uit dit onderzoek een aantal variabelen naar voor van een kortere behandelingsduur. Patiënten met een primair problemen met opiaten en die recent nog intraveneus gebruikt hebben blijven significant vaker minder dan 14 dagen in behandeling, terwijl personen die alleen wonen net vaker twee of meer weken de behandeling volhouden. Hoewel verder onderzoek nodig is om te bepalen welke van deze variabelen echte voorspellers zijn van een kortere (c.q. langere) behandelingsduur, lijkt het ons alvast aangewezen om bij opiaatafhankelijke patiënten en intraveneuze gebruikers te anticiperen op een vroege drop-out en de vereiste continuïteit van zorg te voorzien via bv. de substitutieprogramma's die ze volgen. Het streven naar een optimale duur van de behandeling en het voorzien van zorgcontinuïteit zijn sowieso belangrijke uitdagingen in de crisisopvang,

omdat crisisopvang per definitie een tijdelijk gegeven is die gevolgd moet worden door een andere vorm van behandeling of ondersteuning.

3.2. Patiëntprofielen en behandelingscriteria van personen opgenomen in de FOD-pilootprojecten ‘Crisis en case management’

3.2.1. Analyse van de patiëntaantallen van de FOD pilootprojecten ‘Crisis en case management’

In totaal werden in 2006 6,450 opnames gerealiseerd opnames gerealiseerd binnen de pilootprojecten ‘crisis en case management’ (gemiddeld 538 per maand en gemiddeld 806 per site). De cijfers voor 2007 waren iets lager, maar liggen in globlo in dezelfde lijn als deze van 2006: op jaarbasis werden 5,343 opnames gerealiseerd, met een gemiddelde van 445 per maand en 668 per pilootproject. Over beide registratiejaren heen betekent dit dat er gemiddeld 5,897 opnames werden gerealiseerd per jaar, met een globaal gemiddelde van 492 opnames per maand en 737 opnames per pilootproject per jaar. Voor een pilootproject betekent dit dat er gemiddeld 61 opnames worden gerealiseerd per maand.

De beschouwing van deze cijfers ten aanzien van het voorkomen van DSM-IV alcoholgerelateerde stoornissen en het gebruik van cocaïne en cannabis in de Belgische algemene bevolking biedt een aantal boeiende vergelijkingspunten omdat een aantal data vanuit verschillende onderzoeken kan worden gekoppeld. Ten aanzien van de prevalentie van alcoholgerelateerde stoornissen in België (met een schatting van 610,000 volwassenen – Bruffaerts et al., 2004) is het bekend dat slechts 17% van deze groep professionele hulp zoekt (een schatting van 103,700 personen – Bruffaerts et al., 2005). Binnen deze groep is vervolgens bekend dat, op jaarbasis, 30.2% een spoedgevallendienst consulteert omwille van emotionele redenen of middelgebonden problemen (een schatting van 31,110 personen – Bruffaerts et al., 2009). Aangevuld met het ECCAM cijfermateriaal dat een schatting maakt van om en bij de 6,000 opnames op jaarbasis binnen de contouren van het pilootproject (waarvan 52% voor alcohol) betekent dit ondermeer dat ongeveer 3,066 personen met een alcoholgerelateerde stoornis professionele hulp zoeken binnen een pilootproject. Wanneer deze gegevens worden gecombineerd dan kunnen we stellen dat, van diegenen met een alcoholgerelateerde stoornis die hulp zoeken binnen een spoedgevallensetting, 9.9% (i.e. 3,066 van de 31,110 personen met een alcoholgerelateerde stoornis die jaarlijks een contact maken met een algemene spoedgevallendienst) in een pilootproject wordt behandeld.

3.2.2. FOD-pilootproject Universitair Psychiatrisch Centrum – Katholieke Universiteit Leuven: evolutie 2003-2008

Van bij de opstart van de FOD pilootprojecten ‘crisis en case management’ in 2003 werden data van het pilootproject Gasthuisberg Leuven systematisch geïntegreerd in een wetenschappelijke database. Deze bestaande database is weliswaar beperkt tot 1 site, maar geeft een uniek beeld van de evolutie van patiëntprofielen doorheen de tijd. Voor de periode 2003-2008 bestond de database uit 1502 patiënten. Voor cross-sectionele data van deze site verwijzen we graag naar een volgende paragraaf. De data gepresenteerd in deze paragraaf hebben enkel betrekking op de evolutie van een aantal klinische gegevens doorheen de tijd.

3.2.2.1. Evolutie sociodemografische karakteristieken 2003-2008

De variabelen geslacht en leeftijd blijven relatief stabiel doorheen de bestudeerde periode, uitgezonderd een lichte stijging van het aantal patiënten ouder dan 69. Het aantal samenwonenden kent een significante daling doorheen de tijd (van 73% in 2003 naar 50% in 2008, $p < .01$); ook het aantal werkenden daalt significant (van 43% in 2003 naar 39% in 2008, $p = .01$).

3.2.2.2. Evolutie in primaire aanmeldingssymptomatologie 2003-2008

Er is geen indicatie voor een evolutie doorheen de jaren in suïcidaliteit in ruime zin. Met andere woorden, er zijn niet meer of minder patiënten die een suïcide poging achter de rug hebben of kampen met suïcidale ideeën of plannen ($p = .52$). Het aantal personen met een primair middelgebonden probleem is evenwel gestegen doorheen de jaren (van 49% in 2003 naar 60% in 2008, $p < .001$); het aantal personen met middelgebonden symptomen als secundaire aanmeldingssymptoom is evenwel gedaald (van 35% in 2003 naar 13% in 2008, $p < .001$).

3.2.2.3. Evolutie in DSM IV mentale stoornissen 2003-2008

Voor de meest gediagnosticeerde As I stoornissen, nl. middelengebondenstoornissen, stemmingsstoornissen en aanpassingsstoornissen, blijkt er een significante samenhang te zijn met tijd ($p < .01$). Meer bepaald is er een daling van de diagnose aanpassingsstoornis over de jaren heen (Tabel 12). Het aantal primaire middelgebonden stoornissen is gestegen van 67% in 2003 naar 74% in 2008 ($p = .01$); het aantal secundaire middelgebonden stoornissen op as 1 is gedaald van 36% in 2003 naar 27% in 2008. Voor de meest gediagnosticeerde As II diagnoses (borderline, xi. uitgestelde of afwezige persoonlijkheidsstoornis en xii. persoonlijkheidsstoornis NAO), is er geen significant verband met tijd.

3.2.2.4. Evolutie in middelengebruik 2003-2008

Om deze evolutie te in kaart te brengen, zijn enkel de belangrijkste productklassen opgenomen in de analyse (i.c. opiaten, stimulantia, slaap – en kalmeermiddelen, cannabis en alcohol). Er blijkt geen significante samenhang te zijn tussen product en tijd ($p = .29$). Daarentegen is het comorbide gebruik echter wel significant toegenomen ($p = .03$). Hierbinnen is niet zozeer het gebruik van twee middelen toegenomen, maar wel het polymiddelengebruik (i.c. het comorbide gebruik van drie of meer middelen, $p = .002$). Dit polymiddelengebruik steeg tussen 2003 en 2008 van 7% naar 11%). Een laatste opvallend gegeven is de evolutie over de tijd heen van de leeftijd van eerste gebruik. Het aantal patiënten met een leeftijd van eerste gebruik van een middel onder 16 jaar is systematisch hoger in 2008 dan in 2003 (van 9 naar 22%, $p = .01$).

3.2.2.5. Evolutie in zorggebruik 2003-2008

Hoewel het aantal patiënten dat zich reeds eerder had aangevraagd in een spoedgevallensetting significant steeg (van 38% naar 48%, $p = .01$), bleef het aantal patiënten dat reeds een hospitalisatie in de voorgeschiedenis had, niét ($p = .49$). Toch *daalde* het aantal draaieurpatiënten (i.c. heropnames op het pilootproject via de somatische spoedgevallendienst binnen de maand na vorig ontslag) significant van 28% in 2003 naar 19% in 2008 (i.c. een relatieve daling van 32% over 5 jaren). Een specifieke interpretatie van dit

fenomeen wordt geboden vanuit de specifieke nazorg (zogenaamde spoedconsultaties) die hun effect op het draaideurfenomeen reeds eerder hebben bewezen (Bruffaerts et al., 2004; 2005).

3.2.2.6. Somatische problematiek

Wanneer we de doorverwijskanalen bekijken in termen van hun evolutie valt het op dat de verwijzingen vanuit de eerste lijn (i.c. huisartsen) significant daalden tussen 2003 en 2008 (van 36 naar 8%). Deze daling wordt gecompenseerd door een stijging van het aantal verwijzingen door urgentieartsen (van 12 naar 25%). Deze verschuiving wijst er op dat pilootproject-patiënten vaker een somatische comorbiditeit hebben die door de artsen-urgentisten moet worden behandeld, of dat zij een somatisch ernstiger beeld hebben dat moeilijker te hanteren is in de eerstelijns gezondheidszorg.

3.2.3. Het ECCAM-veldonderzoek rond de epidemiologie van middelengebonden crises in de FOD-pilootprojecten

3.2.3.1. Ontwikkeling van het onderzoeksinstrument

Voor het epidemiologisch onderzoek naar de patiëntprofielen van patiënten die worden opgenomen in de FOD pilootproject werd een nieuw instrument ontwikkeld. Het instrument is ontwikkeld om de epidemiologische gegevens van de bestaande databases aan te vullen. De variabelen voor het onderzoek werden gebaseerd op de gevalideerde versie van het onderzoeksprotocol uit Bruffaerts (2005). Dit protocol is een instrument voor het verzamelen en organiseren van epidemiologische gegevens van patiënten met een middelengebonden stoornis die zich aanmelden op een spoedgevallendienst. Ook werd de Crisis Triage Rating Scale (CTRS) ontworpen door Bengelsdorf et al. (1984), in de vragenlijst geïncorporeerd. Dit instrument heeft een Likert schaal van één tot vijf op drie metingen: de mate waarin de patiënt een gevaar vormt voor zichzelf of anderen, het ondersteuningssysteem van de patiënt voor het volgen van een behandeling en de motivatie voor behandeling of de mate waarin de patiënt in staat is tot coöperatie. Op basis van een evaluatie van de patiënt op deze drie factoren zou het mogelijk zijn om om patiënten die hospitalisatie nodig hebben te onderscheiden van patiënten die zich kunnen redden met ambulante crisisbehandeling. De CTRS heeft een goede betrouwbaarheid en validiteit [173, 174]. Na het opstellen van een voorlopige lijst met items voor het interview, werd voor elk item een specifieke vraagstelling ontworpen in ondubbelzinnige termen. Deze pilootversie werd vertaald naar het Frans door twee coördinatoren (i.c. Koen Demyttenaere en Ronny Bruffaerts).

Vervolgens werd de tweetalige pilootversie voorgelegd aan vertegenwoordigers van alle pilootprojecten in België en de onderzoeksgroep van het ECCAM project. Op basis van feedback van deze twee expertgroepen werd het interview aangepast door het verduidelijken van specifieke vraagstellingen en/of het aanpassen van de formulering en het verwijderen of toevoegen van items en antwoordopties, teneinde een set van exhaustieve opties op te stellen die het bereik van mogelijke antwoorden dekt. Een tweede mogelijkheid tot het geven van feedback op de registratie werd geschapen door een voorbeeldversie twee maanden beschikbaar te stellen voor de pilootprojecten. Zij konden bedenkingen meedelen per e-mail of telefoon.

Het uiteindelijke onderzoeksprotocol bevatte 74 items georganiseerd rond vier grote delen. Het eerste deel bestaat uit informatie over de patiënt zelf. Deze informatie bestaat uit

sociodemografische gegevens (leeftijd, geslacht, leef- en werkomstandigheden, domicilie, juridische gegevens, bron van inkomsten) klinische data (DSM-IV As I diagnostiek primair en secundair, As II diagnostiek, primaire en secundaire aanmeldingsproblematiek en psychosociale en omgevingsproblemen), crisisgerelateerde gegevens van de Crisis Triage Rating Scale (CTRS) en tenslotte gegevens rond de **zorg** (opgestarte behandelingen en gebruik van zorginstellingen). DSM-IV as 1 stoornissen werden ingedeeld in brede categorieën op basis van vorig onderzoek in een crisissetting (Bruffaerts et al., 2004; Schnyder et al., 1999a; 1999b): (a) mentale stoornissen ten gevolge van een medische conditie (DSM-IV codes 293-294), (b) psychotische stoornissen (DSM-codes 295, 297, 298), (c) stemmingsstoornissen (DSM-codes 296, 300.40, 311.0 – 311.2), (d) aanpassingsstoornissen (DSM-code 309), (e) angststoornissen (DSM-codes 300 except 300.40), (f) aan een middel gebonden stoornis (DSM-codes 291.8, 292, 303 – 305), (g) andere condities die een reden van klinische zorg kunnen zijn (DSM-codes V61.9, V61.20, V61.1, V61.8, V62.81, V61.21, V15.81, V65.2, V71.01, V71.02, V62.89, V62.82, V62.2 – V62.4, 313.82), (h) afwezige of uitgestelde diagnose (DSM-codes V71.09, 799.9), en (i) andere diagnoses. Een recent valideringsonderzoek toonde aan dat de mate van overeenkomst tussen het gebruik van brede categorieën van DSM-IV as-1 stoornissen en de diagnoses gegenereerd door de SCID-1 (Structural Clinical Interview for DSM-IV) matig was, met kappa-waarden tot .49 en een trend tot onderdiagnose van twee of meer comorbide stoornissen. Sensitiviteitsanalyses toonden waarden aan van 100% voor middelgebonden en angststoornissen, maar aanzienlijk lager voor psychiatrische comorbiditeit (tot 43%). Specificiteit werd geschat op 95% voor angststoornissen, 76% voor middelgebonden stoornissen en 100% voor psychiatrische comorbiditeit (Wijers et al., in druk).

Ook primaire en secundaire aanmeldingssymptomatologie werd ingedeeld in brede klassen. Deze klassen waren afkomstig van eerder validatie-onderzoek met gebruik van statistische clusteranalyses (Bruffaerts, 2005). De volgende klassen van aanmeldingssymptomen werden weerhouden: suïcidepoging, suïcidale ideeën/plannen, agressie tegen anderen, middelengebruik, psychotische aanmeldingssymptomatologie, depressieve aanmeldingssymptomatologie en andere.

Ook gegevens betreffende het middelengebruik werd nagegaan. Zo werd bevraagd welke producten de patiënt gebruikt, hoe deze producten worden toegediend, en de frequentie van het gebruik in de laatste maand voor opname. Ook de leeftijd van het *eerste gebruik* en *eerste regulier gebruik* werd nagegaan waarbij regulier gebruik werd gedefinieerd als de leeftijd waarop de patiënt voor de eerste maal het middel gebruikte gedurende minstens 3 dagen per week of gedurende 2 opeenvolgende dagen zodat het klachten of ongemakken met zich meebracht (bv. misselijkheid, braken). Tenslotte werd het risicogedrag van het middelengebruik nagegaan.

De Crisis Triage Rating Scale (CTRS) is een vragenlijst die de ernst van de crisis in kaart brengt en werd ontwikkeld door Bengelsdorf et al. (1984) om urgentiepsychiatrische patiënten in het Westchester County Medical Center te New York snel te kunnen screenen, te evalueren en door te verwijzen. Volgens deze auteurs is de totaalscore een indicatie van de *ernst* van de crisis, en dus een opname-indicatie: een score van 8 of lager is een indicatie voor opname, een score van 9-10 wordt beschouwd als een nader te specificeren opname-indicatie en een score van >10 is een indicatie voor ambulante behandeling. Deze schaal biedt het voordeel dat het (a) een indicatie is van de ernst van drie specifieke componenten van crisis (i.c. aanwezige suïcidaliteit, lage sociale steun en lage motivatie) én (b) het als validatie-instrument kan worden gebruikt dat de accurateheid van een crisisopname nagaat. De vragenlijst bevat drie

subschalen die elk overeenkomen met een bepaalde vraag: (1) is de patiënt een gevaar is voor zichzelf of voor anderen, (2) hoe uitgebreid is de sociale steun van de patiënt, en (3) is de patiënt gemotiveerd tot participatie in behandeling. Patiënten kunnen een score van 1 (minst gunstige antwoord) tot 5 (meest gunstige antwoord) op elk van de dimensies aangeven. De kappa-coëfficiënt van 0.42 toont aan dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de totale schaal voldoende is.

Het laatste gedeelte van het onderzoeksprotocol bevat items georganiseerd rond aspecten van de huidige opname van het pilootproject. Zo wordt er gevraagd naar de directe en indirecte zorgen voor de patiënt bij opname, het soort behandeling dat de patiënt geniet en case management. Het derde deel betreft het zorgtraject naar de huidige opname op het pilootproject. Deze vragen peilen naar het contact van het pilootproject met anderen, de doorverwijzers van de patiënt, de ambulante zorg die de patiënt momenteel of in het verleden heeft genoten en eerdere opname van de patiënt op een pilootproject of een andere dienst omwille van middelengebruik. Tenslotte zijn er vragen over het zorgtraject vanuit de huidige opname op het pilootproject of doorverwijzing, namelijk of de patiënt verder ambulante wordt begeleid door de instelling (consulten) of door een andere dienst, residentieel wordt opgenomen of dat er geen doorverwijzing gebeurt. Telkens wordt er gevraagd naar specificatie.

De vragenlijst was 'online' in samenwerking met Checkmarket van 01/09/2009 tot 31/11/2009. De gegevens van elke patiënt die werd opgenomen op een pilootproject, werd anoniem geregistreerd behalve wanneer de patiënt uitdrukkelijk niet wilde meewerken aan het project na het lezen van het informed consent. Dit informed consent hing 'ad valvas' uit op elk pilootproject. Elk pilootproject was vrij om te kiezen wie de vragenlijst invult. Geen enkel pilootproject heeft geweigerd deel te nemen aan de studie en er werden gegevens verzameld van 937 patiënten. In 93% (of 858) van de gevallen werd de vragenlijst volledig ingevuld; 7% van de geregistreerde data vertoonden *missing values*. Gemiddeld duurde het 06,14 minuten om de vragenlijst in te vullen.

TABEL 5. HET GEMIDDELDE AANTAL LIGDAGEN PER PILOOTPROJECT EN DE ASSOCIATIES MET HET GEMIDDELDE AANTAL HEROPNAMES

	%	Gemiddeld # ligdagen	Gemiddeld # heropnames
Brugge	17%	1.3	41%
Genk	16%	2.5	43%
Antwerpen	12%	2.8	38%
Leuven	12%	4.1	40%
Gent	10%	3.4	53%
Brussel	9%	4.0	15%
Namen	9%	3.9	33%
Luik	9%	4.5	6%
Bergen	5%	4.0	23%

$r = -.69, p = .040$ $r = -.80, p = .010$

3.2.3.2. Aantal opnames, gemiddeld aantal hospitalisatiedagen en het gemiddeld aantal heropnames

In de periode van september tot november 2009 werden 927 patiënten opgenomen op de acht pilootprojecten. Het gemiddeld aantal ligdagen centreert zich rond 3.4 per opname. Het gemiddeld aantal ligdagen varieert sterk van pilootproject tot pilootproject. Zoals voorgesteld in tabel 5 varieert het aantal ligdagen per opname tussen 1.3 en 4.5. Het is begrijpelijk dat sites met een lage duur de meeste hospitalisaties realiseren en, omgekeerd, sites met de hoogste hospitalisatieduur, het laagste aantal opnames ($r = -0.69, p = .04$). Ook het aantal heropnames per pilootproject varieert sterk, tussen 6 en 53%. Een specifiek (en niet-geanticipeerd) effect van de duur van de opname is echter haar effect op het aantal heropnames (tabel 13): vanuit de gegevens konden we een sterke statistisch significante negatieve associatie herkennen tussen de gemiddelde hospitalisatieduur (in dagen) en het gemiddeld aantal heropnames ($r = -0.80, p = .01$). Wanneer de duur van de opname wordt afgemeten aan het percentage heropnames, dan valt het op dat pilootprojecten met een gemiddelde opnameduur van minstens 4 dagen systematisch *minder* heropnames realiseren (i.c. 21% van de totale patiëntensteekproef voor de gegeven periode) dan pilootprojecten met een gemiddelde opnameduur van 4 dagen of minder (i.c. 42% van de totale patiëntensteekproef voor de gegeven periode).

3.2.3.3. Sociodemografische variabelen

In Tabel 6 worden de percentages gegeven van de sociodemografische variabelen. Ongeveer zes op tien patiënten was van het mannelijke geslacht met een gemiddelde leeftijd van 38 ($SD = 12$). 50 % van de patiënten is tussen 28 en 47 jaar oud (interkwartielbereik). De helft van de patiënten is ongehuwd. Hoewel één op twee patiënten in familie- of gezinsverband leefde, woont 40% alleen. Slechts drie op tien patiënten werken en hebben eigen beroepsinkomsten. De overige patiënten zijn voor financiële middelen vooral afhankelijk van de RVA of een invaliditeitsuitkering. De overgrote meerderheid van de patiëntenpopulatie heeft geen gerechtelijke veroordelingen, ongeveer 13% is op probatie, voorwaardelijke invrijheidsstelling of vrij onder voorwaarden.

Tabel 6 Sociodemografische variabelen

	Kolom- percentage
Geslacht	
mannen	64%
vrouwen	36%
Nationaliteit	
Belg	91%
niet Belg, Europese Unie	6%
niet Belg, niet-Europese Unie	3%
Burgerlijke staat	
ongehuwd	48%
gehuwd	24%
wettelijk gescheiden	20%
feitelijk gescheiden	5%
weduwe/ weduwnaar	3%

Leefomstandigheden

in gezinsverband	44%
alleenwonend	39%
bij ouders	8%
dakloos	8%
in therapeutische omgeving	1%

Werkomstandigheden

werkend	31%
ziekestatuut (invaliditeit)	31%
werkloos	23%
andere	8%
pensioen	6%
huisvrouw/ -man	1%

Bron van inkomsten

ziekte/invaliditeit	32%
eigen beroepsactiviteiten	31%
R.V.A. (werkloosheid)	13%
O.C.M.W.	8%
(pre-) pensioen	6%
geen inkomen	4%
andere familieleden	4%
partner, ex- partner	2%

Andere verblijfplaats dan domicilie

zelfde	85%
verschillend	9%
daklozen	6%

Actuele justitiële situatie

zonder lopend juridisch dossier	78%
met lopend juridisch dossier	13%
onbekend	9%

3.2.3.4. Klinische karakteristieken

3.2.3.4.1. Primaire en secundaire aanmeldingsproblematiek

Wat betreft de primaire en secundaire aanmeldingsproblemen kunnen we stellen dat 58% zich aanmeldt met een primair en 42% met een secundair middelgebonden probleem (samen 100%). Acht procent van de patiënten heeft een depressieve symptomatologie als eerste aanmeldingssymptoom, en 21% heeft deze symptomen als secundaire aanmeldingsklacht (samen 29%). Een derde belangrijke symptoomcluster betreft de suïcidaliteit: 12% met een suïcidepoging en 16% met suïcidale plannen/ideeën. Andere symptoomclusters zijn minder vaak voorkomend (zie tabel 7). Belangrijk is tenslotte dat maar liefst 98% van de patiënten een secundaire aanmeldingssymptomatologie heeft. Met betrekking tot de aanmeldingssymptomen kunnen we stellen dat de data in alle acht de FOD pilootprojecten sterk suggereren dat middelgebonden crises niet enkel te maken hebben met problematisch middelengebruik, maar evenzeer met een aanwezige suïcidaliteit en depressieve symptomen.

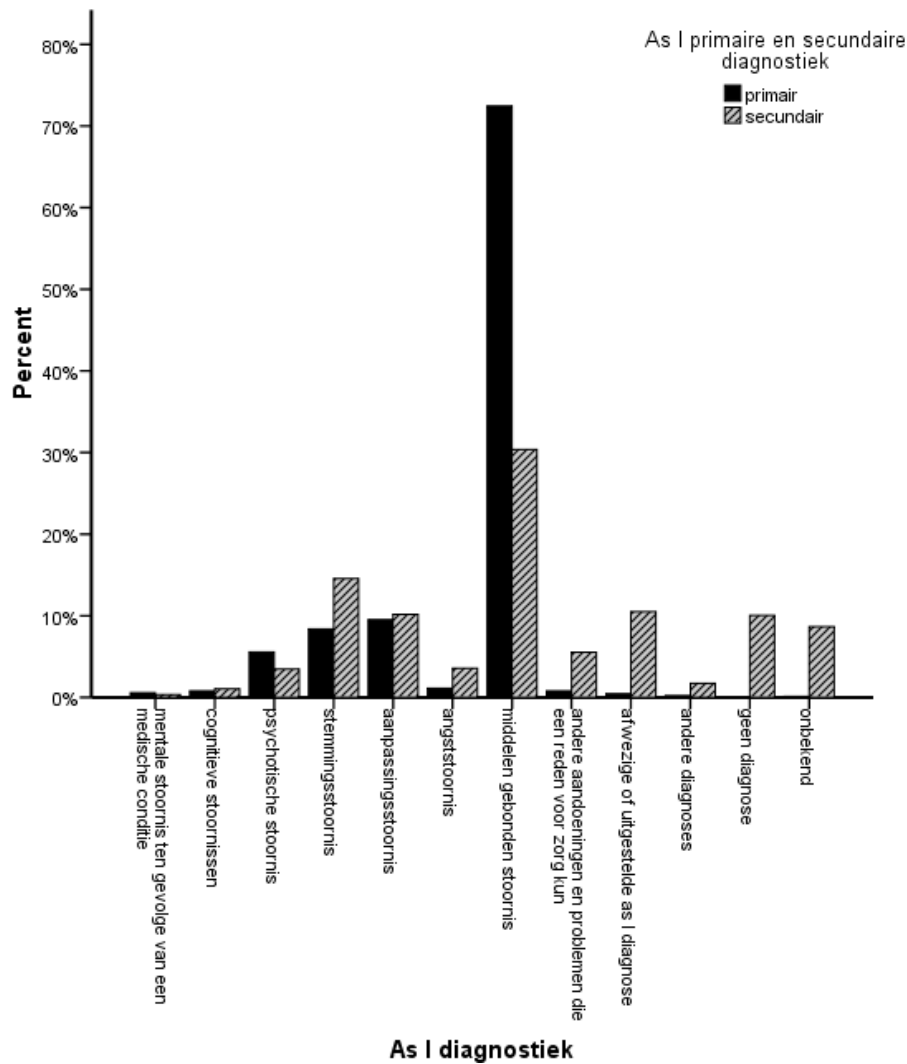
TABEL 7. PRIMAIRE EN SECUNDAIRE AANMELDINGSSYMPATOMATOLOGIE

	Primair	Secundair	Σ
– Middelengebruik	58%	42%	100%
– Suïcidepoging	10%	2%	12%
– Suïcidegedachten/-plannen	9%	7%	16%
– Psychotische symptomen	8%	4%	12%
– Depressieve symptomen	8%	21%	29%
– Andere	4%	19%	23%
– Agressie	3%	3%	5%

3.2.3.4.2. Primaire en secundaire As I diagnostiek

Eénennegentig procent van de patiënten heeft een middelgebondenstoornis gediagnosticeerd op As I (zie figuur 1). Zowel op primair (73%) als op secundair niveau (33%) is een middelgebondenstoornis het frekwentst gediagnosticeerd, gevolgd door stemmings –en aanpassingstoornissen (primair 8 en secundair 16%; 10 en 11% respectievelijk). Voor één op drie patiënten wordt er geen comorbide As I diagnose gesteld.

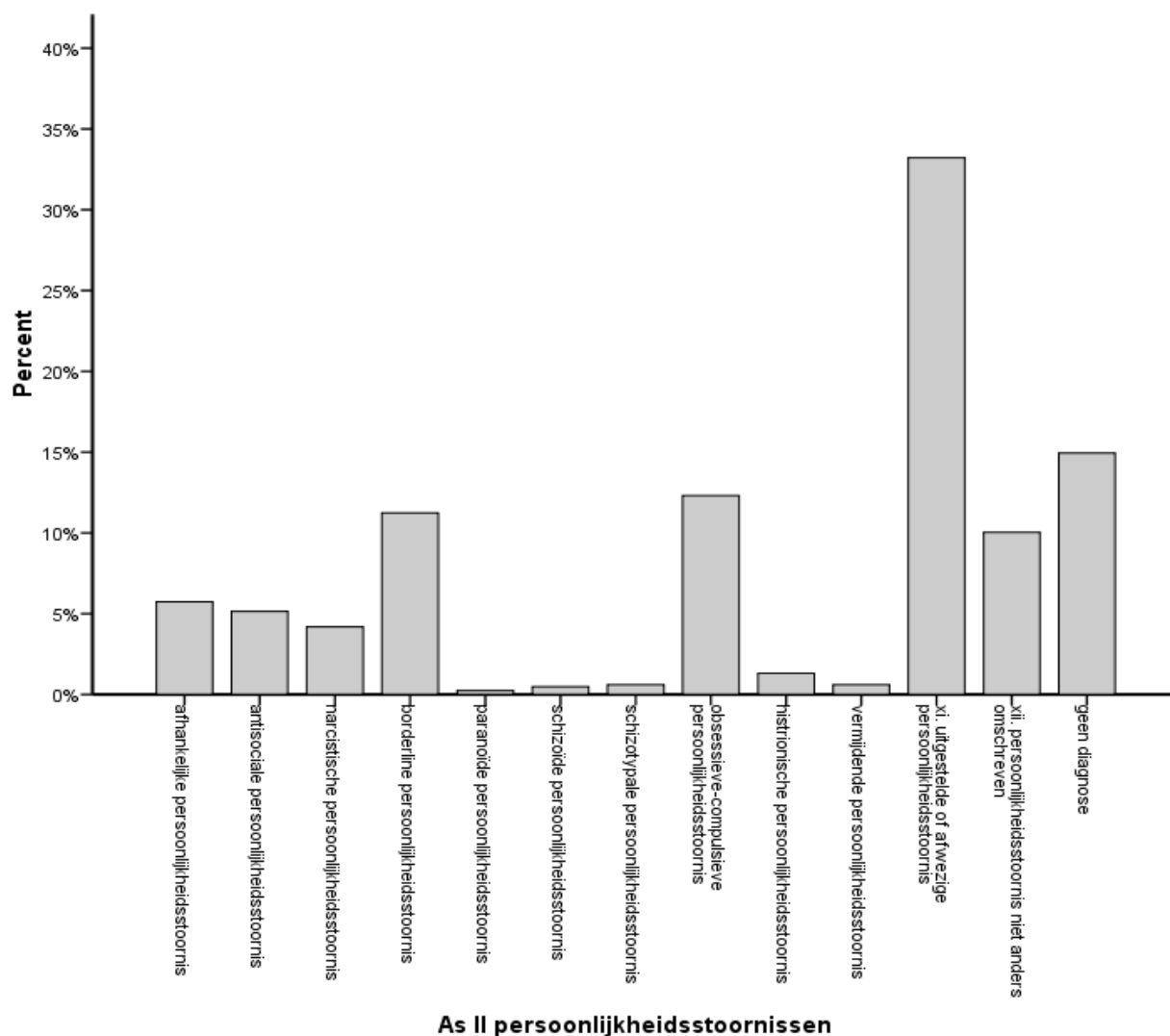
Figuur 1 : Percentage patiënten voor primaire en secundaire As I stoornissen



3.2.3.4.3. As II diagnostiek

Uit figuur 2 blijkt dat men geen As II diagnose heeft gesteld in 58% van de gevallen. Voor de overige 42% van de patiënten die wel een stoornis hebben toegewezen gekregen, zien we dat borderline persoonlijkheidsstoornis (11%) en de obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis (12,3%) het grootste aandeel uitmaken.

Figuur 2: percentage patiënten per As II persoonlijkheidsstoornis



3.2.3.5. Middelengebruik

Een specifieke taxatie van het middelenmisbruik is een essentieel onderdeel van het ECCAM project. Ten eerste zijn in dit onderzoek de soort producten die elke patiënt gebruikt, geregistreerd en gerangschikt naar belangrijkheid. Voorts wordt ook een analyse van de beginleeftijd van eerste gebruik en regulier middelengebruik geïncludeerd.

3.2.3.5.1. Primair, secundair en tertiair gebruik van middelen

Zoals gepresenteerd in tabel 16, is alcohol het meest belangrijke primaire gebruikte middel, gevolgd door cannabis, slaap/kalmeermiddelen en opiaten. Binnen het gebruik van dit eerste middel kan aan de hand van de DSM-IV definities van misbruik en afhankelijkheid (American Psychiatric Association, 1994) worden gesteld dat 43% van dit primaire gebruik van middelen kan worden geclassificeerd onder 'misbruik van een middel' en 57% als 'afhankelijkheid van een middel'.

Van alle patiënten die rapporteren een middel te gebruiken vermeldt 42% minstens een tweede middel te gebruiken (tabel 8). Ook hier is alcohol het meest gebruikte (tweede) middel, gevolgd door slaap/kalmeermiddelen en stimulantia. Zeventien procent van de personen die verklaarden twee of meer middelen te gebruiken gebruikten ook een derde middel. Opvallend is dat stimulantia en cannabis belangrijke derde middelen zijn. met betrekking tot de specificiteit van gebruikte middelen kan worden gesteld dat (a) polygebruik een courant fenomeen is (42% gebruikt minstens 2 en 17% gebruikt 3 middelen) en (b) alcohol het belangrijke eerste middel is en cannabis, stimulantia en hallucinogenen belangrijke 2^{de} en 3^{de} middelen zijn.

TABEL 8. GEBRUIK VAN MIDDELEN IN DE FOD-PILOOTPROJECTEN ‘CRISIS EN CASE MANAGEMENT’ – ECCAM VELDONDERZOEK (N=927)

Middelen	belangrijkste middel	2 ^{de} middel	3 ^{de} middel
– Alcohol	50%	27%	18%
– Cannabis	11%	18%	21%
– Slaap- en kalmeermiddelen	11%	22%	14%
– Opiaten	11%	7%	17%
– Stimulantia	8%	22%	25%
– Andere	9%	3%	3%
– Hallucinogenen	0%	1%	2%
	N=927	N=389	N=158

3.2.3.5.2. Gemiddelde leeftijden bij aanmelding, per middel

Reeds eerder werd gesteld dat de gemiddelde leeftijd van aanmelding zich situeerde rond 38 jaar. Na uitsplitsing per middel kunnen we stellen dat de gemiddelde leeftijd van aanmelding het hoogst was voor patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol (44 jaar), gevolgd door patiënten met een stoornis in het gebruik van slaap/kalmeermidicatie (38 jaar), opiaten (34 jaar), stimulantia (29 jaar) en cannabis (27 jaar).

3.2.3.5.3. Beginleeftijd van eerste en regulier gebruik

Patiënten consumeerden op een gemiddeld latere leeftijd voor de eerste keer het product dat bij opname het belangrijkste probleem vormt. Zo is de gemiddelde leeftijd waarop men voor de eerste keer het belangrijkste middel gebruikt 21 jaar, wat evenzeer de gemiddelde leeftijd is voor het tweede product (tabel 9). Het aantal jaar tussen eerste gebruik en eerste *regulier* gebruik is 5 jaren voor het belangrijkste middel, 4 voor het tweede middel en 3 voor het derde middel. Omwille van de scheve verdeling van de variabelen die betrekking hebben op de leeftijd van eerste gebruik en van regulier gebruik, geven we ook de mediane waarden. De mediane leeftijd van eerste gebruik ligt in dezelfde lijn als de gemiddelde leeftijd van eerste gebruik, maar situeert zich toch merkkelijk lager dan de schattingen van de gemiddelden.

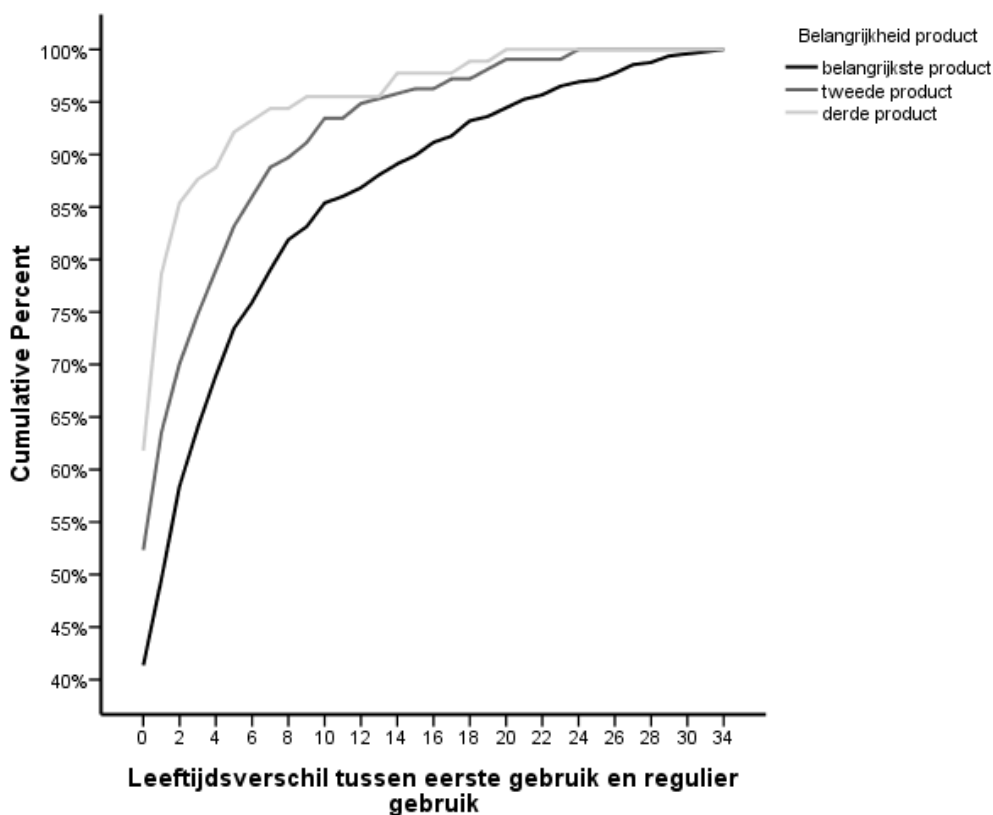
Voor het eerste, tweede en derde middel wordt in figuur 3 de cumulatieve proportie gepresenteerd van het verschil in leeftijd waarop patiënten voor de eerste keer een middel uitprobeerde en de leeftijd waarop men het middel regulier is beginnen te gebruiken. Figuur 8 toont dat het verschil tussen de leeftijd van het eerste en regulier gebruik voor het belangrijkste product groter is dan voor de andere producten. Voor 49,6 % van de patiënten bedraagt het leeftijdsverschil tussen eerste en regulier gebruik van het belangrijkste product

één jaar, terwijl voor 1 op 2 patiënten het leeftijdsverschil minder dan één jaar bedraagt (52,2% en 62,1%, respectievelijk). Dit wordt nog eens gereflecteerd in het gemiddelde leeftijdsverschil voor de verschillende producten. Het gemiddelde leeftijdsverschil is het hoogst voor het belangrijkste product en het laagst voor het derde product (M=4.7, SD=7.0; M=2.7, SD=4.7; M=1.5, SD=3.5, respectievelijk).

TABEL 9 LEEFTIJDEN VAN EERSTE GEBRUIK, PER BELANGRIJKHEID VAN HET MIDDEL

	Eerste gebruik			Regulier gebruik		
	Belangrijkste middel	Tweede middel	Derde middel	Belangrijkste middel	Tweede middel	Derde middel
Gemiddelde leeftijd	21 (SD=9)	21 (SD=8)	20 (SD=7)	26 (SD=10)	25 (SD=9)	23 (SD=8)
Kwartielen						
25	16	16	15	18	17	16
50	18	18	18	24	22	20
75	24	25	24	33	30	26

Figuur 3: Cumulatief percentage patiënten voor het leeftijdsverschil tussen eerste gebruik en regulier gebruik gesorteerd voor de belangrijkheid van het middel



3.2.3.5.4. Leeftijd van eerste gebruik, leeftijd van regulier gebruik en gemiddelde leeftijd bij aanmelding

Geconcludeerd kunnen we stellen dat de mediane/gemiddelde leeftijd van eerste gebruik zich situeert rond de leeftijdsperiode tussen 18 en 21. De mediane/gemiddeld leeftijd van regulier gebruik situeert zich iets later, tussen de leeftijden van 20 en 26. Uit de beschrijving van de sociodemografische karakteristieken is gebleken dat de gemiddelde leeftijd bij aanmelding zich situeert rond 38 jaar. Op basis van deze gegevens kunnen we stellen dat in de FOD-pilootprojecten er algemeen sprake is van een gemiddelde latentietijd (i.c. de periode tussen het eerste gebruik en het moment waarop men wordt opgenomen in een pilootproject) zich situeert tussen de 17 en 20 jaren. Buiten het gegeven dat deze latentietijd overeenkomt met schattingen rond dezelfde problematiek maar vanuit andere onderzoeken (zie oa Wang et al., 2008) is het opvallend dat een *kortere* latentietijd te vinden is voor specifieke middelen: cannabis (12 jaar), opiaten (14 jaar), stimulantia (14 jaar) en slaap/kalmeermedicatie (14 jaar). Het gemiddelde aantal jaar tussen start van het gebruik van een specifiek middel en het moment waarop hulp wordt gezocht wordt voor de algemene Belgische bevolking geschat op 18 jaren (Bruffaerts et al., 2008). Tegen deze achtergrond kunnen de ECCAM-gegevens de specificiteit van de FOD-pilootprojecten aanscherpen: het gegeven dat voor sommige middelen de latentietijd aanzienlijk lager is dan de eerder geschatte 17à20 jaar kan er op wijzen dat pilootprojecten een belangrijke functie kunnen bezitten die zich centreert rond het

sneller maken van behandelcontacten voor patiënten met een stoornis in misbruik/afhankelijkheid van (vooral) cannabis, maar ook opiaten, stimulantia en slaap/kalmeermiddelen.

3.2.3.6. Crisisgerelateerde gegevens: suïcidaliteit, gepercipieerde sociale steun en motivatie tot behandeling

De gegevens bekomen uit de Crisis Triage Rating Scale kunnen, zoals eerder gesteld, op tweeërlei worden geïnterpreteerd. Enerzijds geeft de schaal een schatting van de ernst van de crisis. Hier wordt gebruik gemaakt van een inschatting van het suïcidale gevaar, de gepercipieerde sociale steun en de bereidheid om op een gemotiveerde wijze mee te werken aan de voorgestelde behandeling. Anderzijds biedt de schaal de mogelijkheid om de accuraatheid van een crisisopname in te schatten. In deze paragraaf bespreken we beide.

3.2.3.6.1. De inschatting van de ernst van de crisis

Suïcidaliteit. Studies die trachtten patiënten en personen die niet zijn opgenomen te onderscheiden, duiden suïciderisico aan als één van de cruciale verschillen [62, 175, 176]. Gevaar voor zichzelf of anderen is dan ook opgenomen als één van de drie factoren van de Crisis Triage Rating Scale. Het percentage patiënten dat een 5 scoorde op de subschaal 'suïcidaliteit' van de CTRS toont aan dat slechts één op twee patiënten geen suïcidaal gedrag vertoont of geen suïcidale ideeën heeft, in het verleden en in het heden (Tabel 10). De overige helft van de patiënten vertoont in meer of mindere mate suïcidaal gedrag. Met name 22% heeft suïcidale neigingen of vertoont suïcidaal gedrag, maar geeft aan deze onder controle te willen houden. Voor 13% geldt dat de suïcidale ideeën gepaard gaan met ambivalente gevoelens en zet men vraagtekens bij de impulscontrole. Ondanks dat deze niet overtuigend zijn, drukt 6% suïcidale ideeën uit en is er sprake van gewelddadige of impulsieve antecedenten. Voor 7% tenslotte is er sprake van een kritieke toestand: de patiënt drukt zijn suïcidale ideeën duidelijk uit, of heeft een gemeente suïcidepoging gedaan in de huidige periode van zijn mentale stoornis. De patiënt is onvoorspelbaar, impulsief en gewelddadig.

Gepercipieerde sociale steun. In Tabel 10 worden ook kolompercentages voor het gepercipieerde sociale steunsysteem van patiënten gepresenteerd. Het lage percentage van patiënten die geen familie, vrienden of instanties heeft om op terug te vallen (7%) toont aan dat de meesten (i.c. 93%) sociaal zijn ingebed. Echter, slechts 24% van deze groep heeft een steunsysteem van familieleden en vrienden die geïnteresseerd zijn en deze rol willen opnemen. De overige 69% van de patiënten heeft een sociaal netwerk dat in mindere mate ondersteunend wordt gepercipieerd. Zo is er voor een vierde van de patiënten onzekerheid over de mogelijkheden en openheid om de rol van steunfiguur op te nemen (26%) en 14% heeft een moeilijk te mobiliseren steunsysteem. 29% van de patiënten heeft een steunsysteem dat weinig draagkracht kent en niet effectief is.

Medewerking aan behandeling. Tabel 10 toont tenslotte dat bijna één op twee patiënten (45%) op een actieve wijze hulp zoekt en bereid is om mee te werken aan de behandeling. Voor de overige patiënten is de motivatie echter niet zo beslist. Zo blijft één op vier patiënten ambivalent tegenover behandeling of is weinig gemotiveerd. 17% accepteert slechts op een passieve wijze de behandeling en 9% vertoont weinig interesse of is niet in staat inzicht te hebben in zijn behandeling. 4% tenslotte is niet in staat om mee te werken aan de behandeling of weigert dit.

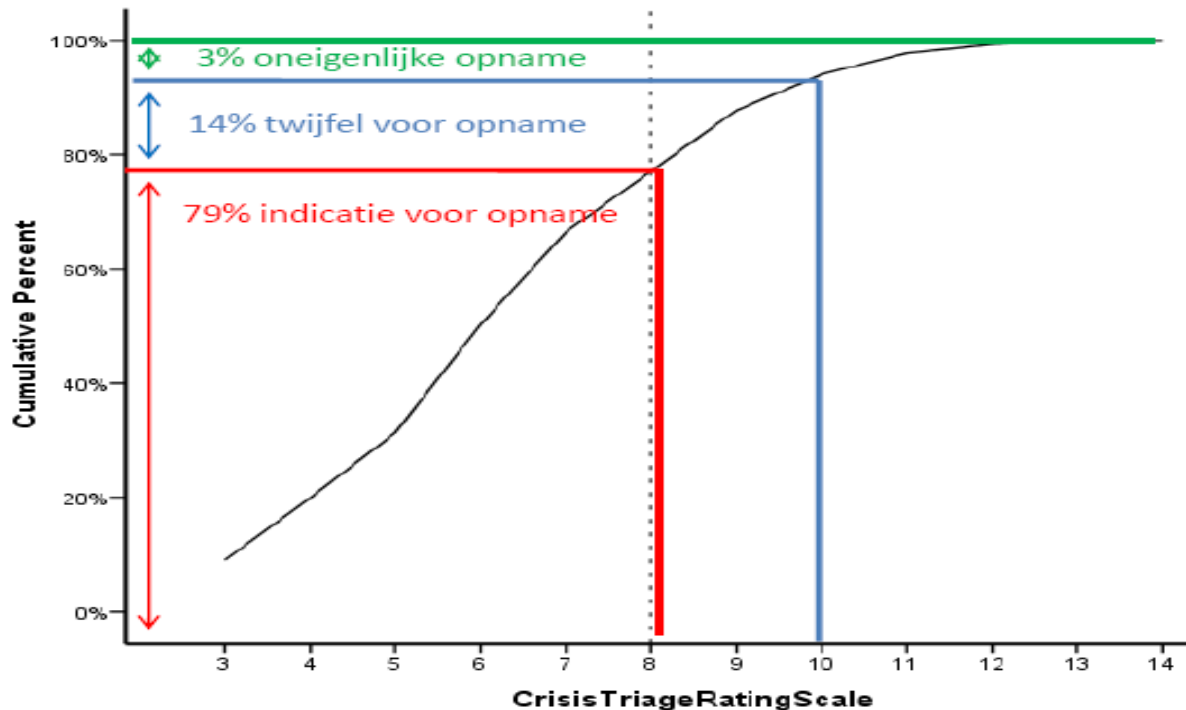
Tabel 10 Kolompercentages voor de subschalen van de Crisis Triage Rating Scale

Suïcidaliteit	%
1 : Pt drukt zijn suïcidale ideeën duidelijk uit, of heeft een gemeente TS gedaan in de huidige periode van zijn mentale stoornis. Patiënt is onvoorspelbaar, impulsief en gewelddadig.	7%
2 Pt drukt zijn suïcidale ideeën uit, zonder overtuigend te zijn. Patiënt heeft gewelddadige of impulsieve antecedenten, maar hier is geen sprake van in huidige periode	6%
3 : Pt drukt zijn suïcidale ideeën uit met ambivalente gevoelens en maakt een inefficiënte indruk. Betwijfelbare impulscontrole	13%
4 : heeft suïcidale neigingen of vertoont suïcidaal gedrag (of heeft analoge antecedenten), maar drukt duidelijk uit dat hij deze onder controle wenst te hebben	22%
5 : Pt vertoont geen suïcidaal gedrag of heeft geen suïcidale ideeën, in het heden noch in het verleden	51%
Sociaal steunsysteem	
1 : Pt heeft geen familie, vrienden of andere instanties waarop hij kan terugvallen.	7%
2 : Pt heeft weinig sociale steun zonder veel effectiviteit en draagkracht	29%
3 : Pt heeft een bestaand sociaal steunsysteem dat echter zeer moeilijk gemobiliseerd kan worden	14%
4 : Pt heeft geïnteresseerde familieleden en vrienden als steunsysteem, maar er is onzekerheid omtrent hun mogelijkheden en openheid om deze rol op te pakken.	26%
5 : Pt heeft geïnteresseerde familieleden en vrienden als steunsysteem die deze rol willen opnemen	24%
Medewerking	
1 is niet in staat om mee te werken aan zijn behandeling of weigert dit	4%
2 : vertoont weinig interesse of is niet in staat inzicht te hebben in zijn behandeling	9%
3 : accepteert slechts op passieve wijze zijn behandeling	17%
4 : Pt wilt hulp maar blijft ambivalent tegenover of is weinig gemotiveerd in zijn behandeling	25%
5 : Pt zoekt hulp op een actieve wijze en is bereid om mee te werken aan zijn behandeling	45%

3.2.3.6.2. Hoe accuraat is de crisisopname?

De totaalscore van de CTRS kan ook worden gebruikt als maat voor de accuraatheid van de crisisopname. Schematisch is deze maat uitgedrukt in figuur 4. Op basis van de totaalscores kunnen we stellen dat de opnames die zich binnen de FOD-pilootprojecten situeerden (althans gedurende de periode waarin dit veldonderzoek liep) voor 79% accuraat waren (i.c. 79% van de patiënten [N=732] had een CTRS-totaalscore van ≤ 8), voor 14% geen strikte indicatie tot opname (i.c. een CTRS-totaalscore van 9-10, N=130) en voor slechts 3% (met een CTRS-totaalscore van >10 , N=65) géén indicatie voor opname waren (terwijl ze wel werden opgenomen). Wanneer de 130 personen met een CTRS-totaalscore van 9-10 apart werden geanalyseerd bleek dat deze patiënten aan de volgende profielen voldeden: het bestaan van neuropsychologische symptomen, de aanwezigheid van delirante symptomen en crises binnen de thuissituatie van de patiënt. Ondanks het gegeven dat deze 3 specifieke symptomen níet zijn opgenomen in de CTRS' inschatting van de ernst van de crisis zijn we toch van mening dat ook deze symptomen kunnen worden gerekend tot zijnde voldoende argumenten voor een kortdurende crisisopname.

FIGUUR 4. ACCURAAATHEID VAN DE CRISISOPNAMES BINNEN DE FOD-PILOOTPROJECTEN ‘CRISIS EN CASE MANAGEMENT’ – N=927



3.2.3.7. Ingestelde behandelingen tijdens opname

3.2.3.7.1. Directe en indirecte zorgen

De meeste (46%) pilotprojecten geven drie van de volgende eerste zorgen, toegespitst op de aanmeldingsproblematiek van de patiënt: anamnese van het middelengebruik (89%); crisisgesprekken (85%); somatische zorgen voor somatische problemen (bijvoorbeeld kwetsuur na vallen, steken van een infuus, dehydratatie door uitdroging) (19%); hulp bij sedatie (26%); toezicht patiënt (43%).

3.2.3.7.2. Soort behandeling opgestart

De vragenlijst die de pilotprojecten invulden per patiënt peilde ook naar het soort behandeling die werd opgestart voor de patiënt. Meer bepaald werd er gevraagd of behandelingen in de volgende categorieën al dan niet werden toegepast: detoxificatie, substitutiebehandeling, medicatie en farmacotherapie, therapie, motivatie, sociale vaardigheden en het betrekken van significante anderen, case management en advocacy, hervulpreventie, advies en planning van het hulpverleningstraject. We delen deze paragraaf in volgens de geïdentificeerde behandelingsmodules uit het vorige hoofdstuk (module 1: assessment; module 2: interventies en planning en module 3: follow-up).

Module 1: assessment. Het in kaart brengen van het somatische, medisch-psychiatrische, psychologische en sociaal-systemische karakter van deze of gene patiënt gebeurde in alle centra, voor elke patiënt.

Module 2: interventie en planning. Uit de analyse blijkt dat ongeveer één op twee patiënten een detoxificatie kreeg op een pilootproject: 2% van deze patiënten ontwende zonder af te bouwen of middelen te gebruiken die de ontwenningverschijnselen kunnen remmen, 24% volgde een stapsgewijs proces met medicatie-ondersteuning en 18% van de patiënten kregen substitutiemedicatie.

