

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID
EN LEEFMILIEU

Brussel, 18 november 1993

Bestuur der Verzorgingsinstellingen

NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUISVOOR-
ZIENINGEN

Afdeling "Programmatie en Erkenning"

O/ref.: NRZV/D/72-6

ADVIES INZAKE VOORZIENINGEN VOOR "S.G.A.-PATIENTEN" (*)

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de Bureauvergadering dd. 18/11/93

Inleiding.

Binnen de psychiatrische zorgverlening worden zeer uiteenlopende noden en pathologieën behandeld en verzorgd. Er is een groot onderscheid tussen neurotische en psychotische patiënten, tussen patiënten, met relationele stoornissen of verslavingsproblematiek enz. Deze realiteit heeft geleid tot een feitelijke specialisatie van diensten.

Deze diversiteit kent geen volledige weerslag in verschillende soorten kliniekdiensten.

Behalve grote onderscheiden als A - T - K en (VP) blijft de nood bestaan aan verdere differentiatie en aan de uitbouw en vastlegging van specifieke normen voor bepaalde doelgroepen van patiënten met bepaalde pathologie. Een van deze doelgroepen betreft de opvang van Sterk Gedragsgestoorde en Agressieve patiënten (SGA) nog te onderscheiden van patiënten die in een acute fase voor agressief gedrag een intensieve opvang nodig hebben. (zie addendum).

Uit de enquête van de Vlaamse Gemeenschap van 31/3/1985 blijkt dat vanuit psychiatrische ziekenhuizen 475 patiënten gescoord werden als SGA-patiënten. Binnen deze groep situeren zich enerzijds acute patiënten, anderzijds ook patiënten met een langdurige verblijfsopname in de psychiatrie. Het betreft zowel mannen als vrouwen met een overwicht van mannelijke patiënten. Een 40 % van de opnamen zijn mentaal gehandicapten.

De problematiek i.v.m. de opvang van SGA-patiënten werd herhaaldelijk besproken op de sub-commissie psychiatrie van de VAZA aan de hand van het werkdocument 92/6 over SGA-eenheden (zie notulen subcommissie psychiatrie 27/2/92, 26/3/92, 30/4/92, 25/6/92, 24/9/92, 26/10/92).

Ten behoeve van een meer parate kennis omtrent deze problematiek en een inzicht in de nodige voorzieningen en omkaderingen van deze problematiek, werd door de leden van de VAZA een bezoek gebracht aan enkele ziekenhuizen in Nederland die een opvang voor dit type patiënten hebben uitgebouwd.

Uit de besprekingen blijkt dat het opstarten van een paar piloot projecten dringend noodzakelijk is om tevens het nodige studiemateriaal te bieden voor de planning van eventueel verder uitbouw van diensten voor deze problematiek. De begeleiding en evaluatie van deze projecten kan toevertrouwd worden aan een wetenschappelijke commissie.

1. Omschrijving van de doelgroep.

Het gaat om psychiatrische patiënten die door hun gedragingen de bestaande structuren en systemen permanent ontwrichten, maar waarbij er toch behandelbaarheid kan verwacht worden indien ze een langere tijd in een gestructureerd en beveiligend milieu met een aangepaste behandelingsstrategie kunnen opgenomen worden.

2. Kenmerken van SGA patiënten.

- chronisch gebrek aan controle op eigen gedrag
- grote delict gevaarlijkheid
- vluchtneigingen
- feitelijk of dreigend agressief gedrag naar zichzelf of naar anderen toe
- storing van impuls controle
- medicamenteus moeilijk te behandelen
- ontwrichtingen van gebruikelijk en beschikbaar behandelingsstelsel
- veel overplaatsingen en milieu wijzigingen
- verslavingsproblemen
- automutilatie en suicidepogingen
- affectief en pedagogische verwaarlozing
- geringe frustratiedrempel

NB. Niet elke SGA-patiënt moet aan al deze kenmerken voldoen. Het gaat hier om een niet cumulatieve en niet exhaustieve opsomming.

