

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2012-2013

11 JUILLET 2013

Proposition de résolution relative à la prise en charge de personnes handicapées souffrant en plus d'un trouble psychique ou d'un trouble grave du comportement, et en particulier de celles qui requièrent une hospitalisation

(Déposée par
M. André du Bus de Warnaffe et consorts)

DÉVELOPPEMENTS

1) DOUBLE DIAGNOSTIC

A. Introduction

1) Aujourd'hui, la place des personnes handicapées dans nos sociétés occidentales fait l'objet d'une attention considérable de la part de la population et du politique, mais cette attention est trop souvent en décalage par rapport à la perception et au vécu au quotidien des personnes handicapées.

En ce qui concerne les personnes affectées d'une déficience mentale, des progrès significatifs ont été réalisés ces dernières années; leur espérance de vie s'est allongée de vingt ans, passant de quarante à soixante ans en moyenne. La qualité des institutions belges — centres de jour et centres d'hébergement — est reconnue dans l'Europe entière et ce, même si l'on doit encore constater un manque cruel de places, bien que des efforts considérables pour changer la situation soient en cours.

Par contre, il subsiste une problématique spécifique aux personnes affectées d'une déficience mentale encore trop mal comprise en Belgique et donc, trop régulièrement, incomplètement prise en charge: le «Double Diagnostic».

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2012-2013

11 JULI 2013

Voorstel van resolutie betreffende de opvang van personen met een handicap met een bijkomende psychische stoornis of ernstige gedragsstoornis, in het bijzonder, voor deze voor wie een ziekenhuisopname is vereist

(Ingediend door
de heer André du Bus de Warnaffe c.s.)

TOELICHTING

1) DUBBELE DIAGNOSE

A. Inleiding

1) Vandaag krijgen personen met een handicap in onze westerse samenleving behoorlijk wat aandacht van de bevolking en politici, maar al te vaak stemt dit toch niet overeen met de perceptie en de dagelijkse ervaringen van personen met een handicap.

Voor personen met een mentale handicap werd de laatste jaren grote vooruitgang geboekt: hun levensverwachting is met twintig jaar gestegen, van gemiddeld veertig tot zestig jaar. De kwaliteit van de Belgische instellingen — dagcentra en verblijfcentra — wordt in heel Europa erkend. Dit ondanks een blijvend nijpend plaatstekort, hoewel er momenteel aanzienlijke inspanningen worden geleverd om daar iets aan te veranderen.

Er blijft echter een bijzonder probleem bestaan voor personen met een mentale handicap, die in België nog te slecht begrepen wordt, en dus te vaak ondoel-treffend behandeld: de «Dubbele Diagnose».

2) Dans le cadre de la présentation du bilan 2009-2012 du projet-pilote «Double Diagnostic», une journée d'étude intitulée «Le secteur du handicap rencontre le secteur de la santé mentale» (1) s'est tenue le 20 novembre 2012 à l'initiative du service public fédéral (SPF) Santé publique, service Soins de santé psychosociaux.

Cette journée d'étude avait pour objectifs :

- de dresser et de présenter un bilan du projet-pilote Double Diagnostic après 3,5 ans de fonctionnement;
- de sensibiliser les professionnels des secteurs de la santé mentale et du handicap mental au Double Diagnostic;
- de favoriser la rencontre et l'échange d'expériences entre les participants;
- de relever les besoins des secteurs.

B. Double Diagnostic

De nombreuses études montrent que les personnes atteintes d'un retard mental présentent une vulnérabilité accrue aux problèmes de santé mentale et ont une plus grande propension à être confrontées à de tels problèmes.

Sur la base d'une moyenne de prévalence, on estime que la Belgique compte environ 150 000 personnes présentant un handicap mental, parmi lesquelles, suivant les données disponibles, environ 50 000 souffriraient en outre de troubles psychiatriques et/ou comportementaux, d'où l'appellation de patients «Double Diagnostic», c'est-à-dire des personnes qui cumulent un handicap mental et une maladie mentale avec troubles du comportement.

Ce qui est propre à ce groupe, c'est qu'en raison de leurs aptitudes cognitives et communicationnelles réduites, ces personnes éprouvent des difficultés à exprimer leurs problèmes, n'ayant pas l'usage de la parole ou seulement un usage partiel de celle-ci.