Met de grote meerderheid van de patiënten werden individuele gesprekken gevoerd (tabel 11). Ook medicamenteuze behandeling gebeurde frequent. Heel wat minder patiënten genoten groepstherapie of begeleide groeps gesprekken. In iets meer dan de helft van de gevallen worden er motivationele gesprekken gevoerd met de patiënten. Significante personen uit de omgeving van de patiënt werden in de minderheid van de gevallen betrokken bij de behandeling van de patiënt.

TABEL 11. SPECIFIEKE INTERVENTIES IN DE FOD-PILOOTPROJECTEN

– Crisisgesprekken	97%
– Medicamenteuze behandeling	79%
– Motivationele technieken	56%
– Systeeminterventies (betrekken significante anderen)	38%
– Somatische zorgen	19%
– Groepsbehandeling	14%

Module 3: Follow-up en nazorg. Voor drie op vier patiënten werd case management voorzien en voor ruim één op drie patiënten schonk men aandacht aan manieren om herval te voorkomen. Het aanbieden van spoedconsultaties gebeurde in slechts de minderheid van de gevallen.

3.2.3.8. Verwijskanalen en zorggebruik vóór de opname

3.2.3.8.1. Contactname met derden

Er werd gevraagd of het courant was of het bij opname van deze of gene patiënt tot het behandelbeleid behoorde om contact op te nemen met de huisarts, familie of andere personen uit de omgeving, politionele diensten of een professionele gezondheidszorg of hulpverlener. In slechts één op vijf gevallen werd contact opgenomen met de huisarts (20%). Voorts werd voor ongeveer de helft van de patiënten familie of anderen uit de omgeving gecontacteerd (44%) of een professionele gezondheidshulpverlener zoals een psychiater, psycholoog, sociaal assistent of een case manager (49%). In 7% worden politionele diensten gecontacteerd voor inlichtingen.

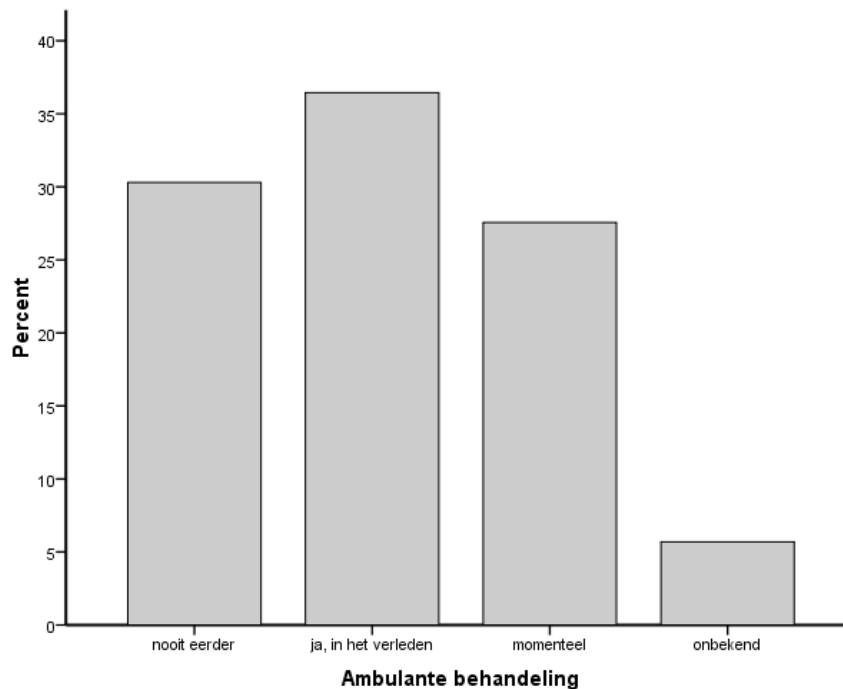
3.2.3.8.2. Doorverwijzing naar een FOD-pilootproject

De meeste patiënten werden doorverwezen door familie of anderen uit de omgeving van de patiënt (30%) of bereikten het pilootproject op eigen houtje (27%). De overige patiënten werden doorverwezen door een professionele ggz-hulpverlener (in regel de psychiater of een psychotherapeut - (14%), de huisarts (12%) of een interne en/of somatische dienst of politie (6%). Slechts 4% van de opgenomen patiënten werd doorverwezen naar een pilootproject vanuit drughulpverlening, welzijnswerk of justitie.

3.2.3.8.3. *Ambulante behandeling in het verleden*

In Figuur 5 zien we dat zes op tien patiënten momenteel of in het verleden in ambulante behandeling was. De meeste patiënten zagen een psychiater (49%), 29% werd behandeld door een psycholoog, 17% door de huisarts en 15% een sociaal assistent. Slechts 5% was in behandeling in een zelfhulpgroepen. Voor 22% bestond de ambulante behandeling uit een combinatie van deze ambulante hulpvormen. Van 6% van de patiënten weet men niet of men momenteel of in het verleden ambulante is behandeld, wat erop kan wijzen dat dit niet consequent wordt nagegaan door de dienst.

Figuur 5: Percentage patiënten in ambulante behandeling naargelang tijdsfase



3.2.3.8.4. *Eerdere opname omwille van middelengebruik*

Vier op tien patiënten (38%) werd eerder opgenomen op een pilootproject en de helft van de patiënten (51%) op een andere dienst omwille van middelengebruik. De tijd tussen een heropname op een pilootproject bedraagt voor één patiënt op drie zelfs minder dan drie maanden (zie Tabel 12). We kunnen dus stellen dat 18% van de patiënten binnen de FOD-pilootprojecten draaideurpatiënten zijn.

Tabel 12 Aantal maanden tussen heropname

	Percentage	Cumulatief Percentage
< 1 maand	18	18
1-3 maanden	14	32
4-6 maanden	14	46
7-12 maanden	17	63
> 12 maanden	37	100

3.2.3.8.5. De FOD-pilootprojecten als eerste behandelsetting ooit?

Wanneer de variabelen ‘ooit in ambulante behandeling’ en ‘eerdere opname’ combineren krijgen we een schatting van het aantal patiënten waarvoor een FOD-pilootproject een eerste behandelsetting *ooit* is. Deze combinatie van variabelen geeft aan dat dit voor ¼ patiënten zo is, hoewel er grote verschillen zijn per middel. Zo is een FOD-pilootproject een eerste behandelsetting voor 40% van de patiënten met problemen in het gebruik van alcohol, 17% van diegenen met problemen in het gebruik van slaap/kalmeermedicatie, 14% van diegenen met problemen in het gebruik van cannabis, 9% van de patiënten met problemen in het gebruik van opiaten en 4% van de patiënten met problemen in het gebruik van stimulantia. Met andere woorden kunnen we dus stellen dat de FOD-pilootprojecten een specifieke functie kunnen hebben voor de problematische alcoholgebruikers aangezien de eenheid voor 40% van hen een eerste behandelcontact betreft.

3.2.3.9. Zorgtraject na opname

Ten eerste wordt 89% van de patiënten doorverwezen naar vervolgbehandeling: vier op tien (i.c. 42%) werden opgenomen na hun verblijf op de eenheid. Slechts 4% werd gedwongen opgenomen. Evenzeer 4 op 10 patiënten (i.c. 44%) werden vanuit de opname op het pilootproject doorverwezen naar een ambulante behandeling voor emotionele problemen en/of problemen met middelengebruik. Deze ambulante behandeling moet worden opgevat als een behandeling die niet als overbrugging tot opname bedoeld is. Het doel van deze doorverwijzing is voor het grootste deel van de patiënten een herevaluatie van de crisis (29%), het motiveren voor ambulante behandeling (26%) of opname (12%). Binnen de cohorte patiënten dat naar ambulante behandeling wordt verwezen, gaat 42% in naar een psychiater en 40% een psycholoog-psychotherapeut, 22% ziet een sociaal assistent en 19% wordt ambulantly opgevolgd door de huisarts. Slechts 4% maakt gebruik van zelfhulpgroepen. In meer dan de helft van de gevallen gebeurt de ambulante nazorg met een combinatie van verschillende disciplines (54%). Ten tweede is de weigering van verdere behandeling of het weglopen van de patiënt zijn de voornaamste redenen dat 11% van de patiënten niet worden doorverwezen (respectievelijk 20% en 69%).

Slechts 3% van de patiënten wordt doorverwezen naar ambulante spoedconsultaties (cf. supra) op het pilootproject zelf. Deze ambulante vervolggeluiden duren voornamelijk twee weken (26%) en bestaan uit één of twee gesprekken (67%). In de meeste gevallen hebben deze als doel de patiënt te motiveren voor opname (14%), opvolgen (23%) of diens crisis

opnieuw evalueren (32%). De effecten van deze spoedconsultaties zijn gemeten in slechts 1 pilootproject. Uit de analyses van de zorgtrajecten van patiënten die binnen spoedconsultaties werden behandeld waren er drie conclusies te trekken: (a) Er was geen verband tussen de *proportie* spoedconsultaties en het opnamepercentage na aanmelding op spoedgevallen ($r=.42$, $p=.57$); er is daarentegen wél een verband tussen de *proportie* spoedconsultaties en het draaideurfenomeen: hoe meer spoedconsultaties, hoe lager het aantal draaideurpatiënten (en dus indirect hoe lager het aantal opnames want 55% van de draaideurpatiënten worden heropgenomen) ($r= -.85$, $p=.03$). (b) Bovendien is gebleken dat het opstellen van een nazorgplan (versus de afwezigheid van een nazorgplan) na vorige contacten het draaideurfenomeen met 52% verlaagt. Het installeren van continue nazorg verlaagt dus (indirect) het opnamecijfer. Bovendien werd gevonden dat de *tijd* tussen ontslag uit vorige setting en eerste contact met nazorg (dat kan telefonisch zijn) een sterk significant effect heeft op het draaideurfenomeen: een contact binnen 1 week (in vergelijking met 2,3,4,5 weken) na ontslag is gecorreleerd met een lagere kans op draaideurfenomeen ($r= -.20$, $P<.001$). Dus, continuïteit van zorg (binnen de week) verlaagt (indirect) het opnamecijfer. (c) Ook al gaan patiënten tegen medisch advies op ontslag, dan nog heeft de *attitude* ten aanzien van de noodzaak van behandeling effect op het draaideurfenomeen (en dus, weerom, indirect op het opnamepercentage): als er een nazorgplan werd opgesteld waar de noodzaak en belang van nazorg met de patiënt werd doorgenomen, daalt de kans om draaideurpatiënt te worden met 24.6%.

HOOFDSTUK 4
CASE MANAGEMENT

Wouter Vanderplasschen

Serge Cogels

Bjoke Baudoncq

Laura Stevens

Jessica De Maeyer

Richard Rapp

1. Inleiding

Case management kan beschouwd worden als één van de belangrijkste innovaties in de gezondheids- en welzijnszorg van de afgelopen decennia. Het betreft een cliëntgerichte interventie met de bedoeling de coördinatie en continuïteit van de zorg te verbeteren, in het bijzonder voor mensen met meervoudige en complexe zorgbehoeften (Vanderplasschen, 2004). Case management heeft o.a. in de Verenigde Staten, Canada, Australië, het Verenigd Koninkrijk, Scandinavië en Nederland een lange traditie op het vlak van de begeleiding en ondersteuning van personen met psychische problemen (“mental illness”) en/of een handicap (“disability”). Deze beweging kwam op gang met de sluiting van de grote ‘totale instituten’ die tot die tijd instonden voor de opvang en begeleiding van deze personen. In de plaats ervan kwam een gedifferentieerd (maar helaas vaak ook gefragmenteerd) aanbod van diensten die zich specifiek richten op woonbegeleiding, arbeidszorg, psychologische hulpverlening, schuldbemiddeling, ...

Ondanks de wijdverspreide toepassing en populariteit van case management als interventie, bestaat er tot op heden weinig eenduidigheid over de definitie ervan. Bachrach (1981) was één van de eerste, die deze werkvorm als volgt duidde: “*de integratie van zorg op het niveau van de cliënt, die belangrijke taken inhoudt zoals het maken van afspraken, verwijzen, regelen en evalueren van zorg, coördinatie van activiteiten en belangenbehartiging*”. Hoewel case management initieel vooral werd toegepast in de geestelijke gezondheidszorg, vond deze methodiek vanaf de jaren '80 ook ingang in de verslavingszorg, vooral met de bedoeling de toegankelijkheid van de zorg en het volhouden van de behandeling te bevorderen (Siegal & Rapp, 1996). Graham en Timney (1990) omschreven deze interventie als “*that part of substance abuse treatment that provides ongoing supportive care to clients and facilitates linking with appropriate helping resources in the community*”. Nora Van Riet en Harry Wouters (1996) zijn veel geciteerde Nederlandstalige auteurs die case management duiden als “*het organiseren van de hulp- en dienstverlening bij een complexe en langdurige problematiek om de cliënt zo min mogelijk hulpbehoevend en van anderen afhankelijk te leren zijn*”.

1.1. Basisfuncties van de case manager

Vanwege de vele verschillende definities, is case management beter te begrijpen in termen van haar basisfuncties, te meer omdat hierover wel overeenstemming bestaat (Vanderplasschen & Wolf, 2005):

1. beoordeling van problemen, behoeften en mogelijkheden van cliënten (*assessment*);
2. *planning*, inclusief het opstellen van doelen en een zorgplan;
3. toeleiding naar, koppeling aan en coördinatie van diensten en opvang (*linking*);
4. volgen, evalueren en bijstellen van de zorg (*monitoring*);
5. belangenbehartiging (*advocacy*).

Lang niet altijd rekent men het actief traceren en contactleggen met cliënten – *assertive outreach* – tot de basisfuncties van case management. Outreaching wordt vooral beschreven in relatie tot moeilijk te bereiken en verborgen doelgroepen en vormt een elementair onderdeel van meer gespecialiseerde modellen van case management (bv. strengths-based case management, assertive community treatment, klinisch case management). Het opbouwen van een vertrouwensrelatie vergt immers vaak erg veel tijd en het is dan ook niet ongewoon als de case manager pas na enkele contacten wordt geaccepteerd. Outreaching kan hierbij een faciliterende rol vervullen (Yates & Gilman, 1990).

Case managers kunnen naast de genoemde basisfuncties ook therapeutische of dienstverlenende taken uitvoeren (Vanderplasschen & Wolf, 2005). Het gaat vaker om dienstverlening dan om therapie. De primaire behandeling – zoals medische en psychologische hulp, voorlichting over uiteenlopende aspecten van verslaving en terugvalpreventie – gebeurt vooral door andere professionals. Case management geldt vooral als ondersteuning ten aanzien van bestaande interventies in de verslavingszorg; er is sprake van integratie of toevoeging of het volgt erop als nazorg.

De dienstverlening door case managers kan, onder andere, bestaan uit:

- Praktische hulp op diverse leefgebieden: ondersteuning bij budgetteren, aanvragen van uitkering, regelen ziektekostenverzekering, zoeken en of behouden van huisvesting, regelen vervoer, bemiddelen naar werk, et cetera;
- Acute hulp in crisissituaties;
- Ondersteuning bij het aan- of opnieuw leren van vaardigheden;
- Regelen van medische en/of psychiatrische hulp;
- Ondersteuning bij medicatiegebruik en vermindering middelengebruik;
- Bemiddeling naar rechtsbijstand;
- Bemiddeling tussen verslaafden en partner, familie, buurtbewoners en anderen;
- Ondersteuning van en voorlichting aan familie en vrienden;
- Zorg voor of organisatie van transport;
- Meehelpen bij het mobiliseren van bronnen en steunpunten in de omgeving van de verslaafde.

Naast de gunstige effecten van de dienstverlening mag de therapeutische waarde niet worden onderschat van een langdurige en continue ondersteuning door één en dezelfde ervaren zorgverlener (Vanderplasschen & Wolf, 2005). Anders gezegd, kan er zonder relatie geen sprake zijn van case management, laat staan van positieve resultaten. Aan case management voor verslaafden ligt een aantal belangrijke werkprincipes ten grondslag (cf. SAMHSA, 1998), die het belang van een goede werkrelatie nog eens onderstrepen.

- Is cliëntgeoriënteerd en werkt vanuit de behoeften en mogelijkheden van de cliënt;
- Betrekt de cliënt bij de hulpverlening;
- Is maatschappijgericht en ondersteunt cliënten bij het functioneren in hun eigen omgeving;
- Is pragmatisch, begint “waar de cliënt is” en biedt praktische hulp, ook als ingang voor eventueel andere vormen van hulpverlening;
- Biedt een integrale en omvattende aanpak en blijft niet beperkt tot behandeling van het middelengebruik;
- Is pro-actief en anticipeert door gerichte actie op geobserveerde veranderingen in de toestand en/of het middelengebruik van cliënten;
- Is flexibel en past zich aan aan de veranderende behoeften en problemen van cliënten;
- Is sensitief voor en sluit aan op verschillen qua etnische afkomst, cultuur, religie, geslacht en leeftijd;
- Biedt cliënten in de persoon van een case manager één enkel contactpunt met andere instanties en voorzieningen.

1.2. Modellen van case management

In de literatuur worden meestal vier modellen van case management onderscheiden: het *makelaarsmodel*, *generalist case management*, *strengths-based case management*, ‘*assertive community treatment*’ of *intensief case management* en het *klinisch model* van case management (SAMHSA, 1998; Vanderplasschen & Wolf, 2005; Hesse et al., 2007). Het onderscheid tussen deze modellen wordt in tabel 1 verduidelijkt. Het is vaak niet duidelijk welke overwegingen er aan de keuze voor het ene of het andere model ten grondslag liggen. De meeste praktijken zijn echter slechts een flauwe afspiegeling van deze theoretische modellen. Nochtans biedt een weloverwogen operationalisering en keuze voor één van deze modellen de beste garantie op een succesvolle implementatie (Vanderplasschen et al., 2004).

Binnen het *makelaarsmodel* is het de taak van de case manager de behoeften en problemen van cliënten te identificeren en hen toegang te helpen krijgen tot benodigde hulp. Planning van de hulpverlening blijft beperkt en van een langdurige intensieve werkrelatie is geen sprake. Vanwege de relatief geringe inspanning per cliënt kan de case manager met heel veel cliënten werken, soms meer dan 100. De ervaring is dat dit model het beste werkt bij cliënten die niet ernstig verslaafd of gemarginaliseerd zijn en (nog) voldoende steun genieten van hun omgeving.

Generalist case management is een meer omvattende variant van het makelaarsmodel en hierin komen alle eerder genoemde basisfuncties aan bod. De caseload is meestal beperkt tot een dertigtal cliënten. *Generalist case management* kan beschouwd worden als het meest gangbare model, zonder de specifieke bijzonderheden van de navolgende modellen.

Strengths-based case management onderscheidt zich door een focus op de sterke kanten en mogelijkheden van cliënten voor de versterking van hun probleemoplossend vermogen en als vehikel voor het verkrijgen van hulp en ondersteuning, onder meer in de eigen omgeving (2). De relatie tussen cliënt en case manager staat centraal en cliënten bepalen in belangrijke mate zelf de doelen van de hulpverlening, vanzelfsprekend in overleg met de case manager. Hierbij doet men nadrukkelijk een beroep op hulpbronnen uit de omgeving van de cliënt.

Assertive Community Treatment (ACT) is het meest bekende model van case management, dat reeds met succes werd toegepast bij verschillende doelgroepen, waaronder mensen met ernstige en langdurige psychische problemen, mensen met een dubbele diagnose, ex-gedetineerden met verslavingsproblemen en daklozen. Essentiële ingrediënten van ACT zijn (Vanderplasschen & Wolf, 2005):

- een actieve benadering van cliënten
- hulpverlening “in vivo”
- focus op praktische problemen
- betrokken belangenbehartiging
- caseload van maximaal 15 cliënten
- frequent contact tussen cliënt en case manager
- teambenadering waarbij case managers een gedeelde verantwoordelijkheid hebben voor alle cliënten van het programma
- langdurige betrokkenheid bij cliënten
- permanente bereikbaarheid.

ACT gaat uit van de chronische aard van de problemen van cliënten en wil hen vooral ondersteunen in hun dagelijks functioneren. Case managers coördineren de zorg en spannen zich daarnaast in om cliënten de vaardigheden te leren die zij nodig hebben om

zelfstandig te kunnen functioneren in de samenleving. Ook familieondersteuning en crisisinterventie behoren tot hun taken.

Intensief case management (ICM) is te beschouwen als een variant van ACT en is ontwikkeld om tegemoet te komen aan de behoeften van veelgebruikers van zorg. Een belangrijk verschil tussen ACT en ICM is dat in ACT de caseloads van case managers door het team worden gedeeld, wat niet gebeurt in ICM.

Binnen het *klinisch model* wordt case management gecombineerd met therapeutische activiteiten en het aanleren van vaardigheden. Het opbouwen en gebruiken van een therapeutische relatie staan hierbij centraal. Gezien de beperkte caseload, de frequente contacten en de nauwe band tussen case manager en cliënt, dient binnen dit model extra aandacht besteed te worden aan een juiste balans tussen afstand en nabijheid. De case manager treedt op als rolmodel en de cliënt maakt zich via imitatie en internalisatie gezond gedrag eigen.

Tabel 1: Belangrijkste kenmerken van de genoemde modellen van case management (Vanderplasschen & Wolf, 2005)

Modellen	<i>Makelaars-model</i>	<i>Assertive Community Treatment (ACT)</i>	<i>Strengths-based case management</i>	<i>Klinisch case management</i>
Onderscheidend kenmerk	Coördinatie	Totaalpakket	Nadruk op sterke kanten en empowerment	Case manager als rolmodel en psychotherapeut
<i>Actieve benadering</i>	Nee	Ja	Ja	Ja
<i>Belang werkrelatie</i>	Redelijk groot	Groot	Groot	Zeer groot
<i>Coördinatie of dienstverlening</i>	Coördinatie, geen of beperkte dienstverlening	Dienstverlening	Dienstverlening en coördinatie	Dienstverlening en coördinatie
<i>Dienstverlening in thuissituatie</i>	Nee	Ja	Ja	Ja
<i>Verantwoordelijkheid bij team of individu</i>	Individuele werker	Team	Individuele werker	Individuele werker
<i>Multidisciplinair team</i>	Nee	Ja	Nee	Nee
<i>Groei versus stabilisatie bij cliënt</i>	Eerder stabilisatie	Groei	Groei	Eerder stabilisatie
<i>Paternalisme vs. Empowerment</i>	Eerder empowerment	Paternalisme	Empowerment	Eerder paternalisme
<i>Caseload</i>	35	15	15	10

1.3. Toepassingsmogelijkheden in de spoed- en crisisopvang

Recente overzichtsstudies maken duidelijk dat case management vooral effectief is om druggebruikers in contact te brengen met de hulp- en dienstverlening die ze nodig hebben en – in mindere mate – om hun gebruik te stoppen of te verminderen (Hesse et al., 2007; Vanderplasschen et al., 2007). Case management kan op verschillende momenten in het hulpverleningsproces ingeschakeld worden: zo wordt de methodiek onder de vorm van ‘assertive outreach’ ingezet om moeilijk bereikbare doelgroepen in de zorg te krijgen, om de zorg aan personen met complexe zorgbehoeften ambulantly te organiseren en op te volgen of om nazorg of continuïteit van zorg te voorzien na een intensieve (residentiële) behandeling. Niet zelden is case management toegevoegd aan het zorgaanbod in spoeddiensten en ontwenning- of crisisopvangcentra (Sorensen et al., 2003; Siegal et al., 1997; Rapp et al., 2011), die dikwijls het eerste contact met de hulpverlening vormen voor personen met middelengerelateerde problemen. Deze centra hebben zowel een doorverwijsfunctie naar de gespecialiseerde verslavingszorg als naar andere vormen van hulp- en dienstverlening (bv. huisvesting, schuldbemiddeling, arbeidsbegeleiding, ...). De coördinatie en opvolging van het vooropgestelde zorgtraject door een case manager kan een belangrijke meerwaarde zijn in functie van de realisatie van dit traject.

1.4. Case management in de Belgische verslavingszorg

In België werd case management voor het eerst geïmplementeerd in de verslavingszorg in 1999 tijdens een proefproject in de provincie Oost-Vlaanderen (Vanderplasschen et al., 2001). Hoewel intussen op diverse plaatsen case management-projecten werden opgestart, blijft het geïnstitutionaliseerde (en bijgevolg gegarandeerde) aanbod op dit vlak vooralsnog beperkt. Eind 2004 telden we in België in totaal 17 (kleinschalige) case managementprojecten (Geenens et al., 2005). Eén van de weinige geïnstitutionaliseerde vormen van case management, betreft de pilootprojecten “crisiseenheden, met inbegrip van case management, voor personen met middelengerelateerde stoornissen” (cf. supra). Sinds 2002 bieden negen⁸ centra verspreid over heel België elk vier crisisbedden aan gedurende maximum vijf ligdagen. Per centrum worden jaarlijks minimum 300 patiënten behandeld. Het betreft volgende crisiseenheden: EPSI (AZ Stuivenberg, Antwerpen), CHU Ambroise Paré (Bergen), EPSI (AZ Sint-Jan, Brugge), CHU Brugmann (Brussel), TEPSI (Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk), UPSIE (UZ Gent), EPSI (UZ Leuven), CHR de la Citadelle (Luik) en CHR de Namur (Namen). Deze crisiseenheden worden gesubsidieerd door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en worden geacht case management aan te bieden aan elke opgenomen patiënt. In de praktijk wordt ongeveer 70 % van alle patiënten opgenomen op deze crisiseenheden minstens één keer gezien door een case manager (Ministerie van Volksgezondheid, 2008).

De fase van de uitbouw van de hierboven vermelde proef- en pilootprojecten is intussen achter de rug. Momenteel zijn we bij de periode van de bestending ervan aanbeland, hoewel nog steeds op verschillende plaatsen nieuwe case managementprojecten worden opgestart. Als gevolg van de subsidiëring door verschillende overheden, de beperkte sturing en inhoudelijke ondersteuning van buitenaf (door bv. de FOD Volksgezondheid of opleidingscentra) en de projectmatige financiering van de meeste initiatieven, zijn er op het terrein grote onderlinge verschillen merkbaar tussen case managementprojecten. Dit geldt zowel voor de niet-geïnstitutionaliseerde vormen van case management, als voor het case

⁸ Het CHU Ambroise Paré is nog maar functioneel als crisiseenheid sinds 2009. Voorheen fungeerde het CHU de Charleroi (Hôpital Vincent Van Gogh) in Marchienne-au-Pont als crisiseenheid binnen het federaal pilootproject.

management in het kader van de crisiseenheden voor personen met middelengerelateerde stoornissen. Behalve een beschrijvend onderzoek uit 2004 (Geenens et al., 2005), is er weinig informatie beschikbaar over de concrete toepassing van case management in de praktijk noch vond er een formele evaluatie plaats binnen de crisiseenheden of binnen andere projecten.

Bijgevolg is het de bedoeling van dit onderzoek om een grondige evaluatie te maken van case management zoals deze werkvorm momenteel wordt ingevuld in de piloot- en andere projecten. In eerste instantie willen we tot een beschrijving komen van het profiel en de taken van case managers werkzaam binnen de pilootprojecten op basis van de bestaande praktijk. Deze zullen afgezet en vergeleken worden met het profiel van case managers die binnen andere projecten actief zijn. Verder wordt ingegaan op verschillende aspecten van de case manager-cliënt relatie en op de samenwerking en afstemming met andere partners uit het netwerk van de cliënt en met andere diensten en voorzieningen. Ten slotte gaan we op basis van het perspectief van case managers op zoek naar de sterke en zwakke punten in de toepassing van deze methodiek, met de bedoeling het case management binnen de crisiseenheden en andere projecten verder te optimaliseren. We richten ons in dit onderzoek vooral op het case management in de crisiseenheden voor personen met middelengerelateerde problemen, omdat deze vraag centraal stond in de onderzoeksoproep. We beginnen met een analyse van de beschikbare registratiegegevens met betrekking tot case management in de pilootprojecten, waarna de resultaten van de interviews en focusgroepen geanalyseerd en besproken worden.

2. Methodologie

De verzamelde empirische gegevens omvatten registratiegegevens met betrekking tot de crisiseenheden en semi-gestructureerde interviews, een survey en focusgroep met case managers.

2.1. Registratieonderzoek in de crisiseenheden

In het kader van het ECCAM-project werd in acht crisiseenheden een bijkomende gegevensverzameling georganiseerd tussen 1 september en 30 november 2009 (cf. supra). Tijdens deze bevraging werd onder meer geregistreerd of patiënten (n=814) contact hadden met een case manager van de crisiseenheid. Ongeveer tweederde van de aangemelde patiënten (65.1%) had contact met deze case manager, terwijl dit bij de overige patiënten (34.9%) niet het geval was. Op basis van dit onderzoek gaan we op zoek naar onderscheidende kenmerken van patiënten die wel of geen contact hadden met een case manager. Het betreft onder meer verschillen op sociodemografisch vlak, op vlak van middelengebruik en psychiatrische problematiek en met betrekking tot het huidig en vroeger zorggebruik en het vooropgestelde zorgtraject. Om deze verschillen na te gaan werd gebruik gemaakt van χ^2 -testen voor niet-continue variabelen en van t-toetsen voor continue variabelen.

2.2. Semi-gestructureerde interviews en survey

In alle pilootprojecten (n=9) werden één of twee case managers bevraagd naar hun ervaringen met deze werkvorm. In totaal werden 13 case managers bevraagd in de pilootprojecten. In de overige case managementprojecten (n=8) werd er telkens één case manager geïnterviewd. Voor een overzicht van alle bevraagde case managementprojecten verwijzen we naar tabel 2. Deze case managementprojecten werden geselecteerd op basis van de inventarisatie die tijdens een vorig onderzoek werd gemaakt (cf. Geenens et al., 2005). Om tot een actueel en volledig overzicht te komen van alle case managementprojecten voor druggebruikers in

België werden de provinciale zorgcoördinatoren middelenmisbruik en case managers gevraagd of zij weet hadden van nieuw opgestarte of intussen stopgezette projecten in vergelijking met 2004. Aldus werden drie nieuwe (Crisiseenheid CHU Ambroise Paré, De Eenmaking en Dédale) en twee stopgezette projecten geïdentificeerd (dd. 30-9-2009). Voor de volledigheid dient vermeld te worden dat in 2010 een aantal bijkomende case management-projecten opgestart werden met de steun van het Fonds ter bestrijding van Verslavingen.

Tabel 2: Overzicht case managementprojecten voor alcohol- en druggebruikers, dd. september 2009

Pilootprojecten	Overige projecten
EPSI AZ Stuivenberg (Antwerpen)	Ontslagmanagement PZ Zoete Nood Gods (Lede)
Crisiseenheid CHU Ambroise Paré (Bergen)	Ontslagmanagement PC Sint-Alexius (Grimbergen)
EPSI AZ Sint-Jan (Brugge)	Ontslagmanagement Kliniek Broeders Alexianen (Tienen) ⁹
Crisiseenheid CHU Brugmann (Brussel)	Bubbels & Babbels (Antwerpen)
TEPSI Ziekenhuis Oost-Limburg (Genk)	De Eenmaking (Gent)
UPSIE UZ Gent (Gent)	Perspectief OCMW Gent
EPSI UZ Leuven, campus Gasthuisberg (Leuven)	Service Dédale, Intercommunale de Soins Spécialisés de Liège (Luik)
Crisiseenheid CHR de la Citadelle (Luik)	Case management middelenmisbruik PopovGGZ (Drongen)
Crisiseenheid CHR de Namur (Namen)	Case management MSOC Gent

Aan de hand van semi-gestructureerde interviews werd gepeild naar de opleiding en training van case managers, doelgroep en doelstellingen van de projecten, case manager-cliënt relatie, samenwerking met professionele en andere partners uit het netwerk van de cliënt en de eventuele meerwaarde van en mogelijke valkuilen bij de toepassing van case management. De samenstelling van de interviewvragenlijst was gebaseerd op voorbeelden die tijdens eerder onderzoek werden gebruikt (cf. Wolf & Planije, 2002; Geenens et al, 2005; Kolind et al., 2009). De uiteindelijke vragenlijst kwam tot stand in nauw overleg met Prof. Richard Rapp van het Center for Interventions, Treatment and Addictions Research (CITAR) van de Wright State University in Dayton (Ohio).

Naast het gestructureerde interview bestaande uit open vragen werd ook een gesloten vragenlijst (survey) samengesteld die aan het interview werd gekoppeld. Waar de interviews plaats vonden met één (of twee) case managers per project, werd deze survey voorgelegd aan alle case managers die met alcohol- of druggebruikers werken (n=37). De surveyvragenlijst bevat 45 items die door de case managers konden worden gescoord op een 5-punt Likertschaal. Alle items peilden in hoeverre bepaalde taken en opdrachten, die in de literatuur beschreven worden in relatie tot verschillende modellen van case management, momenteel uitgevoerd worden door de case managers.

Alle interviews werden afgenomen in de dienst of voorziening waaraan de case manager verbonden is. De interviews vonden plaats tussen september 2009 en januari 2010 en duurden gemiddeld ongeveer anderhalf uur. Alle interviews (n=17) werden geregistreerd op minidisc

⁹ Uiteindelijk kon de case manager van dit ziekenhuis niet bevraagd worden tijdens de onderzoeksperiode.

en achteraf letterlijk uitgeschreven. Op basis van een eerste lezing van de uitgetypte interviews werd een boomstructuur opgemaakt, die de belangrijkste thema's en subthema's uit de interviews bevatte. Om de betrouwbaarheid te verhogen werd de opgemaakte boomstructuur vooraf uitvoerig bediscussieerd met een tweede onderzoeker en werd deze op een aantal punten aangepast. Vervolgens werden alle uitgeschreven interviews opnieuw doorgenomen en gecodeerd aan de hand van deze boomstructuur (cf. Vandeveldde et al., 2003). Bij de weergave van de onderzoeksresultaten worden de bevindingen met betrekking tot case management in de pilootprojecten en overige projecten apart gerapporteerd. In de conclusie worden deze resultaten op elkaar betrokken.

Om de geïdentificeerde thema's te illustreren wordt bij de rapportage van de onderzoeksbevindingen gebruik gemaakt van citaten. Deze letterlijke uitspraken van case managers worden cursief weergegeven. Wanneer tekstfragmenten zijn weggelaten, wordt dit aangeduid met ronde haakjes (...). Wanneer de onderzoekers ter verduidelijking zaken toevoegden, wordt dit met vierkante haakjes aangeduid [...].

2.3. Focusgroep case managers crisiseenheden

Om de bevindingen uit de interviews en survey beter te kunnen duiden, werd op 16 december 2009 een focusgroep georganiseerd met alle case managers werkzaam in de crisiseenheden voor personen met middelengerelateerde stoornissen (n=12). Het focusgroepgesprek werd simultaan vertaald in het Nederlands en het Frans en duurde ruim twee uur. Het gesprek werd gemodereerd door de onderzoekers en focuste op volgende onderzoeksvragen/stellingen:

- Wat is de belangrijkste taak van een case manager werkzaam op een crisiseenheid?
- Is het voor een case manager werkzaam op een crisiseenheid, mogelijk om naast het realiseren van doorverwijzingen, ook aandacht te besteden aan zaken zoals bijvoorbeeld dagbesteding en sociale relaties van een cliënt?
- Nadat de cliënt de crisiseenheid verlaten heeft, hoeveel keer neemt de case manager dan nog contact op – of zou de case manager nog moeten contact opnemen – met de cliënt?
- Op welke manier kan planmatig gewerkt worden op een crisiseenheid? Welke rol kunnen case managers opnemen t.a.v. andere professionelen bij de planning van de hulpverlening?
- Op welke manier kunnen de taken van een case manager afgestemd worden op die van andere (ambulante) hulpverleners?
- Op welke manier wordt belangenbehartiging ingevuld, of zou het moeten ingevuld worden? Zijn er grenzen die niet overschreden kunnen/mogen worden? Hoe reageren andere hulpverleners wanneer u die rol opneemt?

De bedoeling van deze focusgroep was om – naast de uit de interviews gebleken verschillen – gelijkenissen op te sporen in de conceptualisering en praktijk van case management tussen de negen crisiseenheden, op basis van de hiervoor beschreven vragen en stellingen. Het focusgroepgesprek werd achteraf integraal uitgeschreven en verwerkt aan de hand van een thematische analyse.

3. Resultaten

3.1. Registratie patiëntgegevens crisiseenheden

Uit de vergelijking van patiënten die wel en geen contact hadden met een case manager tijdens hun opname op een crisiseenheid, blijkt dat eerstgenoemde groep significant jonger is (37 vs. 40 jaar) ($t(464.6) = 3.217$ $p=0.001$) en dat vrouwelijke patiënten in vergelijking met mannen minder gebruik maken van de diensten van een case manager, zij het niet significant

($\chi^2=3.29$, $df=1$, $p=0.070$). Hoewel dit een kleine patiëntengroep betreft ($n=42$), blijken met name personen die met pensioen zijn minder in contact te komen met deze case manager ($\chi^2=26.22$, $df=6$, $p=0.000$). Verder blijken vooral personen met een werkloosheidsuitkering of leefloon ($\chi^2=30.92$, $df=8$, $p=0.000$) en personen met een justitieel statuut ($\chi^2=13.24$, $df=2$, $p=0.001$) beduidend vaker een beroep te doen op de case manager in vergelijking met cliënten zonder juridisch dossier.

Scores op de CTRS tonen aan dat vooral personen met ambivalente gevoelens met betrekking tot suïcidaliteit minder vaak in contact komen met de case manager ($\chi^2=25.78$, $df=4$, $p=0.000$). De CTRS maakt verder duidelijk dat patiënten met weinig of geen sociale steun beduidend vaker contact hebben met een case manager ($\chi^2=10.86$, $df=4$, $p=0.028$), terwijl patiënten die aangeven minder gemotiveerd te zijn voor behandeling ook significant minder in contact komen met een case manager ($\chi^2=83.88$, $df=4$, $p=0.000$).

Wat het middelengebruik betreft, valt op dat beduidend minder patiënten met middelengebruik als secundaire aanmeldingsklacht gevolgd worden door een case manager ($\chi^2=38.37$, $df=7$, $p=0.000$). Case managers richten zich vooral op patiënten die dagelijks of meerdere keren per dag gebruiken ($\chi^2=26.73$, $df=3$, $p=0.000$), die als afhankelijk van dit middel gediagnosticeerd worden ($\chi^2=85.72$, $df=2$, $p=0.000$), die nog andere middelen gebruiken naast hun hoofdproduct ($\chi^2=13.61$, $df=1$, $p=0.000$) of die ooit geïnjecteerd hebben ($\chi^2=9.07$, $df=2$, $p=0.011$).

Cliënten bij wie case management opgestart wordt, zijn vaker vroeger reeds (ambulant) in behandeling geweest omwille van psychische problemen ($\chi^2=20.64$, $df=3$, $p=0.000$). Indien patiënten reeds eerder opgenomen waren op een crisiseenheid, is de kans beduidend kleiner dat bij hen (opnieuw) case management zal opgestart worden ($\chi^2=18.50$, $df=2$, $p=0.000$).

Met betrekking tot de behandeling op de crisiseenheid wordt duidelijk dat personen die contact hebben met een case manager beduidend vaker medicamenteus behandeld tijdens hun opname (cf. tabel 3). Tevens vinden bij deze patiënten significant vaker interventies plaats die verband houden met case management, zoals adviesverlening, belangenbehartiging, planning van het zorgtraject en hervulpreventie. Bij patiënten bij wie er geen case management gebeurt, is er tijdens de opname vaker contact met hun sociaal netwerk (bv. heteroanamnese, betrekken significante anderen) en is er ook sprake van een verhoogd toezicht op de patiënt. In geval van case management blijkt er ook significant vaker intern overleg plaats te vinden met andere betrokken hulpverleners, hoewel dit verschil niet significant is voor het overleg met andere hulpverleners buiten spoedgevallen. Nadere analyse van deze hulpverleningscontacten, maakt duidelijk dat er bij cliënten met een case manager beduidend vaker contacten zijn met andere diensten binnen het ziekenhuis ($\chi^2=4.7$, $df=1$, $p=0.030$) en met hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg ($\chi^2=52.8$, $df=1$, $p=0.000$), maar niet met huisartsen of politieel diensten. Bovendien is er bij cliënten die een case manager hebben, significant minder vaak contact met de familie ($\chi^2=32.84$, $df=1$, $p=0.000$). Het aantal patiëntcontacten tijdens de opname ligt beduidend hoger in de case management-groep in vergelijking met patiënten die geen case manager hebben ($\chi^2=430.86$, $df=6$, $p=0.000$). Bijna tweederde van deze laatste groep patiënten (67%) had tijdens de opname geen enkel contact met andere hulpverleners dan de verpleegkundigen van de afdeling.

Patiënten die contacten hebben met een case manager worden na hun opname op een crisiseenheid significant vaker doorverwezen ($\chi^2=26.54$, $df=3$, $p=0.000$), met name naar een ambulante behandelingssetting. Patiënten die geen case manager hebben, worden iets vaker residentieel doorverwezen. Het aantal contacten met instanties naar waar wordt doorverwezen lag tijdens de opname gevoelig hoger in de case management-groep ($\chi^2=89.12$, $df=6$,

p=0.000). Bij 78.8% van de patiënten die geen case manager hadden, vonden geen dergelijke contacten plaats. Het is evenwel opvallend dat er bij 48.2% van de patiënten in de case management groep geen contacten waren met externe instanties in functie van doorverwijzing, hoewel dit nochtans tot de kerntaken van de case manager behoort.

Tabel 3: Vergelijking van het zorgaanbod tijdens de opname op een crisiseenheid tussen cliënten die wel en geen contact hadden met een case manager (n=814)

	Wel CM	Geen CM	Significantie-niveau
Interventies			
Anamnese middelengebruik	96.2%	77.0%	**
Crisisgesprek	97.6%	95.9%	
Somatische zorg	19.3	19.3	
Hulp bij sedatie	41.0	10.7	**
Toezicht patiënt	39.6	66.3	**
Heteroanamnese	43.3	53.0	*
Overleg met andere hulpverleners binnen spoedgevallendienst	65.4	49.3	**
Overleg met andere hulpverleners buiten spoedgevallendienst	54.9	58.9	
Praktische bijstand	43.3	44.8	
Medicatie/farmacotherapie	88.5	62.2	**
Detox-afbouw	32.4	8.9	**
Detox-substitutie	15.9	22.2	*
Opstart substitutie	9.3	5.6	
Onderhoud substitutie	7.6	3.3	*
Individuele gesprekken	95.4	78.9	**
Groepsgesprekken	13.5	13.7	
Motivationale gesprekken	53.7	60.0	
Relatietherapie	28.0	2.6	**
Planning hulpverleningstraject	76.7	63.7	**
Adviesverstrekking	82.5	73.7	**
Betrekken significante anderen	34.6	43.3	*
Hervalpreventie	46.1	19.6	**
Belangenbehartiging	15.5	7.8	**

3.2. Interviews met case managers

Gezien binnen dit project een duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen case managers werkzaam op de crisiseenheden en in andere projecten, bespreken we de interviewresultaten voor beide groepen afzonderlijk.

CASE MANAGEMENT BINNEN DE CRISISEENHEDEN VOOR PERSONEN MET MIDDELENGERELATEERDE STOORNISSEN

1. Profiel van de case manager

1.1. Opleiding en werkervaring

De meeste case managers verbonden aan de pilootprojecten genoten een opleiding tot psychiatrisch of sociaal verpleegkundige (n=7) of maatschappelijk werker (n=3). Op één persoon na, hebben alle case managers voor hun huidige functie als case manager één (of meer) andere job(s) uitgeoefend binnen de verslavingszorg of geestelijke gezondheidszorg.

1.2. Training

Uitgebreide training en vorming en ervaring in de sector en met de doelgroep zijn volgens verschillende auteurs (Wolf & Planije, 2002) en ook volgens de case managers minstens even belangrijk als formele kwalificaties en diploma's. Uit de interviews blijkt echter dat geen van alle case managers werkzaam binnen de pilootprojecten een specifieke training volgde voordat hij/zij aan de slag ging als case manager.

“Ik denk de vorming die er hier bestaat, is het feit dat de case manager geen schoolverlater mocht zijn. Het moest iemand zijn met toch al een aantal jaren ervaring.”

Uit de interviews blijkt dat vorming en in-service training doorgaans op een eerder indirecte manier plaatsvinden. Vaak wordt verwezen naar eerder opgedane ervaringen, ondersteuning vanuit het team, overleg en vergaderingen of vorming door een voorganger. De meeste case managers (n=10) deden hiertoe aan zelfstudie of namen deel aan studiedagen. Tevens werd tijdens de beginjaren geregeld overleg georganiseerd tussen de case managers werkzaam op de crisiseenheden.

“J'ai été formée par Mme [X] qui occupait le poste. Elle m'a mise au courant. On a travaillé deux ans ensemble, période durant laquelle j'étais à cheval entre mes deux fonctions, selon les besoins.”

De meeste case managers (n=8) geven aan dat hun vorige werkervaringen hen voorbereid hebben op hun huidige functie. De meeste respondenten vinden dan ook dat de functie van case manager best wordt uitgeoefend door iemand met voldoende praktijkervaring.

“Wij zaten al jarenlang in de hulpverlening of in de verslavingszorg, ambulante, en dat houdt in dat je toch al voor een stukje aan case management doet. Je neemt contacten op met instanties, enzovoort. Dus we waren in die zin al een stukje voorbereid. In een ambulante dienst doe je dat ook, contacten leggen met andere diensten en van alles organiseren. Dus in die zin was dat voor ons niet echt nieuw.”

Ook overleg met collega's van dezelfde of een andere discipline wordt als een belangrijke vorm van vorming of supervisie ervaren.

Heel wat case managers (n=7) staan relatief kritisch ten aanzien van de nood aan en de wenselijkheid van een specifieke vorming of training voor case managers en dit om uiteenlopende redenen. Ten eerste wordt het merendeel van de vereiste vaardigheden al zoekend en voornamelijk in de praktijk verworven. Contacten leggen met voorzieningen is iets wat niet door middel van een vorming kan worden aangeleerd. Case managers dienen in dialoog te gaan met andere voorzieningen en disciplines en daarvoor is een zekere 'feeling' vereist.

“C'est difficile à dire car la connaissance du réseau est quelque chose qui ne s'acquiert pas par le biais de cours ou de formations, mais bien par la pratique.”

Aangezien de functie van case manager vooraf niet eenduidig gedefinieerd werd, is het voor heel wat case managers vooral een zoeken en aftasten geweest en is men voornamelijk tijdens de uitoefening van de job getraind. Een aantal case managers benadrukken dat een theoretische vorming voorbij gaat aan het praktische aspect van de functie. De case manager dient over vaardigheden te beschikken die zich 'al doende' ontwikkelen.

“Een extra vorming heeft niet echt zin, denk ik. Je leert meer door het te doen en door met personen te overleggen.”

Verder wordt aangegeven dat er in een pilootproject voldoende ruimte moet zijn om te experimenteren. Deze vrijheid wordt als een meerwaarde ervaren. Het stelt case managers in staat om te zoeken naar een inhoudelijke invulling van hun functie die rekening houdt met de visie en standpunten van de voorziening waarbinnen men werkt.

Hoewel het merendeel van de case managers het gebrek aan een duidelijke functieomschrijving als een minpunt heeft ervaren, geven een aantal van hen aan dat die vrijheid toch een zekere meerwaarde heeft gehad tijdens de implementatiefase.

Men vindt ook dat beginnende case managers voldoende tijd en mandaat moeten krijgen om hun functie uit te bouwen.

“Er is natuurlijk veel lectuur rond case management en ik heb dat in het begin ook doorgenomen. Je kunt razend enthousiast worden rond case management dat de baan op gaat, maar als je van het beleid geen fiat krijgt, ben je gefrustreerd. Dan houd je het hier niet vol.”

“Le plus important pour un case manager débutant, c’est qu’on lui octroie du temps, pour qu’il puisse passer des journées dans différents services, et se rendre compte de la manière dont ça se passe (...).”

Eerder dan een voorafgaande training wijst men voornamelijk op het nut van een vorm van intervisie, zeker gezien het gebrek aan eenvormigheid in de werking van de verschillende pilootprojecten. Tijdens dergelijke intervisie zouden case managers samen met collega-case managers kunnen reflecteren over, bijvoorbeeld, de afbakening van de functie. Wanneer er tussen de verschillende pilootprojecten afspraken gemaakt kunnen worden over bv. het functieprofiel, kan dit volgens de meeste case managers een belangrijke meerwaarde betekenen.

“De eigen ervaringen aftoetsen bij de anderen, hoe zij een aantal zaken aanpakken, hoe wij het doen. Inderdaad de uitwisseling van ervaringen: hoe gaan jullie als case manager met cliënten om? Hoe pakken jullie dat aan? En bevragen op welke problemen dat zij stuiten. Want je kunt heel ver gaan in case management. ‘k Denk dat je toch een grens moet bepalen, dat iedereen op een zelfde manier die grens stelt. Ik ga tot daar in mijn belangenbehartiging voor mijn patiënt en verder dan dat ga ik bijv. niet om die en die reden. (...) ‘k Denk dat het goed zou zijn dat iedereen op dezelfde lijn staat daarrond. Dat er afspraken worden gemaakt.”

Hoewel case managers aangegeven dat een zekere mate van uniformiteit een houvast zou bieden, wijst men er tegelijkertijd op dat men bij het streven naar meer eenvormigheid ook rekening moet houden met de verschillende context van de pilootprojecten. Zo zal het aanwezige zorgaanbod in de regio of provincie in belangrijke mate de mogelijkheden en beperkingen inzake samenwerking en doorverwijzing bepalen.

1.3. Vereiste kwalificaties en vaardigheden

‘Ervaring met de doelgroep’ is een belangrijke kwalificatie die door de meeste case managers vermeld wordt. Hoewel men ervan overtuigd is dat de meeste van de vereiste vaardigheden zich tijdens de uitoefening van de job ontwikkelen, acht men het belangrijk dat er tijdens een vorming voor beginnende case managers gefocust wordt op kennis van de sociale kaart en het inschakelen

van de meest geschikte hulpverleningsvorm voor de cliënt. Hoewel men door middel van vorming kennis kan opbouwen met betrekking tot het hulpverleningslandschap, zijn naast deze kennis ook contacten met referentiepersonen binnen diensten en voorzieningen erg belangrijk.

Een case manager dient dus niet alleen kennis te hebben van het bestaande zorgaanbod, hij/zij moet bovendien in staat zijn om goede contacten uit te bouwen en te onderhouden met deze diensten. Communicatie- en managementvaardigheden zouden daarom deel kunnen uitmaken van een specifieke training voor case managers. Als case manager dient men bovendien erg diplomatisch, tactvol en empathisch te zijn. Hoewel deze vaardigheden volgens het merendeel van de respondenten in belangrijke mate persoonsgebonden zijn, kunnen deze basisvaardigheden aangeleerd of verder verfijnd worden tijdens een training.

Om cliënten op gepaste wijze te kunnen verwijzen achten de meeste case managers inzicht met betrekking tot psychopathologie en de werking van verschillende middelen van groot belang, zeker gezien het niet geringe aantal cliënten met een dubbele diagnose.

“Aussi pour pouvoir orienter les gens vers un service adapté, il est important d’avoir un bagage en matière de psychopathologie, vu le nombre de problèmes psychologiques qui sont associés à la notion de dépendance.”

Training en supervisie kunnen (beginnende) case managers ook helpen om hun relatie met cliënten op gepaste wijze te leren hanteren. Een case manager moet een vertrouwensrelatie kunnen uitbouwen, maar wordt tegelijkertijd geconfronteerd met belangrijke ethische kwesties, zoals het afbakenen van grenzen in een professionele hulpverleningsrelatie. Bijgevolg dienen case managers een zelfreflectieve en kritische houding te ontwikkelen, wat niet bevorderd wordt door de eerder vage functieomschrijving.

Tenslotte geeft het merendeel van de case managers aan zich voldoende gewapend te voelen voor het uitoefenen van hun functie. Ondersteuning vanuit het team en de voorziening vormen hierbij een belangrijke meerwaarde.

2. Doelgroep van de interventie

2.1. Omschrijving cliëntpopulatie

Uit de interviews komt naar voor dat case managers verbonden aan de crisiseenheden met een zeer heterogene cliëntpopulatie werken. Het betreft zowel cliënten die voor de eerste keer in contact komen met de hulpverlening als cliënten die reeds een hele hulpverleningsgeschiedenis achter de rug hebben.

“Enerzijds zijn er personen die voor de eerste keer met de hulpverlening in aanraking komen, die de eerste keer in een crisissituatie komen, die vaak al langer gebruiken maar dat het voor de eerste keer over de schreef gaat. Anderzijds heb je de groep van personen die wij regelmatig terugzien, die wat chronisch in crisis blijven, die een tijdje komen, waarvoor we hulp trachten te organiseren, maar die dan terug hervallen.”

Vaak wordt er melding gemaakt van een comorbide psychiatrische problematiek. Sowieso hebben de meeste cliënten problemen op verschillende levensdomeinen.

Uit de literatuur komt naar voor dat case management vooral bedoeld is voor cliënten die moeilijk toegang krijgen tot de bestaande hulpverlening of die door hun problematiek met

verschillende voorzieningen in contact komen. Uit de interviews blijkt echter dat er in de praktijk geen specifieke inclusiecriteria gehanteerd worden. In principe worden alle cliënten met een verslavingsproblematiek die op de crisiseenheid opgenomen worden door de case manager gezien. Het enige criterium dat door twee case managers expliciet vermeld en gehanteerd wordt, is de mate van aanspreekbaarheid. Opgenomen cliënten die te verward zijn of in een fase van acute psychose verkeren, worden niet door de case manager gezien.

“Personen die vanuit een ziekte in crisis komen, vanuit een depressie of die psychotisch zijn, daar komen wij niet. Als die aanspreekbaar zijn, dan worden wij ingeschakeld, voor nazorg te regelen en zo. Die moeten helder zijn, die moeten aanspreekbaar zijn.”