3. Nodige voorzieningen.

a) Programma : aantal plaatsen.

Uitgaande van de enquête van 1985 waarbij zowel psychiatrische patiënten als mentaal gehandicapten en patiënten met psycho-organische stoornissen begrepen waren kwam men tot ± 500 patiënten in Vlaanderen. Deze gegevens zouden uiteraard moeten geëxtrapoleerd worden van de getallen voor Vlaanderen naar gans België.

Vertrekkend van de zuiver psychiatrische diagnostische gegevens uit de enquête van 1989 lijkt het voorzien van in totaal 250 bedden voor Vlaanderen in units van 24 patiënten (3 x 8) realistisch.

De programmatie van SGA-units dient voorzien te worden binnen de bestaande A en T programmatie van de psychiatrische ziekenhuisdiensten.

In een eerste fase zou men bij wijze van pilootproject kunnen opteren voor het oprichten van 4 specifieke eenheden van SGA patiënten met supra-regionale werking van 4 x 16 patiënten (leefgroep van 2 x 8) gespreid over 4 vestigingen, met de mogelijkheid van uitbreiding tot 3 x 8 of 24 bedden per vestiging. Dit laat toe eventueel een differentiatie te realiseren tussen mannen en/of vrouwen en tussen psychiatrische patiënten en mentaal gehandicapten met psychiatrische pathologie.

Deze pilootprojecten zouden toelaten interessante gegevens te verzamelen voor een verdere uitbouw en opvang van SGA patiënten op langere termijn.

Deze gegevens zouden uiteraard moeten geëxtrapoleerd worden van de getallen voor Vlaanderen naar gans België.

b Infrastructuur.

Voor de opvang van SGA patiënten dient men in de piloot-fase over een aparte unit van maximum 3 x 8 patiënten te beschikken met de nodige leef- en therapieruimten en dienstlokalen voor personeel.

Uit de Nederlandse gegevens blijkt dat voor een goede SGA eenheid men 1 1/2 maal de ruimte moet voorzien die in het algemeen voorzien zijn voor psychiatrische ziekenhuisdiensten

Architectonische vereisten zijn :

- individuele kamer + sanitair
- veiligheidsglas en beveiligde ramen
- veiligheidssloten
- branddetectie
- snel en efficiënt oproep- en toezichtssysteem
- isolatiekamer en beveiligde kamer van 8 patiënten met TV-camera
- airconditionering
- gebruik van stevige materialen
- eigen binnentuin

Een huiselijke sfeer moet gegarandeerd worden.

c Criteria van opname.

- Het moet gaan om een specifieke SGA problematiek waarbij behandeling in een A, T en/of K dienst ontoereikend is gebleken en waarbij het duidelijk om een psychiatrische diagnose of mentaal gehandicapten met psychiatrische pathologie gaat (te onderscheiden van forensische psychiatrie).

- Patiënten worden doorverwezen vanuit een psychiatrisch ziekenhuis na indicatiestelling en beoordeling door de plaatsingscommissie die een behandelingsperspectief dient vast te stellen.

- Juridisch dient de patiënt best opgenomen te worden via gedwongen opname teneinde bij agressief gedrag structurerend en beveiligend te kunnen optreden o.a. door middel van separatie en isolatie. Alleen de procedure van gedwongen opname geeft een juridische basis om dwang op te leggen. Indien de gedwongen opname stopt, kan de patiënt op vrijwillige basis blijven.

d Criteria voor ontslag

- Gunstige evolutie waardoor ontslag of overgang naar verdere behandeling in eventueel te creëren intensieve of gewone A- of T-dienst (zie verder) mogelijk wordt op voorstel en met advies van het behandelend team en de plaatsings- en begeleidingscommissie.