En plus des personnes directement concernées par ces troubles, les familles sont également touchées. Elles subissent les crises de leur proche comme un véritable cauchemar en perpétuel recommencement.

Les caractéristiques principales de ces crises sont leur violence, relativement élevée, et leur durée, relativement courte. Une prise en charge adéquate doit donc absolument être envisagée pour mettre un terme à ces crises le plus rapidement possible et stabiliser l'état de ces personnes.

(1) <http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Specialisedcare/Mentalhealth/StudydayDD.20.11.12/index.htm> — www.psy107.be.

2) In het kader van de voorstelling van het verslag 2009-2012 van het proefproject «Dubbele Diagnose» heeft de dienst Psychosociale Gezondheidszorg van de federale overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid op 20 november 2012 een studiedag «Geestelijke gezondheidszorg ontmoet gehandicaptenzorg» georganiseerd (1).

De doelstellingen van deze studiedag waren :

- een balans opmaken en voorstellen van het proefproject Dubbele Diagnose na 3,5 jaar werking;
- de mensen die werkzaam zijn in de sectoren geestelijke gezondheid en mentale handicap bewustmaken van de Dubbele Diagnose;
- ontmoetingen en uitwisseling van ervaringen tussen de deelnemers bevorderen;
- de noden in de sectoren bepalen.

B. Dubbele Diagnose

Vele studies tonen aan dat personen met een mentale achterstand kwetsbaarder zijn voor geestelijke gezondheidsproblemen en meer kans hebben om met dergelijke problemen geconfronteerd te worden.

Op grond van een prevalentiegemiddelde schat men dat er in België ongeveer 150 000 personen zijn met een mentale handicap, onder wie, naar gelang van de beschikbare gegevens, rond 50 000 bovendien aan psychiatrische en/of gedragsstoornissen zouden lijden, vandaar de benaming «Dubbele Diagnose»-patiënten. Dit zijn dus personen die bovenop een mentale handicap ook aan een geestesziekte met gedragsstoornissen lijden.

Eigen aan deze groep is dat deze personen wegens hun beperkte cognitieve en communicatieve vaardigheden, en een beperkt of onbestaand spraakvermogen, het moeilijk hebben om hun problemen te uiten.

Naast de personen die rechtstreeks te maken hebben met deze stoornissen, worden ook de familieleden getroffen. Zij ervaren de crisissen van hun naaste als een steeds weerkerende nachtmerrie.

De belangrijkste kenmerken van deze crisissen zijn hun grote heftigheid en vrij korte duur. Er moet dus absoluut een geschikt antwoord worden gegeven om deze crisissen zo snel mogelijk te doen stoppen en de toestand van deze personen te stabiliseren.

(1) <http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Specialisedcare/Mentalhealth/StudydayDD.20.11.12/index.htm> www.psy107.be.

C. Hébergement

C'est une réalité : les patients « Double Diagnostic » sont souvent rejetés à cause des troubles du comportement qu'ils présentent, ils ne trouvent que rarement un lieu d'hébergement correspondant à leurs besoins.

Les structures du secteur du handicap mental accueillant ce type de population se trouvent bien souvent démunies en l'absence de prise en charge individualisée et adéquate en matière de soins psychiatriques. Cette situation entraîne des hospitalisations fréquentes de longue durée de ce type de population, voire parfois une exclusion quasi définitive des milieux de vie. De leur côté, les structures psychiatriques sont certes performantes en matière de soins psychiatriques, mais n'envisagent pas ou pas beaucoup (ce n'est pas leur métier) le projet de vie de la personne, la mise en place d'activités, etc., qui relèvent du domaine de compétence des institutions du secteur du handicap mental.

Les personnes handicapées, souvent rejetées à cause des troubles du comportement qu'elles présentent, ne trouvent que rarement un lieu d'hébergement correspondant à leurs besoins. Certaines restent au domicile de leurs parents dans des conditions de vie parfois dramatiques. D'autres séjournent dans les hôpitaux psychiatriques, avec une offre de soins ne leur correspondant pas (mélange avec d'autres pathologies, personnel peu formé pour gérer le handicap, etc.) et souvent avec des durées de séjours extrêmement longues. De leur côté, les structures d'hébergement du secteur du handicap sont confrontées également à des situations très difficiles, les équipes éducatives se trouvant souvent face à l'épuisement et à l'échec.