2.2. Geen uniform aanbod

Het gebrek aan specifieke inclusie- en selectiecriteria heeft implicaties voor de intensiteit en duur van het case management. Bovendien worden case managers geconfronteerd met een zeer heterogene cliëntenpopulatie, waarbij niet iedereen gebaat is met éénzelfde aanbod qua case management. Alle case managers geven aan dat er bijzonder veel variatie zit in de manier waarop zij verschillende cliënten opvolgen.

“C’est vraiment au cas par cas, en fonction du rythme du patient. D’où l’importance de faire une anamnèse fouillée de la problématique et d’identifier les ressources (internes et externes au patient ; professionnelles et familiales ; réseau social).”

Hoewel er een zeker basisaanbod is dat ongeveer bij alle cliënten op eenzelfde wijze wordt ingevuld, zoals de afname van de anamnese en het in kaart brengen van de hulpvraag en het toekomstperspectief, wordt er na de opname sterk gedifferentieerd qua intensiteit en aard van de verdere opvolging. Hierbij zijn vooral de hulpvraag van de cliënt en het al dan niet aanwezig zijn van een extern ondersteuningsnetwerk richtinggevend. In één crisiseenheid wordt met een intensieve en minder intensieve variant van case management gewerkt.

“We hebben twee soorten case management. Een intensieve vorm van case management die minimum zes maanden loopt, maar er zijn cliënten die er al twee, drie jaar in zitten gaande van soms eens minder tot meer intensieve contacten. (...) En dan een aantal personen bij wie we kort op de bal spelen, kortdurend case management. Kortdurend, dat kan ook tot max. 6 maanden, maar meestal een maand of drie.”

3. Doelstellingen case management

Contextuele factoren bepalen in belangrijke mate de doelstellingen van case management, maar volgende doelen worden door nagenoeg alle case managers naar voor geschoven.

3.1. Continuïteit en coördinatie van zorg

Alle case managers zijn het erover eens dat het bevorderen van de coördinatie van de zorg- en dienstverlening en de samenwerking tussen verschillende bij de cliënt betrokken diensten één van de belangrijkste doelstellingen van case management is. Het opbouwen en onderhouden van samenwerkingsrelaties met externe voorzieningen staat hierbij centraal. De case managers stellen zich tot doel het zorgtraject van de cliënt te bewaken, maar zij zijn niet de coördinator ervan in de werkelijke betekenis van het woord. Hun rol beperkt zich immers voornamelijk tot het opstarten van het zorgtraject tijdens de opname. Zodra er een netwerk rond de cliënt is geïnstalleerd, wordt deze coördinerende taak doorgaans overgenomen door een andere hulpverlener.

“In principe, als wij iemand doorverwijzen, ook al is dat intern, dan geven wij dat over, dan gaan wij niet systematisch bevragen: “Hoe is ’t ermee?” (...) Als ze ergens terecht kunnen, dan is het voor ons afgerond. Als zij dan toch signaleren van het gaat niet meer, dan kan hij terug naar ons komen.”

De case manager blijft echter vaak achter de schermen aanwezig en tracht op deze manier het traject van de cliënt op te volgen. De opvolging gebeurt vooral telefonisch, maar neemt zelden of nooit de vorm aan van ad hoc-cliëntoverleg, waarbij de verschillende betrokken actoren door de case manager bijeengebracht worden in functie van een goede afstemming.

Niet alle case managers zien hun rol beperkt tot een minimale opvolging en benadrukken het belang van zorgcoördinatie en –continuïteit, opdat cliënten op een effectieve manier van het zorgaanbod gebruik zouden maken.

“Je pense qu’on a une action importante en matière de cohérence par rapport à la trajectoire de soins. Le case management permet, sinon d’éviter, tout au moins de réduire le risque de ‘shopping thérapeutique’ de la part des patients toxicomanes; il favorise une utilisation adéquate du réseau de soins par les patients.”

3.2. Perspectief bieden na de crisisopvang

Een crisisopname laat toe om snel en op korte tijd in te spelen op de noden van de patiënt. Case management wordt ingezet om herhaalde opnames te vermijden en personen via minimale ambulante ondersteuning te laten functioneren in hun natuurlijke leefomgeving.

“Les objectifs du case management se fondent avec ceux de l’unité de crise. Un des objectifs est de réduire la durée d’hospitalisation. On ne favorise pas l’hospitalisation; on a, en toile de fond, une préférence pour l’ambulatoire.”

Case managers hebben ook een belangrijke ondersteunende rol ten aanzien van het multidisciplinaire team op de crisiseenheden, onder meer door zaken in perspectief te plaatsen en uitwegen te schetsen.

Bovendien kan de case manager, doordat hij cliënten voor langere tijd opvolgt, feedback geven over het door hen afgelegde parcours, wat nieuwe impulsen kan geven aan de behandeling op de eenheid.

“Il nous arrive de donner des feed-back à l’équipe quelque temps après la sortie de l’unité, qu’un psychologue vienne à nous et nous demande: « Tiens, tu as eu des nouvelles d’untel? », par curiosité de savoir comment ça s’est passé par la suite, si la proposition faite a été bonne. C’est important pour l’équipe d’avoir ce type de retour. (...) Pareillement, le fait, par exemple, de donner un feedback à l’équipe du centre de crise leur permet d’ajuster les pratiques en amont.”

4. Basisfuncties van de case manager

4.1. Het in kaart brengen van de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt en het formuleren van bijhorende doelstellingen (assessment en planning)

De meeste case managers geven aan zich in de eerste plaats te richten op de noden en behoeften van cliënten, waarbij de verwachtingen en doelstellingen van de cliënt het uitgangspunt vormen voor de begeleiding. In overleg tussen cliënt en case manager worden de uiteindelijke doelstellingen vastgelegd. Dialoog en samenspraak zijn hierbij belangrijke basisprincipes:

“De doelen op cliëntniveau zijn voor mij de doelen die de cliënt zelf stelt, maar die worden ook wel een stukje, doordat we in dialoog gaan, worden die ook wel samen besproken.”

“Moi, je pense que ce qui est important dans mon travail, c’est de partir de leur projet et de voir ce qui est réalisable et ce qui ne l’est pas; il ne faut pas fixer d’emblée d’objectifs trop ambitieux ou, tout au moins, ne pas encourager le patient à s’engouffrer dans la mise en place de projets qui les dépassent, qui sont trop élevés pour eux.»

Het is echter niet duidelijk of en in hoeverre deze doelstellingen vastgelegd worden in een (schriftelijk) handelingsplan, met bijhorende subdoelen, methoden, timing en evaluatiecriteria. Geen enkele case manager maakte alvast melding van het gebruik van een handelingsplan.

4.2. De cliënt in contact brengen met andere diensten en hem of haar doorverwijzen (*linking*)

Cliënten in contact brengen met andere diensten en/of voorzieningen is de case management-functie waarnaar het vaakst wordt verwezen (n=10). Cliënten worden met bepaalde personen of diensten in contact gebracht in functie van bepaalde doelstellingen (bv. tewerkstelling, huisvesting), wanneer er hiervoor binnen de natuurlijke leefomgeving onvoldoende hulpbronnen aanwezig zijn.

Case managers geven aan dat ‘linking’ gebaseerd is op een assessment van de behoeften en vraag van de cliënt en op de door het team voorgestelde verwijzing. De oriëntatie en doorverwijzing is in de meeste crisiseenheden een teamgebeuren, waarbij de case manager evenwel een belangrijke adviserende rol heeft, gezien zijn kennis met betrekking tot het hulpverleningslandschap.

“Doorverwijzing is een teamgebeuren en de case manager heeft daarin een meerwaarde doordat we het werkveld goed kennen. (...) Ook omdat we vanuit een maatschappelijke hoek komen, dat we zicht hebben op de sociale kaart (...) en dat we moeten inschatten wie hoort waar wel of niet bij.”

De case manager heeft als opdracht om het door het team voorgestelde traject zo goed mogelijk te realiseren en op te volgen. De case manager staat in voor het voorbereiden en op punt stellen van dit traject en fungeert als brugfiguur naar externe instanties.

“Il y a tout un projet qui est mis en place par l’équipe (et en partie le case manager); enfin, le case manager veille à ce que ce projet mis en place soit effectivement mis en œuvre, dans les meilleures conditions dès la sortie du patient: on accompagne certains patients pour leurs entretiens de pré-admission dans les autres hôpitaux; on leur fixe un rendez-vous après leur sortie pour voir comment ça se passe à domicile ou on téléphone à l’hôpital où ils ont été référés pour voir s’ils sont bien arrivés et s’il n’y a pas de souci particulier.”

Hierbij dient niet alleen met de vraag van de cliënt rekening gehouden te worden, maar ook met het beschikbare aanbod.

4.3. Bemiddelen bij conflictsituaties (*advocacy*)

Een andere opdracht van de case manager is opkomen voor de belangen van cliënten (bv. wanneer deze dreigt uit zijn huis gezet te worden wegens het niet betalen van de huishuur) of het bemiddelen bij een bepaalde voorziening in functie van een nieuwe opname na een eerdere mislukte opname op deze dienst (Vanderplasschen et al., 2007). De meeste case managers geven

aan belangenbehartiging als een belangrijk aspect van hun job te ervaren, hoewel er ook duidelijk een aantal grenzen gesteld worden. Advocacy wordt slechts toegepast in die mate dat de case manager achter het vooropgestelde traject staat (het moet om een gerechtvaardigde vorm van belangenbehartiging gaan). Bovendien geven case managers aan dat bepaalde cliënten geresponsabiliseerd dienen te worden en het dus eerder aangewezen is hen aan te moedigen om hun eigen belangen te verdedigen in plaats van dit als case manager voor hen te doen.

“Si on voit que la personne a des problèmes à faire des démarches, on peut l’aider, prendre sa défense vis-à-vis de tiers. Si, maintenant, on voit que le patient met en échec tout ce qu’il fait, s’abandonne le travail des personnes qui veulent l’aider, on va arrêter ça. Ce serait lui donner un mauvais signal que de le laisser croire qu’on cautionnera son comportement dans tous les cas de figure en lui disant : « On va te défendre ». Il faut le responsabiliser, il faut qu’il fasse ses expériences.”

Case managers stellen voornamelijk op te komen voor de belangen van hun cliënten of te bemiddelen bij een bepaalde voorziening in het kader van een opname binnen de verslavingszorg. Voor belangenbehartiging op andere domeinen (bv. geschillen of problemen op het werk) geven de meeste case managers aan door te verwijzen naar daartoe gespecialiseerde instanties. Belangenbehartiging wordt meestal enkel opgenomen bij cliënten die heel intensief opgevolgd worden

Alle case managers benadrukken dat het belangrijk is een evenwicht te vinden tussen enerzijds de belangen van de cliënt en anderzijds die van de voorziening waarmee men tracht samen te werken. Door het op te nemen voor de cliënt, krijgt deze vaak een extra kans in een voorziening. Bovendien kunnen via de tussenkomst van de case manager de belangen van de cliënt en de voorziening op elkaar afgestemd worden. Door de meeste case managers wordt het belang benadrukt van een diplomatische en tactvolle houding bij het opnemen van belangenbehartiging. Vaak is het balanceren op een dunne koord en dient men begrip op te brengen voor de regels en standpunten van de tegenpartij.

“(…) Diplomatisch, begrijpend, en tactisch. Je moet sowieso begrip hebben voor het standpunt waarom ze iemand niet meer willen opnemen. (...) Zowel met de instantie waar je naar wil verwijzen als met de cliënt in kwestie: het hangt van jouw houding af of er daar later nog kompanen van jou gaan terecht kunnen. Verbod het niet. Heel eerlijk, want anders kan je er één verkopen, maar geen volgende.”

Wanneer de cliënt ondanks deze belangenbehartiging om bepaalde redenen toch niet meer terecht kan bij een bepaalde voorziening, is het aan de case manager om deze beslissing toe te lichten aan de cliënt.

4.4. Het opzoeken van de cliënt in zijn/haar leefomgeving (outreaching)

Het actief traceren en contact leggen met cliënten in hun eigen leefomgeving wordt slechts door een beperkt aantal case managers tot hun basisfuncties gerekend. Tijdsgebrek of een te grote caseload worden als belangrijkste redenen aangehaald om cliënten niet actief te gaan opzoeken.

“Non. Je n’ai pas le temps: il y a 4 patients qui sont hospitalisés ici, il faut aller les voir; il y a les patients qui viennent aux urgences, qu’il faut voir aussi; il y a les personnes qui viennent en suivi ambulatoire qu’il faut aussi voir ; il y a les personnes qu’on doit accompagner pour des entretiens de pré-admission ... Je ne pourrais pas intégrer des visites à domicile dans mon programme: il faudrait des journées de 48 heures !”

“We gaan personen niet gaan opzoeken. De deur is open en we wachten tot ze zich terug aanmelden of dat ze terug opduiken, en dan doen we verder of beginnen we opnieuw, afhankelijk van hun toestand.”

Een aantal case managers (n=3) geeft aan dat er vanuit het ziekenhuis een keuze werd gemaakt om niet aan outreaching te doen. Wanneer men beslist aan outreaching te doen, is een grote caseload niet haalbaar. Men dient dus af te wegen of men opteert voor outreaching dan wel voor een grotere caseload.

Een aantal case managers gaan ervan uit dat er andere voorzieningen bestaan die aan deze vraag tegemoet komen. Gezien het grote verloop van patiënten, dient men bepaalde zaken uit te besteden aan voorzieningen die hierin meer gespecialiseerd zijn.

Wanneer men op crisiseenheden toch aan outreaching doet, beperkt zich dat meestal tot cliënten die een erg intensieve begeleiding vragen. Slechts twee case managers doen frequent huisbezoeken. Eén van hen geeft aan hier tijd voor te hebben, aangezien ze werd aangesteld om cliënten op te volgen die een meer intensieve vorm van ondersteuning nodig hebben. Een andere case manager baseert zich voor deze keuze op het toegepaste model van case management (i.e. strengths-based model).

“Strengths based case management gaat uit van potenties zoeken, ook in de omgeving. Dan vind ik het normaal dat je ook naar die omgeving toe gaat, om zicht te krijgen op of ook om zaken op gang te krijgen.”

4.5. Het informeren, adviseren en motiveren van cliënten (*directe dienstverlening*)

In een aantal situaties kunnen case managers zelf dienstverlenende taken op zich nemen, zoals het aanleren van vaardigheden, regelmatige gesprekken voeren, motiveren om vol te houden, informatie en advies geven omtrent bijvoorbeeld veilig spuiten of het vergezellen van de cliënt naar een bepaalde dienst. Slechts een beperkt aantal case managers doet zelf aan directe dienstverlening, enkel indien het niet anders kan. In principe worden cliënten hiervoor steeds doorverwezen naar andere diensten of voorzieningen.

“Ik ga wel de eerste nood soms lenigen, omdat anderen in die mate op afspraak werken dat er daarbuiten geen tijd is. Dat is zoals dat je Touring vraagt om u te depanneren, maar voor uw onderhoud moet je in een garage zijn.”

Wanneer cliënten bijvoorbeeld niet rechtstreeks terecht kunnen bij de voorziening waarnaar ze werden doorverwezen, zullen sommige case managers de wachttijd trachten te overbruggen door middel van een aantal opvolgingsgesprekken met als doel de motivatie van de cliënt te behouden of zelfs te versterken.

“Dan moeten wij hulpverlener spelen tot er een opname kan komen. Dan moeten wij de brugfunctie spelen.”

Informatieverstrekking en psycho-educatie blijken iets vaker tot het takenpakket van case managers te behoren. Dit betreft zowel productinfo als informatie over doorverwijs-mogelijkheden. Hierbij kunnen ook familieleden betrokken worden.

4.6. Verdere opvolging en evaluatie (*monitoring*)

Gezien de beperkte opnameduur en de grote caseload, verdwijnen heel wat patiënten ondanks het case management snel uit beeld. Het blijkt dan ook onmogelijk om systematisch het vervolgtraject van alle opgenomen cliënten na te gaan. Hun evolutie wordt voornamelijk afgeleid op basis van signalen uit de buitenwereld of aan de hand van iemands situatie bij een heropname. In functie van cliëntopvolging achten case managers communicatie met andere voorzieningen cruciaal om een idee te krijgen van hoe het met een bepaalde cliënt gesteld is. Enkel op die manier kan men te weten komen of het opgestarte traject ook daadwerkelijk werd gerealiseerd. Dergelijke contacten verlopen meestal informeel en zijn niet structureel ingebed in het takenpakket van de case manager. Case managers geven aan dat het belangrijk is om dergelijk (informeel) netwerk uit te bouwen. De feedback van netwerkpartners en andere voorzieningen is dan ook vaak één van de weinige mogelijkheden om de eigen werking en de vooropgestelde doelen te evalueren.

“On est efficace à partir du moment où on entretient les contacts avec le réseau: c’est un travail de tous les jours en vous permettant d’étoffer votre boîte à outils; c’est aussi le seul moyen d’avoir une idée sur ce qui s’est passé ‘après’; la seule forme d’évaluation qu’on ait de notre travail.”

Sommige case managers zien bepaalde cliënten nog op afspraak na hun opname op de afdeling en de manier waarop men zich hierbij presenteert, is meestal een belangrijke bron van informatie.

“De manier waarop die hier binnen komen, met grote pupillen of verzorgd, daar kun je al heel veel van zien. Of signalen van de buitenwereld; de familie, de huisarts, het cliëntenoverleg, de politie die één binnen brengt.”

4.7. Toegepast model van case management

In de literatuur worden doorgaans vier modellen van case management onderscheiden (cf. supra), maar de meeste praktijkvoorbeelden zijn hybride modellen of vormen slechts een flauwe afspiegeling van de theoretische modellen. Verscheidene case managers geven aan niet de behoefte te hebben om zich te conformeren aan een bepaald theoretisch model. In de praktijk geeft men voorrang aan een haalbare vorm van case management, rekening houdend met de context en de vraag van de cliënt. Dikwijls gaat het om een mengvorm van twee of meer theoretische modellen.

“Non, pas un modèle spécifique. Je pense que c’est un mélange. J’ai lu les différents modèles théoriques auxquels vous faites allusion, mais c’est difficile de s’attacher à un type de modèle particulier. Dans la pratique nous ne ressentons pas le besoin d’être conforme à un modèle ou à un autre: nous travaillons avec un large panel de patients, donc, toute l’approche reste quand même assez personnalisée.”

Een aantal case managers geven aan dat de keuze voor een bepaald theoretisch model in zekere zin beperkt wordt door de vooropgestelde grenzen vanuit de voorziening. Het beleid van de voorziening bepaalt de modaliteiten en reikwijdte van het case management. Afhankelijk van de hulpvraag en intensiteit van de vereiste ondersteuning worden binnen bepaalde voorzieningen zelfs verschillende modellen van case management toegepast.

“In grote lijnen is het het makelaarsmodel. We blijven achter de schermen. Wij interveniëren, we verwijzen door en dan is het tussen de hulpverlener en de gast. (...). Die houden ons dan wel op de hoogte. Er zijn een aantal van die draaideurpatiënten die we wel wat intensiever begeleiden. Dat is dan meer het ACT- model.”

Het makelaarsmodel is het theoretisch model van case management dat het meest aansluit bij de gebruikelijke werkwijze op de crisiseenheden.

5. Case manager - cliënt contacten

Case managers geven aan dat ze een vertrouwensband trachten op te bouwen met hun cliënten en dat ze vertrekken van een open en niet-oordelende houding. Men stelt weinig verwachtingen naar de cliënt toe en fungeert voor een aantal cliënten als rode draad doorheen het hulpverleningstraject. Het bewaken van een goed evenwicht tussen ‘afstand-nabijheid’ staat hierbij centraal.

“Afstand en nabijheid goed weten te doseren, maar toch een goed onderscheid. Vandaar dat ik zeg een professionele relatie, het blijft een professionele relatie. Maar personen kunnen met alles terecht, weinig oordelend. Er is veiligheid, moet er zijn, als je wilt kunnen praten.”

De caseload van case managers verschilt sterk van crisiseenheid tot crisiseenheid, afhankelijk van de intensiteit en specifieke doelgroep en doelstellingen van het case management. Case managers die weinig aan monitoring doen of die zich niet (buitenshuis) verplaatsen, kunnen een hogere caseload aan in vergelijking met case managers die cliënten intensiever ondersteunen. De meeste case managers vinden het moeilijk om hun caseload te kwantificeren en ook met betrekking tot de vooropgestelde duur van het case management, geeft het merendeel aan dat deze termijn individueel te bepalen is.

“Ca n’aurait pas de sens de calculer une moyenne : dans le cas le plus rapide, le case management se limite à un coup de téléphone; inversement, la relation de soutien peut durer des mois, voire des années, ceci sans qu’il y ait jamais véritablement un point final, puisqu’on reste toujours à leur disposition en cas de besoin.”

Vaak is het de voorziening waarnaar de cliënt werd doorverwezen die de case manager op de hoogte brengt van belangrijke wijzigingen of veranderingen in het zorgtraject. Af en toe nemen case managers ook zelf contact op met deze voorziening, met name wanneer bekend is dat het vooropgestelde traject niet gevolgd of onderbroken werd. Case managers benadrukken dat het tijdig ‘loslaten’ van cliënten belangrijk is om niet in het vaarwater van de ‘behandelaar’ of andere hulpverleners te komen.

“Wat ik heel veel ga doen is contact opnemen, (...) 2 à 3 weken na het verblijf hier. ‘k Zeg dat ook tegen de patiënten, dat ik vooral contact opneem met de instantie naar waar er is doorverwezen. (...) Dat je contact neemt met die equipe: Hoe werkt dat? Hoe is hij in de opname? En dat je dat dan wel loslaat.”

In een aantal crisiseenheden stopt het case management reeds op het moment van ontslag uit de crisiseenheid, terwijl andere case managers een bepaalde vooropgestelde termijn (3 maanden) hanteren die evenwel flexibel wordt toegepast afhankelijk van de situatie.

Voor de meeste case managers houdt case management op eens de cliënt over een ondersteunend omringend netwerk beschikt.

De ondersteuning en begeleidingrelatie kan om uiteenlopende redenen worden stopgezet. Doorgaans wordt de begeleiding stopgezet wanneer de cliënt geen hulpvraag meer stelt of niet langer komt opdagen.

“Wanneer stopt het? Als we niet meer in overeenkomst zitten. Iemand bijv. is nu afgerond omdat die persoon rond werk geen vooruitzichten had, het een beetje op zijn beloop liet. Qua middelen ging het wel goed, alcoholgebruik onder controle, had een paar vrienden bij, met zijn moeder ging het weer beter, maar werk, daar wou hij niets verder rond doen. Wel goed, dan stopt het daar.”

Soms liggen bijzondere omstandigheden, zoals een verhuis of opsluiting in de gevangenis, aan de basis van het stopzetten van het case management. In heel wat gevallen vervagen de contacten echter na verloop van tijd.

“Outre ces situations, il n’y a pas véritablement de fin: le suivi actif se dilue dans le temps; il se traduit par un espacement progressif des entretiens.”

Cliënten zijn evenwel vrij om – indien nodig – zelf terug contact op te nemen met de case manager. In die zin is er dikwijls geen ‘officieel’ einde van het case management. Op de meeste crisiseenheden kunnen cliënten steeds opnieuw contact opnemen met de case manager, indien hun situatie verandert of in het geval er een nieuwe hulpvraag ontstaat.

“Déjà la fin de la relation est quelque chose de non défini; on a parfois des petites indications et ça nous fait plaisir : des patients reviennent avec un pot de fleurs, ou envoient des petits mots en disant : « je vais bien », mais il n’y a jamais un point final : les gens souhaitent garder une ouverture, au cas où.”

6. Contacten met het netwerk van de cliënt

6.1. Betrekken van het informele ondersteuningsnetwerk

Het betrekken van het informele ondersteuningsnetwerk is geen specifieke verantwoordelijkheid van de case manager, maar behoort doorgaans tot het standaard zorgaanbod bij een opname op de crisiseenheid. Dit wordt door een andere hulpverlener dan de case manager opgenomen. Wanneer de case manager het informele netwerk contacteert, is dit doorgaans met de bedoeling informatie in te winnen over de voorgeschiedenis van de cliënt wanneer deze laatste hier zelf weinig informatie over geeft.

“Je ne vois pas systématiquement la famille: tout dépend du patient. Pour certains, il est impossible de faire une anamnèse. On peut alors contacter la famille pour avoir des informations”

Familie- of netwerkliden worden zowel tijdens als na de opname op de crisiseenheid betrokken, met als doel de motivatie van de cliënt te verhogen. Eén case manager geeft aan de netwerkliden van de cliënt te betrekken bij het opstellen en bespreken van de doelstellingen, aangezien dit de kans verhoogt dat de cliënt deze ook daadwerkelijk zal nastreven.

Ten slotte wordt er – mits goedkeuring van de cliënt – tijdens de opname op de crisiseenheid contact opgenomen met de familie om na te gaan in hoeverre deze in staat is om de ondersteuning en opvolging over te nemen na het ontslag van de cliënt uit de crisiseenheid. In een aantal ziekenhuizen wordt bij het begin van de opname immers afgesproken dat, wanneer de cliënt zelf geen contact meer opneemt met de case manager, een referentiepersoon uit diens netwerk gecontacteerd kan worden. Op die manier vergroot de kans om cliënten ook in een later stadium van het hulpverleningsproces nog te bereiken.

“Ce que j'établis avec les patients qui passent c'est, soit, qu'ils me re-contactent spontanément, soit qu'ils me proposent eux-mêmes une personne-ressource, qui peut être quelqu'un de son environnement propre, que je puisse contacter pour avoir de leurs nouvelles, si je n'en ai plus depuis un temps. C'est quelque chose qui est convenu dès le départ avec le patient.»

6.2. Organisatie cliëntenoverleg

Alle case managers nemen regelmatig actief deel aan teamvergaderingen binnen de eigen afdeling. Daarnaast participeren de meeste case managers ook aan afdelingsoverschrijdend cliëntenoverleg, hoewel tijdsgebrek hierbij soms een beperkende factor is. Dergelijk overleg laat toe om een gemeenschappelijke strategie af te spreken en om beslissingen vanuit verschillende voorzieningen beter op elkaar af te stemmen in functie van een effectief zorgtraject en instellingsoverschrijdende oplossing.

Doorgaans neemt de case manager niet zelf het initiatief om dit afdelingsoverschrijdende cliëntoverleg te organiseren, maar zij worden door externe instanties wel betrokken bij dergelijk overleg. Gezien de grote caseload, houdt men deze opdracht soms bewust af.

“Er wordt iemand aangeduid. In sommige gevallen [zijn wij da], maar we proberen dat wat af te houden. (...) In de meeste gevallen, is dat ofwel de huisarts of (...). Eigenlijk kan iedereen een aanvraag indienen tot een soort overleg en dan wordt er bekeken: wie is daar allemaal bij betrokken en dan wordt er iemand aangeduid die de opvolging op zich neemt.”

In één crisiseenheid neemt de case manager zelf het initiatief om de verschillende betrokken netwerkpartners samen te brengen voor overleg. Hiervoor wordt samengewerkt met de coördinator van het lokale cliëntoverleg, die het overleg concreet en praktisch organiseert.

“Wij evalueren altijd samen met de diensten: wat zijn de plussen, wat zijn de minnen? En hoe kunnen we die minnen verbeteren? (...). Als wij vinden dat er rond een cliënt [iets] moet geregeld worden, nemen wij contact op met de coördinator van [het] lokaal cliëntoverleg en dan worden alle betrokken partijen uitgenodigd. Zowel hulpverlening, diensten, dokters, ...”

6.3. Contacten met hulpverleningsinstanties uit het regionale zorgcircuit

Er worden weinig moeilijkheden gesignaleerd betreffende het contact en de relatie met andere hulpverleners en voorzieningen uit het regionale zorgnetwerk. Doorgaans verlopen deze contacten vlot, hoewel een aantal case managers aangeeft dat daar heel wat inspanningen aan vooraf gegaan zijn.

“Wij hebben daar hard [aan] gewerkt. Ik heb daar toch heel wat tijd ingestoken om dat wat te optimaliseren en dat lukt nu vrij goed. Je ziet dat andere voorzieningen en instanties ons weten te vinden en wij kunnen ook altijd bij hen terecht.”

Contacten met andere diensten en voorzieningen verlopen vaak op een spontane en informele manier, meestal en bij voorkeur via de telefoon. Op verplaatsing overleggen wordt doorgaans als tijdrovend bestempeld. Twee case managers stellen expliciet niet deel te nemen aan overlegmomenten met andere voorzieningen.

“On ne garde pas de contacts par après. Dans le cas d'une référence du patient dans un service de l'hôpital, on ne participe pas aux réunions d'équipe dans les autres unités. On ne fait pas non plus de concertations avec des structures extérieures. Pratiquement, on n'a pas le

temps de bouger, de faire du case management mobile: c'est très difficile, ou alors, il faudrait qu'on engage plus de personnel."

De meeste case managers geven aan dat men zich er steeds dient van te vergewissen dat men niet in het vaarwater van andere voorzieningen terecht komt. Bepaalde voorzieningen geven spontaan feedback over hoe het met een bepaalde cliënt gesteld is, terwijl anderen hier weigerachtig tegenover staan. De case manager dient eerlijk, tactisch, transparant, diplomatisch en begripvol te zijn met betrekking tot de regels en standpunten van andere voorzieningen (cf. supra). Men geeft aan dat (afdelingsoverstijgend) cliëntenoverleg in aanzienlijke mate kan bijdragen tot de verstandhouding tussen verschillende voorzieningen.

7. Evaluatie case management

7.1. Sterktes en positieve punten

Gevraagd naar de eventuele meerwaarde van case management op de crisiseenheden, wijzen de meeste case managers (n=9) op de laagdrempeligheid van het aanbod. Case managers stellen weinig voorwaarden naar de cliënt en de begeleiding toe en zijn eenvoudig te bereiken.

Het onvoorwaardelijke karakter van de case manager - cliënt relatie maakt deze tot een belangrijke vertrouwenspersoon. Een ander belangrijk pluspunt is het feit dat cliënten actief betrokken worden bij het eigen hulpverleningsproces en dat men meer en vlugger met hen overlegt. Tevens besteedt men meer aandacht aan het plannen van de hulpverlening samen met de cliënt, waardoor nauwer aangesloten kan worden bij zijn/haar hulpvraag.

"Nous élaborons avec le patient des objectifs adaptés à sa situation. Nous rendons le patient actif dans le processus de soins."

De meeste case managers vinden dat de implementatie van case management heeft bijgedragen tot betere contacten met andere voorzieningen en hulpverleners uit het zorgcircuit, wat hen toelaat cliënten op een adequatere manier door te verwijzen. Case managers hebben oog voor de continuïteit van het hulpverleningsproces en worden sneller op de hoogte gebracht wanneer één van hun cliënten een behandeling start in een andere voorziening. Ook de coördinatie van de hulpverlening loopt beter en er worden duidelijke afspraken gemaakt tussen alle betrokkenen.

"La fonction est finalement de bien coordonner les services qu'on va mettre en place à l'extérieur pour le patient de manière à ce que ça fonctionne; de mettre les relais nécessaires en place (résidentiel ou ambulatoire) pour que le patient dispose des clés pour poursuivre son traitement à l'extérieur."

Outreaching wordt door de meeste case managers zeer positief geëvalueerd, omdat het de band tussen case manager en cliënt versterkt en ook een erkenning vormt van de persoonlijke leefsituatie van de cliënt. Bovendien levert het soms bijkomende informatie op in functie van het hulpverleningsproces (cf. supra). In de praktijk maken de grote caseload en de korte opnameduur dat outreachend werken dikwijls moeilijk te realiseren is.

Ten slotte draagt case management ertoe bij dat men feedback kan voorzien naar andere teamleden toe over het afgelegde parcours door een bepaalde cliënt. Op die manier kan het team de eigen doorverwijzingen kritisch evalueren en het toekomstig beleid bepalen op basis van deze feedback.

7.2. Knelpunten en uitdagingen

Er worden relatief weinig knelpunten gemeld met betrekking tot het case management binnen de crisiseenheden, maar de meeste betreffen een gebrek aan tijd en financiële middelen. Dit heeft voor gevolg dat bepaalde basisfuncties niet of beperkt opgenomen worden en dat de opvolging doorgaans weinig intensief is. Verder benoemen case managers die geen collega case manager hebben binnen de eenheid dit als een gemis. Dit beperkt immers de mogelijkheid om te overleggen, ideeën af te toetsen, hiaten in het aanbod op te sporen en om de complementariteit van mekaars expertise en achtergrond te benutten. Bovendien kan op die manier de continuïteit van het case management beter gegarandeerd kan worden, bijvoorbeeld wanneer één van beide case managers ziek is of met vakantie gaat.

Hoewel wachtlijsten binnen de (drug)hulpverlening niet meteen als knelpunt worden vermeld, heeft het bestaan ervan behoorlijke consequenties voor de opdracht van case managers. Dit zorgt er onder meer voor dat case managers in afwachting van een doorverwijzing gesprekken organiseren met als doel de motivatie van de cliënt te behouden (cf. supra).

“We zien dat vooral bij personen met middelenproblemen, die kunnen meestal niet meteen doorverwezen worden (...). Er is meestal een wachtlijst bij de middelenafdelingen. Wat dat we dan doen is de personen verder in follow-up blijven zien, ook maar gedurende beperkte tijd.”

Hoewel de meeste case managers verbonden aan de crisiseenheden vinden dat ze voldoende gewapend zijn voor de uitoefening van hun functie, wijzen ze op het gebrek aan een gemeenschappelijk kader en de arbitraire of vage afgrenzing van hun functie. Ze menen dat geregeld overleg met collega's werkzaam binnen andere pilootprojecten een belangrijke meerwaarde zou kunnen betekenen om in overleg en samenspraak de grenzen van hun functie beter te definiëren.

“Niet [iedereen] gaat identiek dezelfde inhouden hebben, maar op zich is het wel belangrijk dat iedereen zijn taken haalt uit dat gemeenschappelijk functieprofiel. ‘k Denk dat dat wel een stuk meer duidelijkheid kan scheppen.”

Anderzijds zijn er grote contextuele verschillen tussen de crisiseenheden in verschillende steden, wat zich weerspiegelt in de manier waarop case management georganiseerd wordt.

“Dat vind ik zo moeilijk. Ieder centrum werkt op een eigen manier, 't is ook een ander populatie. ‘k Denk dat wij samen met [stad X] het meest marginale publiek hebben. Dat is een heel apart publiek (...). Je moet met tolken gaan werken,... We zijn eens op bezoek geweest in [stad Y], dat is een heel ander publiek (...) De dienst waarin het ingebed is, werkt anders. Ook interne afspraken met andere diensten, met de spoed, ...”

Indien men deze case managementprojecten wil evalueren, zal het dus niet volstaan om een aantal vooropgestelde criteria te toetsen maar zal in belangrijke mate rekening gehouden moeten worden met de context waarin het project is ingebed. Deze bepaalt immers de mogelijkheden, beperkingen, doelgroep en bijgevolg de werkwijze van de case managers. Daarom wordt ook voorgesteld om een vrij algemeen functieprofiel op te stellen dat voldoende ruimte laat voor individuele invulling, afhankelijk van de specifieke context.

CASE MANAGEMENTPROJECTEN VOOR ALCOHOL- EN DRUGGEBRUIKERS NIET VERBONDEN AAN DE CRISISEENHEDEN

Naast de case managers verbonden aan de crisiseenheden voor personen met middelengerelateerde problemen, werden ook case managers bevraagd in de overige projecten die zich specifiek richten op alcohol- en druggebruikers (n=8). Deze bevraging gebeurde naar analogie met de reeds geschetste interviews met case managers in crisiseenheden.

1. Profiel

1.1. Opleiding en werkervaring

De meesten case managers in deze projecten volgden een opleiding maatschappelijk werk (n=4) of licentiaat in de klinische psychologie (n=3). Ze hadden allen reeds uitgebreide ervaring in de hulpverlening op het moment dat ze als case manager van start gingen.

1.2. Training

De meeste case managers volgden geen formele training, maar verdiepten zich in de methodiek via zelfstudie. Ervaringen uit vorige tewerkstellingen hebben hen in belangrijke mate gevormd en voorbereid op hun functie als case manager.

Ook overleg met collega's werkzaam binnen andere projecten wordt door de meesten als een belangrijke vorm van vorming ervaren.

“We hebben gepoogd, we waren met drie toen dat we starten met case management, om zo regelmatig samen te zitten. Maar door de drukte van de job, komt dat er nu wel niet meer van. Nu omdat ik hier de luxe van een team heb, heb ik er minder nood aan.”

Een aantal case managers staat relatief kritisch ten aanzien van het idee van een specifieke vorming voor case managers. Volgens hen dienen de vereiste vaardigheden zich vooral al doende te ontwikkelen.

“Il faut s'y plonger, aller vers les services. C'est vraiment au niveau des rencontres, des réunions de concertation, que ça se passe. Il n'y a pas de formation pour ça.”

Veel van deze vaardigheden zijn bovendien persoonsgebonden en het gaat erom een duurzame samenwerkingsrelatie uit te bouwen.

Een aantal respondenten geeft wel aan behoefte te hebben aan een vorm van intervisie en overleg met case managers werkzaam binnen andere voorzieningen of projecten. Men is vooral op zoek naar praktijkgerichte ondersteuning. Sommigen willen vooral gevormd worden in de 'coördinatie' en 'organisatie' van het hulpverleningstraject.

1.3. Vereiste kwalificaties en vaardigheden

Alle case managers wijzen op het belang van een goede kennis van de sociale kaart. Bovendien dient een case manager over goede communicatieve vaardigheden te beschikken en tactvol te zijn. Ook kennis met betrekking tot psychopathologie van cliënten wordt erg belangrijk geacht. Bovendien moeten case managers in belangrijke mate oog hebben voor de ethische implicaties van hun optreden (bv. relatie afstand-nabijheid). Vanuit vorige werkervaringen achten case managers zich voldoende gewapend om hun functie uit te oefenen. Tevens vindt men de inbedding van hun functie in een team van (andere) hulpverleners erg belangrijk.

“Die levensgebieden waarin dat je niet zo sterk bent, bijv. justitie of financieel bij mij, dan moet ik sowieso best nog eens bij iemand anders informeren. ’t Feit dat ik in team werk, dat is mijn klankbord. Ik vind altijd wel iemand met wie dat ik kan overleggen of aan wie dat ik vragen kan stellen.”

2. Doelgroep

De doelgroep waarmee case managers buiten de crisiseenheden werken is zeer gevarieerd. Sommige case managementprojecten zijn op een specifieke doelgroep gericht (bv. Bubbels & Babbels voor druggebruikende ouders; De Eenmaking voor druggebruikers behorend tot etnisch-culturele minderheden). Het verbindend element tussen deze projecten is dat er steeds sprake is van personen met problemen op diverse levensgebieden naast hun verslavingsproblematiek.

Binnen de meeste projecten worden geen specifieke inclusie- of selectiecriteria gehanteerd. Dat maakt dat men soms met cliënten geconfronteerd wordt, die niet per se gebaat zijn met de ondersteuning door een case manager.

“Ja, we proberen toch iets strenger te zijn dan vroeger. Vroeger was het nogal snel van: het is een gebruiker, dus [case management], waardoor we met een groep personen zaten die eigenlijk zodanig in het gebruik zaten, [dat die geen doelstellingen hadden op andere leefgebieden]. Die personen hadden dan wel een dossier, maar we konden er eigenlijk weinig mee aanvangen en die bleven maar in het project hangen.”

Anderzijds vindt men het belangrijk niet te veel te specificeren en het aanbod zo laagdrempelig mogelijk te houden. Toch worden al dan niet expliciet een aantal criteria gebruikt om te bepalen of iemand in aanmerking komt voor case management.

“Ik denk dat case management nodig is in die situaties waarbij dat er meer dan drie hulpverleningsinstanties aanwezig zijn of al werken met de cliënt. En natuurlijk de cliënt moet in een multi-problem situatie verkeren. (...) Ofwel dat je al weet van oh, dat zou er moeten komen en dat zou er moeten komen en dat, dat je dus zo ook aan meer dan drie zit.”

3. Doelstellingen case management

De interviews maken duidelijk dat de doelstellingen sterk variëren per project en bovendien erg cliëntgebonden zijn.

3.1. Continuïteit en coördinatie van de zorg

Alle case managers zijn het erover eens dat het bevorderen van de coördinatie van de zorg en dienstverlening en van de samenwerking tussen verschillende bij de cliënt betrokken diensten tot de belangrijkste doelstellingen behoren. In vergelijking met de case managers werkzaam binnen de crisiseenheden, nemen deze case managers hier een meer centrale en actieve rol in op en organiseren ze vaker zelf cliëntenoverleg.

“Als case manager ben je diegene die er is voor je cliënt en die ervoor tracht te zorgen dat alle andere instanties die bezig zijn met je cliënt, dat dat goed loopt. Dat je ervoor zorgt dat iedereen met de neuzen in dezelfde richting kijkt en als er problemen rijzen, dat je die dan ook samen met de cliënt, de instantie of de persoon kan bespreken.”

De case manager treedt op als sleutelfiguur en referentiepersoon en coördineert de samenwerking tussen de verschillende betrokken actoren.

“Les objectifs du case management est de jouer un rôle clé, tant dans la coordination des multiples partenaires concernés par le patient que dans la continuité du traitement. Il connaît

l'histoire du patient; il peut interpellé un des partenaires ou des proches, mais aussi être interpellé par l'un d'eux en cas de nécessité. Il active les réseaux et organise les rencontres utiles, selon la situation.”

3.2. Signaalfunctie naar het beleid

Omdat case managers met kwetsbare cliëntgroepen werken en op dit vlak met heel wat knelpunten geconfronteerd worden, vinden verschillende respondenten dat case managers een belangrijke signaalfunctie hebben naar het beleid. Het is voor de meesten onder hen evenwel niet duidelijk in welke mate en tot op welk niveau de gesignaleerde knelpunten doorstromen. Tegelijk stelt men het gevoel te hebben dat de gesignaleerde knelpunten zelden aanleiding geven tot concrete acties, wat een nefast effect kan hebben op de motivatie om bepaalde zaken in de toekomst nog te signaleren.

“Het project zou ertoe moeten leiden dat er een platform is waarbij dat je een aantal zaken aan de kaak kan stellen, dingen die fout lopen binnen de voorzieningen. Case management is er uiteindelijk gekomen omdat men, iedereen dan, bewezen heeft dat de klassieke hulpverlening niet altijd werkt. Ik vind dan ook dat ze moeten luisteren naar wat dat tips kunnen zijn, dat ze er iets kunnen aan doen. Helaas gebeurt dat niet, of veel te weinig.”

3.3. Realisatie en evaluatie van de vooropgestelde doelstellingen

Deze case managers geven aan met name een nauwere samenwerking met andere hulpverleners en netwerkpartners na te streven, waardoor de vooropgestelde doelstellingen op een efficiëntere manier bereikt kunnen worden. Door het opzetten van dergelijke samenwerking met andere hulpverleners wordt een soort gedeelde verantwoordelijkheid gecreëerd.

“Ik vind dat eigenlijk een zeer aangename samenwerking, omdat je eigenlijk case management doet in een soort van teamvorm. (...) De lasten worden zo wat gespreid en de verantwoordelijkheid. Ik vind dat eigenlijk aangener werken, je hebt niet het gevoel dat je er alleen voor staat.”

Hoewel de meeste case managers aangeven de vooropgestelde doelstellingen ook in belangrijke mate te bereiken, wordt de evolutie van cliënten niet (systematisch) geëvalueerd. Hiervoor baseert men zich doorgaans op de feedback van andere hulpverleners of voorzieningen of op de wijze waarop de cliënt (fysiek) voorkomt.

“Personen die van veel gebruik naar minder of gecontroleerd gebruik gaan, ja die zie je open bloeien. Dat is fysiek te zien, aan hun huid, aan het feit dat ze gewicht bijkomen, voor zichzelf gaan zorgen. Dat kun je heel goed zien. (...) Omgekeerd kun je het natuurlijk ook zien.”

Een meer systematische evaluatie is volgens een aantal case managers aangewezen (bv. aan de hand van de follow-up ASI), al vergt dit meer tijd en inspanning.

4. Basisfuncties van de case manager

4.1. Het in kaart brengen van de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt en bijhorende doelstellingen (assessment en planning)

De case managers brengen bij aanvang van de trajectbegeleiding de belangrijkste aandachtsgebieden in kaart en formuleren bijhorende concrete doelstellingen. Op basis hiervan wordt een inschatting gemaakt van de vereiste ondersteuning. Deze doelen worden individueel bepaald, in samenspraak met en afhankelijk van de vraag van de cliënt:

“Dat is ook weer afhankelijk van de vraag. Als iemand ons zegt: ik wil heel graag clean worden en ik wil op alle vlakken er weer staan in de maatschappij, dan gaan we daarvoor. Zegt iemand ik wil alleen maar lichamelijk afkicken, dan ja.”

Typerend is dat er gewerkt wordt op verschillende levensterreinen, niet enkel met betrekking tot de verslavingsproblematiek.

“Ik denk dat er meer aandacht wordt gegeven aan andere levensgebieden dan uitsluitend druggebruik. En dat er eigenlijk wordt gekeken, omdat die vaak samenhangen met elkaar, om op elk gebied te kijken wat er nodig is om verder te geraken. (...) Dat merk ik binnen de begeleiding, het gaat eigenlijk over alles: juridisch, financieel, levenssituatie, ...”

Hoewel alle case managers het erover eens zijn dat doelbepaling en planning belangrijke functies zijn, maakten de interviews niet duidelijk in hoeverre dit ook aanleiding geeft tot het opstellen van een (schriftelijk) hulpverleningsplan.

4.2. De cliënt in contact brengen met bepaalde diensten en hem of haar doorverwijzen (*linking*)

Alle respondenten zijn het erover eens dat het in contact brengen van cliënten met bepaalde diensten en het betrekken van andere hulpverleners bij het hulpverleningsproces centraal staan binnen de methodiek.

“Réorienter la personne vers d'autres structures adaptées (prendre contact, chercher une place disponible) si, au terme de l'entretien préliminaire, elle ne répond pas aux critères d'admission.”

4.3. Bemiddelen bij conflictsituaties (*advocacy*)

Alle case managers beschouwen belangenbehartiging als een belangrijk onderdeel van hun opdracht. Hoewel dit vooral betrekking heeft op de toegang tot de (drug)hulpverlening, kan dit ook betrekking hebben op andere levensdomeinen.

“Als ik bel voor een woning kan het een verschil zijn als ik vraag: Mogen we een keer die woning of die studio komen bekijken, of als een cliënt van mij belt van wie dat zijn/haar Nederlands niet zo mooi klinkt en met een naam als Mohammed bijvoorbeeld. Dat is gewoon een realiteit. En als ik bel en zeg wie ik ben en vraag mag ik een keer samen met iemand komen kijken, dan is dat anders, spijtig genoeg.”

Het uiteindelijke doel van belangenbehartiging dient steeds te zijn dat de cliënt zelf vaardigheden verwerft, eerder dan dat dit overgenomen wordt door hulpverleners of andere instanties. Steeds dient men het zelfstandig functioneren van de cliënt in de samenleving voor ogen te hebben, waarbij niet meer ondersteuning gegeven wordt dan nodig.

“Case management is een leerproces en die gasten moeten dus dingen leren. Dat is voor mij duidelijk en gaandeweg wordt dat voor die gast ook duidelijk.”

Bij het behartigen van de belangen van de cliënt is een diplomatische en tactvolle houding aangewezen. Hierbij wordt vertrokken van de goede relaties die men opgebouwd heeft met netwerkpartners, maar is het tegelijk zaak deze niet op het spel te zetten.

“Tout en restant honnête et transparent; l'idée est de ne pas refiler la patate chaude, sinon là on perd la confiance avec le réseau. Il faut admettre qu'il y a certaines structures qui en ont marre de voir toujours venir les mêmes personnes.”

Belangenbehartiging blijkt echter geen vanzelfsprekende opdracht, noch voor de case manager, noch voor de hulpverleners en instanties tot wie men zich hiertoe richt:

“Ik merk ook als ik die rol opneem, dat dat voor mij als hulpverlener ook heel zwaar is. (...) Omdat ik dan ook de afwijzing en de afkeer van de andere hulpverleners op mij krijg en dat kan persoonlijke vormen aannemen. (...)”

4.4. Het opzoeken van de cliënt in zijn/ haar leefomgeving (outreaching)

Alle case managers geven aan dat cliëntcontacten vaak in de leefomgeving van de cliënt plaatsvinden en de meeste case managers achten het ook noodzakelijk om af en toe op huisbezoek te gaan. Op die manier kan men de leefwereld van de cliënt beter leren kennen.

“Je krijgt ontzettend veel informatie, een beeld, begrip van hoe iemand leeft. De patiënt is dan ook op zijn gemak omdat het zijn vertrouwde omgeving is. Als hulpverlener moet je je daar wat in inpassen, maar het geeft uw observatie ontzettend veel meer informatie.”

Soms blijkt het ook gewoon noodzakelijk om aanklampend te werken. Hoewel dit een contradictie lijkt, wordt dit door cliënten als een meer laagdrempelige werkwijze ervaren.

“Stel u zelf in hun plaats. Gewoon al de stap zetten om te zeggen: “Ik heb hulp nodig”, dat is niet het meest evidente. En dan nog een keer letterlijk de stap zetten, letterlijk u verplaatsen naar iemand die je niet kent, om dan diezelfde vraag te stellen, maakt het nog wat extra moeilijker.”

Door deze contacten in de leefomgeving van de cliënt krijgt men niet alleen een concreet en realistisch beeld van diens leefsituatie, maar krijgt men ook zicht op realistische oplossingen.

“C'est là qu'on voit vraiment comment la personne vit : si on lui téléphone, on lui demande « Comment ça se passe pour toi ? Est-ce que tu prends bien ton traitement ? » Elle peut nous dire que tout va bien, tout se passe bien. De même, sur place, on peut observer le rapport à l'hygiène personnelle, de la maison, des tas de choses auxquelles on n'aurait pas accès en dehors de son milieu de vie et je crois que c'est très, très riche, et c'est assez parlant. Ca nous permet de voir aussi les difficultés pratiques qu'elle rencontre dans son lieu de vie, et réfléchir à une manière de l'aider, aux démarches (administrative ou autre) qu'on doit initier avec elle.”

Outreaching werkt tenslotte ook om contact te houden met cliënten die anders zouden afhaken of om een eerste contact tot stand te brengen met cliënten die men anders niet zou bereiken.

“Je kunt je inbeelden dat wij veel te maken hebben met personen die zich niet aan hun afspraken houden. (...) Dan hebben wij niet zoiets van: ze moeten zelf maar bellen voor een nieuwe afspraak. Neen, wij gaan daar achter aan. Ook wanneer iemand aangemeld wordt, dan maken we een eerste afspraak. Als de persoon niet komt, wij laten het daar niet bij. We gaan de doorverwijzer op de hoogte stellen, we maken afspraken: “Gaaf u nog eens proberen om die personen te motiveren om naar hier te komen of hebben ze liever dat wij naar hen komen”. Dus echt een beetje afspreken wat zouden we doen om toch maar dat eerste contact mogelijk te maken.”

4.5. Toegepast model van case management

In de meeste case managementprojecten wordt een intensief model van case management toegepast. De meeste case managers geven echter aan dat elementen uit de verschillende theoretische modellen in de praktijk op een eclectische manier gecombineerd worden.

“Je retrouve l’approche que j’utilise en tant que case manager dans trois des modèles que vous m’avez transmis.”

De keuze voor een bepaald model blijkt vooral ingegeven door pragmatische overwegingen, maar ook door de professionele en theoretische achtergrond van de case manager.

“Par ma fonction de psychologue, j’assure le suivi de certains patients au travers d’entretiens à visée plus thérapeutique (psycho-éducation, soutien, travail de la motivation, des rechutes, restructuration cognitive, ...), où l’établissement et l’entretien d’une relation thérapeutique est centrale, comme le prône le modèle de case management clinique.”

5. De case manager-cliënt relatie

Alle case managers wijzen op het belang van het uitbouwen van een vertrouwensrelatie met de cliënt. Het feit dat cliëntcontacten in de leefomgeving van de cliënt kunnen plaatsvinden, draagt volgens case managers bij tot het opbouwen van een goede band.

Belangrijk is ook dat case managers als een soort rode draad fungeren doorheen het hulpverleningstraject van de cliënt en dat ze erg bereikbaar zijn.

“Ik zie mezelf een beetje als een ankerpunt, zo van die de rode draad mee bewaakt. Zo zit gans die hulpverleningsrelatie toch opgebouwd. Ze kunnen ten allen tijde met mij contact opnemen, telefonisch. Als ze een vraag hebben, als er iets niet gaat, als het gewoon iets praktisch is. Dat ik kan zeggen: neem eens contact op met die dienst of ik zal eens bellen om te bemiddelen of zoiets. Op die manier: een beetje meestappen met de patiënt, mee op weg gaan en daarin eigenlijk de zo belangrijke zorgcontinuïteit bewaken.”

De duur van het case management varieert sterk en vaak blijft het contact tussen case manager en cliënt zelfs aanhouden, zonder dat er nog over een actieve vorm van case management gesproken kan worden.

Als belangrijkste criterium voor het stopzetten van case management geldt doorgaans de aan- of afwezigheid van een hulpvraag vanuit de cliënt, hoewel een gebrek aan een expliciete hulpvraag niet noodzakelijk een reden tot stopzetting hoeft te zijn. Wanneer er zich rondom de cliënt een netwerk heeft geïnstalleerd en de verschillende netwerkleden bovendien goed op elkaar zijn afgestemd, zal het case management in de regel stopgezet worden.

“Case management kan voor mijn part pas stoppen als er zich een netwerk heeft geïnstalleerd dat regelmatig kan samenkomen, dat beroep doet op elkaar, dat in dezelfde richting kijkt en één iemand die mijn taak verder kan opnemen.”