- Geen of geringe evolutie van de ziekte-toestand ondanks intensieve behandeling (tot max. 2 jaar) en waarbij de plaatsings- of begeleidingscommissie in overleg met het behandelend team verdere behandeling in SGA-unit negatief adviseren.

- Deliquent gedrag dat leidt tot interventie van een justitieel instantie.

4. Plaatsing-en begeleidingscommissie.

De te creëren plaatsing- en begeleidingscommissie kan samengesteld worden enerzijds uit behandelaars van de SGA-units, anderzijds uit deskundigen op vlak van psychiatrische diagnose en zorgverlening.

In deze commissie zetelen ook vertegenwoordigers van samenwerkingsverbanden als overlegplatform en van de verzekeringsinstellingen. Om de zes maanden moeten de betrokken ziekenhuizen een gedetailleerd verslag overmaken (aantal opnamen, types van pathologieën...).

De leden van de commissie dienen ervaren te zijn in het beoordelen van moeilijke patiënten en ook gedurende een ruime periode in staat zijn deel uit te maken van de commissie. Zij kunnen van verschillende disciplines zijn (vb. psychiater, psycholoog, maatschappelijk werker en/of sociaal verpleegkundige , psychiatrisch verpleegkundige) en adviseren de psychiater, eindverantwoordelijke voor de opname en behandeling in het team. Zij zullen in overleg met de behandelende psychiater en zijn team een driemaandelijks evaluatieverslag opstellen op basis waarvan eventueel het concept (toepassing van de opname-, ontslagcriteria, behandelingstrategie) kan worden aangepast.

5. Personeelsomkadering en selectie.

Voor het behandelen en verzorgen van SGA patiënten zal men moeten beschikken over gekwalificeerde verpleegkundigen (gegradueerd en gebreveteerd verpleegster bij voorkeur met psychiatrische opleiding) en andere medewerkers die ervaren zijn in gestructureerde en directieve behandeling van moeilijke patiënten.

Aan het personeel worden ook een aantal specifieke functievereisten gesteld.

ervaring van minimum 3 jaar in hulpverlening in psychiatrische ziekenhuisdiensten langdurige therapeutische relatie met patiënten kunnen aangaan
 gemengde samenstelling van team : mannen-vrouwen
 fulltime tewerkstelling i.f.v. de continuïteit van de hulpverlening.

a) Functies en aantal personen.

Per sub-eenheid van 8 patiënten zijn een minimum aantal van 3 vaste verpleegkundigen noodzakelijk en dit in 3 shiften voor morgen- middag- en nachtdienst.

Verder dient ook een reserve dienst ingebouwd te worden voor overlapping en vervanging bij ziekte. De onregelmatige diensten vereisen het opstellen van een dienstrooster, waarbij in de middaguren een ruime overlapping voorkomt om voldoende personeelsleden in de gelegenheid te stellen bepaalde activiteiten bij te wonen. Hier wordt gedacht aan team bijeenkomsten, werkoverleg, evaluaties, verpleegvergadering, bijscholing, staf-patiënt-meeting, groeps-therapie, werkbegeleiding.

Shiften kunnen zijn :

eerste dienst 6.45 - 15.15
 tweede dienst 12.45 - 21.15
 nachtdienst 21 - 700
 reserve variabel

b) Werkbare dagen per vaste begeleider.

per jaar	365 dagen
W.E. dagen(za-zo)	104 "
betaalde feestdagen	11 "
vakantie	26 "
studieverlof	10 "
ziekte, zwangerschap, klein verlet	20 "
terugname overuren	14 "
	<u>180 "</u>

	<u>subeenheid</u>	<u>subeenheid</u>	<u>subeenheid</u>
1ste dienst	3 x 8 u.	3 x 8 u.	3 x 8 u.
2de dienst	3 x 8 u.	3 x 8 u.	3 x 8 u.
nachtdienst	1 x 10 u.	1 x 10 u.	1 x 10 u.
	<u>58 u.</u>	<u>58 u.</u>	<u>58 u.</u>