D. Le système de soins belge

La caractéristique du système de soins belge n'est pas tellement le manque de structures de soins pour prendre en charge, soigner et traiter les patients « Double Diagnostic », mais plutôt l'absence d'un modèle d'organisation global. Cette absence de modèle d'organisation intégré se manifeste entre autres par le manque ou l'insuffisance de contacts, de concertation et de continuité entre les différentes formes de soins existantes. Pour ce groupe cible, la solution n'est pas unique, mais plutôt complexe et intégrée.

Si l'on veut mieux répondre aux besoins de ce groupe cible, il est nécessaire de développer une politique qui puisse offrir des soins davantage « taillés » sur mesure. La santé mentale des personnes atteintes d'un handicap mental nécessite que l'on établisse des synergies entre les institutions dépendant des différents niveaux de décision, chacun détenant une partie de la réponse à apporter.

C. Verblijf

De realiteit is dat patiënten met een Dubbele Diagnose vaak geweigerd worden wegens hun gedragsstoornissen, en dat zij zelden een verblijfplaats vinden die aan hun behoeften voldoet.

De instellingen voor mentaal gehandicapten die deze personen opvangen, staan vaak machteloos bij gebrek aan geïndividualiseerde en aangepaste psychiatrische zorg. Hierdoor worden deze patiënten dikwijls langdurig in het ziekenhuis opgenomen, of worden zij zelfs bijna definitief uitgesloten van hun leefomgeving. Psychiatrische instellingen zijn weliswaar performant inzake psychiatrische zorg, maar omdat het hun taak niet is maar die van de instellingen uit de sector van de mentale handicap, houden zij weinig of geen rekening met het levensproject van de persoon, het organiseren van activiteiten, enz.

Gehandicapte personen, die vaak uitgesloten worden wegens hun gedragsstoornissen, vinden dus slechts zelden een verblijfplaats die aan hun behoeften voldoet. Sommigen wonen bij hun ouders in soms dramatische omstandigheden. Anderen verblijven in psychiatrische instellingen, met een onaangepast zorgaanbod (combinatie met andere pathologieën, personeel dat weinig gevormd is om met de handicap om te gaan, enz.), en vaak voor extreem lange tijd. De verblijfsstructuren van de gehandicaptensector hebben van hun kant te maken met extreem moeilijke situaties: de opvoedingsteams raken vaak uitgeput en schieten tekort.

D. Belgische gezondheidszorg

Wat kenmerkend is voor de Belgische gezondheidszorg is niet zozeer het feit dat er geen zorgstructuren zijn om « dubbele diagnose »-patiënten op te nemen, te verzorgen en te behandelen, maar veeleer dat er geen algemeen organisatie-model is. Doordat er geen geïntegreerd organisatie-model is, is er tussen de verschillende bestaande zorgvormen onder andere geen of onvoldoende contact, overleg en continuïteit. Voor deze doelgroep is er niet één oplossing, maar is er veeleer een complexe en geïntegreerde aanpak nodig.

Indien men beter wil tegemoetkomen aan de noden van die doelgroep, dan moet er een beleid worden ontwikkeld waarbij zorg meer op maat kan worden aangeboden. De zorg voor mensen met een geestelijke handicap vereist synergieën tussen instellingen die van de verschillende beleidsniveaus afhangen en die elk een deel van de oplossing in handen hebben.

Les secteurs de la santé mentale et du handicap sont les deux battants d'une même porte. La prise en charge globale des difficultés rencontrées par une personne « Double Diagnostic » implique l'ouverture complète des deux battants de la porte. L'ouverture d'un seul battant ne répond que partiellement aux besoins du patient.

À plusieurs reprises (2009-2010), la question du Double Diagnostic a été discutée au sein de la Conférence Interministérielle Santé publique. Des décisions importantes ont été prises.

À titre d'exemple, voici trois extraits de la Conférence interministérielle Santé publique du 2 mars 2009 :

Extrait 1

« L'autorité fédérale s'engage, pour autant qu'elle en ait les moyens budgétaires, à réaliser un certain nombre de projets pilotes pour le groupe cible des personnes avec un handicap mental associé à des troubles du comportement. Pour cela les communautés/régions assureront l'offre et la participation effective à ces projets pilotes des services qui relèvent de leur compétence (services du secteur des personnes handicapées agréés par l'AWIPH, la « *Vlaams Agentschap voor personen met een handicap* », la COCOF ou la Cocom, le Centre de santé mentale, etc.) ».