In de meeste projecten wordt geen maximale begeleidingsduur vooropgesteld, maar wordt het contact geleidelijk afgebouwd hoewel er van een officieel einde meestal geen sprake is.

“Eigenlijk een beetje een natuurlijke uitloop. De dingen zijn bereikt, de zelfredzaamheid is er, en dan gaat dat heel geleidelijk: van wekelijks contact naar om de twee weken, dan maar een overleg om de maand, dan zie je de cliënt maar om de twee maanden meer en zo stopt dat

eigenlijk. En dan in een keer staan ze daar terug, en dan kan dat heel kort zijn, bijv. gewoon een telefoontje doen rond iets waar dat ze even mee vastzitten.”

6. Contacten met het netwerk van de cliënt

6.1. Betrekken van het informele ondersteuningsnetwerk

De meeste case managers geven aan het informele ondersteuningsnetwerk van de cliënt slechts sporadisch te betrekken, hoewel men overtuigd is van de meerwaarde hiervan.

“Misschien nog iets te weinig, soms gebeurt dat. Als er een netwerk is... ‘k Denk dat er daar wel nog een potentieel is. Dat we het netwerk misschien nog te weinig aanspreken.”

Men geeft aan dat het informele netwerk slechts betrokken kan worden, indien de cliënt hiermee akkoord gaat. Bovendien beschikken niet alle cliënten over een ondersteunend netwerk of staat het bestaande netwerk weigerachtig tegenover betrokkenheid bij de begeleiding.

“Quand c’est possible, évidemment: il y en a beaucoup qui n’ont plus de contacts avec leur famille proche. Si le patient ne désire pas voir débarquer sa famille, on respecte sa décision mais on va travailler ça: essayer de savoir pourquoi. Parfois, il n’y a pas de support ou bien il est plus anxieux qu’autre chose pour la personne.”

De activiteiten van de case manager op dit vlak variëren, maar hebben meestal de bedoeling om beide partijen (weer) dichterbij elkaar te brengen. Familieleden worden ook betrokken met als doel cliënten te motiveren voor een vervolgbehandeling. Bovendien worden ze ook als een zeer relevante informatiebron beschouwd. Het betrekken van netwerkleiden draagt tenslotte bij tot het identificeren van hulpbronnen en steunfiguren uit de omgeving van de cliënt

“Lors de l’hospitalisation déjà, lorsque c’est possible on essaie de faire intervenir la famille, on la convie à un entretien de famille, ne fut ce que pour déjà voir si le retour pourra ou non se faire au domicile, chez le conjoint ou la conjointe.”

6.2. Contacten met andere hulpverleningsinstanties

Alle case managers geven aan deel te nemen aan (afdelingsoverstijgend) overleg en nemen hiertoe dikwijls zelf het initiatief. Hoewel de case managers benadrukken dat het contact met andere voorzieningen en hulpverleners over het algemeen vlot verloopt, stellen een aantal respondenten dat sommige voorzieningen of hulpverleners niet bereid zijn de eigen werking in vraag te stellen. Het belang van voldoende diplomatie en een begripvolle opstelling naar andere voorzieningen toe wordt dan ook benadrukt.

Goede samenwerking staat of valt dikwijls met de mate waarin hulpverleners elkaar kennen. Voor een vlotte samenwerking is het dan ook cruciaal dat de case manager contacten opbouwt en onderhoudt met verschillende voorzieningen en referentiepersonen binnen deze centra en het ruimere hulpverleningsnetwerk.

“Ik denk een keer dat je wat personen kent binnen diensten dat je dan wel veel kunt gedaan krijgen. Ik merk dat wel. (...) Ik krijg nu bijvoorbeeld soms gewoon al rapper iemand aan de lijn. Ge krijgt ook veel meer informatie door, ze weten wie dat ge zijt en ze vertrouwen u.”

Samenwerking met justitiële actoren blijkt echter geen evidentie, omdat zij niet gebonden zijn aan hetzelfde beroepsgeheim.

“Wat dat ik persoonlijk wel moeilijker vind, dat is met justitie. Ik probeer om heel open te zijn over dingen, we zijn dat gewend van hieruit. Als iemand hervalt, dan vinden wij dat niet zo erg. Dat is wel verkeerd uitgedrukt, maar dat kan gebeuren. Maar als je natuurlijk zit met personen van justitie, dan is dat niet zo evident. (...) Die hebben meldingsplicht.”

7. Evaluatie case management

7.1. Sterktes en positieve punten

Heel wat case managers benadrukken het laagdrempelige karakter van case management als een belangrijke meerwaarde. Men stelt doorgaans geen of weinig verwachtingen ten aanzien van de begeleidingsrelatie en tracht cliënten vanuit een positieve en onbevooroordeelde houding te benaderen.

“Laagdrempeligheid, niet gebonden zijn aan voorwaarden, niet gebonden zijn aan frequenties of aan plaats. Ik heb cliënten met wie ik noch hier, noch thuis afspreek, maar dat ik er gewoon een wandelingske mee gaan doen. Dat je een pot koffie gaat drinken.”

Ook het feit dat voor elke cliënt een geïndividualiseerd traject op maat wordt uitgewerkt, wordt als een sterkte gezien.

Ook de samenwerking met collega's van andere voorzieningen wordt als een belangrijke meerwaarde gezien. Deze relaties en contacten dragen bij tot meer vertrouwen tussen de verschillende partners, waardoor ook de nodige openheid ontstaat om bepaalde zaken te bespreken en te verantwoorden en aan te geven wat men al dan niet aankan. Via dergelijke (informele) ontmoetingen leert men ook de werking van andere centra beter kennen, wat op zijn beurt de doorstroming van cliënten tussen voorzieningen ten goede komt. Aldus komt men ook te weten wie het aanspreekpunt is binnen een bepaalde voorziening.

Daarnaast wordt het belang benadrukt van het (in team) kunnen overleggen met collega-case managers.

“Anders is het maar een eenzame job, als je niet efkes kan overleggen of als je niet op iemands anders sterke kanten kan beroep doen. (...) Er zijn altijd situaties waarbij dat je niet goed weet hoe of wat en dan kun je toch eens vragen: hoe zouden jullie dat doen? Het lijkt me moeilijk om als case manager alles alleen te moeten doen.”

De meeste respondenten zijn het erover eens dat case management in belangrijke mate bijdraagt tot een betere continuïteit van het hulpverleningstraject. De case manager fungeert hierbij als rode draad doorheen het zorgtraject.

“Cliënten kijken naar u als iemand waar dat ze kunnen op terugvallen en dat vind ik eigenlijk ook wel. (...) Dus in die zin, je hebt er natuurlijk altijd die eruit vallen, die hervallen en die je niet meer ziet. Maar toch ga je personen sneller terug op de rails krijgen, om 't zo te zeggen.”

Uiteindelijk betekent deze informatie over het zorgtraject van cliënten een belangrijke vorm van feedback voor alle betrokken hulpverleners.

“Je trouvais très intéressant de donner un feedback à l'équipe de soins à propos du devenir du patient, qu'on continue à voir au cours des interventions à l'extérieur. Les équipes soignantes sont habituellement coupées de ça; une fois le patient hors de nos murs, on ne sait pas ce qu'il est devenu, sauf de manière sporadique, par oui dire. Ici, il y a un côté plus

systematique: c'est un bénéficiaire secondaire intéressant. En outre, le fait de leur relayer l'information est une manière de valoriser leur travail."

7.2. Knelpunten en uitdagingen

Een belangrijk knelpunt dat door nagenoeg alle case managers wordt aangegeven is tijdsgebrek. De caseload is soms erg hoog, waardoor cliënten die nood hebben aan een vorm van case management deze ondersteuning soms niet krijgen. Een extra case manager in bepaalde projecten zou de werkdruk kunnen verlichten en bijdragen tot een betere realisatie van de vooropgestelde doelstellingen.

Als gevolg van de vrij vage afbakening van de functie van case manager nemen zij ook vaak een veelheid van taken op zich, wat doorgaans ten koste gaat van een meer diepgaande en intensieve begeleiding.

"Voor mij het grootste probleem is eigenlijk: alleen case manager zijn. (...) En ook dat je uw eigen grenzen moet kunnen stellen. Dat vind ik ook moeilijk. Ik heb vaak de neiging om meer aan te nemen dan ik eigenlijk aankan, dat vind ik een valkuil."

De lange wachtlijsten binnen de hulpverlening confronteren case managers met een aantal bijkomende moeilijkheden. Vaak kan het ideaal geachte traject immers niet worden gerealiseerd of dient men op zoek te gaan naar een tijdelijke oplossing. Niet zelden betekent dit laatste dat de case manager zelf een aantal begeleidingsgesprekken organiseert om de wachttijd te overbruggen. Dergelijke overbrugging blijkt vaak cruciaal, gezien de motivatie van cliënten dikwijls fluctueert.

"Eigenlijk zeggen wij: wij zijn doorverwijzers. Eigenlijk doen we zelf geen begeleiding, maar als er wachtlijsten zijn, dan proberen wij dat wel op te vangen door die persoon wat regelmatig te zien. Er is niet veel anders mogelijk."

Een ander knelpunt betreft case managers die deze functie parttime combineren met een andere functie binnen dezelfde of een andere voorziening. Niet zelden lopen beide functies door elkaar of zijn ze in bepaalde opzichten onverenigbaar.

Tenslotte wijzen verschillende case managers op de negatieve of weinig respectvolle opstelling van bepaalde hulpverleners. Dit uit zich bijvoorbeeld in een bevooroordeelde houding ten opzichte van druggebruikers in het algemeen, of ten aanzien van druggebruikers behorend tot een minderheidsgroep in het bijzonder.

"Ce qu'il y a aussi, c'est que la consommation leur fait peur et ils ne souhaitent pas accueillir ce type de public, dérangent, posant problème."

"Een ander knelpunt vind ik ook nog steeds de manier waarop dat gekeken wordt naar personen met een andere origine. Bijvoorbeeld dat als een gezin van vreemde afkomst ergens binnenkomt voor hulp, dat collega's elkaar aanstoten: wie gaat er gaan? Want ze zullen weer geen Nederlands kunnen. Dat soort houding, en dat komt echt wel veel voor."

Kwaliteitsvol case management kenmerkt zich volgens de respondenten door een nauwe samenwerking met andere voorzieningen, het identificeren en mobiliseren van informele netwerkleden, een intensieve en langdurige opvolging, vraaggestuurde ondersteuning en ruime bereikbaarheid. Door alle case managers wordt het belang benadrukt van een goede samenwerking met andere voorzieningen. De case manager dient niet alleen samen te werken met andere voorzieningen, hij/zij dient ook het informele ondersteuningsnetwerk van de cliënt te mobiliseren. Iedere instantie en alle personen die betrokken zijn bij of behoren tot het netwerk

van de cliënt, worden nauw betrokken bij het vooropgestelde traject, niet enkel de geprivilegieerde partners.

Verder acht men de intensieve en langdurige opvolging kenmerkend voor case management. De case manager mag zich niet beperken tot de oriëntatie van een bepaalde cliënt, maar dient het hulpverleningstraject van de cliënt te coördineren en verder op te volgen en te zorgen voor afstemming tussen alle betrokken instanties. De bereikbaarheid van de case manager geldt hierbij als een belangrijke randvoorwaarde.

“Ik vind bereikbaarheid wel belangrijk. Dat personen u makkelijk en snel kunnen bereiken, dat ze geen dagen of weken moeten wachten om u te kunnen bereiken. Ook dat kan bij ons nog verbeteren.”

Ten slotte wijzen verschillende case managers op het belang van evaluatie. Tegelijk merken ze op dat een evaluatie van de bestaande case managementprojecten aanzienlijk bemoeilijkt wordt door het feit dat deze projecten ingebed zijn in sterk uiteenlopende contexten.

“Il n'est pas facile d'évaluer la fonction ou, en tous cas, la plus value qu'elle puisse amener, vu que la réalité du hbbtravail est complètement conditionnée par les situations rencontrées, donc appréhendée au cas par cas.”

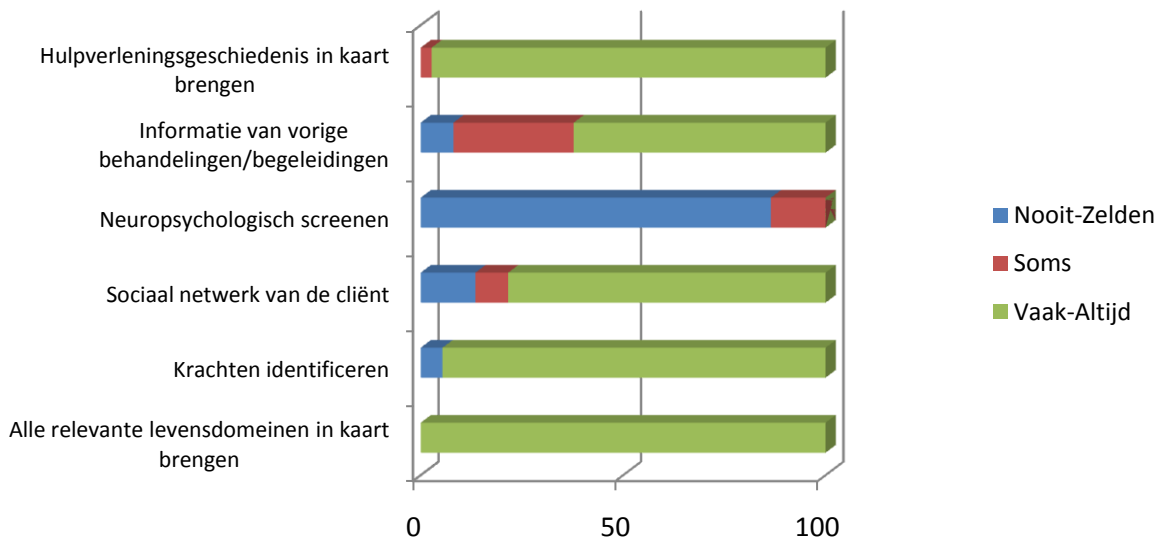
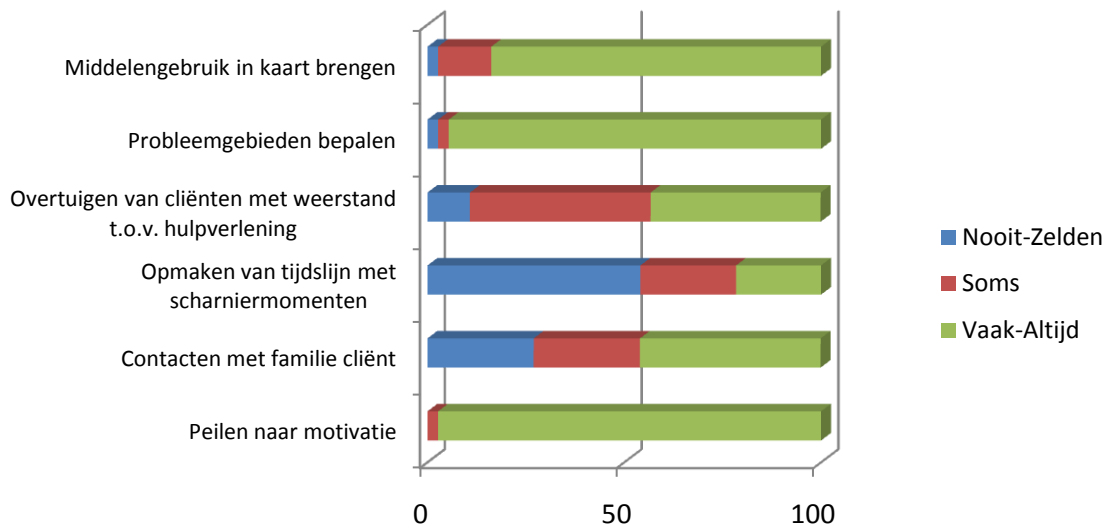
3.3. Survey met betrekking tot de taakinvulling van case managers

Naast de semi-gestructureerde interviews met één (of twee) vertegenwoordigers per case managementproject, kregen alle case managers werkzaam binnen één van deze projecten (n=17) individueel een vragenlijst toegestuurd met de bedoeling beter zicht te krijgen op hun dagdagelijkse praktijk. Deze vragenlijst beschrijft voor elke basisfunctie (cf. supra) een aantal mogelijke case managementactiviteiten, waarbij de case managers op een 5-punten schaal moeten aangeven in welke mate ze de beschreven taak opnemen (gaande van 'nooit' tot 'altijd'). In functie van de weergave van de resultaten werden deze vijf categorieën tot drie categorieën teruggebracht ('zelden of nooit', 'soms', 'vaak of altijd'). Naast een globale beschrijving van de bevindingen, gaan we ook in op significante verschillen tussen case managers werkzaam op de crisiseenheden en case managers die verbonden zijn aan andere projecten.

Onderstaande tabellen maken duidelijk dat case managers vooral actief zijn op het vlak van assessment, planning, linking en monitoring. Directe dienstverlening, advocacy en outreaching worden niet systematisch door alle case managers opgenomen.

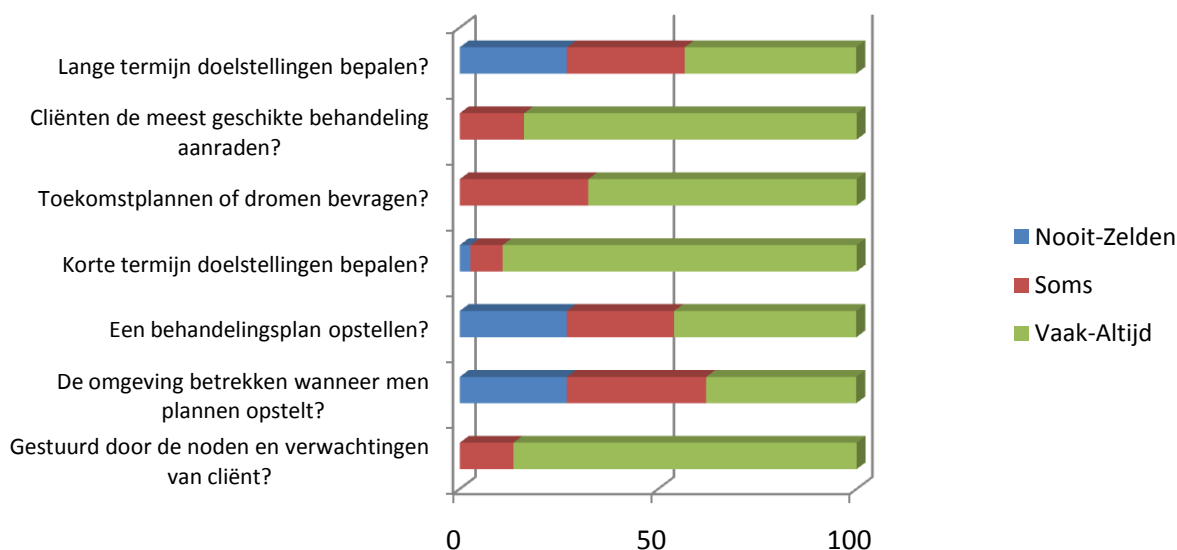
De assessment is vooral gericht op het in kaart brengen van de motivatie, het druggebruik, het behandelingsverleden, problemen op andere leefgebieden en het ondersteunend netwerk. Minder dan de helft van alle case managers gaat systematisch de familie contacteren (45.9%), een tijdslijn opmaken met scharniermomenten in het leven van de cliënt (21.6%) of niet-gemotiveerde cliënten proberen overtuigen tot verandering (43.2%). Het valt op dat slechts tweederde van alle case managers (62.2%) systematisch informatie opvraagt bij diensten of voorzieningen waar de cliënt vroeger in begeleiding is geweest.

ASSESSMENT



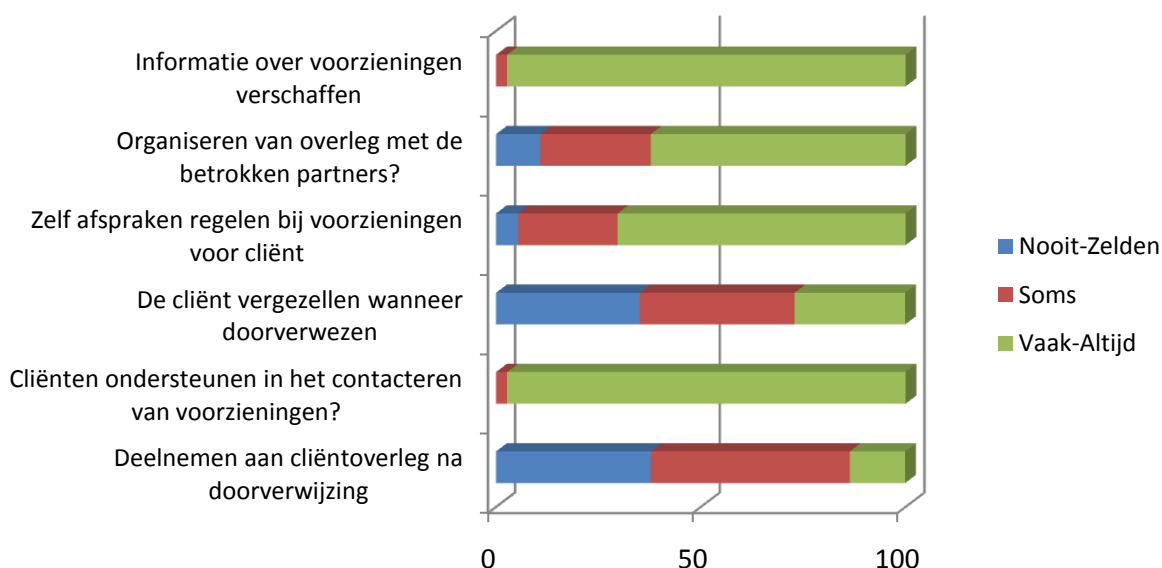
Wat het planmatig handelen door case managers betreft, valt op dat minder dan de helft van de case managers (45.9%) steevast een handelingsplan opstelt, nochtans een noodzakelijke voorwaarde om vooropgestelde doelstellingen te kunnen vaststellen en evalueren. Ook het werken met lange termijn doelstellingen en het betrekken van de familie bij de planning wordt niet systematisch door alle case managers uitgevoerd.

PLANNING



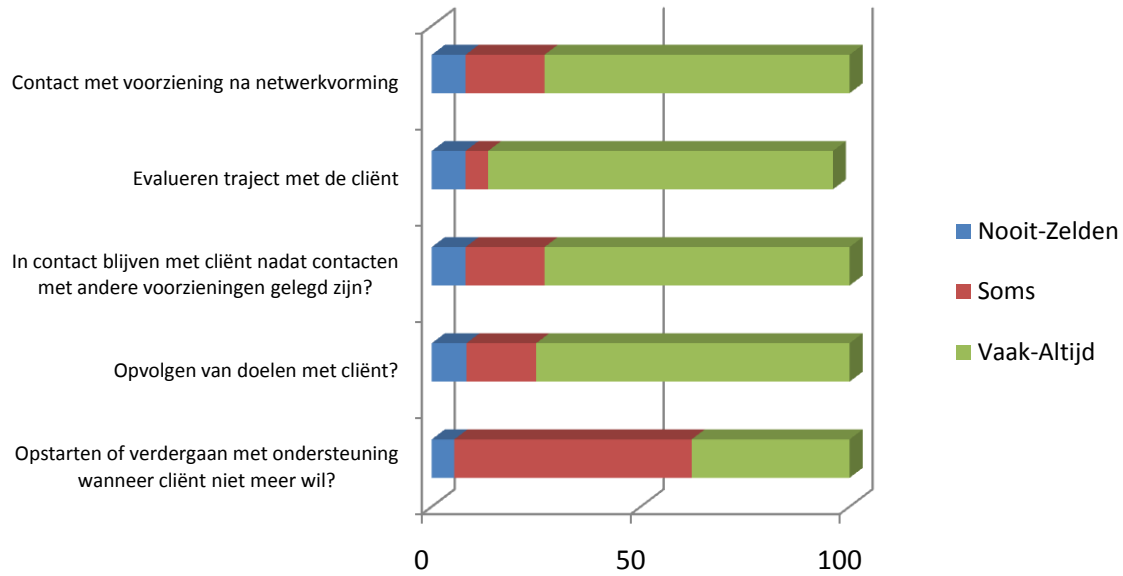
Op het vlak van ‘linking’ zijn case managers vooral bezig met het geven van informatie over geschikte hulp of ondersteuning, het aanmoedigen van cliënten om contact op te nemen of het zelf regelen van afspraken met deze diensten en het organiseren van overleg met betrokken hulpverleningspartners. Beduidend meer case managers die deze taken niet opnemen, zijn werkzaam op de crisiseenheden. Slechts een beperkt aantal case managers neemt deel aan cliëntenoverleg na een verwijzing (13.5%) of begeleidt cliënten bij een hulpverleningsafpraak (27%).

CONTACTEN MET ANDERE VOORZIENINGEN



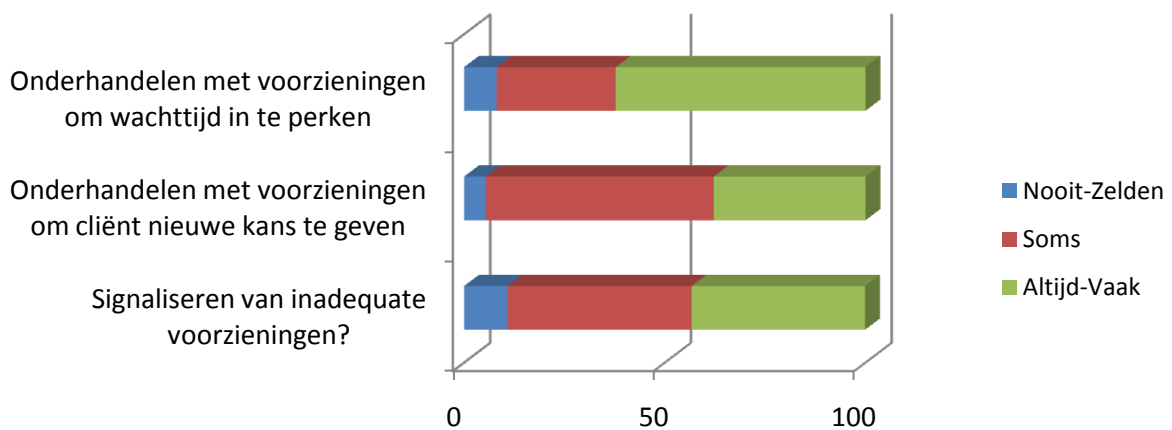
Monitoring (opvolgen van het traject, contact houden met cliënten en instanties naar waar werd doorverwezen en het opvolgen van de vooropgestelde doelstellingen) gebeurt door de meeste case managers bij bijna alle cliënten. Het verder opvolgen van cliënten die dit niet langer wensen (hoewel de case manager dit nodig acht) gaat men slechts in bepaalde gevallen (37.8%) doen.

MONITORING

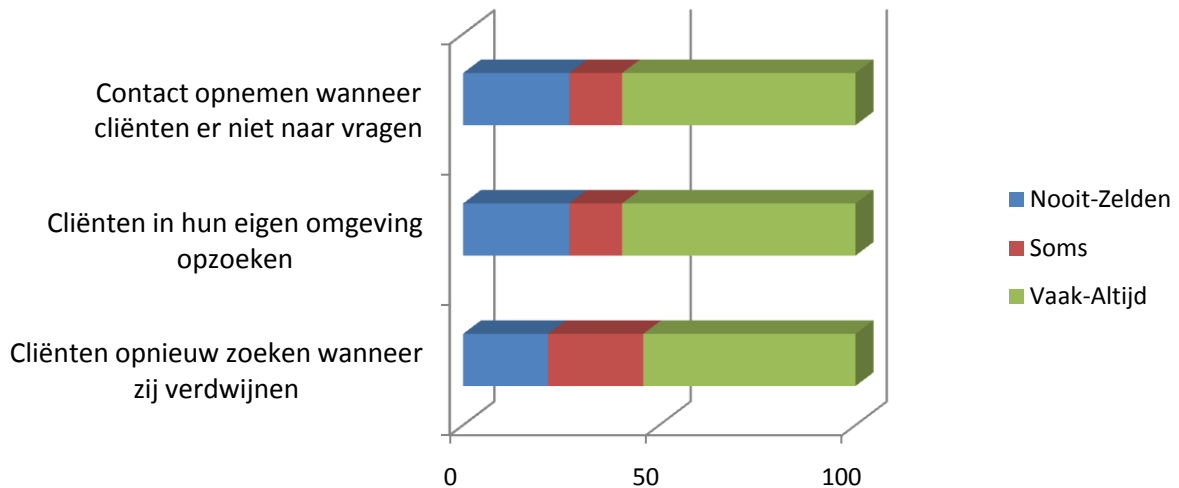


Belangenbehartiging is samen met outreaching de case managementtaak die het minst systematisch opgenomen wordt. Waar de meeste case managers in veel gevallen onderhandelen om de wachttijd voor een bepaalde behandeling te verminderen, gaan zij slechts in bepaalde gevallen onderhandelen om cliënten een (nieuwe) kans te geven in een bepaalde vorm van hulpverlening of huisvesting (37.8%) of inadequate hulpverlening signaleren (43.2%). Ongeveer de helft van alle case managers doet systematisch aan outreaching. Dit betreft het zien van cliënten in hun eigen leefomgeving (59.5%) en het opzoeken of contacteren van cliënten wanneer deze zelf geen contact meer opnemen (59.5%) of uit beeld verdwijnen (54.1%). Op dit vlak blijkt een heel duidelijk verschil tussen de case managers verbonden aan de crisiseenheden (die dit zelden of nooit doen) en andere case managers.

ADVOCACY

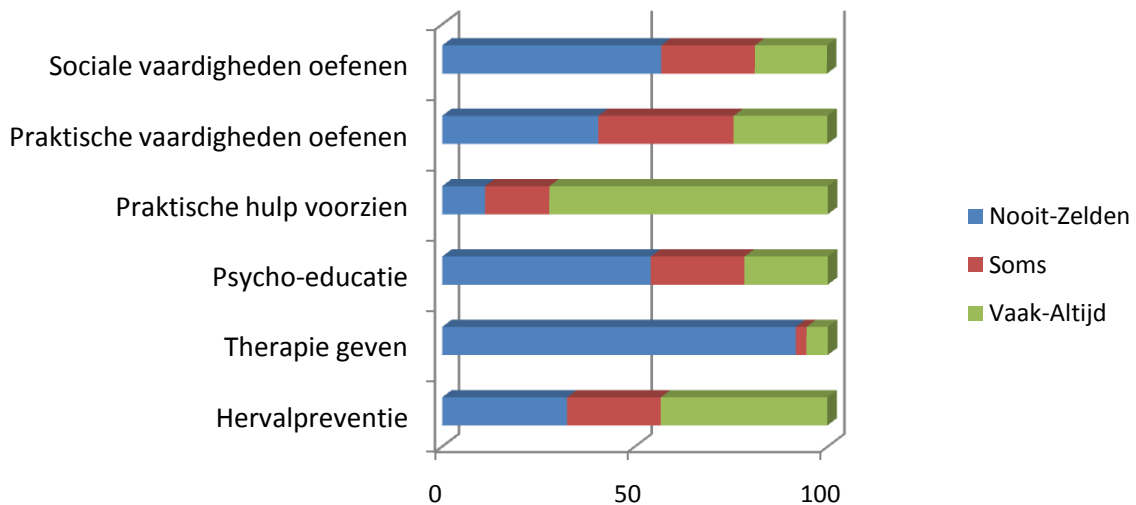


OUTREACHING



Ook directe dienstverlening behoort niet tot het standaard takenpakket van de meeste case managers, behalve het bieden van praktische hulp of ondersteuning wat de meeste case managers (72.2%) doen. Het inoefenen van sociale en praktische vaardigheden en het geven van psychoeducatie en therapie worden slechts door een beperkt aantal case managers opgenomen. Het betreft vooral case managers die niet aan een crisiseenheid verbonden zijn. Meer dan een derde van de case managers voorziet wel vaak of altijd terugvalpreventie (43.2%).

DIRECTE DIENSTVERLENING



3.4. Focusgroep met case managers werkzaam op crisiseenheden voor personen met middelengerelateerde stoornissen

Op basis van de resultaten van de semigestructureerde interviews (cf. 3.2.) kwamen een aantal dilemma's naar voor, die onder de vorm van vragen en stellingen voorgelegd werden aan de case managers verbonden aan de crisiseenheden tijdens een focusgroep.

Het eerste discussiepunt vormt de vraag welke de centrale taak is van een case manager op een crisiseenheid. Een eerste belangrijke opdracht betreft de oriëntatie naar verdere hulpverlening en

ondersteuning in de thuissituatie. Dit gebeurt in nauw overleg met de andere disciplines van het hulpverleningsteam van de eenheid en vormt de hoofdfocus tijdens de opname. De tweede kerntaak, die vooral betrekking heeft op de periode na de hospitalisatie, betreft de verdere opvolging en trajectbegeleiding. De invulling van deze taak verschilt in de praktijk sterk van crisiseenheid tot crisiseenheid, wat maakt dat de intensiteit van het case management en de aandacht voor problemen op verschillende leefgebieden varieert. De opvolging beperkt zich in bepaalde ziekenhuizen tot één of meer telefonische contacten na de opname of tot een vervolgspraak op de crisiseenheid. Een klein aantal ziekenhuizen vult deze opvolging uitgebreider in en doet ook huisbezoeken of neemt deel aan overleg buiten het ziekenhuis, wat door de betrokken case managers als een belangrijke meerwaarde beschouwd wordt.

Een tweede discussiepunt betreft de vraag of case managers naast hun oriëntatiefunctie ook tijd hebben om aandacht te besteden aan problemen op het vlak van dagbesteding, huisvesting, ... Uit het focusgroepgesprek komt naar voren dat de case managers zich sterk richten op het (informele) zorgnetwerk rond de cliënt en op de band die de cliënt heeft met deze personen en instanties. De case manager informeert en ondersteunt de cliënt, maar neemt hierin zelf niet de leiding. Als er sprake is van een ondersteunend netwerk, zal de case manager hiermee samenwerken. Indien dit niet aanwezig is, wordt gekeken hoe dit uitgebouwd kan worden, zonder dat de case manager de ondersteuning zelf gaat invullen of opnemen. Het betreft onder meer het zoeken naar een geschikte vervolgbehandeling of een referentiepersoon uit de omgeving van de cliënt. Daarnaast kan de case manager cliënten in contact brengen met diverse vormen van sociale dienstverlening zoals schuldbemiddeling, arbeidsbegeleiding, huisvesting, ... en deze aspecten verder opvolgen.

Het derde dilemma heeft betrekking op de frequentie en intensiteit van het case management na afloop van de hospitalisatie. Vooreerst geven case managers aan dat dit sterk verschilt van cliënt tot cliënt. Sommige personen staan hier niet voor open, terwijl er met andere cliënten nog intensief contact is. Anderzijds worden op dit vlak grote verschillen duidelijk tussen de crisiseenheden. Bepaalde diensten hebben een eenmalig telefonisch contact met alle cliënten na afloop van de opname, terwijl andere crisiseenheden enkel bepaalde cliënten met een hoge ondersteuningsnood verder opvolgen. De duur van de opvolging is in de meeste ziekenhuizen niet strikt afgebakend, maar stopt in bepaalde eenheden ten laatste na drie maanden.

Een vierde dilemma betreft het plannen van het vervolg van het hulpverleningstraject, ondanks het korte contact tussen case manager en cliënt tijdens de opname. Case managers zien hun rol op dit vlak vooral als het nagaan van de hulpvragen van de cliënt en het formuleren van bijhorende doelstellingen, in samenspraak met de cliënt. De case managers gaan hierbij de prioriteiten na. Men probeert in dit proces andere hulpverleners en het informele netwerk van de cliënt te betrekken en ook verder te kijken dan de korte termijn. Tegelijk stellen ze dat ze dit plan flexibel hanteren en, zo nodig, bijsturen in de loop van het hulpverleningsproces. Het is verder opvallend dat verschillende case managers aangeven dat de finale beslissing met betrekking tot het hulpverleningsplan van de cliënt bij de psychiater ligt.

Een volgend discussiepunt betreft de manier waarop het werk van de case manager op de crisiseenheid afgestemd kan worden op dit van andere hulpverleners die betrokken zijn bij het hulpverleningstraject. Volgens de meeste case managers bestaat hun taak erin cliënten in contact te brengen met andere hulpverleners en deze contacten verder op te volgen. Dit gebeurt vooral telefonisch en slechts uitzonderlijk vindt er face-to-face overleg plaats met andere hulpverleners. Niet alle case managers nemen hier een actieve rol in op, maar worden op de hoogte gehouden door hulpverleners of instanties naar waar werd doorverwezen. Verschillende case managers wijzen in dit opzicht op het belang van het uitbouwen van samenwerkingsverbanden binnen het regionale zorgcircuit. Een mogelijk knelpunt op dit vlak is de noodzaak om een schriftelijke overeenkomst af te sluiten met de cliënt, waarin bepaald wordt met wie contact opgenomen kan

worden in het kader van case management. Tenslotte stellen de case managers het hulpverleningstraject op te volgen, maar niet te coördineren.

Het laatste discussiepunt dat tijdens het focusgroepgesprek aan bod kwam is de vraag of en in welke mate case managers op de crisiseenheden aan belangenbehartiging moeten doen. Men stelt dat het in alle geval aangewezen is om de noden en de beleving van de cliënt op dit vlak te verkennen. Indien men van mening is dat de cliënt onrecht wordt aangedaan, vindt men dat de case manager kan opkomen voor de belangen van de cliënt, evenwel binnen bepaalde grenzen. De case manager kan echter niet bepalen wat iemand anders moet doen en dient respect te tonen voor het werk en de discretionaire bevoegdheden van andere hulpverleners. In de praktijk gaan een aantal case managers vooral aan belangenbehartiging doen bij bepaalde cliënten die ze reeds langer kennen en van wie ze weten dat hun vraag terecht is.

3.5. Tot slot

Case management is een relatief nieuwe werkvorm die de afgelopen tien jaar een belangrijke plaats heeft verworven binnen het hulpverleningslandschap. De interventie wordt vooral ingezet waar zich problemen voordoen op het vlak van de toegankelijkheid, afstemming en opvolging van het hulpverleningsproces. In België kunnen momenteel een twintigtal dergelijke projecten onderscheiden worden, die zich specifiek richten op alcohol- en druggebruikers. Zeventien van deze projecten werden tijdens dit onderzoek uitvoerig onderzocht op basis van beschikbare registratiegegevens, interviews en vragenlijsten afgenomen van de betrokken case managers en een focusgroepgesprek. De voornaamste focus lag hierbij op de case managers verbonden aan de crisiseenheden voor personen met middelengerelateerde stoornissen. De onderzoeksresultaten maken duidelijk dat de diversiteit tussen de case management-projecten groot is en dat er op dit vlak nood is aan meer eenduidigheid. Dit is met name het geval in de crisiseenheden waar duidelijkere afspraken nodig zijn rond de invulling van deze werkvorm. Overleg en supervisie kunnen hiertoe bijdragen, maar anderzijds dient de overheid de contouren van deze vorm van case management vast te leggen (bv. aantal contacten, duur, intensiteit). Wat de invulling van de methodiek in het algemeen betreft, valt vooral op dat case managers zich concentreren op het oriënteren van cliënten naar andere vormen van hulpverlening en op de opvolging van het hulpverleningstraject. Typische case management-functies zoals advocacy (belangenbehartiging) of outreaching (aanklampend werken) krijgen niet in alle projecten systematisch een plaats. Het lijkt ons op zijn minst aangewezen deze functies op te nemen in het takenpakket van case managers, zeker indien cliënten intensief en langdurig (min. 3 maanden) opgevolgd worden. Op het vlak van samenwerking met andere instanties en diensten is het noodzakelijk de cliënt hierover goed te informeren en zoveel mogelijk te betrekken, in overeenstemming met de regelgeving inzake het beroepsgeheim. Verder blijken goede afspraken met diensten en voorzieningen uit het regionale hulpverleningsnetwerk cruciaal voor een effectieve oriëntering en doorverwijzing. Ook het mobiliseren van het informele netwerk en het werken met referentiepersonen in de omgeving van de cliënt zijn goede praktijken. Spijtig genoeg moeten we echter ook vaststellen dat bepaalde (residentiële) voorzieningen weigeren samen te werken met een case manager, omdat ze geen inmenging van derden wensen in het hulpverleningsproces. Dit lijkt ons een heel kortzichtig standpunt, gezien de praktijk duidelijk maakt dat de meeste cliënten ondersteuningsnoden hebben op verschillende leefgebieden en dit over een langere periode, wat per definitie het betrekken van verschillende hulpverleningspartners – en dus afstemming en opvolging – nodig maakt.

REFERENTIES

- Bachrach, L. (1981). Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis. *American Journal of Psychiatry*, 138(11), 1449-1455.
- Federale Regering. (2001). *Beleidsnota van de federale regering in verband met de drugproblematiek*. Brussel: Federale regering.
- Geenens, K., Vanderplasschen, W., Broekaert, E., De Ruyver, B. & Alexandre, S. (2005). *Tussen droom en daad: Implementatie van case management voor druggebruikers binnen de hulpverlening en justitie / Entre rêve et action: Implémentation du case management pour usagers de drogues dans le secteur de la santé en le secteur judiciaire*. Gent: Academia Press.
- Graham, K., & Timney, C. (1990). Case management in addictions treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 7(3), 181-188.
- Hesse, M., Vanderplasschen, W., Rapp, R.C., Broekaert, E. & Fridell, M. (2007). Case management for persons with substance use disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4*. Art. No.: CD006265.
- Kolind, T., Vanderplasschen, W. & De Maeyer, J. (2009). Dilemmas when working with substance abusers with multiple and complex problems: the case manager's perspective. *International Journal of Social Welfare*, 18, 270-280.
- Rapp, R.C. (2011). *Effectiveness of strengths-based case management with substance abusers throughout the continuum of care* (niet-gepubliceerde doctoraatsverhandeling). Ghent: Ghent University, Department of Orthopedagogics.
- Siegal, H., A. & Rapp, R. C. (1996). *Case Management and Substance Abuse Treatment: Practice and Experience*. Springer: New York.
- Siegal, H., Rapp, R.C. & Li, L. (1997). The role of case management in retaining clients in substance abuse treatment: an exploratory analysis. *Journal of Drug Issues*, 27, 821-831.
- Sorensen, J.L., Dilley, J., London, J., et al (2003). Case management for substance abusers with HIV/AIDS: a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29, 133-150.
- Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA) (1998). *Comprehensive case management for substance abuse treatment* (TIP Series 27). Rockville: U.S. Department of Health and Human Services.
- Vanderplasschen, W., Lievens, K. & Broekaert, E. (2001). *Implementatie van een methodiek van case management in de drughulpverlening: een proefproject in de provincie Oost-Vlaanderen* (Orthopedagogische reeks Gent). Gent: vzw OOBBC.
- Vanderplasschen, W., Rapp, R.C., Wolf, J., & Broekaert, E. (2004). The development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe. *Psychiatric Services*, 55(8), 913-922.
- Vanderplasschen, W. & Wolf, J. (2005). Case management bij drugsverslaafden: ABC voor implementatie en praktijk. *Tijdschrift Verslaving*, 1, 66-78.
- Vanderplasschen, W., Wolf, J., Rapp, R.C. & Broekaert, E. (2007). Effectiveness of Different Models of Case Management for Substance-Abusing Populations. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(1), 81-93. (Impact factor 2008 = 0.800)
- Vandevelde, S., Vanderplasschen, W., & Broekaert, E. (2003). Cultural responsiveness in substance abuse treatment: a qualitative study using professionals' and clients' perspectives. *International Journal of Social Welfare*, 12(3), 221-228.
- van Riet, N. & Wouters, H. (1996). *Casemanagement: een leer- en werkboek over de organisatie en coördinatie van zorg-, hulp- en dienstverlening*. Assen: Van Gorcum.
- Wolf, J. & Planije, M. (2002). Case management voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen. Utrecht: Trimbos-instituut, Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid.
- Yates, R. & Gilman, M. (1990). *Seeing more drug users: Outreach work and beyond*. Manchester: Lifeline Project.

CHAPITRE 5

**CIRCUITS DE SOINS ET RÉSEAU: FORCES ET LIMITES DU CASE
MANAGEMENT EN AVAL DE LA CRISE**

Serge Cogels

Wouter Vanderplasschen

1. Introduction : Travailler « avec » le réseau et travailler « en » réseau

Travailler « avec le réseau » est une condition incontournable pour toutes les entités proposant un accueil en situation de crise, dans la mesure où l'objectif premier est d'exploiter l'épisode de crise pour orienter ou ramener la personne qui en est affecté dans le circuit de soins en général, en la référant vers l'entité la plus appropriée, en particulier. Comme nous allons le voir, l'intensité du travail mené par les case managers (mais aussi les psychiatres, psychologues, assistants sociaux ou les éducateurs) avec leurs réseaux respectifs varie selon la philosophie de l'institution de tutelle, selon la durée du séjour, selon le cadre imposé par le pouvoir subsidiant et, plus prosaïquement, selon qu'un réseau actif existe ou non dans l'entité géographique concernée.

A ce titre, la notion de réseau est à prendre au sens large : elle recouvre tous les intervenants offrant un service aux personnes demandeuses d'une prise en charge pour des troubles liés à la consommation de substances, y compris les unités 'spécialisées' en accueil de crise. En effet, ces dernières sont à la fois récipiendaires et pourvoyeuses de patients : ceux-ci leur sont envoyés par des tiers (médecin traitant, service d'urgence hospitalier, autres services intra-hospitaliers, centres résidentiels, MASS, etc.) ou référés en 'aval' de la crise à ces mêmes personnes/institutions. Pareillement et, de manière extensive, on peut considérer que le maillage informel constitué par le (ou la) conjoint(e), les parents, amis et collègues de travail du patient fait aussi partie du réseau, étant donné le rôle prépondérant que ces derniers sont susceptibles de jouer, en offrant un cadre soutenant au patient en phase de post hébergement de crise.

Tous ces acteurs « entrent dans la danse » sous l'impulsion du case manager, pour une durée et selon des modalités qui varient selon l'entité thérapeutique considérée, le cas particulier du patient, mais aussi la localisation. En effet, à l'image de la distribution de l'offre, le travail avec le(s) réseau(x) est fort inégal à l'échelon du territoire, ceci en dépit des initiatives prises par les régions en ce sens. Bien qu'observable partout, ce mode de fonctionnement est extrêmement développé en région Gantoise, qui fait œuvre de pionnière en matière d'élaboration d'un circuit de soins intégré, et aussi bien présent – bien que sous forme de réseaux (au pluriel) – autour de certains pôles (Liège, Namur, Charleroi, Bruxelles, Anvers, Limbourg). Inversement, il est plus discret – voire embryonnaire – ailleurs, notamment dans les provinces plus enclavées, telles le Hainaut occidental et Tournai ou le Luxembourg ou Flandres-Ouest. En outre, si (comme le montre notre étude) toutes les unités faisant de l'accueil de crise travaillent bien *avec* un ou plusieurs réseaux, elles ne travaillent pas nécessairement *en* réseau, ce qui ne préjudicie en rien la qualité de leur travail : en effet, le travail avec le(s) réseau(x) répond à une logique qui, à notre sens, est davantage pragmatique qu'organique, constat qui nous amènera naturellement à questionner la plus value effective que constitue le fait de travailler en réseau.

Notre ambition est, ici, de présenter un état des lieux et de tirer un bilan du travail qu'effectuent divers intervenants rattachés à l'accueil de crise avec le (ou les) réseau(x) en utilisant, à titre d'études de cas, les situations de la province de Namur (pour la Belgique francophone) et de la région Gantoise, pour la Flandre. Préalablement, nous faisons une description fouillée du travail que réalise le case manager avec les différents circuits de soins, ceci au sein (i) des unités de crise (projets pilote SPF), (ii) des centres d'intervention de crise (INAMI) et (iii) auprès d'autres intervenants ne ressortant ni des unes ni des autres, en Belgique francophone, et en dégageons les convergences.

2. De l'accueil de crise au suivi dans les circuits de soins en Belgique francophone

2.1 Case management au sein des unités hospitalières de crise (projets-pilote SPF)

Dans sa plus simple expression, le travail du case manager avec le réseau prend fin lorsque le patient est stabilisé à l'issue de son séjour à l'unité de crise et apte à (ou désireux de) se reprendre en main sans aide ultérieure : dans ce cas, le case manager donnera –de manière dégressive- une série de coups de fil au patient et aux membres de son réseau de support (identifiées préalablement comme 'personnes-ressource'), afin de s'assurer que le plan établi en post hébergement se déroule bien comme prévu. Ce cas de figure ne concerne que les patients les moins 'problématiques' : « *Quand on sent qu'il y a un soutien extérieur ou qu'ils ont les ressources internes suffisantes, on ne les contacte plus* » (Brugmann). Au bout du compte, (il s'agit là d'un précepte) le client sait qu'il pourra toujours reprendre contact ultérieurement avec le case manager si sa situation dérape ou s'il menace de rechuter. Le lien entre case manager et client (et, corrélativement, réseau) peut également se couper rapidement à la demande expresse de l'entité-hôte : « *Certaines institutions demandent qu'on lâche la bride une fois le client pris en charge chez eux* » (Ambroise Paré). Si une telle posture est conforme à l'objectif de continuité des soins, elle ne génère pas moins une certaine frustration dans le chef du case manager et de l'unité de crise qui sortent subitement du 'casting' et qui, faute de retour ultérieur d'information, peuvent difficilement évaluer la portée de leur travail.

À un échelon supérieur, le travail du case manager avec le réseau s'intensifie : une fois qu'un intervenant du circuit de soins est identifié, contacté, et disposé à accueillir un patient, le case manager le lui 'confie' en quelque sorte (en l'y accompagnant éventuellement) et ce nouvel intervenant prend alors le relais en matière de suivi de cette personne. Ou alors, suivant la décision du psychiatre, la personne reste hospitalisée (en raison de problèmes somatiques et/ou psychiatriques) au sein de la même institution ou dans un hôpital proche. Dans un cas comme dans l'autre, la décision prend sens en vertu du projet qui a été établi durant le séjour du patient à l'unité de crise, projet qui matérialise le rôle de *maillon* que joue cette dernière entre la crise et la cure. Le case manager, pour sa part, aura préalablement déblayé le terrain, contacté les proches, contacté (et éventuellement réuni) les différentes personnes par qui le patient a été suivi antérieurement, participé à l'élaboration du projet individuel, négocié l'admission avec une entité partenaire et parfois impliqué d'autres intervenants: « *Ce n'est pas évident d'aller jusque là sur une période de cinq jours (c'est déjà une prouesse de trouver une date de rendez vous qui convienne à tous) mais, en matière de valeur ajoutée, c'est formidable de ne pas à chaque fois repartir à zéro !* » (Ambroise Paré). Au CHR de Liège, par exemple, l'accent est mis sur la revalorisation des 'ressources résiduelles' (soit l'ensemble des liens qu'un individu a pu tisser sur un territoire donné) et sur la responsabilisation des partenaires 'naturels', au travers de contacts avec l'ensemble du tissu social (en ce compris les institutions) capables d'assurer un travail de proximité avec l'usager : cette approche est considérée par l'unité de crise comme un facteur de stabilisation à long terme, notamment pour certains problèmes de santé mentale. Ce rôle de trait d'union entre le patient et le circuit de soins est parachevé lorsque le case manager effectue des visites au domicile des patients ou les accompagne lors d'une démarche administrative : « *C'est quand on rentre dans la sphère privée du patient qu'on peut réaliser tout à fait quelle est sa situation ; ça crée aussi une interaction riche et dénuée de dimension médicale* » (CHR de Namur).

Au degré suivant, il s'agit plus que de simplement référer le client auprès d'un intervenant du circuit de soins, tout en restant disponible si celui-ci désire reprendre contact dans le futur. En effet, nous avons à faire ici aux patients les plus problématiques, qui font appel de manière récurrente à l'offre de soins et autour desquels une véritable concertation s'organise, sous forme de triangulation entre le case manager, la personne-contact de l'entité hôte et le

patient ? D'une part, ce dernier rencontre -préalablement à l'admission- un membre de l'unité-hôte, afin de faire mutuellement connaissance ; de l'autre, le case manager continue à jouer un rôle de liaison en participant à des réunions de concertation organisées autour du client au sein même de l'institution-hôte. Selon les protagonistes, ces deux procédures augmentent fortement les chances d'accrochage du patient à l'entité hôte, ainsi que le succès de la prise en charge qui suivra.

Enfin, comme le trouble ne se limite pas aux substances consommées, mais englobe différentes dimensions (affectives, relationnelles) de la vie du patient, l'itinéraire de post crise nécessite une sérieuse remise en ordre administrative (documents d'identité, adresse de domiciliation, mutuelle, revenu d'intégration sociale, etc.) et sociale (recherche de logement, réconciliation avec la famille) : le Case Manager doit prendre (et maintenir le) contact avec toute une autre série d'intervenants du circuit, à commencer par ceux qui sont actifs préalablement à l'arrivée du patient à l'unité de crise, auxquels s'ajoutent ceux que le Case Manager aura identifiés et impliqués dans le mini-réseau qui s'organise alors autour du patient.

Le défi, pour les unités de crise, est de répondre dans un temps très court à la demande du patient : il s'agit en quelque sorte d'une course contre la montre, où tous les moyens sont déployés sur un temps très court pour, d'une part, désamorcer l'épisode de crise, de l'autre préparer le terrain de l'après -crise. Si le patient arrive dans un état fort imbibé, le travail ne pourra réellement commencer qu'à compter du troisième jour. En conséquence, la relation entre l'unité et le circuit de soins doit être parfaitement opérationnelle, si l'on veut éviter que les acquis engrangés lors du séjour à l'unité ne se perdent, faute de trouver « preneur » en aval. Pour gagner du temps, certains case managers –qui sont aussi interpellés à la garde psychiatrique, ou présents aux rendez vous d'admission (quand il y en a)- préparent déjà le terrain (contactent préalablement un 'preneur' éventuel, ou un service).