Te presteren uren/jaar : $58 \times 3 = 174 \text{ u./dag} \times 365 = 63.510$

Beschikbaar personeel $180 \text{ d.} \times 8 \text{ u.} = 1.440$

Nodig : $63.510 : 1.440 = 44,10$

c Nodige bezetting per unit van 24 bedden:

- vaste verpleegkundige begeleiders :	44
- hoofdverpleegkundige	1
- adjuncthoofdverpleegkundige	1
- sociaal assistent/of sociaal verpleegkundig	1
- creatief therapeut/ergo	2
- bewegingstherapeut	0,50
- klinisch psycholoog of orthopedagoog, bij voorkeur psychotherapeut	2,50

individuele psychotherapie
 groepspsychotherapie
 gedrags- en structurele therapie
 bijscholing

- aanwezigheid van één F.T.E. psychiatrische functie per 24 bedden, inbegrepen de wachtdienst. De psychiaters zijn gebonden aan het betrokken ziekenhuis en met belangstelling en voldoende ervaring in deze materie.

d) Taakinhoud van het personeel

De taakinhoud van het personeel is gericht enerzijds op het verzamelen van informatie die bijdraagt tot diagnosestelling, anderzijds uit een actieve inbreng in het behandelingsplan van de patiënt.

1. De verpleegkundige functie.

De hoofdverpleegkundige en adjunct-hoofdverpleegkundige zijn belast met de dagelijkse coördinatie en leiding van de zorg op praktisch en organisatorisch niveau.

Zij hebben bijzondere aandacht voor de milieufunctie (beveiliging en verblijf) en voor de meer zakelijke en organisatorische aspecten van de dienst (werkrooster, het signaleren en aanvullen van tekorten in de voorzieningen, kontakten met ondersteunende diensten, keuken, administratie enz.). De hoofdverpleegkundige geeft ook bijzondere aandacht aan het begeleiden en persoonlijk functioneren van de medewerkers in het team en is medeverantwoordelijk voor de behandelingsplannen van patiënten.

De verpleegkundigen en begeleiders zijn verantwoordelijk voor de algemene en de bijzondere zorg van de patiënt in alle behandelingsstadia. Zij staan ook in voor de verpleegkundig-technische handelingen zoals medicatie-toediening, wondverzorging, informatieverzameling voor diagnosestelling. Zij begeleiden de patiënt in een persoonlijke, therapeutische en structurerende relatie en helpen bij het uitvoeren van het sociale activiteitenprogramma. De veiligheid van het personeel wordt gewaarborgd doordat per leefeenheid drie begeleiders aanwezig zijn waarop één instaat voor begeleiding en assistentie van het activiteitenprogramma, zodat minstens 2 begeleiders per leefeenheid op therapie sessie aanwezig zijn en

zij ook aan overleg en team vergaderingen kunnen deelnemen om informatie aan te brengen.

2. De psychologen-psychotherapeuten zijn verantwoordelijk voor de individuele en/of groepspsychotherapie, gedrags- en structurerende therapieën van de patiënten, alsook voor de supervisie van de begeleiders. Verder staan zij in voor diagnostische onderzoeken en evaluatie van de therapie.

3. De bewegingstherapeut is verantwoordelijk voor het uitvoeren van het behandelingsplan m.b.t. de psychomotorische expressie alsook het begeleiden van bewegingsactiviteiten van afdelingspersoneel met de patiënten.

4. De creatieve- en ergotherapeuten staan in voor het bevorderen van de creatief-expressieve activiteiten met patiënten in het kader van het behandelingsplan en het structureren en organiseren van een aangepaste dagactiviteit in het kader van resocialisatie.

5. De maatschappelijke werkers of sociaal verpleegkundigen behartigen de extramurale, materiële en immatriële belangen van de patiënten. Zij staan in voor het bevorderen en ontstaan van sociale relaties van de patiënten met de familie en in de maatschappij, alsook het begeleiden en uitvoeren van de behandelingsplannen voor zover deze het bereiken van de resocialisatie tot doel hebben.