Extrait 2

« Ce projet n'est qu'un premier pas dans la réalisation d'un circuit et réseau de soins complet. Pour que le réseau de soins et l'apport d'expertise puissent être garantis, un accord de collaboration a été conclu entre, au moins, un hôpital psychiatrique (HP), un Centre de soins de santé mentale (CSSM) et l'Agence flamande pour les personnes avec un Handicap (VAPH) ou l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées (AWIPH), ou la COCOF ou la COCOM. »

Extrait 3

« Comme dit plus haut, on a constaté que le secteur des soins de santé mentale et le secteur pour personnes souffrant d'un handicap ne se connaissent pas suffisamment et qu'ils n'échangent pas suffisamment leur expertise. Afin de pouvoir faire la connaissance de l'autre et apprendre mutuellement, il a été proposé de stimuler les programmes d'échange entre les différents secteurs. »

De sector van de geestelijke gezondheid en de gehandicaptensector zijn als de twee delen van een dubbele deur. De algemene behandeling van problemen bij personen met een dubbele diagnose houdt in dat beide delen van de deur wagenwijd open moeten staan. Als de deur maar halfopen staat dan komt men maar gedeeltelijk tegemoet aan de noden van de patiënt.

Het probleem van de dubbele diagnostiek werd verschillende keren (2009-2010) besproken op de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. Er werden belangrijke beslissingen genomen.

Als voorbeeld, drie uittreksels uit de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 2 maart 2009 :

Uittreksel 1

« De federale overheid engageert zich, voor zover de budgettaire middelen voor handen zijn, om in 2009 een aantal pilootprojecten te realiseren voor de doelgroep volwassenen met gedragsproblemen en een mentale handicap. Hiervoor zullen de gemeenschappen/gewesten het aanbod en de effectieve deelname van de diensten die tot hun bevoegdheid behoren, aan deze pilootprojecten, verzekeren (diensten van de sector voor personen met een handicap erkend door het AWIPH, het Vlaams Agentschap voor personen met een handicap, de COCOF of de GGC, Centra Geestelijkegezondheid, ...). »

Uittreksel 2

« Dit project is slechts een eerste stap in de realisatie van een volledig zorgcircuit en -netwerk. Opdat het zorgnetwerk zorgcontinuïteit en de bundeling van expertise zou kunnen garanderen, wordt een samenwerkingsakkoord gesloten tussen ten minste een psychiatisch ziekenhuis (pz), een centrum voor geestelijke gezondheidszorg (cgg) en het Vlaams Agentschap voor personen met een handicap (VAPH), of het *Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées* (AWIPH), of de COCOF of de GGC. »

Uittreksel 3

« Zoals reeds gezegd wordt reeds geruime tijd vastgesteld dat de GGZ-sector en de sector voor personen met een handicap elkaar onvoldoende kennen en te weinig beroep doen op elkaars expertise. Teneinde met elkaar te kunnen kennismaken en van elkaar te leren wordt voorgesteld uitwisselingsprogramma's te stimuleren tussen de verschillende sectoren. »

E. Projet-pilote « Cellule mobile d'intervention (CMI) »

1) Pour différentes catégories de personnes, le système actuel, essentiellement basé sur une prise en charge à l'hôpital, n'atteint ni les objectifs de soins, ni les visées de réhabilitation. C'est le cas, par exemple, des personnes qui séjournent en permanence dans un hôpital psychiatrique, ou de celles qui y sont admises de temps en temps, sans qu'elles y trouvent les ancrages nécessaires à la vie quotidienne. Le système ne parvient pas à prendre en compte ce qui se joue d'essentiel dans les situations : les déterminants sociaux de la santé mentale. Rencontrer la personne dans son milieu de vie amène l'équipe à s'intéresser à l'univers matériel et relationnel du patient, à ce qui tisse son existence, à tout ce qui peut être facteur de santé et de lien entre lui et les autres.

Afin d'atteindre ces personnes et leur entourage, tant au niveau de leur vécu que de leur situation problématique, il est important de les rencontrer dans leur milieu de vie. Pour ce faire, la mobilité d'une équipe d'intervention est un atout indispensable.