La course contre la montre se poursuit en aval de l'hébergement de crise: vu les délais d'attente et/ou l'insuffisance de l'offre en aval, le case manager et/ou les psychologues de l'unité s'efforcent de ne pas 'casser le lien établi', de maintenir coûte que coûte le contact avec le patient durant la période qui sépare la sortie de l'unité de crise et l'admission dans l'entité-hôte suivante, ceci sous forme de rendez-vous fixés sur base régulière à l'hôpital même : « *Pour faciliter l'accroche aux services ambulatoires, nous utilisons la 'technique du tuilage', qui consiste à maintenir le lien avec le patient aux urgences à travers un suivi de crise le temps que l'accrochage à la structure de soins se réalise* » (CHR Liège). L'enjeu est ici d'éviter que le patient ne se décourage et revienne à sa situation antérieure. Notons, à ce titre, le fossé important qu'il y a entre la batterie de moyens déployés sur un temps très court à l'unité de crise (le patient rencontre thérapeutes, case manager et/ou assistant social quotidiennement) et le *vacuum* qui est susceptible de faire suite à cette frénésie, tandis que le patient est en *stand by* entre deux structures d'accueil.

Généralement, le patient est référé en suivant des itinéraires-type. Ceux-ci sont fortement conditionnés par le facteur géographique, dans la mesure où ils impliquent, au départ, une série de partenaires actifs autour d'un même pôle (ville ou Province). Le patient sera, par exemple, pris en charge dans un centre de sevrage (Clean, Transition ; Enaden) faisant office de maillon entre l'unité de crise et le centre de post cure ou, le cas échéant, de sas entre crise et ré hospitalisation dans un service spécialisé (Dédale, par exemple). Ces partenariats deviennent « privilégiés » quand ils se greffent sur des relations de 'parenté' entre deux institutions, soit lorsque le psychiatre travaille dans chacune d'elles ou que celles-ci comptent les mêmes personnes dans leur conseil d'administration (Ambroise Paré et Chêne aux haies ; Clean et La Citadelle ; Interstices et la MASS de Bruxelles).

Enfin, à l'échelon le plus 'consolidé', on assiste à l'établissement de partenariats conventionnés avec différentes structures du réseau qui sont voués à formaliser les procédures de collaboration telles, par exemple : la détermination d'un référent privilégié dans chaque structure susceptible de venir trianguler avec un usager ; le renvoi de l'utilisateur vers le service issu de son territoire ; l'organisation de réunions de bilans et d'échanges autour de cas ; la possibilité pour le personnel de faire de l'immersion dans le service partenaire... Aussi compte-t-on, parmi les partenaires principaux de l'unité de crise du CHR de Liège, des hôpitaux, des CPAS, des services de Santé Mentales dépendants (ou non) de l'Association Interrégionale de Guidance et de Santé, des médecins traitants et des maisons médicales, des services d'hébergement, des services d'aide aux personnes déplacées, des associations d'utilisateurs, des services judiciaires et de police, le parquet de Liège....

Ces partenariats présentent de nombreux intérêts pour le patient et les services de soins : ils favorisent la co-responsabilisation et, corollairement, facilitent la réactivation du processus de soins chez le patient en décrochage ; ils contribuent à freiner le shopping thérapeutique, grâce à une meilleure coordination des intervenants autour des patients chroniques ; ils contribuent à la mise en place d'une trajectoire de soins cohérente (et pluri orientée) pour le patient ; enfin, ils réduisent les délais d'attente pour les suivis. Ces partenariats sont évalués annuellement, ce qui permet à l'unité de crise d'affiner ses orientations : « *Nos analyses ont mis en évidence qu'il était préférable de ne plus orienter des alcooliques non suffisamment stabilisés vers les Centres de Réhabilitation Fonctionnelle* » (CHR de Liège).

2.2 Case management dans les centres d'intervention de crise (INAMI)

La philosophie de travail des Centres d'Intervention de Crise se distingue de celle des unités de crise dans la mesure où -d'une part- elles dissocient la crise de l'urgence (elles fonctionnent sur entretien d'admission) ; de l'autre, où elles proposent des séjours s'étendant sur une période bien plus longue (de trois à neuf semaines). De même, l'objectif de l'hébergement vise autant à mettre le patient à l'abri, afin de couper court à une situation qui s'aggrave (aspect 'crise') qu'à répondre à la question de son orientation au terme de son séjour au Centre de Crise (aspect 'continuité des soins'). Sur ce plan, le travail est identique à celui des Unités de Crise, mais en disposant de plus de temps, temps qui est mis à profit, par exemple, pour associer le patient aux démarches de remise en ordre, ou de recherche/contact avec les centres de postcure. Si la fonction de case manager n'existe pas ici, elle est remplie d'une manière ou d'une autre par les membres de l'équipe (psychiatre, psychologues, éducateurs, assistants sociaux). Autre différence : les Centres de Crise proposent un encadrement de groupe (vie et tâches communautaires, groupes de parole) en sus de l'accompagnement individualisé de chaque patient.

Ces centres disposent d'un 'réseau' bien constitué d'institutions spécialisées en assuétudes, dont la majorité sont situées dans la même ville (parfois aussi en province), mais sans que cette collaboration passe par des conventions écrites : il répondrait plutôt à une logique pragmatique : « *On sait bien où orienter une personne si on veut qu'elle soit hospitalisée rapidement* » (Enaden). « *Il n'y a pas 36.000 centres de post-cure* » (Clean).

À l'instar des unités de crise, les centres de crise gèrent -une part au moins de- leur public sur le long terme : « *On voit une situation s'améliorer (être plus viable, moins proche du risque mortel) sur une période de deux trois ans de prise en charge, émaillée de séjours à la crise ou ailleurs, de retours à la maison, de passages dans la rue, de problèmes avec la police, etc.)* » (Enaden). A ce titre, ils deviennent un lieu de référence pour les personnes : « *Elles reviennent parce qu'elles rechutent, mais reviennent surtout parce qu'elles ont trouvé des interlocuteurs en qui elles ont confiance et dans les mains desquels elles sont d'accord de se remettre, au moins un temps* » (Enaden). On n'est donc pas dans une logique du *one shot* : le

travail avec les partenaires du circuit de soins est une dynamique qui s'entretient sur le temps long avec, rappelons-le, des individus qui changent aux différentes étapes de leur itinéraire thérapeutique.

Le suivi du client effectué par les centres de crises s'assimile au passage de relais entre unité de crise et prestataires d'aide du circuit de soins. De par le manque de places en post cure et, pour ne pas qu'il y ait d'interruption entre la fin de séjour et l'admission dans l'unité-hôte suivante, certains centres reconnaissent ne plus faire office que de 'zone de protection', passé un certain stade : « *Bien que l'on reste thérapeutique, on est plus de l'hébergement qu'autre chose au bout de six semaines* » (Clean). En effet, le pouvoir subsidiant (INAMI) estime que ce n'est pas la vocation des Centres de Crise de garder un contact ambulatoire avec les personnes par après : la logique institutionnelle prend le pas sur la logique thérapeutique, non sans paradoxe, puisque cette posture annihile toute possibilité d'exploiter le capital de confiance établi pendant le séjour entre patient et thérapeute, sinon sous la forme d'un retour différé de la personne au sein du même Centre.

Pour pallier ce biais, le centre Enaden a mis en place un service ambulatoire (Interface), financé par la Région Bruxelloise. Notons que cette logique est répliquée 'en amont' (avant l'admission), puisque des entretiens de soutien sont proposés au candidat qui ne va pas bien et dont l'attente s'avère être longue, « *afin d'éviter qu'il ne se décourage, pour encourager les efforts qu'il a initiés ; pour, éventuellement, l'orienter ailleurs si on ne peut pas le prendre en charge* » (Transition). La vocation d'orientation s'exprime également à l'égard de ceux qui (en raison de problèmes physique ou psychiatrique lourds) ne sont pas admis dans le centre suite à l'entretien d'admission : « *On essaye toujours de voir avec lui comment le référer et où* » (Transition).

2.3 Autres entités œuvrant dans les situations de crise

Comme mentionné précédemment, nous avons choisi d'étoffer l'étude en enquêtant auprès de certaines entités (le tableau n'est pas exhaustif) qui ne travaillent pas nécessairement au départ d'une situation de crise, mais qui sont résolument tournées vers l'orientation, l'accrochage du patient à l'offre de soins et, corollairement, en interaction avec des circuits de soins : cette vocation transparaît dans le nom que la plupart se sont choisies : Transit, Interstices-liaison toxicomanie (St Pierre), Addictions (St Luc), Interface (Enaden), Dédale (Liège).....

Les approches adoptées par ces différents prestataires s'apparentent en partie à celles que prônent les Unités de Crise et les Centres d'intervention de Crise, sur le plan de la durée des séjours, d'une mentalité davantage hospitalière ou plus axée sur l'ambulatoire et, ce qui nous intéresse ici, en matière d'implication et de concertation avec le circuit de soins ; elles s'en éloignent aussi parfois (équipes mobiles intra hospitalières, spécialisation sur un sous-ensemble de toxicomanes, ...), non sans enrichir le panel d'offre de soins par des abordages originaux et, finalement, complémentaires aux soins proposés par les entités que nous venons de décrire.

Dans une approche apparentée à celle des projets pilote, **Addictions** a été créé en 1985 à l'hôpital St-Luc (Bruxelles), comme une antenne d'urgence en matière d'addictions. L'objectif va toutefois plus loin, puisqu'il s'agit d'offrir un accompagnement psycho social, en informant correctement les gens concernés (mais également leur entourage) et en les aidant à bien s'orienter, ceci sur un laps de temps plus court encore que dans les unités de crise (de 24 à, maximum, 48 heures). Ce travail est possible car cette a.s.b.l. est en collaboration complémentaire avec différents services : en interne, Addictions réfère certains patients vers d'autres unités de l'hôpital ou collabore avec des services attachés à l'institution (tel le service d'aide à domicile « Oxat ») ; inversement, l'association est appelée par le

service de médecine de liaison pour faire une anamnèse et suivre les personnes souffrant d'addiction qui sont hospitalisées pour d'autres motifs. En externe, l'essentiel de la collaboration a lieu avec les entités partenaires du 'réseau hospitalier universitaire' de l'UCL (ex-RHU) dont font partie les cliniques de l'Europe (St Michel et Fond'Roy), puisque Addictions n'a la possibilité d'héberger les gens sur place (en hospitalisation provisoire) que pendant une nuit.

L'objectif est toutefois d'éviter tant que possible l'hospitalisation, de veiller à potentialiser les ressources qui sont là, plutôt que de se substituer à elles. Ce travail avec le réseau est fait par les psys, les infirmiers et une assistante sociale, qui travaillent en cheville. Addictions collabore aussi avec les différents services de santé mentale répartis sur Bruxelles et environs, réseau avec lequel il se réunit mensuellement (débat sur les difficultés qu'il y a eu dans la collaboration, sur le cas de gens qui leur ont été envoyés, sur la manière dont ça s'est passé, etc.). À côté de toutes les urgences qui déferlent, il y a toute une activité de post crise : des personnes qui sont déjà passées par le service sont revues à intervalle très court, de manière à mettre en place une prise en charge de type ambulatoire, mais avec une plasticité qu'un ambulatoire n'aurait pas : vu la taille de l'équipe, Addictions peut revoir un même patient plusieurs fois par jour, si nécessaire

Enfin, Addictions est également un des seuls centres d'expertise psychiatrique qui restent sur Bruxelles mais qui, ici aussi, essaie de faire un peu plus qu'une expertise : *« S'il y a des alternatives, on essaie de les mettre en musique : on revoit ces gens, on continue à les suivre; on n'est pas simplement experts »*.

Dans l'esprit de la formule de 'médecine de liaison' intra hospitalière évoquée plus haut, le service **« Liaison-toxicomanies » de l'a.s.b.l. Interstices** permet ou facilite l'accueil des patients toxicomanes qui se retrouvent par dizaines à fréquenter les services somatiques (gastro, neuro, cardio, dermato, cancéro, hémato, ...) du C.H.U. Saint-Pierre (Bruxelles). Le deuxième objectif est de profiter de cette hospitalisation pour aider le patient à sortir mieux de cette période difficile (de grande fragilité, voire de décompensation psychiatrique) en préparant l'après-hospitalisation, ce qui implique de multiples contacts avec le réseau médico-psycho-social extérieur. L'équipe d'Interstices LT, à savoir un trépied assistant social, psy et médecin, intervient à la demande du personnel hospitalier, des patients eux-mêmes ou encore des intervenants extérieurs. Ce faisant, elle allège le travail des équipes soignantes en assurant le suivi pluridisciplinaire psychosocial, médical et/ou psychiatrique des patients toxicomanes. De même, la « Liaison toxicomanies » s'inscrit dans un continuum impliquant, à la fois les urgences psychiatriques (qui sont la porte principale d'entrée principale vers les secteurs de la santé en général et la santé mentale en particulier) et -comme dernier maillon- la MASS de Bruxelles, partenaire privilégié qui s'avère être plus 'bas seuil' encore que les urgences. Interstices travaille également avec le CPAS et, dans le processus de recherche d'une place pour ces personnes, avec le réseau hospitalier (IRIS) ou avec le réseau spécialisé bruxellois.

À l'instar des Unités de Crise, **l'a.s.b.l. Transit** (Bruxelles) propose une prise en charge rapide et inconditionnelle à toute personne en détresse. Elle leur offre, dans un premier temps, un encadrement psycho social de proximité intensif (comprenant -notamment- une mise à flot administrative) apte à stabiliser la situation de crise ; dans un deuxième temps, un assistant social, un médecin et un psychiatre élaborent un projet thérapeutique, identifient une trajectoire de soins, puis orientent le patient vers les secteurs spécialisés, en fonction de sa problématique. Ce travail permet -au moins- de garder certaines personnes en vie ; il leur donne souvent l'occasion de marquer un temps d'arrêt (et/ou à la famille de souffler) ; il leur permet enfin d'améliorer leur quotidien et, au mieux, de s'adresser à des services (à seuil d'accessibilité plus élevé) qui leur étaient précédemment fermés faute de répondre aux

critères. En sus de l'hébergement (dont la capacité est nécessairement limitée), Transit propose une prise en charge de type ambulatoire dont les objectifs (à moyen et long terme) sont similaires. Cette structure permet également de postposer d'un jour ou deux un hébergement (si la place manque) en prenant les patients en charge en journée.

Contrairement aux projets-pilote, cette fois, Transit n'a pas de case manager qui prendrait contact avec la structure où a été référée une personne pour s'inquiéter de son devenir. Cette fonction est occupée par les psychologues et assistants sociaux de l'institution : « *Nous ne faisons pas même un suivi informel (un coup de fil), mais on suit, en centre de jour, des personnes qui sont hébergées dans une autre structure* ».

En matière d'orientation, l'association a passé quelques accords formels de collaboration avec des partenaires : la MASS de Bruxelles, par exemple, ou avec les membres du réseau WAB, qui « *s'engagent à faire des exceptions (une prise en charge plus rapide, par exemple) lorsqu'un membre du réseau s'adresse à eux* ». Transit a aussi des partenaires privilégiés *par la force des choses*, mais informels, cette fois : « *Sur l'ensemble des maisons d'accueil traditionnelles existant sur Bruxelles, certaines sont plus sensibles à l'accueil de toxicomanes que d'autres ; forcément, je m'adresse plus fréquemment à elles* ».

Au sein du projet **Dédale** (Liège), autre projet pilote du SPF Santé publique, le poste de case manager a été créé pour centraliser la trajectoire de soins et l'information et être garant des projets des personnes en terme de continuité des soins. Le projet cible les double diagnostics, soit des patients fort instables qu'il est particulièrement difficile d'accrocher à un réseau. Outre la gestion des tâches de case management équivalentes à celles de la majorité des Unités de Crise, le case manager attitré (récemment étoffé d'une équipe 'outreaching') a, ici, la possibilité de pouvoir aller à l'extérieur, « *... voir le lieu de vie de la personne, s'assurer que l'arrêt de l'hospitalisation n'ait pas eu des répercussions trop brutales* ». Pour ce faire, l'équipe table fortement sur les nombreuses structures et réseaux présents à Liège : en sus des prestataires du circuit de soins (au sens large), le case manager est en contact permanent avec, par exemple, les éducateurs de rue, qui s'avèrent être une ressource vraiment précieuse : « *Ils sont dans la rue, ils vont dans les squats, ils sont au courant des mouvements des personnes, ...* ». Pour le case manager, il est primordial d'établir et de maintenir une relation de confiance avec les intervenants du (des) réseau(x) : « *Sans cela, vous serez bloqué très rapidement !* ».

Outre la phase « post hospitalisation », Dédale a développé le travail en amont de la prise en charge, soit à un autre moment clé qui permet d'avoir une vision plus globale de la trajectoire de soins : pour ce faire, le case manager va à la recherche d'informations sur le passé de la personne (rapports médicaux, rapports psy) dans les lieux par lesquels celle-ci est passée et identifie les 'ressources réseau' du patient : si celui-ci a déjà un médecin traitant, un appartement, d'autres structures qui la suivent, « *on va essayer de favoriser, de sauvegarder ce lien, on évite de se substituer à toutes ces structures déjà opérantes* ». De même, lors de l'établissement du projet en cours d'hospitalisation, un membre de l'équipe essaie de se rendre avec la personne dans la structure qui va la suivre à sa sortie, ou organise des concertations entre les différentes parties prenantes qui s'en occuperont. Enfin, à l'instar des autres projets décrits ici, la structure qui va suivre le patient sait qu'elle peut toujours faire appel au Case Manager de Dédale s'il y a un problème.

2.4 Convergences et enjeux du travail en post hop de crise avec le(s) circuit(s) de soins

Quelles sont les points communs dans le travail que mènent les case managers avec le réseau en aval de l'hospitalisation de crise ? Par delà la variabilité des formules que nous venons de passer en revue, il ressort que tous répondent aux objectifs fondamentaux de leur profession, soit « veiller à la coordination et à l'harmonisation de l'aide, à ce que le patient ait une

position centrale et à la continuité des soins » (Ministère de la Santé, 2001) ; de même, tous respectent son « droit à l'information correcte et complète » ainsi que son droit à « la participation au processus de soins » (Wilmotte, 2003 :128).

Une forte convergence apparaît également dans le souci qu'ont les case managers de contourner les écueils, de minimiser les biais et d'aménager les postures et les procédures afin qu'une série de contingences ne mettent pas à mal le respect des principes/objectifs généraux que nous venons d'énoncer. Vu sous cet angle, la variabilité observée est surtout fonction de trois ensembles de contraintes majeures, plus ou moins enchâssées : il s'agit i) de l'impact de l'institution en tant que telle sur les pratiques; ii) de l'insuffisance de l'offre de prise en charge en post cure et, iii) d'une certaine prudence à l'égard de l'équation « réseau unique = plus value ».

Rappelons préalablement que le travail en situations de crise et/ou d'urgence, en collaboration avec les partenaires de réseau(x) existe dans certains cas depuis près de trente ans. La création d'urgences psychiatriques, de projets pilote, l'introduction de case manager et le travail en réseau sont autant d'innovations qui s'inscrivent dans la continuation du travail entamé, ce qui justifie que l'on questionne la plus value qu'ont généré ces innovations récentes.

1. L'étendue des tâches effectuées par les case manager (et assimilés) travaillant au départ de la crise avec le(s) circuit(s) de soins est fortement conditionnée par la philosophie de l'institution de tutelle: certaines ont une mentalité plus ambulatoire, d'autres une logique davantage hospitalière ; les unes sont proactives, s'investissent résolument dans la consolidation d'un réseau en établissant des partenariats et en participant activement à des concertations, les autres préfèrent se glisser dans les réseaux existants, sans éprouver le besoin de formaliser leur relation au (x) réseau(x).

De même, le choix des réseaux avec lesquels l'entité décide de travailler est fortement conditionné par les racines institutionnelles, ou obéit à une logique de 'pilier' : les hôpitaux d'un réseau de financement collaborent en priorité avec les institutions partenaires (membres du réseau des hôpitaux publics : Iris) ; les institutions du pilier catholique collaborent quasi exclusivement avec les entités de même confession (St Luc et Cliniques de l'Europe, par exemple). Cet état de fait génère une contradiction entre l'intérêt premier du patient et celui de l'institution

La tâche du case manager est également fortement conditionnée par l'offre de service de son institution de tutelle : on a vu à quel point la durée de prise en charge est un facteur décisif. Dans une telle logique (et en poursuivant des objectifs similaires), au plus le séjour est court, au plus le travail avec le réseau devrait être intense ; or, cela ne se vérifie pas dans la majorité des cas. Aussi, ce seraient plutôt les entités disposant à la fois d'un case manager et offrant un hébergement de plus longue durée qui seraient les plus aptes à travailler 'en' réseau et au sein desquelles le case manager jouerait de manière durable le rôle de maillon entre le patient et le circuit, plutôt que les entités qui répondent à la situation de crise dans des délais extrêmement courts et où le lien entre case manager et client se 'dilue' assez vite, aussitôt que le patient est pris en charge par un tiers.

2. Quel que soit le degré d'implication de l'entité dans un ou des circuits de soins, le travail d'orientation des patients est extrêmement handicapé par le manque de places d'hébergement en aval de l'hospitalisation de crise. C'est là un constat fait de manière récurrente par les intervenants interviewés : « *On a réussi à accueillir et à stabiliser une patientèle qui posait pas mal de problèmes dans la région ; en dépit de cela, on*

reste dans quelque chose de fragile sur le long terme dans la mesure où le réseau de soins en aval de l'unité de crise du service d'urgence n'a visiblement pas les moyens d'absorber une prise en charge au plus long cours de ces personnes » (CHR Liège).

Dans ce contexte, le travail des professionnels de l'orientation en post-crise vers les circuits de soins répond davantage à une logique pragmatique que structurelle : les orientations se font en fonction de l'offre de service en général et de la disponibilité (ponctuelle) de ces services en particulier, ce qui peut entrer en contradiction avec l'impératif de prendre en compte de manière prioritaire la demande spécifique du client : *« Il y a comme des chemins et, au bout de certains, des impasses : là, on sait que ce n'est pas la peine d'aller plus loin, que ça ne marchera pas : ou une personne affectée de tel type de trouble de la personnalité ne supportera pas ce cadre là, ou bien, certaines institutions ont de hautes exigences, trop hautes pour ce patient au moment où on se pose la question » (CHR Liège).*

Idéalement, travailler en réseau consiste à améliorer les conditions d'admission (réduire les délais d'attente, par exemple). En pratique, on constate néanmoins que les admissions se font au cas par cas et que, si les délais sont réduits, c'est grâce à un traitement de faveur, concédé au membre ou au partenaire privilégié : *« De notre côté, on héberge tout de suite ; du leur, ils acceptent une personne en sevrage plus vite qu'avec un non-membre » (Transit, à propos de la MASS).* Si cela paraît réducteur (au vu de ce qu'on peut attendre d'un fonctionnement en réseau), cette posture renvoie assez crument à l'urgence qu'il y a à étoffer l'offre : est-il pertinent de spéculer sur un fonctionnement en réseau tant que la situation de l'offre de prise en charge en post cure n'est pas sérieusement améliorée?

Dernier paradoxe : dans ce contexte toujours, il apparaît que c'est au niveau des soins spécialisés que l'articulation « accueil de crise-orientation » fonctionne le mieux. Au départ de l'unité de crise, on hospitalise plus facilement 'en interne' ou on oriente plus vite (après sevrage en unité résidentielle) un patient atteint de troubles psychiatriques ou somatiques graves vers hôpital ou vers un centre spécialisé, que dans le cas de figure plus courant où l'accompagnement implique une brochette d'intervenants du champ psycho-médico-social, pour la coordination des quels le case manager nous paraît pourtant être particulièrement bien placé.

3. Tous les case managers interviewés soutiennent que l'expérience de travail avec les acteurs des circuits de soins existants (au sens large) est incontournable et que ce savoir faire s'acquiert sur le tas : *« On est efficace à partir du moment où on entretient les contacts avec le réseau. C'est un travail de tous les jours, qui vous permet d'étoffer votre boîte à outils ; c'est aussi le seul moyen d'avoir une idée sur ce qui s'est passé 'après' ; la seule forme d'évaluation qu'on ait de notre travail, ... » (Dédale, Liège).* Si l'on considère que, dans les faits, le case management 'fonctionne' en dépit des lacunes que compte le *job description* (c'est souvent le case manager lui-même qui alimente le profil de sa fonction), on est en droit de se demander dans quelle mesure la formalisation d'un réseau unique apporterait une plus value. Au départ, chaque réseau, en tant que système, « est une réponse à un environnement et ; dans cette optique, il n'y a pas de 'mauvais' système » (Dreze 2006 :54) ; en outre, s'ils sont loin d'être parfaits, les circuits de soins actuels n'ont pas moins le mérite de fonctionner et de réguler, avec plus ou moins de succès, le flux des patients confrontés à des situations de crise. La caractéristique 'en perpétuelle construction' de la fonction ne dit-elle pas, au contraire, se prolonger à l'échelle des circuits de soins que chaque case manager construit individuellement avec ses différents partenaires privilégiés ?

3. Réseaux actifs en Belgique francophone : le cas de Namur

S'il faut les distinguer, c'est plus en matière d'acteurs et de promoteur qu'en matière d'objectifs et de pratiques que les réseaux diffèrent entre eux en Belgique francophone. Hormis cet aspect, les réseaux affichent, à un premier niveau, une empreinte locale (ville, bassin, province, voire région transfrontalière). En effet, ces réseaux « locaux » résultent souvent de la formalisation de rapports établis antérieurement et de manière pragmatique entre une série d'intervenants focalisant sur un même public-cible et/ou une problématique similaire. A un second niveau les réseaux s'enchaînent dans un gabarit plus large, s'étendant à ou impliquant des partenaires de provinces, régions différentes, voire, à l'échelon européen, de différents pays. Quelle que soit l'échelle considérée, les réseaux qui se constituent répondent à des initiatives prises par l'Etat dans la mesure où, « *en Belgique, l'organisation et le fonctionnement des soins de santé {notamment} mentale tendent à se réorganiser sur le modèle des réseaux et circuits de soins* » (Deliège, 2007). Cet usage du concept de réseau dans le contexte actuel de transformation des politiques publiques n'est pas moins paradoxal si l'on se souvient que le mot *réseau* s'est forgé, dès les années soixante, dans le courant d'une mise en question de l'*institution* (famille, prison, hôpital psychiatrique) : « { ... } aujourd'hui le réseau n'est plus une proposition oppositionnelle défendue par quelques groupes marginaux mais il est devenu un des modèles auxquels se réfère l'action publique elle-même { ... } » (Genard, 2003).

A ce titre, le service public fédéral de la santé a lancé une série de «projets thérapeutiques» visant à expérimenter -via des conventions INAMI, notamment- les conditions de fonctionnement en réseau et les modalités de concertation autour des patients «chroniques et complexes» qui nécessitent l'intervention conjointe de professionnels de différents types d'institutions dans le domaine de la santé mentale, de la santé, mais aussi potentiellement d'autres secteurs -aide sociale, aide à la jeunesse, etc. ... ; de même, le SPF finance des projets-pilote en matière d'accueil (de crise) des usagers, de double diagnostic, etc. Il en va de même de la Région Wallonne qui, à l'échelon 'supra local' cette fois, a mis en place sept réseaux dans le but de développer une offre d'aide et de soins cohérente et opérationnelle (Cf. *infra*, décret 'assuétudes'¹⁰) et finance une série d'autres réseaux. C'est dans ce cadre que les institutions actives sur le terrain ont été appelées à rechercher des partenaires pour présenter un projet spécifique visant une population-cible particulière, afin de tester des modalités de fonctionnement en réseau qui puissent être mises en œuvre à plus grande échelle pour l'organisation des soins de santé, au-delà de ces projets expérimentaux.

Si l'on prend, à titre d'exemple, les réseaux actifs sur la province de Namur, tous répondent à une démarche de ce type: outre l'unité de crise du CHR de Namur¹¹ (SPF Santé publique) et l'asbl RASANAM créée dans le cadre du 'décret wallon' (coordination des politiques préventives et curatives), on trouve également le projet thérapeutique TOXINAM (Région Wallonne) pour usagers toxicomanes affectés d'un trouble psychiatrique associé et le réseau ALTO¹² (Région Wallonne), composé de médecins généralistes accompagnant les usagers de drogue et leurs familles dans leur milieu (familial, social, économique, culturel, ...). Au niveau provincial, on dénombre le Réseau associatif Namurois spécialisé dans les

¹⁰ Décret Wallon (27 novembre 2003) relatif à l'agrément et au subventionnement des réseaux d'aide et de soins et des services spécialisés en assuétudes.

¹¹ et le circuit d'intervenants avec lequel elle travaille en aval

¹² Le réseau ALTO est composé de différentes commissions locales, réparties dans dix régions : Brabant Wallon, Charleroi, Huy, Centre, Liège, Mons-Borinage, Luxembourg, Namur, Tournai-Mouscron, Verviers

Assuétudes¹³ (RAN) qui regroupe les structures (telles RASANAM et CPSA) spécialisées dans ce champ, la Coordination Provinciale Sida Assuétudes (CPSA-Namur) qui s'occupe de prévention du SIDA et de réduction des risques liés à l'usage des drogues et, enfin, la Plateforme Namuroise de Concertation en Santé Mentale (PFNCSM), qui constitue une courroie de transmission générale des problématiques liées à la santé mentale des usagers de drogues. De nombreux intervenants de la région de Namur sont également affiliés à la FEDITO Wallonne (Fédération Wallonne des Institutions pour Toxicomanes), qui représente, promeut et défend le secteur associatif des personnes dépendantes (au sens large).

Les vocations de ces différents réseaux sont similaires (élargir la rétention thérapeutique, améliorer le travail de réinsertion psychosociale, rendre les actions cohérentes), même si les angles d'approche divergent parfois: certains réseaux sont davantage centrés sur le patient (ou le client, selon les terminologies), d'autres sur les praticiens ou sur la coordination des intervenants.

A l'instar de l'unité de crise du CHR, TOXINAM est soucieux d'aller au-delà d'une stigmatisation des patients toxicomanes (insoignables, manipulateurs, pas motivés etc.) qui se retrouvent de manière récurrente 'hors cadre', en entendant –justement- retravailler les cadres de soins qui leur sont proposés : ici, c'est le *setting* qui s'adapte au patient et non plus l'inverse. Inversement, le réseau ALTO se veut espace de rencontre où, par une réflexion critique sur les pratiques (sous la forme de groupes d'intervision, notamment), s'élabore un modèle d'accompagnement des usagers de drogues par les omnipraticiens. Enfin, le RAN, le RASANAM et la FEDITO wallonne ont un rôle fédérateur, ou mixte (échanges sur les pratiques professionnelles ; stimulation d'une concertation permanente entre ses membres), tandis que des entités telles le CPSA et la PFNCSM font office de trait d'union entre problématiques associées (toxicomanie et Sida/et santé mentale) ou professionnels impliqués (RGN : Rassemblement des Généralistes Namurois, pharmaciens).

Enfin, la plupart de ces réseaux embrassent simultanément plusieurs fonctions : travail sur l'offre aux patients et sensibilisation, voire transcendent l'échelon régional : le réseau ALTO, par exemple, organise des formations (de base et continuées) des médecins, des réunions d'intervision, font de la coordination *intra* (collaboration avec d'autres associations des secteurs psycho medico social et judiciaire) et *inter* régionale, élargissant considérablement le champ : participation à des projets et réflexions à l'échelle régionale, communautaire ou nationale sur les arrêtés (fédéraux) et les décrets (régionaux) promulgués en matière de toxicomanie ; collaboration à des projets internationaux (Interreg), fédéraux (Conseil Supérieur de la Santé) ou régionaux.

A l'échelon 'supra local', le travail en réseau émane également de la volonté (d'un registre plus managérial) de la Région Wallonne de développer une offre d'aide et de soins cohérente et opérationnelle: c'est le cas des sept réseaux mis en place par celle-ci dans le cadre de son décret 'assuétudes'¹⁴. Ceux-ci ont pour mission: (i) d'identifier les besoins d'aide et de soins en matière d'assuétudes dans la zone de soins en assuétudes où il exerce ses activités ; (ii) de mener une concertation relative à la répartition des tâches et leur complémentarité, en ce

¹³ Réseau regroupant une large prépondérance d'intervenants ambulatoires

¹⁴ Ces réseaux sont les suivants: CAHO, Hainaut Occidental, Tournai (29 institutions partenaires) ; C.A.P.C. (Concertation Assuétudes du Pays de Charleroi), 15 institutions partenaires ; C.L.A. (Coordination Luxembourg Assuétudes), Marche en Famenne ; R.A.F. (Réseau Assuétudes des Fagnes), Couvin ; RAMBO (Réseau Assuétudes Mons Borinage) ; RASAC (Réseau d'Aide et de Soins en Assuétudes de la Région du Centre), 21 institutions partenaires ; RELIA, Réseau liégeois en Assuétudes ; RASANAM, Réseau Assuétudes Namur.

compris la prise en charge des situations de crise et d'urgence ; (iii) de structurer l'offre correspondant aux fonctions d'accueil et d'information (donner le plus rapidement possible une réponse à la demande du bénéficiaire au besoin par l'orientation vers une institution ou un professionnel capable d'assurer le suivi de cette demande), d'accompagnement (assurer un suivi individualisé du bénéficiaire, en concertation avec l'ensemble des secteurs sanitaire, social, scolaire et socioculturel), de soins (assurer la continuité des soins avec le secteur hospitalier), de réduction des risques.

A l'échelon supra-local, toujours, le réseau WaB (Réseau Wallonie-Bruxelles) regroupe des acteurs de terrain actifs en matière d'assuétudes provenant de structures situées en région wallonne et en région bruxelloise. Ce réseau¹⁵ se veut un outil complémentaire à ce qui existe déjà, voué à optimiser l'accompagnement des personnes adultes présentant une problématique d'assuétude complexe et pour lesquelles le réseau local n'offre pas d'alternative. L'originalité du projet est son « approche en système intégré »¹⁶. Outre l'objectif (semblable à celui des réseaux 'décret Wallon) de visibilité de l'offre de services des membres, WaB entend optimiser (ii) les activités de ces derniers par une information continuée des pratiques et via l'organisation de concertations cliniques mensuelles entre institutions partenaires et (iii) assurer le partage des outils élaborés par et pour le réseau¹⁷ à des fins de bonnes pratiques.

À l'échelon européen, cette fois, notons l'existence du réseau ECETT¹⁸: construit sur le modèle du compagnonnage, celui-ci permet aux éducateurs de plus de 300 centres disséminés de par le continent, de tisser des liens de coopération avec leurs confrères, qui relèvent les mêmes défis (que posent les champs de l'addiction, de la délinquance et de l'exclusion) et qui disposent d'un savoir-faire à transmettre. Cet outil vise à favoriser la visibilité des approches éducatives novatrices centrées sur l'apprentissage, la solidarité et l'autonomie et, ce faisant, à valoriser le travail des équipes éducatives.

4. Bilan de dix ans d'existence d'un réseau d'assistance aux toxicomanes avec case management, en Flandres orientale

4.1 Introduction

L'idée de créer un réseau dans le secteur de l'aide aux toxicomanes a reçu un écho beaucoup plus rapidement en Flandre qu'en Wallonie et, bien que l'intérêt soit perceptible dans toutes les provinces flamandes, la région gantoise y a indéniablement rempli un rôle de pionnier. Les premières initiatives prises en la matière remontent à la fin des années nonante, lorsque la plate forme de concertation soins de santé mentale (PopovGGZ), le centre de recherche Orthopédagogie de l'Université de Gand et la Province de Flandres-orientale unissent leurs efforts pour établir un réseau lié à l'accueil et aux soins des toxicomanes. Il s'agissait

¹⁵ Le réseau WAB comptait (octobre 2009) sept institutions membres du comité de pilotage et autant d'institutions membres. Il est subsidié, en majeure partie par la Région Wallonne, dans le cadre du PST3.

¹⁶ ISA = Integrated System Approach, sur base du modèle de G. De Leon

¹⁷ Ces outils sont, par exemple, une charte éthique et de partenariat ; un règlement d'ordre intérieur ; un formulaire d'évaluation mensuelle du nombre de prestations réalisées par chaque institution partenaire ; des fiches d'inclusion des patients dans les institutions du réseau ; un suivi, de mois en mois, sur le plan des trajets de soins élaborés et proposés

¹⁸ European Companionship in Education, training by travel : projet-pilote créé par l'asbl Trempline et soutenu par le Programme d'Action Européen pour la Formation Professionnelle Leonardo da Vinci.

alors, entre autres, de conclure les protocoles d'accord relatifs à l'organisation régionale de l'accueil d'urgence et en situation de crise, de mettre en route une concertation (dès la prise en charge, puis de suivi) autour du patient et d'ériger des circuits de soins en matière d'abus de substances. Aujourd'hui, le souci des parties prenantes est que les prestataires de soins travaillent de manière efficace en réseau, soit en respectant des standards de qualité et en ne tombant pas dans les pièges qui ne manquent pas de se dresser. Aussi est-ce sur base des expériences acquises dans la région de Gand que nous tirons le bilan de la trajectoire de changement du "Circuit de soins substances illégales"¹⁹ et nous penchons sur une série de "do's and don'ts" en matière de formation de réseau.

En effet, en dépit de toutes les recommandations qui ont été faites en matière de gestion de réseau, il ne ressort pas moins que ce type de collaboration ne va pas de soi, vu le contexte financier actuel : dans un climat euphorique, où le politique stimule l'émergence d'une hémorragie d'initiatives, mais sans directives ni ligne de conduite en matière de subsides, un circuit de soins peut facilement s'avérer n'être qu'un tigre de papier et ne fonctionner efficacement 'en' réseau qu'en apparence. Dans les faits et, en toute humilité, les promoteurs de ce réseau reconnaissent qu'ils n'en sont toujours qu'aux débuts en matière de circuits de soins effectifs (ou en passe de le devenir).

4.2 Réalisations et enjeux sous jacents en matière de création d'un réseau

La constitution du réseau de soins aux toxicomanes a été, d'entrée de jeu, le fruit d'une collaboration constructive entre praticiens, gestionnaires et universitaires. Ceux-ci ont établi un plan en cinq étapes pour faire aboutir leur projet.

La première étape de ce travail, qui consistait à développer une vision commune et un cadre de référence a abouti, en 2001, à la rédaction d'une note conceptuelle sur les circuits de soins pour personnes souffrant de troubles liés à la consommation de substances²⁰. Cette note définissait le circuit de soins comme "l'ensemble des programmes –organisés par un réseau de parties prenantes- représentant tous les trajets de soins susceptibles de répondre à la demande d'un groupe-cible déterminé, avec des objectifs de continuité et d'adaptation des soins aux situations individuelles". Elle jetait également les bases d'un accord de partenariat en réseau signé dès 2003 par quatorze institutions d'aide de Flandres orientale et d'un cadre notionnel commun qui, en concertation avec la plate forme "santé mentale" flamande²¹, a été actualisé en 2007 et intégré à d'autres groupes cible relevant du domaine des soins en santé mentale.

La deuxième étape, qu'on ne peut pas considérer comme achevée, visait à ébaucher un modèle organisationnel théorique: en ont émergé une série de principes généraux tels, par exemple, une distinction entre les niveaux locaux, régionaux et provinciaux d'intervention, mais sans véritablement aboutir, ni à un modèle organisationnel idéal, ni à un plan détaillé du contenu et de l'organisation des soins. Si une série de trajets de soins ont pu être identifiés (par exemple autour du double diagnostic, de l'accueil d'urgence et de crise et du case management), il s'est avéré que ces formules étaient davantage une émanation de modules existants et de leur corrélation. On peut toutefois considérer qu'il s'agit d'une amélioration

¹⁹ "zorgcircuit illegaal middelenmisbruik

²⁰ Vanderplasschen, Mostien, Claeys, Raes & Van Bouchaute, 2001 : "Conceptnota zorgcircuit middelenmisbruik"

²¹ Vlaamse overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg

par rapport aux pratiques antérieures -où les institutions présentaient leur offre de soins sous une forme non concertée- dans la mesure où les accords connexes à ces trajets de soins explicitent les engagements réciproques et la collaboration mutuelle attendue entre les institutions concernées. On ne peut par contre pas affirmer que ces accords partent de (ou répondent à) un modèle-type théorique objectivé.

La troisième étape, qui ambitionnait de répertorier l'offre en matière d'assistance (y compris ses lacunes et ses chevauchements) et -sur cette base- de dresser un plan d'action n'a aussi été que partiellement accomplie. Si tous les modules de soins prestés par les unités d'assistance ont bien été recensés une première fois en 2003²², cet inventaire n'a pas pu être comparé au modèle théorique 'type' et la question des lacunes/chevauchements n'a donc pas pu être examinée, vu qu'on n'était pas plus avancé dans la deuxième étape. De même, un plan d'action pour la mise en œuvre n'a pas pu être établi.

Enfin, faute de disposer d'un modèle organisationnel concret et opérationnel, les étapes quatre et cinq du plan (application, implémentation, test et évaluation du modèle) ne sont toujours pas à l'ordre du jour.

4.3 Perspectives

Comme il ressort de ce bilan, le fait d'avoir placé la barre si haut s'est avéré être un inconvénient : il s'agit en priorité de faire aboutir sérieusement l'étape numéro deux, soit de soumettre un modèle organisant la manière dont la prévention, l'intervention précoce, la prise en charge et la réduction des risques doivent être menées dans la province, y compris pour les clients qui affluent dans le circuit via la justice et ses services attenants. Une série de problèmes importants reste à l'ordre du jour, telle la nécessité de mettre en place un suivi systématique des demandes d'aide qui sont formulées et une étude sérieuse des besoins en la matière. Il ne reste pas moins que, même si l'on possède de telles informations, on ne dispose pas pour autant d'un modèle ou de lignes directrices aptes à déterminer -sur base des demandes/besoins de soins- la manière la plus appropriée d'utiliser les moyens disponibles. À ce titre, on peut se demander si ce n'est pas davantage le rôle du gouvernement ou du monde scientifique -plutôt que de celui du réseau- d'établir des lignes de conduite solides en la matière (et de les appliquer en Flandres occidentale). Faute de perspectives sur ce plan, nous nous voyons contraints d'évaluer l'offre actuelle sur base de l'opinion, de la connaissance et de l'évaluation qu'en ont (font) les praticiens de terrain : c'est donc avec toutes les institutions du réseau que nous avons l'intention d'examiner attentivement et de manière critique l'inventaire remanié de l'offre de soins, dressé en 2009.

L'étape suivante du processus vise à épurer l'offre des hiatus et des chevauchements qui semblent bien y apparaître, ce qui risque fort d'entraîner des choix pénibles. Mais, si l'on se tient aux objectifs (i) d'offrir plus de soins 'sur mesure', soit des soins répondant davantage à la demande et (ii) d'utiliser les moyens de manière plus appropriée, cela s'avère inévitable. En dépit des chevauchements observés, notons la progression de types de prise en charge spécialisés, tels les 'double diagnostic', les cocaïnomanes ou les consommateurs bénéficiant d'une mesure de peine alternative.

Il semble également pertinent que l'offre se différencie, surtout sous forme de concertations mutuelles. De cette façon, les ressources humaines et matérielles disponibles pourraient être

²² ... et, à nouveau en 2008, sur base du cadre interprovincial réactualisé, touchant aussi la Flandres occidentale, le Limbourg et le Brabant flamand

améliorées afin de répondre le plus efficacement possible à toute demande de soin dans la région : c'est en définitive là que se situe l'objectif final d'un circuit de soins.

Si, ces dernières années, le gouvernement s'est montré plutôt partisan d'une approche de type *bottom up* des questions de drogue, il ne reste pas moins (en dépit des avantages de cette approche) qu'une certaine direction, doublée d'une stimulation continue sont nécessaires pour construire un réseau de soins : ce ne sera pas chose simple et demandera un certain courage, mais il est nécessaire qu'à un moment donné, les *evidence based good practices* puissent être mises en avant comme modèles et implémentées dans le secteur.

4.4 De l'étude de cas anonymes au véritable case management et à la concertation autour du client

4.4.1. Implémentation du case management

Les premières étapes du processus de mise en place du case management et d'une concertation autour du client sont timides : elles consistent (dès 1999) à mener -au départ des entretiens d'admission- des discussions où chaque institution présente successivement un cas clinique anonymisé. Ces dernières permettent alors de mieux comprendre comment et selon quelles méthodes de travail se déroulent les procédures d'admission dans les différentes institutions, et jettent les bases de ce qu'on nomme à présent « concertation autour du client » (Vanderplasschen, Lievens & Broekaert, 2001a). Par ailleurs, une recherche, menée en collaboration avec l'université de Gand permet de recenser les flux d'entrées et de sorties, les types de soins prestés et le profil de la population prise en charge dans les différentes institutions d'aide aux toxicomanes en Flandres orientale (Vanderplasschen, Lievens & Broekaert, 2001a; Vanderplasschen, Colpaert, Lievens & Broekaert, 2003).

Au même moment, les premières expériences de case management ont lieu dans différentes institutions, où un membre du personnel est désigné pour gérer un ou plusieurs clients. Bien que cette expérimentation s'avère n'être pas exempte de failles (du fait, notamment, que les prestataires de soins ne soient pas allégés d'une part de leurs charges habituelles afin d'honorer les tâches de case management), elle ne révèle pas moins la plus value que peut générer une coordination et un suivi efficace et systématique des itinéraires individuels que suivent les usagers de drogues affectés d'une problématique multiple et complexe au sein de différentes institutions par (Vanderplasschen, Lievens & Broekaert, 2001b).

Sur base des acquis de ces premières expériences, un projet pilote est mis en place en 2003, où deux case managers sont engagés à mi-temps pour suivre une quinzaine de clients affectés par une problématique grave et de longue durée et ayant été pris en charge par différentes entités et à répétition dans le passé. Les résultats d'une étude scientifique (Vanderplasschen et al., 2007) montrent que cette expérimentation a engendré une série d'améliorations tangibles de la situation du client, notamment sur les plans de la problématique de consommation et de la situation professionnelle et familiale. De même, l'effectif de clients suivis de cette manière exprime un taux élevé de satisfaction à cet égard.

En dépit de ces résultats, il apparaît très difficile d'intégrer à part entière la formule de case management dans l'offre et le circuit de soins existant. Il est d'ailleurs assez ironique de relever qu'une forme de travail vouée -à l'origine- à promouvoir la coordination d'une offre de soins fragmentée, coure elle-même le risque de venir s'ajouter, tel un sous ensemble disparate, à la masse des autres modules existants.

Entretemps, on opte pour l'octroi au case manager d'une position indépendante, en le plaçant sous les ailes du PopovGGZ²³, afin qu'il soit plus apte à dynamiser le processus de prestation d'aide. Or, le fait qu'un case manager ne soit pas lié à une institution précise est plutôt apparu comme un frein au flux entrant de nouveaux clients (Cf., infra, recommandations).

Il ressort, de l'évaluation qualitative d'une série de projets de case management dans le secteur de l'aide aux toxicomanes en Flandres orientale (De Maeyer, Cole, Franssen & Vanderplasschen, 2007), que tous les intéressés sont positifs, voire fort positifs à l'égard de cette formule. Les clients trouvent surtout que le soutien pratique que procure le case manager en matière de contact et de mise en relation est fort important, au même titre que son soutien sur le plan émotionnel. Ce résultat montre clairement que le case management remplit très largement sa fonction première et qu'il doit être vu comme une forme d'aide soutenante venant se greffer sur l'offre habituelle en matière d'assistance (Vanderplasschen & Wolf, 2005). Pareillement, les prestataires d'aide impliqués évaluent ce mode de travail de manière aussi positive que les clients (De Maeyer et al., 2007). Enfin, ces études aboutissent à formuler une série de recommandations portant, notamment, sur la position du case management au sein du réseau, soit : i) organiser régulièrement des concertations entre case managers ; ii) concevoir le case management comme une forme de travail soutenante et complémentaire à celles de l'offre existante plutôt que concurrente de cette dernière ; iii) prévoir un ancrage structurel et un financement du case management au sein du circuit de soins pour usagers de drogues.

Pour ce qui concerne la région de Gand, les promoteurs sont confrontés de manière croissante aux problèmes que génère la non application de la dernière recommandation. Bien que convaincus du fait que le case management soit une méthode apte à coordonner l'assistance portée à certains clients et, de la sorte, à optimiser l'articulation des composantes du secteur de l'aide, ils déplorent qu'il soit de plus en plus difficile dans le futur d'obtenir des financements pour ce projet.

La question est de savoir si le financement, accordé -jusqu'ici- par la Province, doit être pris en charge par d'autres instances. Le gouvernement fédéral, pour sa part, estime investir suffisamment dans ce champ via les unités de crise, bien qu'il s'agisse là d'une autre forme de case management (où l'accent est mis sur la régulation des mouvements de sortie et – éventuellement- sur un suivi de la trajectoire à l'issue du séjour), alors que le case manager financé par la Province est voué à maintenir un contact de longue durée et à coordonner le secteur de l'aide auprès des clients affectés de troubles chroniques et multiples. Les promoteurs jaugent également la volonté des partenaires du réseau à financer ce module via le pôle des substances et explorent d'autres sources potentielles de subsides mais, faute d'en trouver, le case management court bel et bien le risque de devoir être arrêté, ceci à très court terme.

4.4.2. Mise en place d'une "Concertation drogues autour du client"

Enfin, au cours des dernières années, la plate-forme "Concertation drogues autour du client"²⁴ s'est avérée être un outil crucial pour promouvoir l'harmonisation et la collaboration entre institutions actives dans le champ de la toxicomanie en Flandres orientale. Les praticiens qui sont directement impliqués dans les processus d'admission et de fin de séjour au sein de leur institution sont conviés (toutes les trois semaines) à des réunions, où un espace est dévolu aux

²³ Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Oost Vlaanderen

²⁴ Cliëntenoverleg Drugs (COD)

discussions entre institutions partenaires au sujet de ces procédures, ainsi qu'à propos de l'offre de soins apportée en réponse à la demande (Franssen, 2005). La plate-forme y soumet également des études de cas touchant des usagers de substances qui sont pris en charge par une (ou plus) des institutions participantes, et qui sont entrées récemment en contact avec d'autres institutions. Ces discussions peuvent également porter sur le cas de clients à la demande desquels une même institution ne peut pas répondre de manière suffisante, de par l'offre de soins disponible.

Au cours de ces réunions, une stratégie commune peut être discutée et arrêtée en fonction d'une trajectoire de soins effective ; de même, les décisions prises en matière de politique et de prise en charge par différentes institutions peuvent plus facilement s'harmoniser aussitôt qu'on transcende l'échelon propre à chaque institution, prise isolément. Dans un certain nombre de cas, la présence d'un case manager sera nécessaire pour assurer un suivi de ce trajet et des entretiens qui le baliseront. La méthode adoptée pour la concertation autour du client a été abondamment répliquée ailleurs ces dernières années, non seulement dans le domaine de la toxicomanie, mais également par une série de projets thérapeutiques relevant du champ plus large des soins de santé publique. Selon une étude récente portant sur la 'concertation autour du client' à Gand (De Maeyer et al., 2007), cette initiative est évaluée dans l'ensemble comme très positive par tous les participants grâce à l'effet stimulant qu'elle a en matière de collaboration entre les institutions qui en sont membres. En dépit de cela, certains points pourraient être améliorés, tels :

- une structuration du déroulement de la concertation : définition de critères relatifs au choix des clients dont il est discuté ; ouverture de la discussion de cas (par delà la problématique de drogues) sur les autres 'aires' de vie ; organisation de discussions cliniques dirigées, ayant pour but de déterminer une stratégie d'approche (un trajet de soins) et suivi ce trajet
- une consolidation des aspects éthiques (ne discuter que des cas des clients qui ont donné leur accord préalablement) et déontologiques : privilégier une approche centrée sur la demande d'aide du client, pour déterminer les objectifs et en contrôler la bonne application, et non sur l'offre de soins disponible
- une capitalisation des acquis : organiser des conférences autour de cas conformes
- une consolidation du travail en réseau : créer un lien explicite entre la concertation autour du client et le case management ; prévoir suffisamment de temps pour assurer le suivi des 'cas'

5. Conclusion

C'est, finalement, un constat partagé qui ressort de la comparaison des cas de figure wallon et flamand. Dans le Namurois comme dans la région de Gand, il y a un réel souci de mieux coordonner les interventions en matière de prise en charge et de réinsertion des patients affectés par les assuétudes ; dans chacune de ces provinces, ce souci a abouti à dresser le tableau des intervenants en matière d'assuétudes et (à des degrés divers), à recenser les types d'intervention voire, dans certains cas, à étoffer l'offre (spécialisation de la prise en charge) et à accroître la visibilité des intervenants.

En effet, si les promoteurs du circuit gantois pour l'accueil et le soin des toxicomanes ont été plus loin (en se prêtant à l'exercice d'ébaucher un modèle organisationnel théorique idéal du

circuit de soins ainsi qu'un plan détaillé du contenu et de l'organisation de ce dernier), ils n'y sont pas arrivés. Au rayon des acquis, ils ont obtenu (selon leurs termes et en dépit des difficultés), la signature d'accords formels comme base de collaborations informelles (et inversement) et pu mettre en place des rencontres mutuelles à différents niveaux, ces deux apports ayant eu un impact positif sur la dynamique de fonctionnement de chaque partenaire. On retrouve, somme toute, ces ingrédients dans le bilan tiré en Belgique francophone, exception faite de la prouesse que constitue l'établissement d'un circuit de soins unique à l'échelon de la région gantoise, prouesse qui ne génère pas moins son lot de questionnements du côté francophone.