Alle personeel dient speciale interesse - bekwaamheid te hebben voor de te behandelen doelgroep.

6. Financiële aspecten

Hierin kunnen we 3 delen onderscheiden

a) Kosten bouwkundige voorzieningen

Het basis bedrag per psychiatrisch bed zal dienen verhoogd te worden, gezien de nood aan meer ruimte voor SGA-patiënten alsook de keuze van degelijk materiaal en veiligheidsvereisten (onbreekbaar glas...). In een Nederlandse studie (Rijks-Psychiatrische Instelling Eindhoven) wordt per patiënt 70 m²/bed voorzien.

b) Personeelskosten

- De vergoeding van de geneesheer psychiater zal op een andere manier moeten gefinancierd worden dan door de gewone toezichts honoraria, daar deze kleine patiëntengroep een intensieve medische begeleiding nodig heeft.

- Voor de overige personeelsleden zal de nodige financiering voorzien worden, alsook vergoedingen voor extra-prestaties en premie voor werken in gevaarlijke situatie.

c) Overige werkingskosten

De overige werkingskosten zullen ook hoger liggen dan deze van het doorsnee psychiatrisch ziekenhuis. Algemene kosten voor onderhoud en herstelling zullen hoger liggen.

Het berekenen van een aparte ligdagprijs of een andere vorm van financiering op basis van reële kosten lijkt de meest aangewezen weg voor het uitbaten van een SGA-afdeling.

Bij de financiële aspecten dient ook vermeld dat er aanvankelijk aanzienlijke aanloopverliezen zullen zijn die men moet mee incalculeren. De opbouw van hechte behandelingsteams gaat vooraf aan de opname van SGA-patiënten. Door de aard van de patiënten betekent dit ook dat het opstarten van een SGA-afdeling slechts geleidelijk kan gebeuren, daar men niet tegelijk veel moeilijke patiënten kan opnemen. In deze beginperiode zullen de lonen en wedden van de personeelsleden en van een geneesheer moeten ingecalculeerd worden en voorgefinancierd in de verpleegdagprijs.

7. Wetenschappelijke Commissie.

De wetenschappelijke commissie moet multidisciplinair samengesteld worden en kan beroep doen op experts.

De wetenschappelijke commissie zal de ontwikkeling volgen en tussentijd verslag uitbrengen naar de overheid omtrent de werking en bereikte doelstellingen van deze behandelings eenheden.

Conclusies

Het opzetten van SGA-afdelingen vraagt een grote investering zowel op bouwkundig, financieel, alsook op medisch en personeelsvlak, maar blijkt noodzakelijk voor een patiëntencategorie die een langdurige gestructureerde behandeling in een beveiligende en beveiligde setting nodig heeft.

- Voor het toekennen van SGA-afdelingen zou een psychiatrisch ziekenhuis moeten beschikken over minstens 60 A-bedden en 100 à 120 T-bedden teneinde de nodige infrastructuur en medische wachtdienst goed te kunnen organiseren.

- Men zal ook rekening houden met een spreiding over de verschillende regio's in België en aan deze diensten een supra-regionaal karakter toekennen.

- Na een eerste experimentele fase (2 à 3 jaar) dient de werking en de spreiding van deze diensten geëvalueerd te worden in functie van de kwaliteit van de behandeling en verzorging en de behoeften vanuit het patiënten aanbod.

Addendum.

SGA diensten staan in voor intensieve en voor gespecialiseerde behandeling van sterk gedragsgestoorde en agressieve patiënten. De behandeling kan lopen over een langere periode (2 à 3 jaar) maar desondanks van beperkte duur. Het is van groot belang dat deze intense therapeutische inspanning maximaal en optimaal zou benut worden.