La notion de réseaux s'est développée et concrétisée, dans un premier temps, avec le projet thérapeutique « Concerto ». Ce projet-pilote de santé a été mis sur pied en 2005.

Il avait pour finalité de contribuer au décloisonnement des soins et à l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients psychiatriques vivant à domicile. Cela impliquait :

- de soutenir les soins à domicile réguliers pour ce groupe cible;
- de coordonner les soins pour ces patients psychiatriques;
- d'assurer une fonction de coaching pour les soins à domicile réguliers;
- d'apporter un soutien ponctuel aux patients que les soins à domicile réguliers ne peuvent ou ne souhaitent pas prendre en charge et ce, dans le cadre d'un réseau actif.

Les objectifs de ce projet étaient les suivants :

- aider la personne nécessitant des soins psychiatriques à se maintenir dans son milieu de vie et à améliorer sa qualité de vie, et ce, en associant son entourage si la personne marque son accord;
- apporter une offre d'aides spécialisées aux intervenants des soins à domicile réguliers;

E. Proefproject « Cellule mobile d'intervention (CMI) »

1) Met het huidige systeem, dat hoofdzakelijk gericht is op een behandeling in het ziekenhuis, bereikt men voor verschillende categorieën mensen de zorgdoelstellingen niet, noch de gewenste rehabilitatie. Dat is bijvoorbeeld het geval voor mensen die blijvend in een psychiatrisch ziekenhuis zitten of voor mensen die af en toe worden opgenomen zonder dat zij de nodige houvast vinden in het dagelijks leven. Het systeem slaagt er niet in rekening te houden met de grond van de situatie : de sociale determinanten van de geestelijke gezondheid. Wanneer men iemand in zijn leefomgeving ziet, dan gaat men belangstelling hebben voor de materiële, relationele wereld van de patiënt, voor wat zijn bestaan vorm geeft, voor alles wat bijdraagt tot zijn gezondheid en voor de band tussen de patiënt en de anderen.

Om door te dringen tot die mensen en hun omgeving, zowel op het niveau van hun belevingen als hun problemen, is het van belang om hen in hun leefomgeving te zien. Daartoe is een mobiel verzorgingsteam een onmisbare troef.

Het begrip van netwerken ontwikkelde zich en kreeg vorm, eerst met het therapeutisch project « Concerto ». Dat proefproject kwam in 2005 van de grond.

Het was de bedoeling bij te dragen tot de ontsluiting van de verzorging en de kwaliteit van de verzorging van thuiswonende psychiatrische patiënten te verbeteren. Dit hield het volgende in :

- de reguliere thuiszorg voor de doelgroep aanmoedigen;
- de verzorging van die psychiatrische patiënten coördineren;
- in een coachingfunctie voorzien voor de reguliere thuiszorg;
- patiënten specifieke ondersteuning bieden die niet kan worden geboden of ten laste kan worden genomen door de reguliere thuiszorg, en dit binnen een actief netwerk.

Dat project had de volgende doelstellingen :

- de persoon die psychiatrische zorg nodig heeft, helpen zodat hij in zijn leefomgeving kan blijven en zijn levenskwaliteit kan verbeteren. Hierin wordt zijn omgeving betrokken, mits de betrokkene hiermee instemt;
- een pakket gespecialiseerde hulp aanbieden aan verleners van reguliere thuiszorg;

— apporter des réponses aux demandes d'informations et aux besoins de formation des équipes de travailleurs des soins à domicile réguliers et des médecins généralistes;

— établir les relations de collaboration et de coopération que requiert l'organisation de soins psychiatriques pour personnes séjournant à domicile, ainsi que leur coordination sur le territoire d'un arrondissement;

— assurer un rôle de liaison entre les usagers, les soins à domicile réguliers, l'ensemble du réseau de soins en santé mentale et les intervenants des milieux social, judiciaire et culturel;

— favoriser la continuité des soins par la mise en place d'une méthodologie commune adaptée aux patients qui ne peuvent s'appuyer sur un environnement familial et social suffisant et qui nécessitent une aide spécialisée pour poursuivre leur traitement psychiatrique en ambulatoire;

— rendre l'utilisateur acteur de son processus de soins;

— éviter les hospitalisations, ou réduire le nombre et la durée de celles qui ne peuvent être évitées.