En effet, on a déjà relevé la présence, en Wallonie, d'une série de réseaux de soins distincts, à la fois complémentaires et autonomes, dont l'articulation (ou l'emboîtement) répondent davantage à une logique pragmatique et/ou opportuniste. C'est le carnet d'adresse que se fait chaque case manager qui guide son travail, l'objectif étant « que cela fonctionne », que le patient soit référé le plus judicieusement possible et que le lien soit maintenu à tous prix. À ce titre, les opérateurs francophones ne se préoccupent pas de principe organisateur ou d'idéal type (ou prétendant l'être) en matière de circuits de soins; notre sentiment est même qu'ils s'en méfieraient, au nom de la liberté thérapeutique. Ceci étant, il nous faut aussi révéler l'autre facette, soit les obstacles à l'élaboration d'un réseau: au niveau des praticiens, les réticences sont « motivées » par l'existence de vieilles rivalités ou d'une méfiance générale à l'égard des entités paires, attitude qui trahit surtout une difficulté à envisager le changement et un manque patent d'information et de compréhension de la philosophie de travail du voisin : « *Il y a des associations qui arrivent à ne pas se rencontrer !* » (CAPC²⁵, Charleroi). A l'échelon institutionnel, cette fois, les luttes de pouvoir et le clientélisme à outrance (généralisé notamment par l'asymétrie entre institutions subsidiées et institutions privées en matière de financement) s'avèrent être des freins puissants : « *Trop souvent, le principal demandeur d'un travail en réseau (le politique) est aussi celui qui va en bloquer la mise en place* » (Dreze 2006 : 54-55).

La question de l'offre insuffisante de la prise en charge en post hospitalisation est un autre point qui ne transparait pas dans le bilan tiré. Elle se pose pourtant : en effet, avant même de parler d'un réseau de soins englobant (et, quel que soit le modèle de rationalisation des circuits de soins qui puisse être adopté), les lacunes observées – au niveau régional – en matière de prise en charge en aval de la crise ne vont pas se résoudre 'grâce à un coup de baguette magique' à l'échelon supra-régional ou national. C'est là, à notre sens, la faiblesse du décret Wallon, en particulier dans les provinces plus enclavées. Ceci étant, tous les efforts déployés pour recenser les intervenants et les pratiques ne l'ont pas été en vain, puisqu'il s'agit là d'un préliminaire à toute forme de réflexion tendant vers l'établissement d'un réseau unique de soins. Par ailleurs, le caractère performant (rationnel, voire idéal) de ce réseau unique demanderait qu'on se penche sur une série d'écueils (Cf. infra, 2.4), dont la question de la pilarisation des filières de soins et de l'articulation des politiques entre les différents bailleurs.

Le dernier 'point noir', dénoncé explicitement par les promoteurs du réseau gantois, concerne l'absence de financement apte à pérenniser une initiative de ce type et la nécessité impérieuse de fournir les moyens *ad hoc* à la survie de cette – nouvelle et prometteuse – dimension du case management. Ici aussi, les défis sont à la hauteur des ambitions, qui se placent différemment dans une région et dans l'autre.

²⁵ Concertation Assuétudes du Pays de Charleroi

En effet, les promoteurs néerlandophones visent l'obtention d'un réseau en possession de sa propre responsabilité financière, apte à gérer l'encadrement logistique du maillage de partenaires 'intervenant et – progressivement – maître de la prise de décision, pour une série de matières au moins. Ils sont parfaitement conscients du fait que la décision de déplacer ces niveaux de pouvoir des institutions vers le réseau ne sera pas facile à prendre, mais lient néanmoins cet objectif au souhait de construire une vision commune, tant sur le plan de la collaboration que sur celui de l'approche du mésusage de substances. Les francophones, pour leur part, semblent bien se positionner plus en amont dans ce débat, puisqu'ils questionnent la pertinence même d'un principe directeur aux circuits de soins. A ce titre, notre sentiment est qu'une des clés du succès du travail opéré en concertation autour du patient réside justement dans la souplesse avec laquelle la personne-contact (case manager ou autre) organise son travail à l'intérieur du (ou de) réseau(x) avec le(s) quel(s) elle est la plus familière. Le succès renvoie aussi au caractère volontaire de l'adhésion des partenaires et, vraisemblablement, au caractère collégial de la prise de décision lors des concertations. En Wallonie et à Bruxelles, le débat sur la pertinence d'un réseau englobant versus différents réseaux reste ouvert et, sans préjuger de son issue, ne pourra aboutir sans une concertation préalable de tous les praticiens de terrain. En effet, ces derniers n'ont pas attendu l'arrivée d'un décret ou d'un projet-pilote pour décider de travailler ensemble !

6. Bibliographie

Broekaert E. & Vanderplasschen W., 2002: Towards the integration of treatment systems for substance abusers: report on the second international symposium on substance abuse treatments and special target groups, in *Journal of Psychoactive Drugs* Nr. 35, 2002, pp. 237-245.

Claeys P. & Lievens K., *Zorgcircuits st(r)ikken in netwerken. Ervaringen en dromen vanuit een overlegplatform geestelijke gezondheidszorg*, in *Psychiatrie en Verpleging*, 2003, 4, pp. 210 - 232.

Deliège I., 2007 : « Le fonctionnement en réseau comme élément du contexte d'intervention en santé mentale aujourd'hui », in *Salute mentale e immaginario nell'era dell'inclusione sociale N.2 Collection Cahiers M@gm@*, 2007 Aracne Editrice S.r.l.

De Maeyer J., Cole S., Franssen A. & Vanderplasschen W. (2007). *Kwalitatieve evaluatie van 10 jaar zorgcoördinatie en case management in de Oost-Vlaamse drughulpverlening: een rondvraag bij hulpverleners en cliënten*. Orthopedagogische Reeks Gent, nr. 29. Gent: Vakgroep Orthopedagogiek.

De Ruyver B., Colman C., De Wree E., Vander Laenen F., Reynders D., Van Liempt A. & De Pauw W. (2008). *Een brug tussen justitie en drughulpverlening. Een evaluatie van het proefzorgproject*. (Reeks Dienst voor het Strafrechtelijk beleid, nr. 29. Antwerpen: Maklu Uitgevers.

De Weert-Van Oene G. & Schrijv A., 1992: "Van lappendeken naar zorgcircuit: circuitvorming in de Utrechtse verslavingszorg, Rijksuniversiteit Utrecht, Vakgroep Algemene gezondheidszorg en epidemiologie, 1992.

Dreze V., 2006 : « *Optimaliser la prise en charge des toxicomanes par le réseau de soins* », Mémoire de fin d'études, ULB, faculté de Médecine, Ecole de Santé Publique, Année académique 2005-2006, 88p.

Fassin D., 2003 : « Travail en réseau et territoires d'action » in *Les Cahiers de l'Actif*, 2003, n°324-325

Foglia T., 2006 : « Les guides d'évaluation des réseaux: confrontation à une réalité locale », in *Prévention du suicide & pratiques de réseaux : Actes du deuxième Congrès international de la Francophonie en prévention du suicide* (nov. 2002), L'Observatoire

Franssen A., 2008 « De la critique de l'activation à la démocratisation de l'action sociale », in *Politique* (hors-série n°9) : Insécurité, travailler à l'être ensemble, septembre 2008

Franssen A., 2005 «Where the rubber meets the road. Zorgcircuits, waar de praktijk de theorie ontmoet », in *Psychiatrie en Verpleging*, 2005, 6, pp. 396-402.

Franssen A., 2003 « La figure du sujet au cœur de la nouvelle question sociale », in *Revue Nouvelle*, Décembre 2003, 33 p.

Genard, J.L., 2003 : « Ressources et limites des réseaux », in *La Revue Nouvelle* Octobre 2003 / n°10

Mostien, B. Werken aan een zorgcircuit, een reisverslag uit het Oost-Vlaamse papaverveld, in *Psychiatrie en Verpleging*, 2005, 3, pp. 175-186.

Région wallonne, 2003 : Décret du 27 novembre 2003 relatif à l'agrément et au subventionnement des réseaux d'aide et de soins et des services spécialisés en assuétudes (M.B. du 29/12/2003, p. 61845)

Polomeni P., 2002 : « Les réseaux addictions » in *Toxibase*, 2002

Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Lievens, K. & Broekaert, E. (2003). *De Oost-Vlaamse drughulpverlening in cijfers: kenmerken, zorggebruik en uitstroom van personen in behandeling*. Orthopedagogische Reeks Gent, nr 15. Gent: vzw OOBC.

Vanderplasschen, W., Lievens, K., & Broekaert, E. (2001a). *De instroom in de Oost-Vlaamse drughulpverlening: registratie van aanmeldingen en intakes tussen februari 1999 en mei 2000*. Orthopedagogische Reeks Gent, nr. 13. Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.

Vanderplasschen, W., Lievens, K., & Broekaert, E. (2001b). *Implementatie van een methodiek van case management in de drughulpverlening: een proefproject in de provincie Oost-Vlaanderen*. Orthopedagogische Reeks Gent, nr. 14. Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.

Vanderplasschen, W., Lievens, K., Van Bouchaute, J., Mostien, B., Claeys, P., & Broekaert, E. *Zorgcoördinatie in de verslavingszorg: de stapsgewijze uitbouw van een zorgcircuit middelen misbruik*, in *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2004, 11, pp. 773 - 787.

Vanderplasschen, W., Mostien, B., Claeys, P., Raes, V., & Van Bouchaute, J. (2001). *Conceptnota Organisatiemodel Zorgcircuit Middelenmisbruik*. Orthopedagogische Reeks Gent, nr. 12. Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.

Vanderplasschen, W., Mostien, B., Franssen, A., Lievens, K., De Maeyer, J. & Broekaert, E. *Dealing with multiple and frequent service utilisation in substance abuse treatment: experiences with coordination of care in residential substance abuse agencies in the region of Ghent, Belgium*, in *Therapeutic Communities: The International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations*, 2007, 1, pp. 74 - 89.

Vanderplasschen, W. & Wolf, J. *Case management bij drugsverslaafden: ABC voor implementatie en praktijk*, in *Verslaving: Tijdschrift over Verslavingsproblematiek*, 2005, pp. 66 - 78.

Wilmotte J., 2003 : « Santé mentale et pratique de réseaux : Quelques concepts et considérations » in *Les Cahiers de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale*, 1^o colloque de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale, Hélécine, 21/03/2003.

Woodtly, R., 2006 : “La gestion des cas (case management): définitions et objectifs: Coordonner, connecter renforcer”, in *Panorama #1*, 2006, pp. 4-6

HOOFDSTUK 6
GEZONDHEIDSECONOMISCHE ANALYSE VAN DE CRISISOPVANG

Jessica Fraeyman

Philippe Beutels

Guido Van Hal

1. Inleiding en methodologie

We verrichten een beschrijvend onderzoek naar de financiering en kosten van crisisopvang met als doel de pilootprojecten voor crisisopvang in ziekenhuizen (verder pilootprojecten) te evalueren. De onderzoeksvraag die hier gesteld wordt, is:

Wat zijn de aanbevelingen inzake de optimalisering van de bestaande crisisopvang en case management in België voor personen met een legale en/of illegale middelengerelateerde problematiek op het vlak van kosten en financiering?

Als vierde doelstelling van het ECCAM-project wordt een beschrijvende kostenmeting gemaakt van de acht pilootprojecten in Antwerpen, Brugge, Genk, Namen, Luik, Leuven, Brussel en Gent. Complementair aan de vragenlijst voor de epidemiologische mapping wordt een luik rond financiering en inzet van middelen toegevoegd. Hierin worden de respondenten enkele vragen gesteld over de inkomsten, uitgaven en de inzet van middelen van het pilootproject, zoveel als mogelijk op basis van bestaande registratiegegevens.

De vragenlijst is gebaseerd op de korte versie van de Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program-vragenlijst (DATCAP –French, 2003). De DATCAP is een gevalideerd instrument dat kostengegevens op een gestructureerde manier in kaart brengt. Op deze manier kunnen we bij benadering de variabiliteit schetsen waarmee de verschillende pilootprojecten in de praktijk hun taken vervullen.

De vragenlijst voor de kostenmeting bestaat uit vragen rond de financiering van de pilootprojecten, de brutoloonkosten van de personeelsleden, gewerkte overuren en bijhorende kosten, tewerkstelling van vrijwilligers, contracten voor externe dienstverlening, kosteloos verkregen materiaal, betaalde belastingen, huurkosten voor de gebruikte gebouwen, aankoop van gespecialiseerde producten en materialen, eventuele afschrijvingen en diensten voor externe consultancy. De vragen hebben steeds betrekking op het afgelopen kalenderjaar (in dit geval 2008). De vragenlijst is terug te vinden in appendix 1.

Aanvullend aan de kostenmeting binnen de acht pilootprojecten werd op vraag van het begeleidingscomité een vergelijkende vragenlijst aangeboden aan de Vlaamse Crisis Interventie Centra (verder CICs). Deze vragenlijst werd uiteindelijk beantwoord door drie van de vijf Vlaamse CICs, in Antwerpen, Genk, Kortrijk, Gent en Leuven.

2. Resultaten

De resultaten van de bevraging over de kostenmeting worden apart weergegeven voor de pilootprojecten en de CICs. Op verzoek van de betrokken diensten worden de gegevens zodanig weergegeven dat individuele pilootprojecten en CICs niet identificeerbaar zijn.

2.1. FOD-Pilootprojecten ‘Crisis en case management’

2.1.1. Financiering van de dienst

Zes van de acht pilootprojecten worden in het kader van de enveloppe-financiering van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (verder FOD Volksgezondheid) grotendeels (van 20% tot 100%) door federale financiering buiten de ziekteverzekering gefinancierd. Andere inkomsten komen van federale financiering binnen de ziekteverzekering, gaande van 34% tot 80% (n=4). Drie pilootprojecten geven aan deels gefinancierd te worden door diensten betaald door de patiënten (bv. gefactureerde ligdagen), gaande van 2 % tot 28,7% van de totale inkomsten. Er wordt door geen van de pilootprojecten privé- of gewestfinanciering ontvangen. Twee pilootprojecten geven specifiek aan extra inkomsten te verkrijgen van andere bronnen: van het psychiatrische ziekenhuis (18,1%) of van het algemene ziekenhuis (15%) (zie tabel K1).

Pilootprojecten	Betaald door patiënt	Federale financiering		
		Binnen ziekteverzekering	Buiten ziekteverzekering	Andere inkomsten
X1	28,7	0,0	53,2	18,1
X2	2,0	43,0	40,0	15,0
X3	2,2	55,1	42,7	0,0
X4	0,0	80,0	20,0	0,0
X5	0,0	0,0	100,0	0,0
X6	/	/	/	/
X7	/	/	/	/
X8	0,0	34,0	66,0	0,0

Tabel K1: Financiering van de pilootprojecten per bron (%).

2.1.2. Personeelsverdeling

De acht pilootprojecten hebben samen 143 personeelsleden voor bijna 107 voltijdse equivalenten (VTE). Daarvan zijn de meesten psychiatrisch verpleegkundigen A1 (n=80; 69,4 VTE). Daarnaast zijn er in totaal 25 psychologen in dienst (17,5 VTE) en zes ‘case managers’ voor 4,5 VTE. Verder werken er één arts (0,5 VTE), drie assistenten in de psychologie A1 (2,3 VTE), zeven psychiatrische verpleegkundigen A2 (6,1 VTE), 12 psychiaters (3,1 VTE), één opvoeder A1 (0,5 VTE), zes sociaal assistenten (2,3 VTE) en twee personen voor administratieve ondersteuning (0,8 VTE). Er zijn vier pilootprojecten die 20 of meer werknemers tewerkstellen. Het laagste aantal werknemers is 12 (voor 10,8 VTE; X6) en het hoogste aantal is 23 (voor 13,5 VTE; X5). De verdeling van de verschillende functies per pilootproject wordt beschreven in tabel K2.

Pilootprojecten	Functie	Aantal werknemers	Aantal VTE
X1	A1 Psychiatrisch verpleegkundige	10	9,8
	A2 Psychiatrisch verpleegkundige	2	1,8
	A1 Assistent in de Psychologie	3	2,3
	A1 Opvoeder	1	0,5
	Psychiater	1	/
	Psycholoog	4	3,0
	Sociaal assistent	1	0,5
Subtotaal X1		22	17,8
X2	A1 Psychiatrisch verpleegkundige	9	7,9
	Psycholoog	3	2,0
	Psychiater	2	0,8
	Case Manager	2	1,5
	Sociaal assistent	1	0,3
	Administratief personeel	1	0,3
Subtotaal X2		18	12,7
X3	A1 Psychiatrisch verpleegkundige	9	8,0
	Psycholoog	2	1,8
	Psychiater	1	0,5
	Case Manager (gedetacheerd)	2	1,0
Subtotaal X3		14	11,3
X4	A1 Psychiatrisch verpleegkundige	13	12,0
	Psycholoog	3	3,0
	Psychiater	3	/
	Sociaal assistent	1	0,5
Subtotaal X4		20	15,5
X5	A1 Psychiatrisch verpleegkundige	6	4,8
	A2 Psychiatrisch verpleegkundige	5	4,3
	Psycholoog	5	1,9
	Psychiater	3	1,0
	Artsen	1	0,5
	Sociaal assistent	3	1,1
Subtotaal X5		23	13,5
X6	A1 Psychiatrisch verpleegkundige	9	8,0
	Psycholoog	2	1,8
	Case manager	1	1,0
Subtotaal X6		12	10,8
X7	A1 Psychiatrisch verpleegkundige	11	9,0
	Psycholoog	3	2,0
Subtotaal X7		14	11,0
X8	A1 Psychiatrisch verpleegkundige	13	10,1
	Psycholoog	3	2,0
	Psychiaters	2	0,8
	Case Manager ²⁶	1	1,0
	Administratief personeel	1	0,5
Subtotaal X8		20	14,4
TOTAAL		143	106,9

Tabel K2: Personeelsverdeling (werknemers en VTE) binnen de verschillende diensten per functie (n)²⁷.

²⁶ Er zijn twee personen op deze dienst die de functie van case manager vervullen, waarvan één persoon ook 50% als psychiatrisch verpleegkundige werkt. Samen tellen zij voor één VTE. Om dubbele tellingen te voorkomen wordt er slechts één case manager geteld.

De cijfers in tabel K2 geven het aantal personeelsleden weer die in werkelijkheid op de dienst werken, niet enkel degenen die betaald worden via de FOD-financiering. Volgens het contract dat afgesloten werd tussen de pilootprojecten en FOD Volksgezondheid worden enkel gediplomeerde psychologen en personeel met opleiding gelijk aan een A1-diploma vergoed. In werkelijkheid worden deze plaatsen vaak anders ingevuld. Volgens het contract moeten er (behalve binnen de pilootprojecten X1 en X4) twee VTE psychologen en negen VTE A1-personeelsleden aangenomen worden, waarvan één VTE een case manager moet zijn. Van deze 11 VTE worden er telkens 8,8 VTE voorzien in de FOD-financiering per pilootproject. Voor X1 en X4 zijn dat telkens drie VTE psychologen, 13,5 VTE A1-personeel waarvan 1,5 VTE case manager. Voor deze pilootprojecten worden 13,2 VTE gefinancierd binnen het voorziene budget. In realiteit zien we dat geen van de pilootprojecten voldoet aan deze voorschriften. Pilootproject X7 heeft bijvoorbeeld wel 9 VTE psychiatrische verpleegkundigen en 2 VTE psychologen, maar benoemen niet specifiek een case manager (zie tabel K3).

In de contracten tussen de pilootprojecten en de FOD Volksgezondheid wordt specifiek gezegd hoeveel voltijds equivalenten voorzien moeten worden voor het aantal bedden en hoeveel van deze VTE er gefinancierd kunnen worden door de FOD. In tabel K3 wordt het verschil weergegeven tussen deze vooropgestelde en de werkelijke personeelsbezetting. We zien dat in zes van de acht pilootprojecten minder psychologen en A1 personeel werkzaam zijn dan vooropgesteld, van 0,2 VTE (voor pilootproject X3) tot 4,4 VTE (voor pilootproject X5) te weinig. In pilootprojecten X2 (0,4 VTE) en X8 (2,1 VTE) werken er meer VTE met de functie van A1 of psycholoog dan voorgeschreven is. Enkel pilootproject X7 volgt precies de voorgeschreven personeelsbezetting met betrekking tot het aantal VTE psychologen en A1-personeel, maar heeft geen aparte expliciet benoemde case manager.

Wanneer de financiering van de personeelsleden strikt volgens de richtlijnen van het contract zou verlopen, zouden er gemiddeld 1,7 VTE niet vergoed worden door de FOD tot een maximum 4,3 VTE op pilootproject X8 (zie tabel K3). In werkelijkheid echter gebeurt de verdeling van het personeel en de betaling ervan verschillend op elk pilootproject zoals geïllustreerd in tabel K1 en K3.

Pilotproject	Volgens contract			Werkelijke situatie			
	a. Aantal VTE (psychologen en A1)	b. VTE vergoed	c. Aantal VTE niet-vergoed (a-b)	d. Totaal aantal VTE (alle functies)	e. Aantal VTE (enkel psychologen en A1)	f. Verschil aantal VTE (a-e)	g. Aantal VTE niet-vergoed door FOD (e-b)
X1	16,5	13,2	3,3	17,8	15,6	0,9	2,4
X2	11,0	8,8	2,2	12,9	11,4	-0,4	2,6
X3	11,0	8,8	2,2	11,3	10,8	0,2	2,0
X4	16,5	13,2	3,3	15,5	15,0	1,6	1,8
X5	11,0	8,8	2,2	13,5	6,7	4,4	-2,2
X6	11,0	8,8	2,2	10,8	9,8	1,2	1,0
X7	11,0	8,8	2,2	11,0	11,0	0	2,2
X8	11,0	8,8	2,2	14,4	13,1	-2,1	4,3
Gemiddelde				13,4	11,6	0,7	1,7

Tabel K3: Aantal VTE vereist volgens contract en de werkelijke situatie (n).

Wanneer we kijken naar het aantal consulten en opnames voor alcohol- en middelengebruik in de pilotprojecten, zien we dat er gemiddeld 34,7 opnames per voltijdse equivalent of 25,3 opnames per personeelslid worden gedaan per kalenderjaar. Het minimum is 16 opnames per VTE of 9,4 per personeelslid (in pilotproject X5) en het maximum is 58,2 per VTE of 40,9 per personeelslid (in pilotproject X2) (zie tabel K4b).

Het maximum aantal verblijfdagen is vastgelegd in het contract tussen de pilotprojecten en de FOD Volksgezondheid op vijf dagen per opname, de werkelijke gemiddelde verblijfsduur is 3,4 dagen over al de pilotprojecten. Per bed worden er voor de kleinere pilotprojecten (4 beschikbare bedden) gemiddeld 106,5 opnames per jaar genoteerd. Aansluitend worden er gemiddeld 3,1 VTE en 4,2 personeelsleden per bed voorzien in deze pilotprojecten. Dit is meer dan bij de grotere pilotprojecten (6 beschikbare bedden), waar er respectievelijk 2,8 VTE en 3,5 personeelsleden per bed voorzien zijn. Deze grotere pilotprojecten hebben minder opnames per VTE en personeelslid (voor X1 resp. 28,9 opnames per VTE en 23,4 opnames per personeelslid) dan de andere kleinere pilotprojecten (resp. 35,1 opnames per VTE en 26,7 opnames per personeelslid) (zie tabel K4b).

Van slechts vier van de acht diensten is het aantal aanmeldingen geweten (X2, X3, X6 en X7) (zie tabel K4a). Over deze vier diensten zijn er per jaar gemiddeld 3,5 aanmeldingen per opname, 122,5 per VTE en 89,6 per personeelslid (zie tabel K4b). X7 springt hier bovenuit met meer dan 5.500 aanmeldingen per jaar, voor de drie andere diensten ligt dat gemiddeld op ongeveer 1.100 aanmeldingen per jaar.

Van drie van de acht pilotprojecten is ook het aantal consulten bekend (X2, X3 en X7), dit zijn contacten met de patiënten die niet tot een opname geleid hebben. Samengeteld zou het aantal consulten en het aantal opnames gelijk moeten zijn aan het aantal aanmeldingen per jaar. Bij X2 en X3 zien we echter een verschil van respectievelijk 638 en 117.

Aan de hand van het aantal gemiddelde opnames per bed en de gemiddelde verblijfsduur, berekenen we het gemiddelde aantal opnamedagen per bed per jaar, afgezet tegen het aantal dagen per jaar (366 kalenderdagen in 2008) is dit de bezettingsgraad. De gemiddelde

bezettingsgraad voor vijf van de acht pilootprojecten is 85,3%. X2 en X5 schommelen met een bezettingsgraad van rond de 60% (resp. 65,4% en 57,1%) en X3 en X7 komen bijna aan de 100% bezetting (resp. 96,8% en 99,0%). Voor één pilootproject (X8) overstijgt het aantal opnames de beschikbare capaciteit met 8,4% (zie tabel K4b).

Piloot-projecten	Aantal bedden	Gemiddelde verblijfsduur	Aanmeldingen	Consulten	Opnames/kalenderjaar	VTE	Personeelsleden
X1	6	/	/	/	514	17,8	22
X2	4	1,3	1515	141	736	12,7	18
X3	4	2,5	954	270	567	11,3	14
X4	6	4,0	/	/	/	15,5	20
X5	4	3,9	/	/	217	13,5	23
X6	4	/	1032	/	326	10,8	12
X7	4	4,5	5547	5225	322	11,0	14
X8	4	4,1	/	/	387	14,4	20

Tabel K4a: Aantal bedden, gemiddelde verblijfsduur, aanmeldingen, consulten, opnames, VTE en personeelsleden per pilootproject (2008; n).

Piloot-projecten	Opnames/VTE	Opnames/personeelslid	Opnames/bed	Aantal VTE/bed	Personeelsleden/bed	Aanmeldingen/opname	Aanmeldingen/VTE	Aanmeldingen/personeelslid	Bezettingsgraad (%) ²⁸
X1	28,9	23,4	85,7	3,0	3,7	/	/	/	/
X2	58,2	40,9	184,0	3,2	4,5	2,1	119,8	84,2	65,4
X3	50,2	40,5	141,8	2,8	3,5	1,7	84,4	68,1	96,8
X4	/	/	/	2,6	3,3	/	/	/	/
X5	16,0	9,4	54,3	3,4	5,8	/	/	/	57,1
X6	30,2	27,2	81,5	2,7	3,0	3,2	95,6	86,0	/
X7	29,3	23,0	80,5	2,8	3,5	17,2	504,3	396,2	99,0
X8	27,0	19,4	96,8	3,6	5,0	/	/	/	108,4
Gemiddelde X1 en X4	/	/	/	2,8	3,5	/	/	/	/
Gemiddelde X2,X3, X5-X8	34,7	25,3	106,5	3,1	4,2	3,5	122,9	89,6	85,3 ²⁹

²⁸ Berekening: (gemiddeld aantal opnames per bed*gemiddelde verblijfsduur)/366 dagen per jaar (2008 was een schrikkeljaar)

²⁹ Dit is het gemiddelde van de gemiddelde bezettingsgraden, dus niet het rekenkundige gemiddelde

Tabel K4b: Opnames per VTE, personeelslid en bed, aantal VTE en personeelsleden per bed, aantal aanmeldingen per opname, VTE en personeelslid en gemiddelde bezettingsgraad voor elk van de pilootprojecten, berekeningen op basis van tabel K4a (2008; n).

2.1.3. Kosten voor personeel

Per pilootproject worden de brutoloonkosten gevraagd van het personeel dat op het pilootproject werkt. Als we de bruto jaarlonen opdelen in categorieën van €10.000, dan zien we dat de meeste jaarlonen zich bevinden in de categorieën €40.000 - €50.000 (n=28) en €20.000 - €30.000 (n=27) (tabel K5).

Looncategorie in €	Frequentie	%
0-10000	5	3,9
10000-20000	9	7,1
20000-30000	27	21,3
30000-40000	24	18,9
40000-50000	28	22,0
50000-60000	11	8,7
60000-70000	19	15,0
70000-80000	4	3,1

Tabel K5. Looncategorieën van alle pilootprojecten (n, %).

Wanneer we kijken naar de reële brutoloonkosten voor 11 maanden per pilootproject voor het aantal VTE dat men invult met psychiatrische verpleegkundigen (A1 en A2), psychologen en opvoeders, zien we een gemiddelde personeelskost van €45.617 per VTE voor gemiddeld 16,6 VTE voor X1 en X4. Voor X2, X3 en X5 tot X8 komt dit neer op een gemiddelde loonkost van €35.524 voor gemiddeld 12,3 VTE (gemiddelde geraamde loonkost voor alle pilootprojecten is €38.664). Het FOD-budget voorziet een duidelijk lager gemiddeld bruto maandloon van €40.184 voor pilootprojecten X1 en X4 (13,2 VTE), en een vergelijkbaar gemiddelde van €40.153 voor de andere pilootprojecten (X2-X3, X5-X8; 8,8 VTE) (tabel K6).

Wanneer we echter in tabel K6 de gegevens per pilootproject vergelijken (kolommen a en e), zien we soms grote verschillen. Kolom a geeft het voorziene budget weer voor elk pilootproject voor een aantal VTE (13,2 of 8,8) en in kolom e wordt de werkelijk gemaakte kost berekend voor hetzelfde aantal VTE. Deze bedragen zouden gelijk moeten zijn om inkomsten en uitgaven in evenwicht te kunnen houden binnen elke pilootproject. In werkelijkheid zien we een overschrijding van de kosten voor de voorziene personeelsbezetting voor vier van de acht pilootprojecten (X1, X4, X5 en X7). We stellen vast dat in zes van de acht gevallen (niet voor X3 en X6), de kosten voor de werkelijke personeelsbezetting (kolom c) het voorziene budget (kolom a) overstijgen. Deze onderfinanciering gaat van €3.026 (voor X8) tot €363.786 (voor X1) per pilootproject voor de loopduur van 11 maanden.

Pilotproject	FOD financiering (in euro; per 11 maanden ³⁰)		Werkelijke kosten (in euro; per 11 maanden ³¹)		
	a. Totaal budget (13,2 of 8,8 VTE)	b. Budget per VTE (a/13,2 of 8,8)	c. Totale loonkost	d. Gemiddelde loonkost per VTE (c/aantal VTE)	e. Loonkost overeenkomstig met FOD-VTE voorziening (d * 13,2 of 8,8)
X1	530.430	40.184	894.216	54.860	724.151
X2	353.349	40.153	414.822	36.548	321.624
X3	353.349	40.153	317.271	29.377	258.517
X4	530.430	40.184	622.561	41.643	549.686
X5	353.349	40.153	617.702	52.886	465.392
X6	353.349	40.153	265.002	24.537	215.928
X7	353.349	40.153	644.787	58.617	515.830
X8	353.349	40.153	356.375	34.768	305.961
Gemiddelde			516.592	38.664	419.636
Totaal	3.180.954		4.132.736		3.357.088

Tabel K6: FOD-financiering en de geraamde werkelijke kosten (per 11 maanden en per VTE) in euro per pilotproject, berekeningen gebaseerd op cijfers van kalenderjaar 2008.

2.1.4. Andere uitgaven

In vijf van de acht pilotprojecten wordt er beroep gedaan op dienstverlening van externe bedrijven: hygiënische diensten, energie, water, reparatiewerken, veiligheid, poetswerk, transport, kantoor, opleiding personeel, verzekeringen, afvalverwerking, externe medische diensten en/of diensten van een reclamebureau (zie tabel K7). Deze uitgaven variëren sterk tussen de verschillende pilotprojecten, van 3.902 euro tot 71.279 euro. Sommige pilotprojecten (X3, X4 en X7) geven aan dat de kosten voor bijvoorbeeld energie en water op niveau van het algemene ziekenhuis berekend worden en indirect doorgerekend worden aan het pilotproject. Zij kunnen de reële kosten hiervan dus niet gemakkelijk aanleveren.

Vier pilotprojecten geven nog een andere kost aan voor externe dienstverlening, namelijk poetspersoneel (€25.000), externe medische dienstverlening (€69.150) en indirecte kosten (€240.136 en €127.736). Deze kosten worden niet bij de werkingskosten opgeteld, maar onder 'andere kosten' geplaatst.

Zeven van de acht pilotprojecten specificeren de uitgaven die zij gemaakt hebben voor gespecialiseerde producten en materiaal. Deze kosten variëren eveneens sterk tussen de verschillende pilotprojecten, gaande van minimum €2.268 tot €30.003 voor zowel medische verzorging, onderhoudsproducten, medicatie, medische toestellen, kantoorbenodigdheden,

³⁰ In de contracten tussen de FOD Volksgezondheid en de pilotprojecten wordt het voorziene budget berekend per loopduur van 11 maanden (in dit geval van 1 september 2007 tot 31 juli 2008).

³¹ De loonkost voor 2008 werd herberekend naar de loonkost voor 11 maanden (formule: $x \cdot 11/12$)

voedsel, portkosten en andere zoals linnen, abonnementen, administratieve kosten en algemene werkingskosten. Twee pilootprojecten geven aan hoge indirecte kosten te hebben, deze liepen op tot bijvoorbeeld €240.000 voor X3. Deze bedragen worden meestal betaald aan het algemene ziekenhuis en kunnen de administratieve ondersteuning van het pilootproject, de energiekosten, het water en andere onderhoudsdiensten inhouden.

Vier van de acht pilootprojecten schreven het afgelopen kalenderjaar een bepaald bedrag af (volgens een lineaire methode) voor aangekocht materiaal, gaande van €10.000 tot €26.596. Een ander pilootproject schreef een bedrag van €58.533 af (volgens een degressieve methode) voor gebruikt materiaal.

Op geen van de acht pilootprojecten worden vrijwilligers tewerkgesteld en evenmin wordt er beroep gedaan op externe consultancy. Er wordt dienstverlening noch materiaal kosteloos verkregen. Geen van de pilootprojecten doet melding van een belastingsheffing of een huurlast voor de gebruikte gebouwen.

2.1.5. Totale kosten

Naast personeelskosten vormen de werkingskosten en andere kosten een erg groot deel van de financiële last voor de pilootprojecten. De totale kosten lopen op tot bijna één miljoen euro voor X1 en gemiddeld tot ca. €600.000 per pilootproject (zie tabel K7).

pilotproject	personeelskosten	werkingskosten			TOTAAL
		externe dienstverlening	gespecialiseerd materiaal	andere kosten	
X1	975.509	19.938	30.003	25.000 ³²	1.050.450
X2	452.533	71.279	8.023	69.150 ³³	600.984
X3	346.114	/	8.926	240.136 ³⁴	595.176
X4	679.157	/	2.768	/	681.925
X5	673.857	25.103	2.978	/	701.938
X6	289.093	779	/	/	289.872
X7	703.404	/	/	/	703.404
X8	388.773	3.902	19.264	127.736 ³⁴	539.675
Gemiddelde	563.555	24.200	11.994	115.506	645.428

Tabel K7: Totale jaarkost voor alle pilootprojecten opgedeeld in personeelskosten, externe voorziening, materiaal en andere kosten (2008; in euro)

De totale jaarlijkse kost per bed is gemiddeld €143.428 en loopt op tot maxima van rond de €175.000 voor X1, X5 en X7 en een minimum van €72.468 voor X6 (zie tabel K8). De kost per opname is gemiddeld €1.682 voor zeven van de acht pilootprojecten met een maximum van €3.235 voor X5 en een minimum van €817 voor X2. De kost per opnamedag wordt

³² bruto loonkost voor poetspersoneel

³³ externe medische dienstverlening

³⁴ indirecte kosten

berekend door de totale kost te delen door het gemiddelde aantal opnamedagen per pilootproject (opnames per kalenderjaar vermenigvuldigd met de gemiddelde verblijfsduur). Deze kost varieert van €340 voor X8 tot €840 voor X5, met een gemiddelde van €543 (zie tabel K8).

Pilootproject	Aantal bedden	Totale kost	Kost per bed	Kost opname per	Kost opnamedag per
X1	6	1.050.450	175.075	2.044	/
X2	4	600.984	150.246	817	628
X3	4	595.176	148.794	1.050	420
X4	6	681.925	113.654	/	/
X5	4	701.938	175.484	3.235	840
X6	4	289.872	72.468	889	/
X7	4	703.404	175.851	2.184	485
X8	4	539.675	134.919	1.395	340
Gemiddelde		645.428	143.428	1.682	543 ³⁵
TOTAAL	36	5.163.423			

Tabel K8: Totale jaarlijkse kosten per bed, per opname en opnamedag voor elk pilootproject (2008; in euro).

Om te besluiten bekijken we de totale uitgaven en het aandeel van de FOD Volksgezondheid zoals aangegeven door de pilootprojecten (tabel K9). Hier zien we dat er op het pilootproject waar de FOD Volksgezondheid voor 100% in staat voor de financiering (X5) sprake is van een aanzienlijke onderfinanciering (€348.589), X1 ervaart een minder grote onderfinanciering (€27.884) en X8 ten slotte ervaart een kleine onderfinanciering (€2.836). De andere pilootprojecten halen minstens een derde van hun inkomsten uit andere bronnen en zouden een overschot halen uit de financiering van de FOD Volksgezondheid zoals getoond in kolom e.

³⁵ Gemiddelde van kosten per gemiddeld aantal opnamedagen, dus niet het rekenkundig gemiddelde

Dienst	a. totale uitgaven	b. % door FOD gefinancierd	c. uitgaven gefinancierd door FOD volgens % inkomsten (a*b/100)	d. FOD financiering	e. verschil (d-c)
X1	1.050.450	53,2	558.314	530.430	-27.884
X2	600.984	40	240.394	353.349	112.955
X3	595.176	42,7	254.378	353.349	98.971
X4	681.925	20	136.385	530.430	394.045
X5	701.938	100	701.938	353.349	-348.589
X6	289.872	/	/	353.349	/
X7	703.404	/	/	353.349	/
X8	539.675	66	356.185	353.349	-2.836
gemiddelde	645.428				

Tabel K9: De totale jaarlijkse uitgaven per pilootproject en het verschil met de inkomsten van de FOD Volksgezondheid volgens het aandeel in percentage opgegeven door de pilootprojecten (2008; in euro).

2.2. Crisis Interventie Centra (CICs)

Volgens een convenant uitgeschreven door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) worden vijf Vlaamse crisis interventie centra gefinancierd, meestal gesitueerd binnen een groter therapeutisch centrum. Het doel van deze crisisafdelingen is de crisistoestand waarin de patiënt zich bevindt te stabiliseren en de patiënt te oriënteren naar en te motiveren voor een geschikt behandelingsprogramma. De patiënten zijn in dit geval personen met een legale en/of illegale middelengerelateerde problematiek. Deze centra zijn ADIC in Antwerpen, Katarsis in Genk, Kompas in Kortrijk, De Sleutel in Gent en De Spiegel in Bierbeek.

Een vergelijkbare vragenlijst aan de kostenmeting voor de pilootprojecten werd bij deze centra afgenomen (zie appendix 1). Van twee centra ontvingen we geen antwoord. De resultaten die hier worden weergegeven, zijn dus een weergave van drie van de vijf centra. Om de identificatie van de individuele CICs te vermijden, worden de centra met de codenamen C1, C2 en C3 benoemd.

2.2.1. Financiering van de crisis interventie centra

De bevroegde CICs worden hoofdzakelijk gefinancierd door de federale ziekteverzekering in het kader van de financiering van het RIZIV. C3 wordt voor 100% door het RIZIV gefinancierd, C1 voor 88,7% en C2 voor 88,3%. C2 heeft daarnaast ook inkomsten van diensten betaald door de patiënten (7,3%, bv. facturatie van ligdagen), private financiering (1,1%) en andere bronnen (3,3%). C1 verkrijgt naast de federale financiering nog voor 4,5% inkomsten van de patiënten, voor 0,8% private financiering en 6,1% van andere bronnen. Geen van de drie CICs krijgt een federale financiering van buiten de ziekteverzekering (zie tabel K10).

CICs	Betaald patiënt	door Private financiering	Federale financiering		
			binnen ziekte-verzekering	buiten ziekte-verzekering	andere inkomsten
C1	4,5	0,8	88,7	/	6,1
C2	7,3	1,1	88,3	/	3,3
C3	/	/	100,0	/	/

Tabel K10: Financiering van de crisis interventie centra CICs per bron (%)

Personeelsverdeling

Samen hebben de drie CICs 62 personeelsleden voor 50,2 VTE. De meest voorkomende functie is die van begeleider of opvoeder (n=22; 19,6 VTE). Daarnaast zijn er negen verpleegkundigen (A1- en A2-niveau) (6,5 VTE), zes psychologen (5,8 VTE) en zes maatschappelijk assistenten (5,8 VTE) werkzaam op alle CICs. Verder werken er vier artsen (2,5 VTE), één sociotherapeut (1 VTE), twee criminologen (+/- 1 VTE³⁶), drie nachtwakers (1,5 VTE) en acht personen voor administratieve en technische ondersteuning (6 VTE). Eén CIC telt ook een bestuurslid mee in de personeelsbezetting (0,5 VTE). C2 heeft het meeste aantal werknemers (n=34). C1 heeft 16 werknemers en C3 heeft er 12. De verdeling van de verschillende functies per CIC wordt beschreven in tabel K11.

³⁶ Van één van de twee criminologen is niet het precieze % VTE opgegeven.

Dienst	Functie	Aantal werknemers	Aantal VTE
C1	Psycholoog	1	1,0
	Opvoeder/ begeleider	4	4,0
	Verpleegkundige A1 en A2	1	1,0
	Maatschappelijk assistent	2	2,0
	Sociotherapeut	1	1,0
	Administratief en technisch ondersteunend personeel	3	2,0
	Bestuur	1	0,5
	Nachtwaker	3	1,5
Subtotaal C1		16	13,0
C2	Psycholoog	5	4,8
	Opvoeder/ begeleider	10	9,5
	Verpleegkundige A1 en A2	7	4,5
	Maatschappelijk Assistent	3	2,8
	Arts	4	2,5
	Criminoloog	1	/ ³⁶
	Administratief en technisch ondersteunend personeel	4	3,2
	Subtotaal C2		34
C3	Opvoeder/begeleider	8	6,1
	Verpleegkundige A1 en A2	1	1,0
	Maatschappelijk Assistent	1	1,0
	Criminoloog	1	1,0
	Administratief en technisch ondersteunend personeel	-1	0,8
Subtotaal C3		12	9,9
TOTAAL		62	50,2

Tabel K11: Personeelsverdeling crisis interventie centra (CICs) (werknemers en VTE; n)

In tabel K12a zien we dat C2 veruit het grootste aantal bedden heeft (n=23). C1 en C3 hebben respectievelijk negen en acht bedden. Ook het aantal aanmeldingen (n=1266) en het aantal opnames per jaar (n=414) zijn het hoogste bij C2. C1 heeft hierbij 540 aanmeldingen en 143 opnames. Deze gegevens zijn niet beschikbaar voor C3. Het aantal consulten kon enkel voor C1 worden weergegeven (n=226).

Het grote aantal bedden, aanmeldingen en opnames bij C2 vertaalt zich in meer voltijdse equivalenten en bijgevolg meer personeelsleden (zie tabel K12a). Echter, C2 heeft samen met C3 het laagste aantal VTE en personeel per bed (1,2 VTE en 1,5 personeelsleden beschikbaar per bed). Bij C1 ligt dit iets hoger (1,5 VTE en 1,8 personeelsleden beschikbaar per bed). Ondanks het hoge aantal VTE bij C2, staat 1 VTE hier in voor meer opnames (n=15,2) in vergelijking met C1 (n=11). Hetzelfde geldt voor het aantal opnames per personeelslid: bij C2 is dit gelijk aan 12,2 en bij C1 is dit gelijk aan 8,9 (zie tabel K12b).

Het maximum aantal verblijfdagen ligt contractueel niet vast in het contract tussen de CICs en het RIZIV en kan variëren tussen de zes weken en drie maanden per opname. Gemiddeld duurt een opname 22,5 dagen (voor twee CICs). Per bed worden er gemiddeld (voor twee CICs) 17,4 opnames per jaar genoteerd.

Van slechts twee van de drie diensten is het aantal aanmeldingen vermeld (C1 en C2) (zie tabel K12a). C2 (n=1.266) noteert meer dan dubbel zoveel aanmeldingen dan C1 (n=540). Enkel van C1 is het aantal consulten bekend (n=226). Dit zijn contacten met de patiënten die niet tot een opname geleid hebben.

Aan de hand van het aantal gemiddelde opnames per bed en de gemiddelde verblijfsduur, berekenen we het gemiddelde aantal opnamedagen per bed per jaar. Als dit wordt afgezet tegen het aantal dagen per jaar (366 kalenderdagen in 2008) is dit gelijk aan de gemiddelde bezettingsgraad. Enkel van C1 kon deze bezettingsgraad berekend worden. Deze bedraagt 108,5%.

CICs	Bedden	Gemiddelde verblijfsduur	Aanmeldingen	Consulten	Opnames	VTE	Personeel
C1	9	25	540	226	143	13,0	16
C2	23	/	1266	/	414	27,3	34
C3	8	20	/	/	/	9,9	12

Tabel K12a: Aantal bedden, gemiddelde verblijfsduur, aanmeldingen, consulten, opnames, VTE en aantal personeelsleden in elk van de crisis interventie centra (2008; n).

CICs	Opnames/VTE	Opnames/personeels-lid	Opnames/bed	VTE/bed	Personeels-leden/ bed	Aanmeldingen/opname	Aanmeldingen/VTE	Aanmeldingen/personeelslid	Gemiddelde bezettings-graad (%) ²⁸
C1	11,0	8,9	15,9	1,5	1,8	3,8	41,4	33,8	108,5
C2	15,2	12,2	18,0	1,2	1,5	3,1	46,4	37,2	/
C3	/	/	/	1,2	1,5	/	/	/	/
gemiddelde	11,1	9,0	17,4	1,3	1,6	3,2	36,0	29,1	/

Tabel K12b: Opnames per VTE, personeelslid en bed, aantal VTE en personeelsleden per bed, aantal aanmeldingen per opname, VTE en personeelslid en gemiddelde bezettingsgraad voor elk van de crisis interventie centra, berekeningen op basis van tabel K12a (2008; n)

2.2.2. Kosten voor personeel

We vroegen de brutoloonkosten per personeelslid en het percentage van tewerkstelling binnen elke CICs. De gemiddelde jaarlijkse brutoloonkost per VTE bedraagt € 48.919. Van twee CICs kunnen we de totale loonkosten opdelen in categorieën. De meeste brutoloonkosten bevinden zich in de looncategorieën €40.000 - €50.000 (n=8) en €30.000 - 40.000€ (n=6) (zie tabel K13).

Looncategorie in €	Frequentie	%
0-10000	1	3,6
10000-20000	5	17,9
20000-30000	5	17,9
30000-40000	6	21,4
40000-50000	8	28,6
50000-60000	1	3,6
60000-70000	2	7,1

Tabel K13. Looncategorieën van crisis interventie centra C1 en C3 (n, %)

Om een vergelijking mogelijk te maken met de kostenmeting van de pilootprojecten, berekenen we de personeelskosten per 11 maanden. De werkelijke totale brutoloonkost op elfmaandelijke basis is het hoogste voor C2 (€1.364.102). Dit is overeenkomstig met de hoge personeelsbezetting. C3 heeft de laagste brutoloonkost (€359.936) en die van C1 (€527.661) zit tussen C2 en C3. Het gemiddelde bruto jaarloon is eveneens het hoogste bij C2 (€50.004) in vergelijking met C1 (€40.485) en C3 (€36.357) (zie tabel K14). Wanneer we deze cijfers vergelijken met de cijfers van het RIZIV, zien we dat er voor twee van de drie centra meer gebudgetteerd is dan werkelijk nodig was, tot €200.000 voor C3 (zie tabel K14).

Dienst	RIZIV financiering ³⁷ (in euro; per 11 maanden)		Werkelijke kosten (in euro; per 11 maanden)		e. Verschil (c-a)
	a. Totaal budget	b. Gemiddelde loonkost per VTE	c. Totale loonkost	d. Gemiddelde loonkost per VTE (c/aantal VTE)	
C1	620.656	61.205	527.661	40.485	-92.995
C2	1.014.403	50.293	1.364.102	50.004	349.699
C3	561.042	53.360	359.936	36.357	-201.105
Gemiddelde		53.793		48.919	55.599 ³⁸
Totaal	2.196.101		2.251.699		

Tabel K14: RIZIV-financiering en de geraamde werkelijke kosten (per 11 maanden en per VTE) in euro per CIC (kalenderjaar 2008)

2.2.3. Andere uitgaven

Alle drie de CICs specificerden hun werkingskosten. Deze kosten van C1 en C2 zijn gelijkaardig (resp. €130.851 en €141.184). Deze kost is veel lager voor C3 (€40.905). Dit CIC gebruikt ook minder externe dienstverlening waardoor deze totale kost lager ligt: slechts vijf van de elf zijn uitbesteed. C1 maakt gebruik van 15 verschillende externe dienstverleningen en C2 op 11.

De specifieke werkingskosten variëren van €443 tot €73.565. De aard van de kosten is dan ook zeer variabel. Elektriciteit en water worden door de CICs zelf betaald in tegenstelling tot sommige pilotprojecten waarbij deze kost verrekend zit binnen de werking van het ziekenhuis waaraan zij verbonden zijn. Twee van de drie CICs (C1 en C3) vermeldden het gebruik van gespecialiseerde (medische) kosten. De grootste kost is hierbij medische verzorging (resp. €67.669 en €11.036).

Alle CICs schreven het afgelopen kalenderjaar een bepaald bedrag af voor aangekocht materiaal, zijnde €6.158, €8.102 en €8.389. De afschrijvingsmethode voor iedere CIC is lineair. C2 en C3 doen eveneens een lineaire afschrijving voor hun gebouw (resp. €13.258 en €7.192). C1 en C2 huren een gebouw (jaarkost resp. €13.932 en €26.000). In geen van de drie CICs worden vrijwilligers ingeschakeld. Er werden diensten noch materiaal kosteloos verkregen.

³⁷ per 31 december 2008, bron: RIZIV

³⁸ Verschil totale werkelijke loonkost en totaal budget voor personeel

2.2.4. Totale kosten

Wanneer we alle kosten optellen die de CICs opgaven in de vragenlijst, vinden we een totale kost van bijna €1.800.000 voor C2, €726.571 voor C1 en €475.144 voor C3. Gemiddeld vinden we een kost van €74.746 per bed. De kost per opname schommelt rond de €5.368 voor twee van de drie CICs. En slechts voor één CIC kon de kost per opnamedag berekend worden, deze bedraagt €203 (zie tabel K14).

CIC	Personeel	Werking	Andere	TOTAAL	Kost per bed	Kost per opname	Kost per opnamedag
C1	575.630	130.851	20.090	726.571	80.730	5.081	203
C2	1.488.111	141.184	158.827	1.788.122	77.744	4.319	/
C3	392.658	40.905	41.580	475.144	59.393	/	/
Gemiddelde kost per bed					74.746	5.368	/

Tabel K14: De totale jaarlijkse kosten per bed, opname en opnamedag voor elk van de crisis interventie centra (2008; in euro).

3. Conclusie en Discussie

Om de optimalisering van de crisisopvang voor personen met een legale en/of illegale middelenproblematiek te onderbouwen werd een vergelijkende kostenmeting gemaakt. Twee verschillende soorten diensten werden vergeleken: crisisopvang binnen een ziekenhuis (pilotprojecten) en binnen een therapeutisch centrum (CICs). In deze sectie overschouwen we enkele belangrijke kenmerken.

Voor de pilotprojecten wordt een duidelijke personeelsbezetting voorgeschreven met daaraan gekoppeld een forfaitair budget. Hier stellen zich twee problemen. Enerzijds wordt de contractueel vastgelegde personeelsbezetting naar functie in geen van de acht diensten letterlijk nageleefd. Anderzijds zien we dat de budgetten voor de betaling van het personeel in vier van de acht pilotprojecten ontoereikend zijn. Aangezien de acht pilotprojecten een verschillende werkbelasting ervaren, kan een meer flexibele financiering zoals een budget op maat, op basis van aantal consultaties, opnames en bedden hier mogelijk een oplossing bieden. De wijze van financiering van de CICs kan hierbij eventueel mee beschouwd worden.

De pilotprojecten verwerken gemiddeld substantieel meer opnames per VTE en per personeelslid dan de CICs. De verschillen in de aard en de locatie van de twee diensten zijn hier wellicht de belangrijkste verklarende factoren voor. De gemiddelde verblijfsduur van de patiënten binnen de pilotprojecten ligt ongeveer zesmaal lager dan die van de patiënten van de CICs. De pilotprojecten krijgen hun patiënten rechtstreeks doorverwezen via de spoeddienst van het algemene ziekenhuis, terwijl de patiënten die terechtkomen bij de CICs meestal doorverwezen worden door andere dienstverleners. Dit kan een invloed hebben op het verschil in aantal aanmeldingen.

De gemiddelde kost per bed is voor de pilotprojecten dubbel zo hoog als voor de CICs. Een belangrijke opmerking hierbij is dat het aantal opnames per bed weliswaar substantieel lager ligt in de CICs, maar – gezien de contractueel vastgelegde maxima en de functie die de CICs vervullen – de gemiddelde duur van een opname hoger ligt in de CICs dan in de pilotprojecten. De werkbelasting is hoger bij een hogere rotatie aan patiënten in de pilotprojecten, wat het bijna dubbele aantal VTE per bed (en budget) gedeeltelijk kan verantwoorden. In de pilotprojecten worden patiënten maximum vijf dagen opgenomen, alvorens plaats te maken voor een nieuwe patiënt. Bij een volledige bezetting en maximale benutting van de opnameduur is de theoretische rotatiesnelheid van een pilotproject-bed ca. 18 maal hoger dan van een CIC-bed. Op basis van onze gegevens zou, bij volledige bezetting en maximale benutting, de gemiddelde ligduur per patiënt in de CICs ca. 21,6 dagen zijn tegenover 3,4 dagen in de pilotprojecten (en er bleek dat de gerapporteerde gemiddelde ligduur voor 1 pilotproject en 1 CIC hoger ligt, zodat extra bedden moeten zijn benut geweest). Zodoende observeren we dat het aantal opnames per bed in beide CICs ca. 6 maal lager is dan in de pilotprojecten. In dit opzicht is de vergelijking van de kost per bed een misleidend gegeven (omdat de noemer geen rekening houdt met eventueel relatieve over- of ondercapaciteit), en geven de kost per opname en per opnamedag een beter beeld. De kost per opname is voor de CICs gemiddeld bijna driemaal hoger als gemiddeld voor de pilotprojecten. Het omgekeerde geldt voor de kost per opnamedag die bijna driemaal hoger is voor de pilotprojecten als voor de CICs.