Om een goede werking en doorstroming van de SGA-units te garanderen blijft de noodzaak bestaan naar opvang voor SGA-patiënten waarbij geen verdere of zeer geringe behandelbaarheid en/of gunstige evolutie te verwachten is ondanks een periode van intensieve therapeutische aanpak in de SGA-unit. (T-dienst).

Anderzijds is eveneens belangrijk dat voor kortdurende, acute en uitgesproken gedragsstoornissen en agressieve problematiek welke episodisch kunnen optreden in het kader van een psychiatrische pathologie een opvang wordt voorzien zonder dat daarom beroep op de SGA diensten dient te worden gedaan (intensieve A-dienst).

A) T-diensten voor langdurige opvang van SGA-patiënten

Om de goede werking en doorstroming van de SGA-units te garanderen blijft de noodzaak bestaan naar een langdurige (blijvende) opvang van SGA-patiënten bij die er geen verdere of zeer geringe behandelbaarheid en geen gunstige evolutie meer te verwachten is.

Een intensieve chronische opvang met een duidelijk beschermend en structurerend karakter zal moeten worden opgericht. Zulk een dienst zal moeten voorkomen dat de SGA-dienst chronisch bezet zou worden door patiënten met ernstige en aanslepende gedragsstoornissen en agressiviteit.

Deze intensieve T-diensten voor langer verblijf kunnen per regio aansluiten bij de bestaande psychiatrische ziekenhuizen in analogie met andere ziekenhuisdiensten in algemene ziekenhuizen opgericht voor langer verblijf met een verhoogd personeelskader.

B. Intensieve A-diensten

De intensieve A-bedden in psychiatrische ziekenhuizen zouden bestemd zijn voor spoedopname en opvang van psychiatrische patiënten met een acute psychiatrische problematiek (acute psychose, derealisatietoestanden, agressiviteit, automutilatie, ernstige suicidaliteit,...) en welke omwille van hun acute toestand een intensieve, gestructureerde en beveiligende behandeling nodig hebben (3 maanden).

Deze patiënten met een acute en kortdurende episode gekenmerkt door ernstige gedragsstoornissen en agressie kunnen moeilijk worden verwezen naar de SGA-dienst enerzijds omwille van de dringendheid van de behandeling, anderzijds omwille van de korte duur van de pathologie. Een intensieve, gestructureerde en beveiligende behande-

ling met een verhoogde personeelsbezetting zal moeten garanderen dat deze patiënten met de minst mogelijke restrictieve maatregelen kunnen worden benaderd, minder impact zal worden gegeven aan sedatieve medicamenteuse interventie en meer individuele aangepaste therapeutische programma's kunnen worden opgezet. Op deze manier zal agressief en destructief gedrag waarschijnlijk worden voorkomen evenals de negatieve ervaringen van patiënten bij acute episoden en de daaropvolgende opvang alsook het nodeloos verlengen van het verblijf t.g.v. verwickelingen eigen aan dit disruptief gedrag.

Enkele criteria voor toekenning van intensieve A-bedden zouden kunnen zijn :

- grootte van ziekenhuis
- aantal opnamen
- ligging in functie van spreiding
- erkend zijn voor gedwongen opnamen en ook over een gesloten dienst beschikken
- 24 uur op 24 uur opnamen kunnen verzekeren
- voldoende aantal geneesheren om een permanente medische wachtdienst te realiseren

De eisen voor architecturale en functionele uitbouw van intensieve A-eenheden voor psychiatrische patiënten in psychiatrische ziekenhuizen betreffen vooral een verhoogde personeelsomkadering en verhoogde veiligheidsnormen.

Op deze manier zal voor een aangepast verzorging van deze patiënten en verhoogde veiligheid kunnen worden ingestaan zodat binnen de psychiatrische zorgverlening een differentiatie kan ontstaan met aangepaste normen en personeelsomkadering die een differentiatie van de behandeling en opvang kan waarmaken.