2) En 2009, la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Mme Onkelinx, s'est inscrite dans la continuité de cette approche en apportant son soutien au projet-pilote « Double Diagnostic » mené dans quatre unités hospitalières du pays (Manage, Bertrix, Gand et Bierbeek).

Lors de la réunion du 18 juin 2012 (Convention Interaction INAMI de Mons), la Conférence interministérielle Santé publique a approuvé la somme de 500 000 euros que le SPF consacrerait au lancement de trois projets pilotes (d'équipes mobiles d'intervention) pour enfants et jeunes présentant un double diagnostic (un pour la Wallonie — un pour Bruxelles — un pour la Flandre). Cette enveloppe permettra également la création d'une équipe mobile d'intervention pour adultes à Bruxelles.

Concrètement, cela représente 500 000 euros pour quatre cellules mobiles d'intervention (CMI) (trois pour enfants et jeunes et une pour adultes à Bruxelles). Chaque CMI recevra 117 500 euros, soit un total de 470 000 euros. Le solde de 30 000 euros sera affecté au traitement de ce groupe cible en Communauté germanophone.

Le projet-pilote « Double Diagnostic » a pour objectif de porter les soins de santé mentale le plus près possible de la situation de vie normale de la personne handicapée, dans la communauté où elle vit.

— antwoorden geven op vragen om informatie en tegemoetkomen aan de opleidingsbehoeften van het personeel in de reguliere thuiszorg en van huisartsen;

— samenwerkingsverbanden leggen die vereist zijn voor de organisatie van psychiatrie thuiszorg en dit coördineren binnen een arrondissement;

— een schakel vormen tussen gebruikers, reguliere thuiszorg, het volledige netwerk voor geestelijke gezondheidszorg en werknemers uit de sociale, juridische en culturele sectoren;

— de continuïteit van de zorg aanmoedigen waarbij een gemeenschappelijke methodologie wordt uitgewerkt op maat van de patiënten die niet kunnen terugvallen op een afdoende familiale of sociale omgeving en gespecialiseerde hulp nodig hebben om hun ambulante psychiatrie behandeling voort te zetten;

— de gebruiker actief betrekken in zijn verzorging;

— ziekenhuisopnames voorkomen of, als het niet anders kan, het aantal opnames en de duur ervan verminderen.

2) In 2009 heeft mevrouw Onkelinx, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, deze aanpak gevolgd en haar steun verleend aan het pilootproject « Dubbele diagnose », dat in vier ziekenhuis-eenheden van het land loopt (Manage, Bertrix, Gent en Bierbeek).

In de zitting van 18 juni 2012 (De RIZIV *Convention Interaction* van Bergen) heeft de IMC Volksgezondheid het bedrag van 500 000 euro goedgekeurd dat door de FOD besteed wordt voor de opstart van drie pilootprojecten (van mobiele interventieteams) voor kinderen en jongeren met dubbele diagnose (een voor Wallonië — een voor Brussel — een voor Vlaanderen). Met dit bedrag wordt tevens een mobiel interventieteam voor volwassenen in Brussel opgericht.

Dus concreet: 500 000 euro voor vier MIC's (drie voor kinderen en jongeren en een voor volwassenen in Brussel). Elke MIC krijgt 117 500 euro of in totaal 470 000 euro. De overige 30 000 euro is besteed voor de behandeling van deze doelgroep in de Duitstalige Gemeenschap.

Het proefproject « Dubbele diagnose » heeft als doel in de geestelijke gezondheidszorg zo dicht mogelijk de normale levenssituatie van de gehandicapte persoon te benaderen en dit in de gemeenschap waar die persoon leeft.

Il vise la mise en place d'une équipe mobile pour le groupe cible des adultes porteurs d'un handicap mental et d'une maladie mentale avec trouble du comportement.

L'équipe mobile a pour objectif général de supprimer (ou d'atténuer) le trouble du comportement présent.

Pour plus de clarté, citons quelques exemples de troubles du comportement : automutilations, violences physiques envers les autres, destructions fréquentes de matériel, cris intempestifs, comportements sexuels inappropriés, absorption d'objets.