In de kostenmeting observeren we enerzijds een onderfinanciering van de voorziene personeelskosten per pilotproject, maar anderzijds zien we dat dit wordt opgelost door bij andere bronnen financiële steun te zoeken. Hierdoor houden de meeste pilotprojecten een theoretisch overschot over. Niettemin lijkt de extra financiering niet structureel te zijn, zodat dit de onzekerheid in de continuïteit van de werking van de pilotprojecten niet ten goede

komt. We merken hierbij op dat onze observaties enkel betrekking hebben op één kalenderjaar.

Een vergelijking tussen de financiering van het RIZIV per CIC en de werkelijk gemaakte kosten is moeilijk te interpreteren. De betaling van de CICs gebeurt namelijk prestatiegebonden (i.c. elke prestatie wordt rechtstreeks aan het RIZIV doorgerekend). Het RIZIV financiert deze kosten exact of forfaitair. De loonkosten worden volledig terugbetaald. Hier wordt rekening gehouden met de anciënniteit van elk personeelslid. Binnen dit budget wordt ook een provisie betaald om eventuele stijgingen van de lonen op te vangen. Voor de huur van gebouwen, leningen en afschrijfkosten wordt dezelfde methode gehanteerd. Voor voeding en medische materialen betaalt RIZIV een forfaitair bedrag per gefactureerde ligdag. De vergoeding voor energie, water en andere externe dienstverlening is een vast bedrag. De berekening van de werkingskosten gebeurt op basis van de bezettingsgraad. Er wordt een bezetting van 90% nagestreefd. Wanneer er sprake is van een bezetting van meer dan 90%, mogen de centra slechts 50% of 25% van de normale prijs aanrekenen, afhankelijk van de prestaties in het afgelopen jaar. De centra mogen maximum tot een bezetting van 98% komen. Ondanks deze prestatiegebonden financiering werden er toch grote verschillen vastgesteld. De cijfers van het RIZIV werden berekend op basis van gemiddeldes van het gehele therapeutische centrum. Hoewel we in de vragenlijst ook telkens vroegen naar de juiste verhouding van de gegevens ten opzichte van het aandeel van de crisisafdeling in het centrum, kunnen hier toch verschillen opduiken.

Ondanks een proefafname van de vragenlijst, moesten we vaststellen dat enkele respondenten moeite hadden met het correct interpreteren en invullen van deze internationale standaard vragenlijst naar inzet van middelen en kosten. Dit is mogelijk te wijten aan de complexe interne organisatie van sommige ziekenhuizen. Hierdoor werden sommige gegevens onvoldoende (of niet) verkregen om op een zinvolle manier mee te verwerken.

Er moet ook nog een kleine kanttekening gemaakt worden bij verschillen in benoeming van een 'case manager'. Slechts in vier van de acht pilotprojecten wordt deze functie expliciet zo gecategoriseerd. Uit de nabesprekingen van de ingevulde vragenlijsten met vertegenwoordigers van de verschillende pilotprojecten blijkt dat er in de andere pilotprojecten eveneens een case manager werkzaam is, maar dat deze onder een andere functiebenaming in de personeelslijsten is opgenomen.

Referenties

French T, McGeary K A. Estimating the economic cost of substance abuse treatment. *Health Economics*, 1997;6:539-544

HOOFDSTUK 7
CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN MET BETREKKING TOT DE
MIDDELGEBONDEN CRISISOPVANG IN BELGIË

Ronny Bruffaerts
Wouter Vanderplasschen
Eric Broekaert
Guido Van Hal
Philippe Beutels
Koen Demyttenaere

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN OP HET VLAK VAN DE IMPLEMENTATIE VAN DE FOD-PILOOTPROJECTEN ‘CRISIS EN CASE MANAGEMENT’ EN DE RIZIV-GECONVENTIONEERDE CRISISINTERVENTIECENTRA

1. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN OP HET MICRONIVEAU

1.1. Nood aan kortdurende opnamemogelijkheden voor (middelengebonden) crises

Met respectievelijk 6000 en 850 opnames op jaarbasis kunnen we zeggen dat zowel de FOD pilootprojecten ‘crisis en case management’ als de RIZIV-geconventioneerde crisisinterventiecentra een specifieke en complementaire plaats hebben binnen het behandel aanbod voor middelgebonden problemen in België. Op jaarbasis impliceert dit dat alle pilootprojecten en alle CICs samen ongeveer 28500 patiënten behandelen. De ECCAM-data suggereren sterk dat de beide onderzochte zorgvoorzieningen kunnen worden geïnterpreteerd als nationale *early-intervention* projecten. Ten eerste is het, tegen de achtergrond van het gegeven dat de gemiddelde leeftijd van de hulpzoekende middelengebruiker in België 45 jaar is (Bruffaerts et al., 2005), duidelijk dat zowel de pilootprojecten (met een gemiddelde leeftijd van 38) en de CICs (met een gemiddelde leeftijd van 26) systematisch een jongere cohorte middelengebruikers aanspreken. Ten tweede zijn de pilootprojecten en de CICs voor ongeveer één patiënt op vier een eerste behandelsetting *ooit*. Tegen de achtergrond dat het hulpzoekproces voor middelengebruikers erg problematisch is en waar het gemiddeld achttien jaren duurt voor een middelengebruiker professionele hulp zoekt (Bruffaerts et al., 2007) is het duidelijk dat de laagdrempeligheid van deze behandelsetting impliceert dat middelengebruikers in een vroeger stadium van hun probleem hulp zoeken. Ten derde is het van belang te wijzen op de complementariteit van middelengebruik voor beide behandelsettings. Onze data duiden met name in deze richting omwille van het gegeven dat de gebruikte middelen voor pilootproject-patiënten alcohol, cannabis en medicatie betreft ten aanzien van opiaten, stimulantia en amfetamines voor CIC-patiënten. Een vierde argument dat suggereert dat deze behandelsettings fungeren als vroeg-interventieprogramma's is de verhouding middelen*misbruik* – middelen*afhankelijkheid*. Het percentage middelen*afhankelijke* patiënten in de FOD-pilootprojecten wordt geschat op (slechts) 43% van de volledige patiëntenpopulatie.

De grote meerderheid van de pilootproject-patiënten voldoet aan de criteria van ‘ernstige’ crisis waarvoor een crisisopname is geïndiceerd. Er is dus voor het gebruik van de pilootprojecten weinig tot geen sprake van niet-geïndiceerde opnames, in tegenstelling tot eerdere onderzoeken (zie ondermeer McKenzie & Mackie, 1993; Kooiman et al., 1989). De gemiddelde leeftijd van aanmelding zich situeert rond de leeftijd van 38 jaar. Wanneer we deze schatting vergelijken met de gemiddelde leeftijd van het zoeken van hulp voor middelgebonden stoornissen in België (i.c. 45 jaar) dan kunnen we besluiten dat de FOD-pilootprojecten een jongere cohorte patiënten aanspreken.

Vanuit het filtermodel binnen de geestelijke gezondheidszorg (Goldberg & Huxley, 1980) kunnen we inderdaad stellen dat in de vermaatschappelijking en acutisering van de gezondheidszorg (O’Sullivan et al., 2005; 2008) plaats is voor een crisiseenheid. Deze zou fungeren als een laagdrempelige en vroeg-interveniërende kortdurende (minimaal 4 dagen) residentiële behandelvorm. Specifiek voor patiënten met problematisch alcoholgebruik kunnen we stellen dat deze eenheden vaak een eerste ingangspoort binnen de formele

geestelijke gezondheidszorg zijn; specifiek voor personen die andere middelen dan alcohol gebruiken kunnen we stellen dat dit soort eenheden de functie hebben hervallende gebruikers dan weer *snel* in het formele hulpverleningsnetwerk een plaats te laten innemen.

1.2. Verruiming van de definitie van ‘middelengebonden crisis’

De ontwikkeling van een crisis is heterogeen maar volgt anderzijds een erg specifiek patroon: het crisogeen proces ontstaat in een crisogene context (intern of extern) waarin een onverwachte crisogene situationele factor een aantal psychologische en/of gedragsmatige mechanismen in gang zet die leiden tot specifieke gevolgen in psychologische en/of contextuele zin. Hier zullen oplossingsgerichte mechanismen geactiveerd worden die zullen leiden tot een hernieuwd psychologisch evenwicht. Centraal in dit proces staan begrippen als ‘omgaan met stress’, ‘coping’ en ‘affectregulatie’. Alle alluderen ze op bewuste en onbewuste mechanismen om met stress, gekoppeld aan interne of externe veranderingen, om te gaan. Het adequaat reguleren van stress lijkt hierin een centrale notie te zijn (Nyklíček et al., 2004; Taylor et al., 1997): personen die worden geconfronteerd met een crisogene factor/context hebben een hogere kans om overspoeld te worden door een combinatie van angsten en chaotische gevoelens (Andreoli et al., 1988) wanneer ze geen of onvoldoende adequate emotionele reguleringsmechanismen hebben. Een specifiek gevolg hiervan is dat men vervalt in *acting out* (i.c. iets doén) in plaats van het in woorden te vatten. Dit crisisgedrag is meestal de focus van de psychologische crisis maar is niet specifiek. Een crisis is immers geen fenomenologische en symptomatologische entiteit maar kan zich tonen als een heterogeen klinisch beeld: agressie ten aanzien van zelf en/of anderen, suïcidaliteit, middelengebruik, depressieve symptomatologie. Dit impliceert dat het moeilijk is de scheiding tussen ‘middelengebruik’ en ‘crisis’ aan te houden. Ook hebben de bevindingen uit hoofdstukken 3 en 4 duidelijk aangetoond dat een crisis inherent gebonden is aan het bestaan van psychische stoornissen, depressieve symptomen én suïcidaliteit. Ook deze bevindingen pleiten voor een verregaande verruiming van het crisisbegrip, met de specifieke implicatie dat er in gevallen van crisis een acute behandel nood zal zijn in functie van zowel somatische, psychologische, medisch-psychiatrische als verpleegkundige noden.

2. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN OP HET MESONIVEAU

2.1. Nood aan een systematische toepassing van specifieke crisisgerichte methodieken met betrekking tot assessment, interventie, planning en nazorg in termen van behandelmodules

De data bekomen uit het ECCAM-project met betrekking tot de behandeling van (middelengebonden) crises tonen duidelijk aan dat deze best geschiedt middels de toepassing van een aantal modules: assessment (module 1), interventie en planning (module 2) en nazorg en continuïteit van zorg (module 3). Voor alle modules geldt dat zij beantwoorden aan 3 specifieke methodieken: (a) het gebruik van het crisisinterventie/ -interactiemodel (Andréoli et al., 1998; Bruffaerts et al., 2003; Hoff, 2009), (b) het gebruik van het motivationele model (Prochaska & di Clementi, 1995) en (c) het integreren van instrumenten/vragenlijsten in de werking (voor een gedetailleerde beschrijving, zie hoofdstuk 3, paragrafen 1.3 en 1.4).

In **module 1** zal de crisis in beeld worden gebracht in termen van haar ontstaan, ontwikkeling en manifestatie. De subschalen van de CTRS (cf. supra) kunnen worden gebruikt ter verheldering van de ernst van de crisis, van het suïcidegevaar, de sociale steun en de motivatie tot behandeling. Ook patiënt's copingstijlen kunnen worden in kaart gebracht, alsook de specifieke verwachtingen van de patiënt. In deze eerste module kan ook worden nagegaan in welke mate de crisis die zich aandient primair of secundair gekoppeld is aan het

gebruik van middelen, aanwezige suïcidale ideeën, plannen en/of pogingen en/of andere psychiatrische symptomen of ziektebeelden. In deze module worden specifieke klinische gegevens bekomen via het gebruik van specifieke interviewschema's (zie hoofdstuk 3, paragrafen 1.3 en 1.4) en specifieke instrumenten (zie tabel 1).

TABEL 1. BEHANDELMETHODIEKEN IN MODULE 1 (ASSESSMENT)

Assessment

- “In beeld brengen” - **gesprekken**
 - Ontstaan, ontwikkeling & manifestatie van de crisis
 - Coping en sociale steun
 - Suïcidegevaar, geweld / motivatie / sociale steun
 - Verwachtingen van patiënt

- Gebruik van **meetschalen**
 - CTRS, RCQ, TMQ, BDI, CISS, SCL-90, DOS, MMSE,...

Module 2 bestaat uit twee componenten die in tijd samenhangen en systematisch interageren met mekaar: interveniëren in de crisis en plannen van een lange termijn-visie. De *interventie* zal gebeuren op het vlak van de somatische toestand van de patiënt (het gaat dan vooral over de evolutie van patiënt's somatische comobiditeit en detoxificatieproces), de aanpak van de crisis in termen van het opstellen van een specifieke planning op korte termijn. Dit 'aanpakken' zal een motiverend/activerend karakter kennen. Ten eerste kan een *actieplan* worden opgesteld (Connors et al., 2004) waarin in samenspraak met de patiënt wordt afgesproken welke veranderingen worden beoogd, welke specifieke doelstelling het meest belangrijk is tijdens de opname en welke acties zullen worden ondernomen bij herval. In deze specifieke behandeling wordt in literatuur veel aandacht besteed aan zowel het individuele motivationele als het systemische handelen. Het is in deze evenwel opvallend dat motivationele gespreksvoering en systeembenaderingen echter niet vaak gebeuren (respectievelijk 56 en 38% - zie hoofdstuk 3). Vooral tegen de achtergrond dat vooral deze twee behandelvormen essentieel zijn in het behandelen van crises (gebonden aan middelengebruik - cf. hoofdstuk 2) kunnen we stellen dat het systematisch implementeren van deze twee werkwijzen essentieel is in de adequate werking van een behandel eenheid. Ook binnen module 2 valt een systematisering in de toepassing te bepleiten met betrekking tot de toepassing van case management en/of hervalpreventie, maar ook van somatisch/medisch-psychiatrisch/psychologisch interveniëren. Een schematische weergave is te vinden in tabel 2.

De *planningsfase* binnen module 2 kan dan weer de volgende subdoelen bevatten: het opstellen van een actie- en nazorgplan, het articuleren van specifieke doelstellingen en het includeren van hervalpreventie (inclusief het opstellen van een hervalplan [i.c. welke stappen zullen worden ondernomen wanneer patiënt hervalt in de crisis en/of het middelengebruik]). Met betrekking tot de planningsfase is het dan weer opvallend dat het veldonderzoek aantoonde dat in slechts 75% van de gevallen case management werd toegepast (cf. infra) en dat slechts in de minderheid van de gevallen (37%) aan hervalpreventie werd gedaan. Ook hier pleiten de verkregen data voor een systematisering van de toepassing ervan. Tegen de achtergrond van de effecten van continuïteit van zorg in functie van hervalpercentages van patiënten kan het belang van zogenaamde spoedconsultaties worden vermeld: in tijd beperkte en inhoudelijk gefocuste ambulante contacten waarin volgens de crisismethodiek (hierboven

beschreven) de crisis verder kan worden behandeld binnen een individuele en/of systemische motivationele context. Het opstellen van een nazorgplanning kan een aanzet zijn tot de derde module. Een schematische weergave van de aanbevelingen binnen de planningsfase wordt gegeven in tabel 2.

TABEL 2. BEHANDELMETHODIEKEN BINNEN MODULE 2 (INTERVENTIE)

Interventie

- Somatisch
 - Detoxificatie

- Aanpakken van ‘verlies’ of ‘verandering’
 - Motivationeel werken (oa model van Prochaska & diClementi)
 - Systemisch / sociaal netwerk
 - Familiewerking
 - Case management (cf. infra)

- Assessments
 - Medisch-psychiatrisch (medicatie, diagnostiek)
 - Psychologisch (neuropsychologisch functioneren, coping,...)

Planning

- Introductie van ‘richting’ waarnaar kan worden gewerkt
- Op niveau van de patiënt
 - *Solution-focused*
 - Rekening houdend met significante anderen
 - In duur beperkt
 - Dynamisch (‘iets doen’, bvb motivatieverhogend werken)
 - Psycho-educatie
 - Bespreken van het belang van follow-up

In de **derde module** staat de opvolging en follow-up centraal (tabel 3). De specifieke component hier kan worden beschreven als de installatie van een zorgtraject met als basisvoorwaarde continuïteit van zorg. Deze derde module kan dienen voor de verdere afwikkeling van de crisis. In de follow-up staat de evolutie van de crisis en/of middelengebruik sinds het ontslag van de patiënt centraal. Ten eerste kan er worden bekeken in welke mate er sprake kan zijn voor een indicatie voor residentiële opvolging. Ten tweede dient de vraag gesteld (vooral tegen de achtergrond van de toegenomen en toenemende tendenzen tot ambulantisering en vermaatschappelijking van de zorg in België– zie www.psy107.be) in welke mate de crisis kan worden overbrugd door middel van ambulante behandeling. Ook hier kan de CTRS (cf. supra) als instrument worden aangereikt voor het geven van een indicatie van de ernst van de nog aanwezige crisis na een aantal dagen opname. Indien de ernst van de crisis geen indicatie is voor een residentiële nazorg kan de vraag gesteld in welke mate het is aangewezen de crisis verder te behandelen via een specifieke crisisgerichte methodiek of via het reguliere ambulante behandelcircuit.

Indien de crisis nog niet volledig in remissie is lijkt het aangewezen patiënt te verwijzen naar een in tijd beperkte maar intensieve ambulante nazorg, aanleunend bij de crisisopname. Deze vorm van opvolging stelt de patiënt in staat in een beperkt aantal sessies (maximum 6-8) binnen een in de tijd beperkte periode na ontslag (termijnen in literatuur variëren, maar centreren zich rond 1-2 maanden) de crisis verder te exploreren en te begrijpen. Een eerste ambulante contact na de opname gebeurt best binnen 7 dagen na ontslag (zie hoofdstuk 3), zo wordt de kans op een snelle heropname significant verminderd. Ook implementeren van deze

frequente maar in tijd beperkte nazorg heeft *an sich* reeds een impact op de verlaging van het opnamecijfer en een dito verlaging van het aantal draaideurpatiënten (hoofdstuk 3).

Tegen deze achtergrond fungeert deze nazorg als een overbrugging van een periode van crisis alsook het (her)oriënteren van de patiënt naar een residentiële of ambulante vorm van therapeutische begeleiding. De specificiteit van de nazorg kan zich richten op 4 componenten: (a) er kan worden bekeken met de patiënt in welke mate er sprake is van herval en welke factoren hebben geleid tot een al dan niet herval, (b) het verkennen van omgangsvormen en ordeningen binnen het sociale netwerk van de patiënt (doel: een gewijzigde kijk op het probleem bekomen); (c) het uitdiepen of ingaan op relaties (doel: zoeken naar gemeenschappelijkheden en verschillen in de relatie van de patiënt ten aanzien van zijn sociaal netwerk) en (d) het ontwikkelen van oplossingen, minder gericht op problemen en de onderliggende oorzaken ervan (doel: de focus richten op de toekomst en niet zozeer op het uitspitten van het verleden). Tegen de achtergrond van het motivationele werken is het belangrijk de verantwoordelijkheid bij de patiënt zelf en zijn omgeving te laten en zijn zelfwerkzaamheid aan te moedigen. De interventie is er dan ook op gericht de patiënt zo snel mogelijk in staat te stellen zijn plaats in zijn netwerk (gezin, studie, of werksituatie) weer te laten innemen.

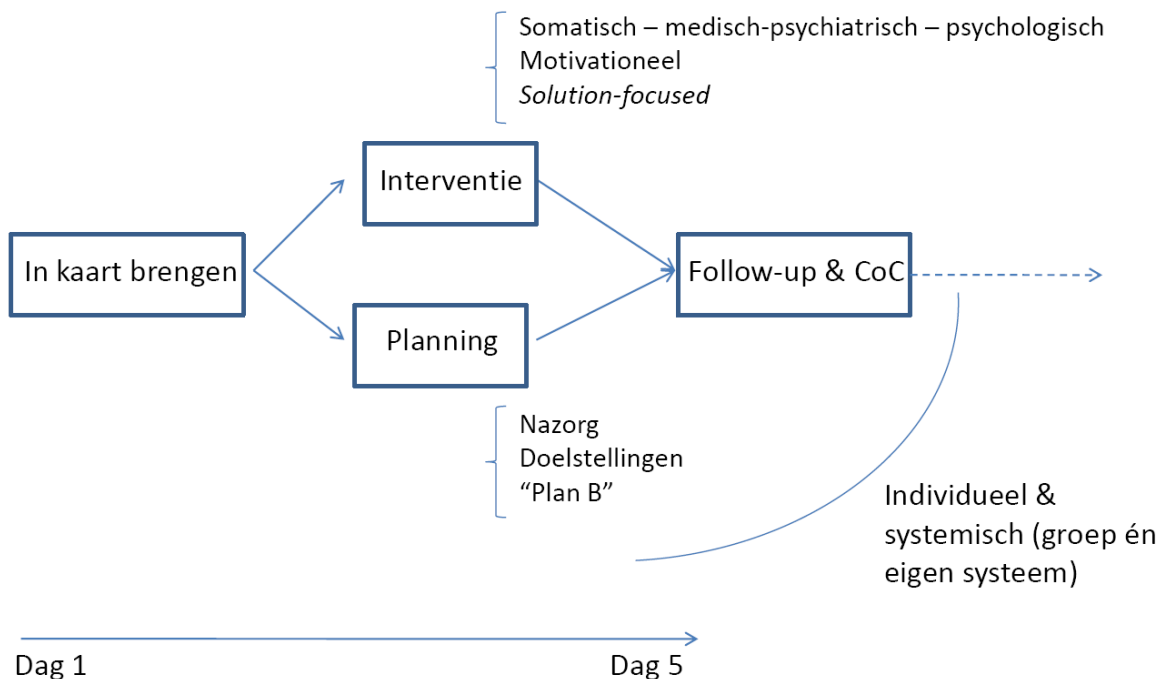
TABEL 4. BEHANDELMETHODIEKEN IN MODULE 3 (NAZORG)

Opvolging en follow-up

- Zorgtraject installeren
- Evolutie?
- Herval?
- Belang van continuïteit van zorg

Geconcludeerd kunnen we stellen dat er voldoende evidentie is om te kunnen spreken van implementeerbare kortdurende crisisbehandelingen, op voorwaarde dat de nazorg continuïteit van zorg respecteert en de specifieke behandelmodules en –methodieken systematisch worden toegepast binnen crisiseenheden. De opbouw van de behandeling is modulair en volgt een strikte crisisgerichte en motivationele dynamiek. De crisisbehandeling heeft zowel een somatische, medisch-psychiatrische en psychologische component enerzijds en een individuele én systemische component anderzijds. Een samenvattend schema is te vinden in figuur 1.

FIGUUR 1. KORTDURENDE CRISISBEHANDELING



2.2. Nood aan schaalvergroting van de crisiseenheden

Tegen de achtergrond van vraag naar heikele punten met betrekking tot de concrete organisatie van de specifieke FOD-pilootprojecten (zie hoofdstukken 3 en 4) werden drie centrale spanningsvelden opgesomd door de pilootprojecten: (a) het kleine aantal beschikbare bedden (N=4 per dienst, N=36 in de 9 pilootprojecten) versus de dagelijkse realiteit van een vraag die groter is dan het aanbod en de hieraan gekoppelde (niet binnen het pilootproject voorziene ‘noodbedden’), (b) het bestaan van wachtlijsten (een contradictio in terminis wanneer het gaat over crisisopvang) en (c) het gebrek aan rendabiliteit omwille van de scheve verhouding continuïteit van zorg en schaalgrootte. Dit laatste punt willen we toelichten: aangezien de FOD-pilootprojecten gaan over relatief kleine teams betekent dit dat de continuïteit van zorg nipt tot moeilijk kan worden gerealiseerd wanneer er binnen het team één of meerdere absensies zijn omwille van ziekte of omwille van andere redenen. Bovendien is het zo dat kleine teams vaker vatbaar zijn voor burnout. Tegen deze achtergrond willen we de volgende drie aanbevelingen doen met betrekking tot een definitieve inplanting van crisisdiensten: (a) schaalvergroting, (b) afstemming op andere innoverende projecten binnen de geestelijke gezondheidszorg (zie paragraaf 3) en (c) wetenschappelijke validering.

Tegen de achtergrond van het grote aantal patiënten is een schaalvergroting sterk aangewezen. Het is vanuit onderzoek gekend dat schaalvergroting kan leiden tot een daling van vaste kosten, een betere organisatie van de zorg en een grotere continuïteit van zorg (Mintzberg, 1997). De ECCAM-gegevens suggereren sterk dat hier niet moet worden gedacht in termen van een vermindering van het maximale aantal opnamedagen. Een lage opnameduur is immers sterk gekoppeld aan een hoog aantal heropnames (zie hoofdstuk 3). We pleiten daarom voor een opnameduur die 4 à 7 effectieve dagen kan bedragen.

Met betrekking tot de veranderde patiëntprofielen door de jaren heen is het van belang te wijzen op een systematische monitoring van cruciale epidemiologische profielen van patiënten: inzake crisisgerelateerde (middelen- en andere drughulpverlening) is het noodzakelijk een beeld te hebben over evoluties door de tijd inzake specifieke patiënt-, crisis- en/of middelenprofielen die zich in de hulpverlening begeven. Op deze wijze ontstaat een monitoringsysteem dat overheden in staat stelt beleidsopties te nemen ten aanzien van recentere trends inzake gewijzigde klinische profielen van middelengebruikers die in crises terechtkomen en zo worden opgenomen (Daniulaityte et al., 2004; Siegal et al., 2000; 2003).

2.3. Nood aan formele netwerken tussen behandeldiensten met betrekking tot zorgtrajecten van patiënten

Vorig en huidig onderzoek toont aan dat crises vaak voorkomen en vaak binnen de somatische spoeddienst belanden (Bruffaerts et al., 2008). Crises zijn ook in hoge mate comorbide met psychische stoornissen. Bovendien hebben populatiestudies aangetoond dat middelengerelateerde stoornissen vaak voorkomen (Bruffaerts et al., 2004; Day & Homish, 2002; Anthony & Helzer, 2002). Bovendien ontwikkelt tot de helft van personen met een psychiatrische stoornis een alcohol of ander middelengerelateerd probleem. De middelenproblematiek is dus een erg complexe persoonlijke, relationele en maatschappelijke problematiek, zowel in haar ontstaan (risicogedrag, maatschappelijke normen, kansarmoede) als op het vlak van haar consequenties (gezondheidsproblemen, sociale overlast, criminaliteit). Alle maatschappelijke sectoren en diensten hebben een taak bij de erkenning, behandeling en preventie of bij de hulpverlening van alcohol- en andere middelenproblemen. Een adequate behandeling van patiënten met crisisgerelateerde (en/of middelengerelateerde problematiek) vereist immers een minimum aan netwerking tussen diverse diensten. Hoewel de taken van deze diensten zeer verschillend kunnen zijn liggen zij vaak in mekaar verlengde. Vanuit de conceptualisatie van een crisiseenheid met een korte opnameduur én continuïteit van nazorg is het noodzakelijk specifieke netwerken te vormen die deel uitmaken van een behandelingsnetwerk van personen met crises en/of middelengerelateerde problemen: straathoekwerking, mantelzorg, eerstelijnszorg, ambulante en residentiële zorg.

3. NOOD AAN EEN STRUCTURELE INBEDDING VAN DE CRISISOPNAMES IN EEN VERANDEREND LANDSCHAP VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG GESTUURD DOOR ZORGVERNIEUWINGSPROJECTEN

3.1. Een structurele inbedding van de crisiseenheden in de vermaatschappelijking van de zorg: een oefening binnen de “107-outreach-gedachte”

Het implementeren van een specifiek behandelbeleid voor de opvang van (middelengebonden) crises gaat uiteraard verder dan voorgestelde veranderingen op micro- en mesoniveau. Vooral tegen de achtergrond van recente zorgvernieuwingsprojecten die tot doel hebben een effectieve vermaatschappelijking van de zorg door te voeren (zoals de therapeutische projecten en [vooral] de implicaties van Artikel 107 [www.psy107.be]) door het verminderen van het aantal psychiatrische bedden in België, het verminderen van het aantal opnames en het ambulantisieren van de geestelijke gezondheidszorg kan een structurele en langdurige inbedding van de crisisopnames van cruciale betekenis zijn. De in deze zorgvernieuwende projecten gelegde focus is immers het bekomen van een weinig tot niet gefragmenteerde geestelijke gezondheidszorg die gestoeld is op het installeren van duurzame en consistente zorgtrajecten. De in literatuur beschreven beleidsmodellen van deze zorg zijn

inhoudelijk erg aansluitend bij de conceptualisering van de behandeling van (middelengebonden) crises (Lambert, 1995; Fisher et al., 1990). Kortdurende crisisopvang wordt in literatuur terzake beschreven in functie van ‘psychiatrische netwerken’ (zie ondermeer Kates et al., 1996), waar vermaatschappelijkte geestelijke gezondheidszorg wordt gedragen vanuit regionale laagdrempelige zogenaamde ‘short-term holding units’ die structureel en organisatorisch erg vergelijkbaar zijn met de crisiseenheden en werken als basis “*into the center of every community mental health program*” (Alexander & Zealberg, 1999). Deze zijn ingebed in een netwerk van behandeldiensten (onder andere straathoekwerk, eerste- en tweedelijnsdiensten) waarmee onderlinge afspraken zijn gemaakt rond gemeenschappelijke en op mekaar afgestemde zorgtrajecten van patiënten. Units fungeren in als kortdurende opname-eenheden waarin patiënten kunnen werken aan de crisis waarmee ze zijn opgenomen maar vormen tegelijkertijd een uitvalsbasis voor externe outreachteams. In deze constellatie wordt continuïteit van zorg reeds voorzien in een outreachfunctie, waar een nauwe samenwerking kan starten tussen deze of gene patiënt en het behandelteam. De vervolgzorg kan immers in eerste instantie gebeuren middels een kortdurende opname (beantwoordend aan de criteria die we eerder stelden). Dit is een optimale constellatie van het begrip continuïteit van zorg, waar niet enkel kan worden gedacht in termen van (a) continuïteit in *tijd* maar ook in (b) continuïteit van *persoon* (i.c. patiënt kan worden gevolgd door een team dat bij aanvang van de crisis outreachend werkte maar het proces van de crisis ook stapsgewijs begeleidt), (c) continuïteit in behandelbeleid en –traject (i.c. patient’s behandeldoelen vanuit de crisis kunnen reeds worden gearticuleerd vanaf het moment van de outreach, geëvalueerd tijdens een eventuele opname en eventuele ambulante crisisopvolging) én (d) in termen van het doorbreken van het onderscheid tussen maatschappij en ziekenhuis én het (vaak gemaakte) onderscheid patiënt/omgeving (Reding & Raphelson, 1995). De conceptualisatie van crisisgerelateerde eenheden liggen in de lijn van de outreachgedachte die wordt nagestreefd binnen de hervormingen van artikel 107 (cf. supra) maar liggen ook in de lijn van het zogenaamde Birmingham-model van psychiatrische outreach (Hemming et al., 1999).

3.2. Structurele financiering van medisch-psychiatrische, psychologische en verpleegkundige zorgen

Zowel de literatuurstudie, het epidemiologisch luik als het kwalitatief onderzoek van het ECCAM-project hebben geleid tot de articulatie van een multidisciplinair behandelbeleid van van middelgebonden crises. In voorgaande hoofdstukken werden voldoende argumenten aangebracht om te stellen dat middelgebonden crises zowel een somatisch, medisch-psychiatrisch, psychologische component hebben die deel uitmaakt van de crisis maar ook in de crisisbehandeling moet worden aangekaart en/of behandeld. De ECCAM-gegevens impliceren ook de nood aan een structurele inbedding en dito financiering van deze verschillende disciplines. Evenzeer toonde de studie aan dat tot 25% van de patiënten eerst contact had met en doorverwezen werd door de dienst urgentiegeneskunde. Hoewel we dus kunnen stellen dat tot 25% een somatische aandoening heeft die eerst moet worden behandeld door een urgentie-arts, behoort de financiering van deze discipline niét tot de aanbevelingen. Een structurele financiering hoeft inderdaad niet omdat de crisiseenheden architecturaal ingebed zijn in de buurt of het verlengde van de somatische spoedgevallendienst. Conform de huidige werking kan de urgentie-arts in een liaison- of extra-muros functie in consult worden gevraagd op indicatie door de psychiater-medicus. Een samenvatting van deze en andere aanbevelingen is te vinden in tabel 4.

TABEL 4. AANBEVELINGEN VOOR DE OVERHEID MET BETREKKING TOT DE CRISISOPVANG VAN MIDDELENGEBRUIKERS GEREALISEERD DOOR DE PILOOTPROJECTEN ‘CRISIS EN CASE MANAGEMENT’ EN DE RIZIV-GECONVENTIONEERDE CRISISINTERVENTIECENTRA

OP HET VLAK VAN DE IMPLEMENTATIE VAN DE BEHANDELINGSSETTINGS

- Op het vlak van de uitvoering van de zorg (microniveau)
 - Nood aan definitieve inbedding van crisisopvang voor (middelengerelateerde) crises in België
 - Opgeven van artificeel onderscheid tussen crisis, psychische stoornissen, suicidaliteit en gebruik van middelen
- Op het vlak van de organisatie van de zorg (mesoniveau)
 - Nood aan een systematische toepassing van specifieke crisisgerichte methodieken en diagnostische instrumenten
 - Nood aan schaalvergroting van de crisiseenheden
 - Nood aan formele netwerken tussen behandeldiensten met betrekking tot zorgtrajecten van patiënten
- Op het vlak van het beleid van de zorg (macroniveau)
 - Structurele en definitieve inbedding van crisisopvang in zorgvernieuwing
 - Aansluitend bij acutisering, ambulantisering en vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg (onder andere Artikel 107)
 - Structurele financiering voor medisch-psychiatrische, psychologische en verpleegkundige zorgen
 - Kortdurend crisisopvang (4-7 dagen) als centrale component van een psychiatrisch netwerk van acute zorg en *outreach*

OP HET VLAK VAN CASE MANAGEMENT

- Nood aan een meer eenvormig model van case management in de crisiseenheden
- Invulling van specifieke basisfuncties van het case management
- Case management als verbindingsschakel naar het formele en informele zorgcircuit
- Richtlijnen voor en ondersteuning van case managers
- Nood aan een functieprofiel voor case managers die met alcohol- en druggebruikers werken

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN OP HET VLAK VAN CASE MANAGEMENT

1. Nood aan een meer eenvormig model van case management in de crisiseenheden

Op basis van deze studie van verschillende case managementpraktijken in België (n=17), met bijzondere aandacht voor het case management binnen de crisiseenheden voor personen met middelengerelateerde stoornissen, blijkt vooreerst de grote heterogeniteit van deze praktijken. De doelstellingen, de doelgroep, het toegepast model en de caseload variëren sterk, wat een vergelijkende studie of evaluatie bemoeilijkt. Nochtans kregen alle case managers verbonden aan deze crisiseenheden destijds dezelfde opdracht om case management aan te bieden aan alle personen die zich op deze eenheden aanmelden. In de praktijk blijkt dit evenwel niet haalbaar, omdat het voorziene personeel (1 FTE) onvoldoende is om het grote aantal cliënten dat jaarlijks op een crisiseenheid opgenomen wordt (>200) met één case manager op te volgen.

Cliënten die heel kortdurend opgenomen worden en alweer met ontslag zijn voordat ze een gesprek hebben gehad met de case manager, worden per definitie niet opgevolgd. De registratiegegevens maken duidelijk dat ook cliënten bij wie (nog) sprake is van een goed uitgebouwd ondersteunend netwerk en intacte leefgebieden geen prioritaire groep vormen voor de case managers. Voor het overige konden weinig criteria geïdentificeerd worden die case managers hanteren om te bepalen of cliënten in aanmerking komen voor deze interventie, behalve de aanwezigheid van problemen op diverse leefgebieden. Het gebrek aan inclusiecriteria laat enerzijds de mogelijkheid om deze interventie flexibel in te zetten bij cliënten bij wie men dit nodig acht, maar anderzijds vraagt het grote aantal potentiële kandidaten op de crisiseenheden een gerichte inzet van deze methodiek. Triage van cliënten op basis van een screeninginstrument achten de case managers alvast geen goede oplossing, omdat dit afschrikkend kan werken en geen garantie biedt op zorg op maat en op betrokkenheid van de cliënt bij zijn/haar hulpverleningstraject. *Een ondersteuningsnood op verschillende leefgebieden – en daardoor de betrokkenheid van verschillende hulpverleningsactoren – en het (ondertekend) engagement van de cliënt voor de opvolging door een case manager gedurende een bepaalde periode (bv. drie maanden) lijken ons in dit opzicht minimale inclusiecriteria.* Afhankelijk van de lokale context kunnen crisiseenheden beslissen om hier bijkomende criteria aan te koppelen.

Het probleem van de afbakening van de doelgroep speelt veel minder een rol in andere case managementprojecten, gezien deze meestal gericht zijn op een specifieke doelgroep of op een specifiek aspect van het hulpverleningsproces (bv. ontslag na hospitalisatie). Dit maakt zowel voor case managers als voor andere hulpverleners duidelijk wie in aanmerking komt voor deze interventie. Toch wijzen ook deze case managers op het belang van het flexibel hanteren van deze inclusiecriteria, gezien case management een laagdrempelige hulpverleningsvorm is die moet vermijden dat cliënten tussen de mazen van het hulpverleningsnet glijpen (Vanderplasschen & Wolf, 2005). Het gebruik van specifieke inclusiecriteria vertaalt zich doorgaans ook in een lagere caseload, die het mogelijk maakt meer intensieve begeleiding te bieden, cliënten te ontmoeten in hun eigen leefomgeving, te overleggen met andere voorzieningen en hierbij het formele en informele netwerk te betrekken. Uiteindelijk dient case management erop gericht te zijn de hulpverlening aan druggebruikers met een meervoudige en langdurige ondersteuningsnood te coördineren en op te volgen. *Een meer intensief model van case management is dan ook aangewezen bij cliënten met een complexe*

problematiek (Morse et al., 2006; Morgenstern et al., 2009), terwijl een kortdurend, weinig intensief model van case management volstaat bij cliënten die vooral problemen hebben om op weg gezet te worden naar de meest geschikte vorm(en) van hulpverlening of ondersteuning (Rapp et al., 2008; Rapp, 2011). Dit laatste model lijkt ons het meest geschikt voor de oriëntatie en opvolging van cliënten in de crisiseenheden en laat ook toe om aldus een grote groep cliënten op te volgen.

Hoewel er momenteel in een aantal crisiseenheden reeds vergelijkbare praktijken toegepast worden, blijken ook op dit vlak heel wat verschillen tussen en binnen de crisiseenheden: bepaalde cliënten worden eenmalig opgebeld na hun hospitalisatie, terwijl er met anderen verschillende contacten zijn. *Daarom pleiten we ervoor om op de crisiseenheden een gemeenschappelijk, kortdurend model van case management te hanteren dat bijvoorbeeld drie of vijf case managementsessies omvat (één of twee op de afdeling en twee of drie na de hospitalisatie) (cf. Rapp et al., 2008). Dit vergroot niet alleen de eenvormigheid van de methodiek, maar zorgt ook voor meer transparantie en duidelijkheid naar cliënten en buitenstaanders. Bovendien valt hiermee de discussie weg hoelang case management voortgezet moet worden, zeker indien aangegeven wordt binnen welke periode deze case management-contacten dienen plaats te vinden (bv. tot twee of drie maanden na de hospitalisatie). Uiteraard moet ook dit kortdurend model van case management flexibel gehanteerd kunnen worden, zodat indien nodig extra ondersteuning geboden kan worden. Wil men dergelijk kortdurend model van case management in de praktijk implementeren, dan zal de FOD Volksgezondheid dit model moeten adviseren of opleggen en aansturen. Een training in dit specifieke model van case management en regelmatige opvolging en supervisie zijn aangewezen voor een effectieve implementatie van deze interventie (Vanderplasschen et al., 2004).*

2. Bepaalde basisfuncties moeten ingevuld worden voordat van case management sprake kan zijn

Ook wat de invulling van de basisfuncties van case management betreft, is een grote variatie merkbaar tussen de projecten. De meeste case managers doen een uitgebreide assessment bij aanvang en ook het plannen, oriënteren naar vervolgbehandeling en opvolgen van het hulpverleningsproces staat centraal in hun takenpakket. Tijdens de focusgroep met case managers van de crisiseenheden kwam naar voor dat zij vooral de oriëntatie en trajectopvolging als hun belangrijkste opdracht zien. Voor de assessment kunnen deze case managers terugvallen op de multidisciplinaire equipe van de crisiseenheden, evenals voor het opstellen van het hulpverleningsplan. De afwezigheid van een schriftelijk/neergeschreven handelingsplan in de meeste case managementdossiers stemt echter tot nadenken, omdat dit een basisvereiste is om de vooropgestelde doelstellingen te kunnen evalueren (Vanderplasschen & Schittekatte, 2011). Dergelijke doelstellingen geven richting aan het hulpverleningsproces en werken motiverend voor cliënt en case manager. Gezien handelingsplanning een cyclisch gebeuren is, moet geregeld tijd genomen worden om de oorspronkelijke doelstellingen te bespreken en eventueel bij te sturen. Het is verder opvallend dat in bepaalde crisiseenheden de psychiater het laatste woord lijkt te hebben over de inhoud van het hulpverleningsplan. Nochtans is er in de literatuur voldoende evidentie beschikbaar die aantoont dat doelrealisatie een stuk hoger ligt, indien cliënten het gevoel hebben dat dit hun eigen doelstellingen zijn in plaats van doelstellingen die door een ander opgedrongen zijn (Rapp, 2006). *Een meer vraaggestuurde emancipatorische aanpak is aanbevolen, waarbij vertrokken wordt van de hulpvraag van de cliënt en gezocht wordt naar de meest gepaste en minst ingrijpende vorm van ondersteuning. De strengths-based benadering is in dit opzicht een interessante invalshoek (Rapp, 2011).*

Linking, of het oriënteren van cliënten naar een geschikte vorm van (vervolg)behandeling of ondersteuning, is de functie die de opdracht van de case manager onderscheidt van die van andere hulpverleners (SAMHSA, 1998). Case managers helpen cliënten op verschillende manieren (bv. door deze informatie ter beschikking te stellen, door te telefoneren, met cliënten mee te gaan) om contact te maken met de diensten en ondersteuning die ze nodig hebben. Case managers werkzaam op een crisiseenheid nemen op dit vlak doorgaans een meer afwachterende positie in, terwijl andere case managers hierbij meer proactief te werk gaan. *Dergelijk proactieve aanpak, waarbij de case manager actief contacten legt met bv. een huisvestingsdienst of arbeidsbegeleidingsinitiatief, is aangewezen omdat het louter verstrekken van informatie waar men voor welk soort hulpverlening terecht kan, bezwaarlijk case management genoemd kan worden.* Het organiseren van en deelnemen aan cliëntenoverleg maakt eerder deel uit van meer intensieve vormen van case management.

Het opvolgen van afspraken en contacten van cliënten met andere diensten behoort wel tot de kerntaken van elke case manager. Het surveyonderzoek bij case managers maakt duidelijk dat dit niet steeds systematisch gebeurt en daarom wordt aanbevolen dat case managers nagaan of hun inspanningen om cliënten in contact te brengen met andere diensten ook resultaat opleveren. *Monitoring is immers een kerntaak van elke case manager (Vanderplasschen & Wolf, 2005), waarbij de case manager het hulpverleningsproces actief opvolgt en niet louter voortgaat op de feedback van andere hulpverleners.*

Outreaching of aanklampend werken gaat nog een stap verder en betreft het contacteren van cliënten wanneer ze niet op de afspraak verschijnen, hen opzoeken in hun natuurlijke leefomgeving, maar even goed nagaan of ze een bepaalde afspraak niet zijn vergeten (van Doorn et al., 2008). *Gezien de beperkte therapietrouw en hoge drop-outcijfers bij druggebruikers is het aangewezen om ook op de crisiseenheden aanklampend te werken, al kan de mate waarin en de manier waarop dit gebeurt, verschillen. Men hoeft niet per se op huisbezoek te gaan om aan outreaching te doen, maar kan bv. opbellen om te verifiëren of cliënten bepaalde afspraken zijn nagekomen of niet vergeten zijn.* Hoewel aanklampend werken op het eerste zicht bedreigend kan overkomen, geven zowel case managers als cliënten aan dat dit voor meer gemoedelijke en informele contacten zorgt en bijdraagt tot het opbouwen van de vertrouwensrelatie tussen case manager en cliënt (De Maeyer et al., 2007). Hetzelfde geldt voor advocacy of belangenbehartiging. Hoewel dit eerder een taak is die in meer intensieve modellen van case management een plaats heeft, kan het behartigen van de cliënt zijn/haar belangen ook aan de orde zijn in minder intensieve vormen van case management zoals op de crisiseenheden.

Tenslotte maken de resultaten van dit onderzoek duidelijk dat case managers niet of slechts uitzonderlijk aan directe dienstverlening doen (Moxley, 1989). Enige uitzondering hierop vormt het bieden van praktische hulp en ondersteuning, wat niet onlogisch is gezien case management vooral de bedoeling heeft om de leemten in het bestaande hulpverleningsaanbod te vullen. Voor andere vormen van dienstverlening wordt meestal – terecht – een beroep gedaan op andere diensten of voorzieningen.

3. Case management als verbindingsschakel naar het formele en informele zorgcircuit

Samenwerking met andere instanties is inherent aan de opdracht van elke case manager (Vanderplasschen & Wolf, 2005). Eén voor één wijzen case managers op het belang van het uitbouwen van goede contacten met diverse partners uit het regionale zorgnetwerk, zowel op het vlak van alcohol- en drughulpverlening als op het vlak van tewerkstelling, gezondheidszorg, huisvesting, ... De meeste case managers die aan de crisiseenheden verbonden zijn nemen niet de coördinatie van het hulpverleningsproces op, maar stellen wel samen te werken of op zoek te gaan naar referentiepersonen in de omgeving van de cliënt, die

deze coördinerende taak kunnen opnemen. Ze vervullen met andere woorden de rol van verbindingspersoon met het (in)formele netwerk. Dit lijkt ons een voorbeeld van een goede praktijk om de coördinatie en continuïteit van de zorg te verzekeren na afloop van de hospitalisatie of wanneer de case manager de cliënt niet langer kan opvolgen. Tegelijk achten wij deze vorm van zorgcoördinatie niet noodzakelijk op de crisiseenheden, omdat de opdracht van de case manager er vooral in bestaat om op korte tijd een (vervolg)traject op te zetten en op te volgen, maar niet om dit actief aan te sturen.

Gezien de complexe problematiek van cliënten en gezien de langdurige betrokkenheid van de case manager, vormt de coördinatie van de hulpverlening wel een centrale taak in de meeste overige case managementprojecten. Deze case managers gaan wel cliëntenoverleg bijwonen of zelf organiseren in functie van het opstarten en afstemmen van de hulpverlening met de verschillende betrokken netwerkpartners. Omwille van de langdurige problematiek is het informele ondersteuningsnetwerk van de cliënt dikwijls sterk afgebrokkeld en kan hier geen beroep op gedaan worden. Toch zal het ook in deze situaties belangrijk zijn *aandacht te hebben voor het zoeken naar bronnen van zingeving en informele ondersteuning in de omgeving van de cliënt, zoals bv. vrijwilligerswerk, participatie in een inloopcentrum, deelname aan zelfhulpbijeenkomsten of het herstellen van contacten met de familie.*

De coördinatiepogingen van case managers ten spijt, stemt het tot nadenken dat sommige (residentiële) voorzieningen niet wensen in te gaan op vragen tot afstemming van de zorg door een case manager. Men gaat er blijkbaar vanuit dat de cliënt voor elke vorm van ondersteuning binnen de voorziening terecht kan en dat hierbij geen beroep kan/moet gedaan worden op derden. Dit staat haaks op elke theorie over de uitbouw van vraaggestuurde ondersteuning en continuïteit van zorg, waarbij juist de betrokkenheid van verschillende partners uit diverse zorgsectoren erkend en noodzakelijk geacht wordt (Knapen & Van Holsbeke, 1997; De Maeyer et al., 2007). Ook de geplande herstructurering van de geestelijke gezondheidszorg (cf. implementatie artikel 107 van de ziekenhuiswet) bouwt hierop verder en lijkt aldus het GGZ-model van de toekomst te worden.

Omdat case managers met verschillende hulpverleningsinstanties in contact komen en vanuit het perspectief van cliënten geconfronteerd worden met verschillende beperkingen van het zorgaanbod, zijn case managers tenslotte een belangrijke informatiebron voor het uitbouwen van een meer vraaggericht hulpverleningsaanbod (SAMHSA, 1998). Nochtans wordt volgens de case managers slechts sporadisch een beroep gedaan op deze signaalfunctie. Bovendien heeft men het gevoel dat gesignaleerde knelpunten zelden doorstromen, laat staan aangepakt worden, door het beleidsniveau. Ook het regelmatig samenbrengen van case managers voor overleg kan bijdragen tot het bundelen van hun bevindingen om zo een krachtig signaal te sturen naar de overheid en mee te bouwen aan een cliëntvriendelijke en vraaggerichte geestelijke gezondheidszorg.

4. Nood aan richtlijnen voor en ondersteuning van case managers

Hoewel case managers in het kader van hun functie met heel veel hulpverleners en voorzieningen in contact komen, staan ze er als case manager vaak alleen voor binnen het team of project waar ze tewerkgesteld zijn (Geenens et al., 2005). Dit maakt het niet altijd mogelijk om te overleggen met collega's over hoe een bepaalde casus aan te pakken of over de meest geschikte invulling van deze werkvorm. De meeste case managers kunnen terugvallen op een ruime hulpverleningservaring, maar voor de meesten was het toch zoeken en wennen aan deze nieuwe job bij gebrek aan opleiding of training. Dit laatste verklaart ook de onduidelijkheid en sterk uiteenlopende invulling van deze werkvorm. *Case managers werkzaam binnen de pilootprojecten dienden voor zichzelf op zoek te gaan naar een*

inhoudelijke invulling van de methodiek. Het gebrek aan centrale aansturing vanuit de overheid wordt hierbij in vraag gesteld. Nogal wat case managers kampten hierdoor met vragen en onzekerheden over de inhoudelijke afbakening van hun functie. De onduidelijke afbakening van de methodiek wordt ook in de literatuur als één van de voornaamste knelpunten aangewezen (Graham & Timney, 1990; van Riet & Wouters, 2000). Onvolledige of beperkte implementatie van de methodiek, gebrek aan training en een matige of geringe intensiteit van de interventie houden verband met minder gunstige resultaten en beperkte kosteneffectiviteit (Wolf et al., 2002). In eerder onderzoek (Vanderplasschen et al., 2004) identificeerden we reeds weloverwogen conceptualisering en implementatie als belangrijke determinanten van een geslaagde toepassing en positieve uitkomsten van case management. Het ligt voor de hand dat de overheid haar verantwoordelijkheid op dit vlak dient op te nemen, al zal dit ten koste gaan van de discretionaire bevoegdheden die case managers nu hebben.

Hoewel alle case managers werkzaam op de crisiseenheden het gebrek aan een duidelijk afgelijnde functieomschrijving aankaarten, acht slechts een beperkt aantal van hen een specifieke training wenselijk. De meeste vereiste vaardigheden stelt men immers te leren tijdens de uitoefening van deze functie. *Men ziet echter wel een grote meerwaarde in regelmatig overleg en supervisie met de case managers van de andere crisiseenheden, teneinde te kunnen reflecteren over de inhoudelijke afbakening van de functie. Men benadrukt het belang van intervisie en supervisie eerder dan van vorming, omdat hierbij vertrokken wordt van de bestaande praktijk en de contextuele inbedding ervan.*

De introductie van een duidelijke en heldere functieomschrijving waarin taken, verantwoordelijkheden en (discretionaire) bevoegdheden geconcretiseerd worden, moet ervoor zorgen dat case managers over meer handvaten en houvast beschikken voor de invulling van hun functie en dat er op een meer eenvormige manier aan case management gedaan wordt op de crisiseenheden. Enkel indien deze voorwaarde vervuld is, kan de effectiviteit van deze interventie nagegaan worden.