Les finalités du projet-pilote sont les suivantes :

— améliorer la qualité de vie des personnes handicapées mentales;

— lutter contre la stigmatisation des personnes handicapées mentales;

— éviter ou limiter les hospitalisations de personnes handicapées mentales, et éviter aussi la perte d'acquis pédagogiques et les ruptures affectives;

— éviter la fragilisation des liens sociaux qui, pour beaucoup, est synonyme de stress, de souffrance, de vulnérabilité et d'insécurité psychologique;

— soutenir les professionnels et les familles dans leur accompagnement des personnes handicapées mentales.

Le but n'est pas de se substituer aux proches de la personne handicapée mentale, mais de leur donner les ressources nécessaires pour améliorer la santé mentale de cette personne et contribuer ainsi à une prise en charge de qualité et autonome. Les anglo-saxons nomment cette approche « *empowerment* ».

La cellule se compose d'un ETP psychologue et d'un ETP infirmier psychiatrique, aidés par un psychiatre à raison de quatre heures par semaine.

3) Trois ans et demi se sont écoulés depuis le lancement de ce projet-pilote.

Selon le Dr. Paul De Bock, chef du service de soins de santé psychosociaux, un important travail a été fourni par les quatre équipes. Environ quatre cents patients ont été suivis. Par ailleurs, les analyses concernant l'évolution des troubles du comportement, la *follow-up* et les enquêtes de satisfaction, montrent clairement l'impact positif du projet-pilote.

C'est une des raisons pour lesquelles il a été décidé (comme élément d'un programme de soins global pour enfants et adolescents) que trois projets pilotes (Manage, Bruxelles et Bilzen) seraient lancés prochainement dans le cadre du « double diagnostic soins

Het project wil een mobiel team inzetten voor de doelgroep van de volwassenen en met een mentale handicap en een geestesziekte die gepaard gaat met een gedragsstoornis.

De algemene doelstelling van het mobiele team bestaat erin de gedragsstoornis te doen verdwijnen of verminderen.

Ter verduidelijking, een paar voorbeelden van gedragsstoornissen: zelfverminking, fysiek geweld naar anderen toe, frequente vernieling van materiaal, onverwacht geschreeuw, ongepast seksueel gedrag, inslikken van voorwerpen.

De doelstellingen van het pilootproject zijn :

— de levenskwaliteit van de mentaal gehandicapte personen verbeteren;

— de stigmatisering van de mentaal gehandicapte personen bestrijden;

— ziekenhuisopnames van mentaal gehandicapte personen voorkomen of beperken. Zo worden ook het verlies van pedagogische vaardigheden en affectieve breuken voorkomen;

— de afzwakking van de sociale banden, wat voor velen gelijkstaat aan stress, lijden, kwetsbaarheid en psychologische onzekerheid voorkomen;

— de beroepsbeoefenaars en gezinnen steunen in hun begeleiding van mentaal gehandicapte personen.

Het is niet de bedoeling om de plaats in te nemen van de omgeving van de mentaal gehandicapte persoon, maar om die mensen de middelen te geven om de geestelijke gezondheid van die persoon te verbeteren en om zo bij te dragen tot een kwaliteitsvolle en autonome begeleiding. In Angelsaksische landen noemt men dit « *empowerment* ».

De cel bestaat uit een VTE psycholoog en een VTE psychiatisch verpleegkundige, aangevuld met een psychiater voor vier uur per week.

3) Er zijn drieënehalf jaar verlopen sinds het proefproject werd opgestart.

Volgens Dr. Paul De Bock, diensthoofd van de dienst psychosociale gezondheidszorgen, hebben de vier teams zeer veel werk verzet. Er werden ongeveer vierhonderd patiënten gevolgd. De analyses met betrekking tot de evolutie van de gedragsstoornissen, de *follow-up* en de tevredenheidsbevraging, tonen duidelijk de positieve impact van het pilootproject.

Dit is één van de redenen waarom er beslist is (als deel van een allesomvattend zorgprogramma voor kinderen en adolescenten) dat drie proefprojecten (Manage, Brussel en Bilzen) binnenkort gelanceerd worden in het kader van de « dubbele diagnose

de santé mentale et handicap mental » pour le groupe cible des mineurs.

F. Travail en réseau

Une partie de l'expertise nécessaire pour parvenir à dispenser des soins de qualité au groupe cible adulte existe déjà, mais elle est répartie çà et là dans le paysage des soins. C'est pourquoi le travail en réseau est fondamental afin de garantir la continuité des soins.