5. Nood aan een functieprofiel voor case managers die met alcohol- en druggebruikers werken

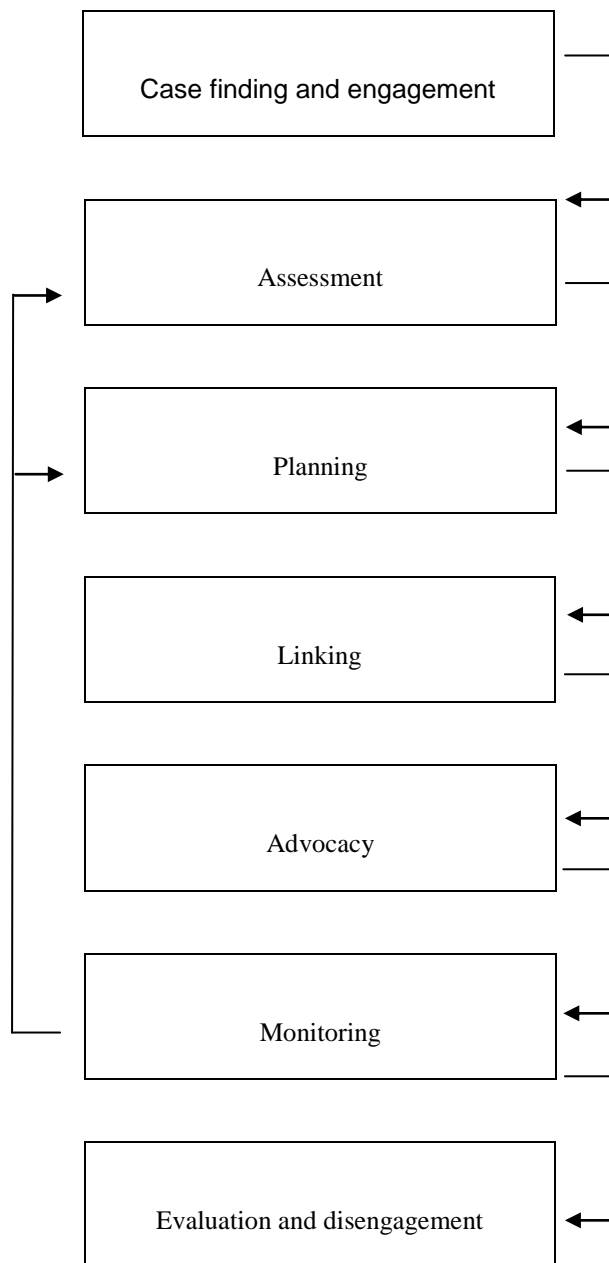
Aan de hand van voorliggend functieprofiel proberen we – op basis van de wetenschappelijke literatuur en het ECCAM-onderzoek – een aantal concrete richtlijnen te formuleren voor de praktijk van case management op de crisiseenheden en in andere projecten. We onderscheiden hierbij de aanvangs- en afrondingsfase en vijf basistaken van de case managers: assessment, planning, linking, monitoring en advocacy (cf. figuur 1).

5.1. Aanmelding en contactname

Algemeen wordt aangenomen dat de methodiek van case management vooral werkzaam is bij cliënten die moeilijk toegang krijgen tot de bestaande hulpverlening of die door hun meervoudige problematiek met verschillende voorzieningen in contact komen (Vanderplasschen & Wolf, 2005). Het ruimere doel is om passende zorg te verstrekken voor deze groep, ondermeer door nauwgezette coördinatie en opvolging. Wanneer cliënten worden aangemeld voor het opstarten van case management zal het dan ook belangrijk zijn na te gaan in hoeverre zij tot het doelpubliek behoren (rekening houdend met de hulpverleningscontext en de afbakening van de doelgroep). Case management is een zeer intensieve werkvorm (~kosteneffectiviteit), die niet voor alle alcohol- of druggebruikers noodzakelijk of wenselijk is, waardoor voldoende aandacht moet gegeven worden aan de hulpvraag en zorgbehoeften van de cliënt, alvorens case management op te starten. Niet alle cliënten die tijdelijk op een

crisisunit verblijven, komen in aanmerking voor een (intensieve) vorm van case management zoals hieronder beschreven. Het afbakenen van wie in aanmerking komt voor case management is dan ook noodzakelijk. Daarnaast vormen assessment en doelbepaling en de doorverwijzing van alle cliënten die kortdurend opgenomen zijn op een crisiseenheid eveneens zinvolle interventies, maar deze kunnen hooguit beschouwd worden als een variant op het makelaarsmodel van case management.

Figuur 1: Case management als cyclisch proces (Vanderplasschen & De Maeyer, 2007)



Wanneer iemand aangemeld wordt voor case management, kan het zinvol zijn informatie op te vragen bij de doorverwijzende instantie of andere diensten of voorzieningen waarmee de cliënt contact heeft. Deze gegevens geven mogelijk inzicht in het verloop en de ernst van de klachten en problemen van een cliënt. Zo krijgt men ook een indruk van de verschillende interventies die in het verleden reeds plaatsvonden en de eventuele werkzaamheid ervan. Op

deze wijze kan de case manager de cliënt beter leren 'kennen' en zich een beeld vormen. Hij/zij kan hierbij ook een beroep doen op collega's van het multidisciplinair team of op de sociale dienst. Belangrijk is echter wel om deze informatie te toetsen aan het perspectief en de ervaringen van de cliënt. Naast aandacht voor mogelijke probleemgebieden in het leven van een cliënt, dient men ook oog te hebben voor sterktes en vaardigheden van cliënten. Deze focus op intacte leefgebieden en zaken die (nog) goed lopen, vormen niet alleen een hefboom om het hulpverleningstraject aan op te hangen, maar bevorderen ook de case manager-cliënt relatie en dragen ertoe bij dat de case manager op een andere manier naar de cliënt kijkt (en vice versa) (Rapp, 2006). Tijdens de fase van contactname wordt immers de basis gelegd voor een positieve werkrelatie. Respect, empathie en aanvaarding zijn belangrijke basishoudingen om een vertrouwensrelatie en constructieve professionele relatie aan te gaan. Confronterende manieren van aanpakken missen hun doel. Er wordt gestreefd naar een warme sfeer waar er voldoende ruimte gelaten wordt voor overleg. De case manager werkt vanuit een proactieve benadering. Het is niet zo dat na een eerste contact een lineair, chronologisch hulpverleningsproces ontstaat. Integendeel, soms is het nodig meermaals actief (telefonisch) contact te zoeken, alvorens er effectief een begeleiding kan opgestart worden. Door cliënten zelf op te sporen (outreaching) toont de case manager zijn belangstelling en bereidheid om met de cliënt een hulpverleningstraject uit te werken. Daarnaast zijn laagdrempeligheid en flexibele bereikbaarheid cruciaal, zodat cliënten de case manager vlot kunnen contacteren. Tijdens deze aanvangsfase is het ook belangrijk rekening te houden met de veranderingsbereidheid van de cliënt (cf. Prochaska et al., 1992).

Soms zal het noodzakelijk zijn om reeds bij een eerste gesprek te voorzien in concrete, praktische hulp of dit voor de cliënt te regelen (bv. aansluiting bij het ziekenfonds, contact met familie). In deze situatie treedt de case manager op als belangenbehartiger van de cliënt, wat ook bijdraagt tot het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de cliënt. Door samen met de cliënt dit soort acute problemen op te lossen of te verminderen, kan de nodige rust gecreëerd worden om aan langere termijndoelen te werken.

De werkprincipes van case management worden in de eerste fase van contactopname uitgelegd, waarna de cliënt voldoende tijd en ruimte krijgt om te beslissen of hij hiermee akkoord gaat. Het is belangrijk dat aan de cliënt de ruimte gegeven wordt om zelf het tempo te bepalen. Zorg ervoor dat er een heldere en verstaanbare methodiekbeschrijving voorhanden is, zodat het voor alle betrokken partijen (cliënt, case manager en hulpverleners) duidelijk is wat case management concreet inhoudt alvorens te starten met de begeleiding. Het is belangrijk de cliënt zelf voldoende informatie te verschaffen omtrent de methodiek, zodat hij hier geen onrealistisch beeld over heeft of verwachtingen heeft die onmogelijk ingelost kunnen worden. Tegen het einde van het eerste gesprek dient beslist te worden of men met het gestructureerde case management proces wil verder gaan. Wanneer de cliënt hiermee instemt, wordt best een contract/geïnformeerde toestemming ondertekend waardoor de werkrelatie tussen cliënt en case manager formeel bevestigd wordt. De case manager engageert zich om de cliënt de nodige ondersteuning te bieden en de cliënt verbindt er zich toe om mee te werken. Beëindig het eerste gesprek met duidelijke afspraken zodat de cliënt weet waar hij aan toe is. Wees hierbij realistisch en doe geen beloften die je niet kan waar maken. Bespreek hoe er contact gezocht zal worden, bijvoorbeeld ook wanneer het de cliënt niet lukt om zijn afspraken na te komen.

Wanneer de cliënt niet geïnteresseerd is in case management, wordt geprobeerd hem zo goed mogelijk door te verwijzen naar een vorm van ondersteuning of hulpverlening die aansluit bij zijn hulpvraag.

5.2. De vijf basisfuncties van een case manager

Flexibiliteit is één van de belangrijkste kenmerken van een goede case manager, gezien de geïndividualiseerde en cliëntgerichte aanpak op maat kan de concrete hulp- en dienstverlening verschillende vormen aannemen. Het takenpakket van een case manager varieert, maar volgende vijf basisfuncties geven de kerntaken goed weer:

1. Beoordeling van problemen, behoeften, sterktes en mogelijkheden van cliënten (assessment);
2. Planning, inclusief het formuleren van doelstellingen en het opstellen van een zorgplan;
3. Toeleiding naar en koppeling aan hulp- en dienstverlening (linking)
4. Belangenbehartiging (advocacy);
5. Het volgen, evalueren en bijstellen van de zorg (monitoring)

Naast deze vijf basisfuncties kan een case manager ook een aantal dienstverlenende taken uitvoeren (bv. praktische hulp bij huisvesting), maar de primaire begeleiding en behandeling (zowel medisch als psychosociaal) gebeurt vooral door andere professionelen. Case management is dan ook veel meer een ondersteunende dan een vervangende werkvorm ten overstaan van andere diensten en voorzieningen.

5.2.1. Assessment en behoefte-analyse

- Assessment is als het ware een verzamelaar voor alle activiteiten die voorafgaan aan het opstellen of bijsturen van een zorgplan. De assessmentfase bestaat uit een inventarisatie van de sterktes en zwaktes van een cliënt, waarbij zowel biografische, psychische, sociale als medische aspecten bekeken worden.
- Heb oog voor de sterktes en mogelijkheden van cliënten en voor hulpbronnen in hun omgeving (informeel netwerk). Focus niet louter op problemen en zwaktes, want intacte leefgebieden en zaken waar cliënten goed in zijn, vormen vaak een belangrijke hefboom in functie van verandering of consolidatie van deze veranderingen.
- Opgelet met het opvragen van informatie bij andere diensten. Het kan handig zijn om een persoon niet zijn volledige verhaal opnieuw te moeten laten doen (bv. gebruiksgeschiedenis), maar we dienen alert te zijn voor mogelijke vertekeningen in dit beeld en vooroordelen als gevolg van voorafgaande negatieve ervaringen met de cliënt. Het uitgangspunt moet steeds het verhaal van de cliënt zijn. Uiteraard dient elke uitwisseling van informatie conform de wetgeving op het (gedeeld) beroepsgeheim te gebeuren (Schellaert, 2010)
- Probeer een manier van assessment te zoeken die past bij het doelpubliek en waar cliënten zich comfortabel bij voelen.
- Naast het gebruik van een beperkt aantal standaardinstrumenten is het belangrijk om tijdens de assessmentfase aandacht te hebben voor de persoonlijke verhalen en ervaringen van cliënten en voor de specifieke vaardigheden die ze ontwikkeld hebben om met bepaalde problemen om te gaan. Actief luisteren, het stellen van open vragen, samenvatten en het geven van feedback zijn enkele gesprekstechnieken die hier toegepast kunnen worden.

- Heb aandacht hebben voor de gehele leefsituatie van de cliënt en focus niet enkel op het druggebruik en wat daarmee samenhangt.
- Leg tijdens de assessmentfase vooral de focus op het hier en nu (pragmatisch) en vermijd “therapeutische sessies”. Vooral de actuele situatie van de cliënt is van belang. Het is niet de bedoeling een gedetailleerde levensgeschiedenis op te stellen, laat staan deze te analyseren.
- Eventueel kan er bijkomend diagnostisch onderzoek gepland worden rond bepaalde specifieke problemen (bv. psychiatrische problemen, gedragsproblemen bij één van de kinderen, ...).
- De assessmentfase dient uit te monden in een behoefteanalyse. Case manager en cliënt bakenen samen de hulpvra(a)g(en) af en de case manager geeft aan welke ondersteuning/hulp hij zelf zal bieden en voor welke aspecten andere diensten ingeschakeld zullen worden. Bij het definiëren van de hulpvraag heeft de cliënt steeds het laatste woord. Hij dient te beslissen in hoeverre hij zijn leven al dan niet kan/wil veranderen.
- Assessment zal zelden beperkt blijven tot één moment. Vaak zal het door de cliënt als te belastend ervaren worden om de assessment op één moment geheel te doorlopen. Centraal staat het feit dat men gedurende de assessment en behoefte-analyse de relatie met de cliënt dient uit te bouwen.

5.2.2. Doelbepaling en het opstellen van een handelingsplan

- Op basis van de klachten, hulpvraag, sterktes en doelstellingen van de cliënt wordt een persoonlijk zorgplan ontwikkeld dat doelstellingen omvat op korte en lange termijn. Deze doelen hebben betrekking op de verschillende levensdomeinen waarop de cliënt ondersteuning nodig heeft.
- Het handelingsplan omvat idealiter alle geïnventariseerde problemen van de cliënt en bijhorende doelstellingen waar naartoe gewerkt kan worden.
- Stel van bij het begin – niet achteraf – heldere doelstellingen voorop en volg deze op
- Een cliëntgerichte manier van doelbepaling, gebaseerd op de noden van de cliënt, blijkt één van de voornaamste componenten van effectief case management. Het opstellen van een handelingsplan dient dan ook steeds in samenspraak met de cliënt te gebeuren, en niet door de case manager en/of andere hulpverleners alleen. De kans is klein dat doelen door de cliënt nagestreefd worden, als deze niet het gevoel heeft dat het zijn eigen doelstellingen betreft.
- Het is altijd handig zijn om in deze fase te overleggen met andere betrokken hulpverleners, zodat het zorgplan niet botst met de verwachtingen of aanpak van andere hulpverleners.
- Bepaal zowel doelstellingen op korte als op lange termijn, zodat cliënten ook vooruit kijken en perspectief hebben op langere termijn. Doelen bepalen is meer dan op korte termijn brandjes blussen!
- Globale doelstellingen per leefgebied zijn richtinggevend, maar concrete en duidelijk geformuleerde subdoelstellingen zijn noodzakelijk teneinde ze nader te operationaliseren. Hanteer hierbij het SMART-principe: doelen moeten Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgebonden zijn.
- Tevens moet duidelijk zijn op welke wijze de doelstellingen gerealiseerd zullen worden: wie doet wat, wanneer, hoe lang, op welke manier en met welk einddoel?

- Formuleer doelstellingen op een positieve manier; verwoord doelstellingen als iets dat bereikt kan worden, eerder dan iets dat vermeden moet worden.
- Indien cliënten uit een crisissituatie komen, is het belangrijk cliënten de nodige ruimte en rust te gunnen om na te denken over doelen die zij op langere termijn willen verwezenlijken. Bij de case manager is vaak sprake van een tweestrijd tussen enerzijds het oplossen van acute problemen en anderzijds het werken aan lange termijndoelen. Crisisinterventie houdt het risico in dat de cliënt zich achteraf niet meer laat zien, het negeren van acute problemen kan echter ook een negatief effect hebben op de therapietrouw van cliënten.
- Het is irrealistisch om aan veel doelen tegelijk te werken. Bepaal daarom prioritaire doelen (vanuit het perspectief van de cliënt) en ga hiermee alvast aan de slag. Starten met relatief kleine, haalbare doelstellingen heeft als bijkomend voordeel dat deze het vertrouwen van de cliënt (in de case manager) bevorderen.
- De alcohol- en drugsproblematiek is slechts één van de leefgebieden waarvoor doelstellingen geformuleerd kunnen worden (cf. tabel 1). Soms zijn doelstellingen op andere leefgebieden (bv. het vinden van dagbesteding, huisvesting) prioritair, indien iemand zijn gebruik wil stoppen of verminderen. De tabel geeft summier aan dat per leefgebied een sterkte-zwakte analyse nodig is, die aanleiding kan zijn voor het formuleren van doelstellingen met bijhorende subdoelen. Tevens moet in een handelingsplan aangegeven worden op welke manier (cf. wie, wat, wanneer, hoe, ...) deze doelstelling gerealiseerd en geëvalueerd zal worden.
- Opvolging en evaluatie van de vooropgestelde, meetbare doelstellingen is noodzakelijk om de aanvankelijke doelstellingen bij te sturen of eventueel nieuwe doelstellingen te formuleren. Aldus wordt ook duidelijk wanneer niet langer rond een bepaald leefgebied gewerkt moet worden.

Leefgebied	Sterkte-zwakte analyse	Doelstelling	Subdoel(en)	Strategie	Evaluatie
1. Lichamelijke gezondheid					
2. Arbeid en opleiding					
3. Alcohol- en druggebruik					
4. Justitiële situatie					
5. Familie en sociale relaties					
6. Psychisch welzijn					
7. Huisvesting					

Tabel 1: Vereenvoudigd voorbeeld van een handelingsplan, inclusief doelstellingen, werkwijze en evaluatie

Druggebruikers weten over het algemeen wel benodigde hulp- en dienstverlening te identificeren, maar ervaren dikwijls problemen bij het effectief en efficiënt gebruik maken ervan. Het is hier dat de functies linking, advocacy en monitoring een belangrijke rol spelen.

5.2.3. Linking

- Het is niet de opdracht van de case manager om alle dienstverlening zelf aan te bieden, eerder om de cliënt in contact te brengen met de geschikte hulpverlening (linking). Wanneer bepaalde ondersteuning niet voorhanden is, kan de case manager deze eventueel zelf aanbieden (directe dienstverlening)

- Linking zorgt er voor dat cliënten in contact gebracht worden met de ondersteuning die beantwoordt aan hun noden. Linking gaat dus verder dan enkel het verstrekken van een referentielijst en een aantal mogelijke instanties waarop men een beroep kan doen
- Linking gebeurt vaak telefonisch waarbij de case manager contact opneemt met verschillende initiatieven of voorzieningen. Andere keren gaat het om het deelnemen aan vergaderingen, het schrijven van brieven, het bezoeken van instellingen, ... Alvorens als case manager effectief contact op te nemen met een mogelijke instantie, is het belangrijk om eerst potentiële obstakels na te gaan die zich kunnen voordoen
- Het is belangrijk om als case manager zicht te hebben op beschikbare bronnen (formeel en informeel) ter ondersteuning van een cliënt. Het structureel betrekken van het informeel netwerk van een cliënt kan vaak een ondersteunende factor zijn voor de cliënt en zijn motivatie tot verandering ten goede komen. Linking heeft tot doel een netwerk te ontwikkelen dat voorziet in de nodige ondersteuning voor de cliënt
- Outreaching kan een geschikte methodiek zijn om ervoor te zorgen dat het verwijzen naar bepaalde diensten ook effectief wordt opgevolgd
- Het is belangrijk dat de case manager beschikt over voldoende kennis over bestaande hulpverleningsinstanties in de verschillende sectoren (bv. geestelijke gezondheidszorg, jeugdbijstand, maatschappelijke opvang). Ervaring in het werkveld is hier een pluspunt
- Naast linking hebben case managers die een intensief model van case management toepassen een belangrijke coördinerende taak en moeten ze zorgen voor de afstemming van de verschillende interventies, zodat deze als een samenhangend geheel ervaren worden. De case manager is een soort brugfiguur, die voor de afstemming tussen voorzieningen zorgt en bewaakt dat de nodige hulp (in overeenstemming met het handelingsplan) geleverd wordt
- Case managers hebben de rol van facilitator en coördinator van het veranderingsproces, waarbij verschillende diensten en hulpverleners, met vaak tegenstrijdige intenties en verwachtingen betrokken zijn. Daarom is het belangrijk om als case manager de eigenheid van een voorziening te respecteren en duidelijk te stellen wat de opdracht en bevoegdheid van een case manager is. Vaak bestaat er hier onduidelijkheid over: opvolgen en coördineren en niet begeleiden staat centraal
- Met betrokken diensten kunnen gezamenlijke overlegmomenten georganiseerd worden om de samenwerking te bevorderen
- De case manager is verantwoordelijk voor het uitwisselen van informatie over het hulpverleningsproces van de cliënt. Let op dat wanneer cliëntinformatie uitgewisseld wordt, dit steeds met medeweten en uitdrukkelijke toestemming van de cliënt gebeurt. Het uitoefenen van de functie van case managers is niet steeds even gemakkelijk. Niet alle instellingen zijn even gewillig om informatie uit te wisselen over het hulpverleningsproces van hun cliënten. Ook wanneer de visie van een voorziening naar waar wordt doorverwezen niet strookt met de visie van de case manager of cliënt. De case manager zal ook hier moeten streven naar het opbouwen van wederzijds vertrouwen, waardoor efficiënte samenwerking mogelijk wordt
- Let erop dat je als case manager je eigen opdrachten en plichten consistent vervult. Probeer andere hulpverleners te ondersteunen in hun werk door bijvoorbeeld nuttige adressen en informatie door te geven. Wees transparant en bereid tot overleg en samenwerking
- Linking en coördinatie brengen met zich mee dat de ondersteuning niet stopgezet wordt op het moment dat de cliënt wordt doorverwezen of opgenomen, maar dat er net een belangrijke taak is weggelegd voor de case manager bij het actief opvolgen en ondersteunen van dit proces

5.2.4. Advocacy of belangenbehartiging

- Advocacy verwijst naar alle activiteiten die bedoeld zijn om iets gerechtvaardigd te bekomen voor de cliënt en hierbij zijn belangen te behartigen. Advocacy heeft tot doel om bij te dragen tot vooropgestelde doelen die deel uitmaken van het handelingsplan van de cliënt, niet om de cliënt constant “zijn goesting te geven”
- Advocacy omvat onder meer het opkomen voor de cliënt wanneer bepaalde afspraken of verplichtingen niet nagekomen worden of wanneer een cliënt bepaalde basisrechten ontzegd of geweigerd worden (bv. wanneer iemand een huurhuis geweigerd wordt omwille van zijn/haar drugproblematiek of niet opgenomen kan worden omwille van ervaringen tijdens vroegere behandelingsperiodes)
- Vaak gaat advocacy om het te niet doen van mythen en vooroordelen die aanwezig zijn in het werkveld of bij het grote publiek of om het verbeteren van de negatieve interacties tussen een cliënt en een dienstverlenende instantie
- Het is belangrijk om als case manager het evenwicht te bewaken tussen de belangen van de cliënt en deze van de voorziening
- Gezien de dichte betrokkenheid van de case manager bij de cliënt is het zinvol om regelmatig in het kader van supervisie met derden het eigen gedrag in vraag te stellen en aandacht te hebben voor het perspectief van de ‘andere partij’ (in vele gevallen de betrokken hulpverleningsinstantie). Dit kan eveneens bewaakt worden door regelmatig overleg tussen organisaties (bv. cliëntenoverleg, transversaal overleg), waarbij dergelijke zaken besproken kunnen worden met aandacht voor de basisprincipes van een organisatie of voorziening
- Vaak is het moeilijk om als case manager een evenwicht te vinden tussen de belangen van de instelling en die van de cliënt. Door een open houding en wederzijds respect kunnen conflicten vaak vermeden worden. Op die manier ervaren diensten ook dat het niet per se de bedoeling is van andere voorzieningen om tegendraads te doen, maar wel om constructief samen te werken in het belang van de cliënt
- Bewaak dat de cliënt niet afhankelijk wordt van de case manager. Case management is een tijdelijke interventie en het is de bedoeling dat de cliënt daarna alleen verder kan. Het zelfstandig functioneren van de cliënt en diens zelfbepaling en autonomie dienen voorop te staan. Neem geen zaken over die de cliënt zelf kan doen, maar bied net de nodige ondersteuning opdat hij deze zaken (in de toekomst) zelf zou kunnen doen. De vaardigheden van de cliënt om zelf dingen te doen, moeten dan ook zoveel mogelijk gestimuleerd worden

5.2.5. Monitoring

- Monitoring betreft de opvolging van het zorgenplan en van het hulpverleningsproces in zijn geheel. Bij case management is zelden sprake van een lineair, chronologisch traject, maar dient het hulpverleningsproces constant bijgestuurd en aangepast te worden
- Naast het opstellen van een handelingsplan is het belangrijk om op geregelde tijdstippen de vooropgestelde doelstellingen te evalueren, na te gaan of het handelingsplan wordt opgevolgd en dit eventueel aan te passen (omdat de situatie van de cliënt in tussentijd veranderd is). Er is nood aan duidelijke evaluatiecriteria om het succes van de vooropgestelde doelen te kunnen nagaan

- Het hulpverleningsproces is een dynamisch proces en monitoring is dan ook een constante opdracht. Zodra men afwijkingen opmerkt tussen de doelbepaling, de hulp- en veranderingsplanning en de uitvoering dient men in te grijpen
- Naast het blootleggen van mogelijke hiaten in het hulpverleningsproces, helpt monitoring ook om zowel cliënt als case manager zicht te geven op de vooruitgang die reeds geboekt is
- Wanneer doelen niet bereikt worden moet de case manager zich de volgende zaken afvragen:
 - Heb ik de motivatie van de cliënt verkeerd ingeschat?
 - Is er bij de assessment een aspect onbehandeld gebleven dat later pas bekend geraakt is?
 - Was de geleverde hulp niet adequaat?
 - Waren de doelen onrealistisch?
- Wanneer het proces niet verloopt zoals gewenst, is het belangrijk om de verantwoordelijkheid ook terug te spelen naar de cliënt. De case manager heeft in dit proces een ondersteunende rol. Het kan zijn dat de case manager op een gegeven moment even moet ingrijpen en voor het welzijn van de cliënt een aantal dingen moet overnemen, maar dit gebeurt bij voorkeur enkel tijdelijk
- Het is handig om bij intensief case management op geregelde tijdstippen – ongeveer elke 2 à 3 maand – een systematische bevraging te doen van de procesvoortgang. Systematische en adequate monitoring zorgt voor een betere continuïteit van de zorg en ondersteuning
- Het verloop van het hulpverleningsproces dient steeds samen met de cliënt nagegaan te worden. Het kan zinvol zijn om hierbij een beroep te doen op een aantal externe hulpverleners, doch houd er rekening mee dat het samenbrengen van verscheidene hulpverleners geen eenvoudige opdracht is

5.2.6. Evaluatie en afronding

- De afronding van het case management is een proces op zich, geen acute of plotse gebeurtenis
- Het is belangrijk om hier naar toe te werken en het case management op een formele manier af te sluiten. Het is niet aangewezen dit te laten doodbloeden op het moment dat de cliënt niet meer op de afspraak komt. Men moet steeds proberen om tot een afsluitend gesprek komen
- Een formele evaluatie moet deel uitmaken van de afrondingsfase. Het volledige hulpverleningsproces wordt overlopen (met aandacht voor het bereiken van doelstellingen, de geschiktheid van de interventies en tevredenheid van de cliënt) en ook de vorderingen, groei en verwezenlijkingen van de cliënt worden besproken
- Door het voorop stellen van doelstellingen is het achteraf gemakkelijker om te bepalen wanneer het gewenst is een bepaalde begeleiding af te ronden, gezien de realisatie van het handelingsplan de belangrijkste indicator is voor deze beslissing
- Het stopzetten van case management mag geen eenzijdige beslissing zijn, maar dient steeds in overleg met de cliënt te gebeuren. Het is aangewezen van bij het eerste contact goede afspraken te maken hoelang (hoeveel sessies) case management in beslag zal nemen.
- Case management kan stopgezet worden op het moment dat een cliënt in staat is onafhankelijk te functioneren en over voldoende vaardigheden beschikt om op eigen

benen te staan. In de praktijk blijkt dit gezien de chronische problematiek van veel alcohol- en druggebruikers niet evident en biedt kortdurend case management enkel de mogelijkheid om duidelijkheid te verkrijgen over hun situatie en hen uit een zekere impasse te helpen. In deze gevallen dient gezocht naar een vorm van langdurige opvolging en ondersteuning.

- Het is belangrijk om bij afronding aandacht te hebben voor de mogelijkheden van de cliënt om in de toekomst op eigen houtje juiste ondersteuning te (blijven) ontvangen. Het is niet alleen zaak deze mogelijke perspectieven te bespreken en eventueel op te starten, maar ook om hierbij opvolging en continuïteit te voorzien (die beantwoordt aan de noden van de cliënt). Transitie momenten in het zorgsysteem leiden immers vaak tot het verbreken van hulpverleningscontacten en tot het stopzetten van een behandeling, met hervatting als mogelijk gevolg (Wolf & Buitendijk, 2010).

Aan de case managers werd ten slotte gevraagd te reflecteren op enkele mogelijke criteria op basis waarvan goed case management zich zou kenmerken en die m.a.w. gehanteerd zouden kunnen worden bij een evaluatie van de verschillende case management projecten. Door het merendeel van de case managers werkzaam binnen de pilootprojecten wordt gewezen op het feit dat een evaluatie op basis van vooropgestelde criteria bemoeilijkt kan worden door het gebrek aan uniformiteit over de verschillende projecten heen. Ieder project zit ingebed in een eigen context (regio, doelgroep, afdeling) en ook deze dient in rekening te worden gebracht indien men een evaluatie beoogt. Door de case managers werkzaam binnen de overige projecten worden een nauwe samenwerking met andere voorzieningen, het identificeren en mobiliseren van informele netwerkleden, een intensieve en langdurige opvolging, vraaggestuurde ondersteuning en bereikbaarheid benoemd als belangrijke criteria van goed case management.

REFERENTIES

Anthony JC, Helzer JE : Epidemiology of drug dependence. . In: MT Tsuang & M Tohen, *Textbook in psychiatric epidemiology*, pp.479-561. New York : Wiley, 2002.

Bruffaerts R, Demyttenaere K, Claes S. Urgentiepsychiatrie in België. Een uitdaging voor de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2008; 50: 35-39.

Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K : Attenders of a University Hospital Psychiatric Emergency Service in Belgium : General Characteristics and Gender Differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 146-154.

Bruffaerts R, Bonnewyn A, Demarets S, Van Oyen H, Demyttenaere K : Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking. Resultaten van de European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Tijdschrift voor Geneeskunde* 2004; 60: 75-85.

Carey KB : Substance use reduction in the context of outpatient psychiatric treatment : a collaborative, motivational, harm reduction approach. *Comm Mental Health J* 1996; 32: 291-306.

Daniulaityte, R., Siegal, H.A., Carlson, R.G., Kenne, D.R., Starr, S., DeCamp, B. (2004). Qualitative epidemiologic methods can improve local prevention programming among adolescents. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 48(2):73-83.

Day NL, Homish GG : The epidemiology of alcohol use, abuse, and dependence. In: MT Tsuang & M Tohen, *Textbook in psychiatric epidemiology*, pp.459-478. New York : Wiley, 2002.

De Maeyer, J., Cole, S., Franssen, A. & Vanderplasschen, W. (2007). *Kwalitatieve evaluatie van 10 jaar zorgcoördinatie en case management in de Oost-Vlaamse drughulpverlening: een rondvraag bij hulpverleners en cliënten* (Orthopedagogische Reeks Gent, nummer 29). Gent: vzw OOBBC.

Geenens, K., Vanderplasschen, W., Broekaert, E., De Ruyver, B. & Alexandre, S. (2005). *Tussen droom en daad: Implementatie van case management voor druggebruikers binnen de hulpverlening en justitie / Entre rêve et action: Implémentation du case management pour usagers de drogues dans le secteur de la santé en le secteur judiciaire*. Gent: Academia Press.

Graham, K. & Timney, C. (1990). Case management in addictions treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 7(3), 181-188.

Knapen, J., & Van Holsbeke, J. (1997). Een masterplan voor de organisatie en inhoudelijke vernieuwing van de geestelijke gezondheidszorg. Situering van en toelichting bij twee adviezen van de nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen. *Hospitalia*, 41(4), 148-154.

Morse, G.A., Calsyn, R.J., Klinkenberg, W.D., Helminiak, T.W., Wolff, N., Drake, R.E., et al. (2006). Treating homeless clients with severe mental illness and substance use disorders: Costs and outcomes. *Community Mental Health Journal*, 42, 4, 377-404.

Morgenstern, J., Neighbors CJ, Kuerbis A, Riordan, A., Blanchard, KA., McVeigh, K.H. (2009). Improving 24-Month Abstinence and Employment Outcomes for Substance-Dependent Women Receiving Temporary Assistance for Needy Families With Intensive Case Management. *American Journal of Public Health*, 99, 2, 328-333.

Moxley, D. (1989). *The practice of case management (Sage Human Services Guides Vol. 58)*. Newbury Park: Sage publications.

Prochaska, J., DiClemente, C., & Norcross, J. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.

Rapp, R.C. (2007). Strengths-based case management: Enhancing treatment for persons with substance abuse problems. In: Saleebey (Ed.). *The Strengths perspective in social work practice*. Boston: Pearson Education, 128-147.

Rapp, R.C. (2011). *Effectiveness of strengths-based case management with substance abusers throughout the continuum of care* (niet-gepubliceerde doctoraatsverhandeling). Ghent: Ghent University, Department of Orthopedagogics.

Rapp, R.C., Otto, A.L., Lane, D.T., Redko, C., McGatha, S., & Carlson, R.G. (2008). Improving linkage with substance abuse treatment using brief case management and motivational interviewing. *Drug and Alcohol Dependence*, 94, 172-182.

Schellaert, R. (2010). *Wat ervan te zeggen? Informatie en beroepsgeheim binnen het ortho-en sociaalagogisch werkveld*. Antwerpen: Intersentia.

Siegal, H.A., Carlson, R.G., Kenne, D.R., Starr, S., Stephens, R.C. (2000). The Ohio Substance Abuse Monitoring Network: Constructing and Operating a Statewide Epidemiologic Intelligence System. *American Journal of Public Health*, 90(12):1835-1837.

Siegal, H.A., Carlson, R.G., Kenne, D.R., Swora, M.G. (2003). Probable Relationship Between Opioid Abuse and Heroin Use [Letter to the Editor]. *American Family Physician*, 67(5):943-944.

Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA) (1998). *Comprehensive case management for substance abuse treatment* (TIP Series 27). Rockville: U.S. Department of Health and Human Services.

Vanderplasschen, W. & De Maeyer, J. (2007). The practice of case management for substance abusers: what's in a name? *Adiktologie*, 7(4), 460-469.

Vanderplasschen, W., Rapp, R.C., Wolf, J., & Broekaert, E. (2004). The development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe. *Psychiatric Services*, 55(8), 913-922.

Vanderplasschen, W. & Schittekatte, M. (2011). *Orthopedagogische diagnostiek, handelingsplanning en methoden*. Gent: Academia Press.

Vanderplasschen, W. & Wolf, J. (2005). Case management bij drugsverslaafden: ABC voor implementatie en praktijk. *Tijdschrift Verslaving*, 1, 66-78.

van Doorn, L., van Etten, Y. & Gademan, M. (2008). *Outreaching werken: Handboek voor werkers in de eerste lijn*. Uitgeverij Coutinho: Bussum.

van Riet, N. & Wouters, H. (2000). *Casemanagement: een leer- en werkboek over de organisatie en coördinatie van zorg-, hulp- en dienstverlening*. Assen: Van Gorcum.

Wolf, J., Mensink, C., van der Lubbe, P. & Planije, M. (2002). *Case management voor langdurig verslaafden*. Utrecht: GGZ-Nederland/Trimbos-instituut.

Wolf, J. & Buitendijk, J. (2010). *Critical time intervention in de maatschappelijke opvang*. Nijmegen: UMC St-Radboud, Onderzoekscentrum Maatschappelijke zorg.

Yates, R. & Gilman, M. (1990). *Seeing more drug users: Outreach work and beyond*. Manchester: Lifeline Project.

APPENDICES

Appendix 1: Vragenlijst voor vergelijkende kostenmeting bij de vijf Crisis Interventie Centra in Vlaanderen

1. Hoeveel bedden zijn er voorzien voor crisisopvang?

[_____]

Hoeveel bedden zijn er in totaal?

[_____]

DEZE VRAGENLIJST HEEFT ENKEL BETREKKING OP DE BEDDEN VOOR CRISISOPVANG

→ Bereken onderstaande gegevens op basis van het percentage dat de bedden voor crisisopvang innemen op de dienst.

2. Hoe wordt de dienst hoofdzakelijk gefinancierd?

[_____] (cijfer van 1 tot 6, naargelang opties onder)

Duid naast elke optie de verdeling percentages aan

- | | |
|--|----------|
| 1= diensten betaald door patiënt/cliënt (gefactureerde ligdagen) | [_____]% |
| 2= private financiering buiten patiënt/cliënt | [_____]% |
| 3= federale financiering binnen ziekteverzekering | [_____]% |
| 4= federale financiering buiten ziekteverzekering | [_____]% |
| 5= financiering door gewest | [_____]% |
| 6= andere | [_____]% |

Indien andere, specificeer en geef aan hoeveel dit bedraagt:

3. Wat zijn de totale PERSONEELSKOSTEN voor de werkgever (brutoloonkosten+patronale bijdrage) + % tewerkstelling van elke personeelslid binnen de dienst van het afgelopen kalenderjaar (2008)?

ENKEL VOOR CRISISBEDDEN

FUNCTIE TEWERKGESTELD	BRUTO LOONKOST	%
_____	[_____]	[_____]
_____	[_____]	[_____]
_____	[_____]	[_____]
_____	[_____]	[_____]

5. Hoeveel bedragen de WERKINGSKOSTEN van de dienst voor het afgelopen kalenderjaar (2008)?

Indien deze diensten uitbesteedt worden, noteer aan wie + totale aangerekende kost:

1= externe diensten (vb Electrabel, Cleaning Masters, ...)

2= overkoepelend zorginstelling (vb ziekenhuis)

Kruis aan welke van deze kosten **NIET** in de conventie opgenomen worden en dus een kost vormen bovenop het geënvelopeerde bedrag.

AARD v/d KOST	Uitbesteedt?	Conventie?	TOTALE KOSTEN
Poetsdiensten	[]	[]	[]euro
Energievoorziening	[]	[]	[]euro
Watervoorziening	[]	[]	[]euro
Reparatiewerken	[]	[]	[]euro
Veiligheidsdiensten	[]	[]	[]euro
Transportdiensten	[]	[]	[]euro
Kinderopvang	[]	[]	[]euro
Administratieve ondersteuning	[]	[]	[]euro
Opleiding personeel	[]	[]	[]euro
Verzekering	[]	[]	[]euro
Afvalverwerking	[]	[]	[]euro
Leasing	[]	[]	[]euro
Reclamebureau	[]	[]	[]euro
Andere diensten voor consultancy*	[]	[]	[]euro
Welzijnsvoorzieningen	[]	[]	[]euro
Medische verzorging	[]	[]	[]euro
Onderhoudsproducten	[]	[]	[]euro
Medicatie	[]	[]	[]euro
Medische toestellen	[]	[]	[]euro
Kantoorbenodigdheden	[]	[]	[]euro
Voedsel (niet voor patiënten)	[]	[]	[]euro

Post [] [] []euro
Andere:_____ [] [] []euro
Andere:_____ [] [] []euro
Andere:_____ [] [] []euro

*Indien gegeven, vul een gedetailleerde lijst in achteraan (vraag 11)

6. Werd één van deze diensten kosteloos verkregen?

[] 0 =nee

1= ja

Zo ja, wat is de bron van financiering?

Wat is de geschatte waarde van de geleverde diensten? [] X =
onbekend

7. a) Is er een huurovereenkomst voor de gebruikte gebouwen?

[] 0=nee

1= ja

b) Hoeveel bedroeg de totale huurkost voor het afgelopen kalenderjaar?

[]euro 0= onbekend

8. a) Werd er het afgelopen kalenderjaar kosteloos materiaal verkregen door de dienst?

[] 0 = nee 1 = ja

b) Wat is de geschatte waarde van dit materiaal? []euro 0=
onbekend

9. a) Voor welk bedrag (totale jaarlijkse kost) werden er materialen afgeschreven het afgelopen kalenderjaar?

[]euro

Indien geen: noteer "0"

b) Welke methode werd hiervoor gebruikt? [] 1= progressief

2=degressief

3= lineair

c) Is deze kost inbegrepen in de conventie? [] 0=nee

1= ja

10. a) Voor welk bedrag (totale jaarlijkse kost) werden er gebouwen afgeschreven het afgelopen kalenderjaar?

[_____]euro

Indien geen: noteer "0"

b) Welke methode werd hiervoor gebruikt? [____] 1= progressief

2=degressief

3= lineair

c) Wordt deze kost opgenomen in de conventie? [____] 0=nee

1= ja

11. Welke diensten van externe consultancy werden ontvangen het laatste kalenderjaar?

FUNCTIE	AANTAL UUR	LOON/UUR	TOTAAL
_____	[_____]	€ [_____]	€ [_____]
_____	[_____]	€ [_____]	€ [_____]

12. Zijn er nog andere kosten die de dienst maakt, die in de vragenlijst niet opgenomen werden?

Welke zijn dit (verklaar)? Geef de totale kost aan per kost.

_____ [_____]euro

_____ [_____]euro

_____ [_____]euro

_____ [_____]euro

APPENDIX 2

BOOMSTRUCTUUR INTERVIEWS

CRISIS

intensiteit
 acut/urgent
 geen crisis
 niet acut/ niet urgent

problemen
 andere??? problemen
 middelenprobleem
 huidig probleem
 beleving
 omgeving
 persoon
 geb/sit (op versch domeinen)
 domeinen
 financieel
 huisvesting
 justitie
 sociaal
 werk

 plots
 toestand persoon
 gedragmatig
 psychiatrisch
 psychologisch
 somatisch

specifieke kenmerken
 adaptatie
 decompensatie
 kans/pos-neg uitkomst
 verstoord evenwicht
 voorbijgaand

CRISISOPVANG

AANPAK

 cliëntgerichtheid/ maatzorg
 drugvrij
 multidisciplinair
 open
 patiëntparticipatie
 follow-up
 dialogoog
 dienst
 advies
 contact
 coördinaten
 ervaring patiënt

informatie
keuzemogelijkheden
voorkeur patiënt
woonplaats patiënt
patiënt
contact leggen
eindbeslissing
medisch psychiatrisch
dialogoog
erkenning patiënt door dienst
ervaring patiënt
informatie
keuzemogelijkheden
luisteren
wens patiënt
mogelijkheden patiënt
aanvraag consultatie
aanvraag evaluatie
medicatie
keuze
weigering
verantwoordelijkheid dienst
eindbeslissing
opvolging
therapeutisch
deelname
co-therapeut
verplicht
vrijwillig
dialogoog
dienst
erkenning patiënt
capaciteit
hulpvraag
initiatief
keuze
motivatie
opinie
stimulatie tot deelname
voorwaarden
contract
gn (acute) pathologie
gn gerechtelijke opname
snelheid
weinig exclusiecriteria
AANVANG
redenen niet opname
negatief
geen frustratietolerantie
geen geld

geen identiteitsbewijs
geen mot/veranderingsvraag
geen verzekering
niet Nederlandstalig

positief

acute problematiek
agressie
agressie vorige opname
anti-sociale persoonlijkheid
collocatie
dealen
middelenprobleem
 illegale middelen
 toxicomanie
eerdere opnames dienst
gebruik vorige opname
justitiële problemen
koppel
leeftijd
psychiatrische problematiek
sociale problematiek
somatische

redenen opname

aangetast functioneren
aanmelding
acute manifestatie crisis
dakloosheid
drugprobleem
eerdere ervaringen zorg
fysisch probleem
gebeurtenis
hulpvraag
motivatie verandering
nooit eerder op dienst
ontmoeten team/openstellen voor
psychiatrische problemen

DOEL

diagnostelling
doorverwijzing
herval voorkomen
inzicht
lichamelijke ontwenning
motivatie
 behandeling
 stop gebruik
oriëntatie
rust
snel handelen
sociale reïntegratie
structuur

INHOUD

vermijden hospitalisatie
zorgtraject installeren

acties bij niet-opname

adviezen

ambulante zorg

bed - schuiven

coördinaten

doorverwijzing

extern ambulante

extern residentieel

intern

geen actie

isolatiekamer

telefonisch contact

wachtrij

basiszorg

case management

contact post-opname

case management

geen contact

plaats

redenen

crisis nog niet voorbij

crisis snel voorbij

evaluatie

opvolging

overbrugging

patiënt

problematische doorverwijzing

vroegtijdige stopzetting

voorwaarden

geen illegale middelen

geen stopzetting door patiënt

postbehandeling in setting

vorm

consulten

medicatieverstrekking

telefoongesprek

wandeling

wie

arts

case manager

ergotherapeut

ervaringsdeskundige

psychiater

psycholoog

sociale dienst

systeemtherapeut

verpleging

context in kaart
betrekken significante anderen
genoten zorg
heden
verleden
justitiële situatie
leefomstandigheden
sociale situatie
werksituatie

detoxificatie
diagnostiek
doorverwijzing
gemeenschapsleven
inschatting toestand
medicamenteuze ondersteuning
motivationaleel werken
observatie
peilen naar motivatie patiënt
praten/ dialoog
probleemidentificatie
sociale administratie

ORGANISATIE

aanmelding
onrechtstreeks
spoed
rechtsreeks

actie voor opname
aanwezigheid bij uitpakken
check bagage
check i.f.v. isolatie
check i.f.v. toestand patiënt
check i.f.v. vermoeden
check kledij
doktersbezoek
douche
geen foullering
leegmaken zakken

afdeling
bedden
crisisbedden (afdeling)
nood bedden (extra)

bespreking patiënt
formeel
informeel/ overdracht

contact
bezoek
bezoeksduur
geen voorwaarden
i.f.v. middelenproblematiek pt
niet toegelaten

opportuniteit
 uitzonderingen
 kinderen
 voorwaarden
 beperkt aantal bezoekers
 bezoekers
 afdelingsregels respecteren
 geen middelengebruikers
 geen middelen meenemen
 nuchter
 ouders
 staan dichtbij patiënt
 verwant
 goedkeuring team
 na bepaalde periode
 onder begeleiding
 op voorhand afspraak
 patiënt niet onder invloed
 tijdstip
 wens patiënt
 telefonisch contact
 intake
 geen intakegesprek
 intakegesprek
 intervisie
 begeleiding
 bepaald moment
 continu/ geen bepaald moment
 geen intervisie
 modules
 personeel
 samenwerking
 extern
 intern
 stopzetting door schorsing
 verblijfsduur
 bepaald
 i.f.v. engagement patiënt
 i.f.v. problematiek patiënt
 i.f.v. start vervolgzorg
 i.f.v. tijdstip
 niet bepaald
 verlenging
 zwarte lijst
STOPZETTING
 negatief
 schorsing
 agressie
 dealen
 gebruik

geen coöperatie
 medische crisis
 onbekwaamheid patiënt
 onvoldoende motivatie
 overtreden dienstregels
 seksueel contact
 stopzetting door patiënt
 positief
 advies opvolging
 contact
 einde programma/ verblijf
 hospitalisatie vermeden
 hulpvraag beantwoord
 inzicht
 lichamelijk ontwend
 motivatie stop gebruik
 nazorg gepland
 overeenstemming stopzetting

KNELPUNTEN

bedden/plaats/ruimte
 gebrek
 eigen dienst
 onmiddellijke ontwenning
 post 3de categorie
 post CIC
 post piloot project
 rest
 doelgroep
 sociale problematiek
 doorverwijzing
 post crisisdienst
 illegale middelenproblematiek
 pre crisisdienst
 patiënt ongekend
 weigering patiënt
 gebrek
 betrekken significante anderen
 feedback FOD
 individuele benadering
 integratie intern
 kennis psychiatrie
 methodiekwontwikkeling
 overleg tussen pilootprojecten
 regulatie FOD continuïteit
 samenwerking
 gebrek centra
 ambulantly (Luik)
 CIC
 post CIC

post ontwenning: residentieel
post piloot: residentieel W-VL
voor crisisopvang
kwaliteit crisisopvang
illegale middelenproblematiek
laagdrempelig
middelen
financiering
artsen
beperkt (RIZIV)
maatschappelijk werkster
psychiater
sociaal assistent
team te klein
dooverwijzing
geen permanentie
personeelsbezetting
agressieve patiënten
contacteren derden
doorverwijzing
geen onmiddellijke opname
patiëntopvolging
permanentie
opname binnen daguren
snelle opname/24u onmogelijk
subgroepen
behandeling
diabetici
mentaal gehandicapten
beoordeling motivatie
gevangenen
doorverwijzing
dubbeldiagnose
mentaal gehandicapten
misplaatsing gevangenen
opname
minderjarigen
therapie
verlenging onmogelijk
verscheiden groep
vooroordelen
wachlijst
doorverwijzing
eigen organisatie

STERKE PUNTEN

focus doelgroep
focus project
inhoud crisisopvang
betrekken anderen

cliëntgerichtheid/maatzorg
diagnostiek
follow-up
indicatiestelling
luisteren
observatie
snelle opname/weinig administratie
therapeutisch programma

klimaat

middelenvrij
duidelijkheid

gebruik
medicatie
verslaving
voorschrijfgedrag

open
structuur
veilig/ geen agressie

netwerk

goede connecties
groot
provinciaal

opname

snel
wederopname
weinig exclusiecriteria

participatie patiënt

personeel

aanwezigheid case manager
aanwezigheid wetenschapsteam
bezetting

stop gevaar

team

afstandsregulatie
betrokkenheid
ervaring
kennis
kunde
motivatie
multidisciplinair
onderlinge samenwerking

tevredenheid patiënt

verblijf

kort
lang
optie verlenging

verificatie werkwijze

voortgang patiënt [6:9]

BOOMSTRUCTUUR FOCUSGROEPEN CRISISWERK

advies/psycho-educatie
doorverwijzing
familiewerking/omgeving
groepstherapie
heroriënteren
ontwenning
peilen motivatie
psychiatrische interventie
psychologische interventie
reflecteren over situatie patiënt
samenwerking
straathoekwerk
stabilisatie van de crisis

ERVARING

INTERESSANTE/BOEIENDE AAN CRISISWERK

crisis toont zich eerlijk
duur gebruik voor aanmelding
functie middelengebruik
ontmoeting
onvoorspelbare
teamwerk
uitdaging personeelsbeleid
vermijden langdurige opnames
verscheidenheid patiënten
verschillende visies
voortgang patiënt

MET BETREKKING TOT PATIËNTEN

complexe pathologie
dankbaarheid
fragiliteit
herval middelengebruik
inzicht probleem
motivatie voor stop gebruik
variëteit binnen patiëntengroep

MET BETREKKING TOT WERKING

+ tijd + bewustere stappen
context/netwerk van patiënt
motivatie
vraag opname
fragmentering
heropname
plek veroveren
ritme/werkdruk
hoog
wisselend
terugzoeken pt
variëteit crisiscentra
veel personeel nodig

zorgtraject installeren binnen 5 dagen
MOEILIJKE ASPECTEN VAN CRISISWERK

bepaalde tijd

contact andere diensten

klantenbinding/vertrouwen

werken met steunnetwerk

bewonersgroep

doorverwijzen

motivatie team

onvoorspelbare

paranoïde persoonlijkheid

rolopname/functiedefiniëring in team

spanning familie-patiënt

tegenwicht installeren

tekort middelen

logement na ontwenning

tekort bedden

tendensen

- vrouwen

+ gerechtelijke opnames

+ mentale achterstand

+ ouderen

tussenperiode

verantwoordelijkheid als kind

vriendjespolitiek

werken context-middel

MANAGEMENT

BELANGRIJKE ASPECTEN CW

beschikbaar blijven

tegenwicht middelen

beschikbaar blijven

beseft creëren

bijstaan in tussenperiode

continuïteit van zorg

focus op context/netwerk patiënt

groepsdynamiek

motivationaleel werken

neen durven zeggen

neen durven zeggen

relatie arts - patiënt

samenwerking/crisisnetwerk

DOORGEVOERDE VERANDERINGEN

opnameduur

META-VRAGEN/UITGANGSPUNTEN

betrokkenheid/relatie

hulpvraag

indicatie

men kan niet alles oplossen

motivatie team

psychotische toestand aanmelding

respect voor de patiënt
uitval personeel
unieke van het individu
werkdruk team verlichten

ORGANISATIE

NA OPNAME

opvolgingsproject
vervolgconsultaties

OPNAME

eigenschappen behandelingsprogramma

1 probleem per keer

druk/vol/strak

modules

op maat

overzichtelijk/duidelijk

zelfverantwoordelijkheid

opnameduur

4/5 dagen

6/7/8 weken

team vergaderingen

elke dag

patiënt aanwezig

START OPNAME

geen voorwaarden leeftijd

toelatingsgesprekken

voorwaardelijk

bereid tot samenwerking

capabel

leeftijd

motivatie

voortgang mogelijk

STOP OPNAME

agressie

gebruik

TEAM

multidisciplinair

VISIE

CRISIS

kans verandering

problemen

andere problemen

middelen

mentale/psychische problemen

psychiatrische problemen

CRISISWERK

ALS BEDDEN EN PERSONEEL

+ individuele therapie

+ netwerking

+ onderzoek zorgtraject

+ systemisch

- + verwijzing
- info voor interne diensten
- interim-team
- meer opnames mogelijk
- weinig verandering

doelen

- afhankelijk van organisatie

DSM

- elke heropname is verbetering

- netwerk patiënt

 - hulpvraag

 - voortgang

- praten voor motivatie team

- redenen hervat

 - tussenperiode

- regels en structuur

- resultatenverplichting

MIDDELENGEBRUIK (ERS)

- coping

- laag probleembesef

- motivatie stop in fasen

- onmiddellijke bevrediging

- relatie pathologie

 - middelen versterken pathologie

 - ja

 - nee

- relatief tov andere problemen

- stoppen in biologische fasen

- zelfmoord in kleine stapjes

- zingevend

PATIËNT

- borderline

WENSEN

- akkoorden sociale partners

- continuïteit van zorg

 - ambulante opvolging na opname

 - outreaching

 - + case managers

 - context

 - snellere doorverwijzing

- extra bedden

- implementatie projecten

- overall zelfde zorg