L'équipe mobile vise une organisation de soins en réseaux. Elle travaille en réseau, c'est-à-dire non seulement avec la personne handicapée, son milieu de vie et sa famille, mais également avec tous les acteurs professionnels de l'entourage de la personne, intervenant ou susceptibles d'intervenir auprès de la personne.

Le choix des membres du réseau vise à aboutir à la création d'un réseau cohérent et doté en suffisance d'une expertise de qualité. Ces membres sont donc des personnes ressources qui peuvent intervenir de façon significative dans le traitement du patient.

2) RÉFORME 107/RÉSEAUX DE SOINS MULTIDISCIPLINAIRES

A. La réforme SSM par les projets pilotes article 107 (Réforme 107) concerne tous les patients (toutes les maladies mentales) et tous les professionnels de la santé mentale de toutes les régions couvertes. L'objectif est d'améliorer le fonctionnement de l'ensemble du secteur des soins en santé mentale. Dans chaque région, un réseau de soins sera créé à moyen et à long terme. La finalité est qu'en cas de problème de santé mentale, le patient soit pris en charge par l'ensemble du réseau et orienté directement vers le service qui correspond le mieux à son besoin. Un réseau de soins en santé mentale doit être généraliste, c'est-à-dire qu'il doit pouvoir répondre aux besoins de santé mentale de toute la population d'une région donnée. Comme les autres partenaires, la CMI s'inscrit dans ces réseaux de soins correspondant à une zone d'action déterminée. La CMI focalise ainsi l'attention sur la prise en charge des personnes dites à double diagnostic. En effet, ce type de prise en charge nécessite un suivi spécifique et adapté, qui se doit d'exister séparément afin de garantir une offre de soins adaptée à l'ensemble de la population. Pour les personnes présentant un retard mental et des problèmes de santé mentale, d'aucuns reconnaissent qu'il s'agit d'une problématique complexe et que ces personnes ne peuvent pas être prises en charge dans le cadre de la psychiatrie classique. De plus, le secteur responsable de l'accompagnement de jour de ces personnes (les structures pour personnes handicapées)

geestelijke gezondheidszorg en mentale handicap » gericht op minderjarigen.

F. Werken binnen een netwerk

Een deel van de expertise die nodig is om de zorgen te verstrekken aan de volwassen doelgroep bestaat reeds, maar is her en der verspreid over de zorgsector. Daarom is het werken in een netwerk zo belangrijk om de continuïteit van de zorgverlening te kunnen verzekeren.

Het mobiele team streeft naar de organisatie van de zorg in netwerken. Het team werkt in een netwerk dus niet alleen met de gehandicapte persoon, zijn omgeving en zijn familie, maar ook met alle professionele actoren uit de omgeving van die persoon die hem hulp verstrekken of kunnen verstrekken.

De leden van het netwerk worden zodanig gekozen dat er een coherent netwerk kan worden gecreëerd dat over voldoende kwaliteitsvolle expertise beschikt. Die leden zijn dus aanspreekpunten die een belangrijke rol kunnen spelen in de behandeling van de patiënt.

2) HERVORMING 107/ MULTIDISCIPLINAIRE ZORGNETWERKEN

A. De hervorming GGZ middels pilootprojecten artikel 107 (Hervorming 107) heeft betrekking op alle patiënten (alle geestelijke ziektes) en alle gezondheidsbeoefenaars van de geestelijke gezondheidszorg uit alle gedekte regio's. Bedoeling is de werking van de ganse sector van de geestelijke gezondheidszorg te verbeteren. In elke regio zal er, op middellange tot lange termijn, een gezondheidsnetwerk worden opgericht. Bedoeling is dat bij een probleem inzake geestelijke gezondheidszorg de patiënt door het netwerk zou worden behandeld en rechtstreeks zou worden doorverwezen naar de dienst die het meest aan zijn behoeften beantwoordt. Een netwerk geestelijke gezondheidszorg moet erop gericht zijn om te beantwoorden aan de behoeften inzake geestelijke gezondheid van de ganse populatie van een bepaalde regio. Zoals de andere partners, kadert de MIC in deze zorgnetwerken die overeenstemmen met een bepaald werkingsgebied. Zo vestigt de MIC de aandacht op de behandeling van de personen met een dubbele diagnose. Voor dit soort behandeling is er immers een specifieke en aangepaste opvolging vereist die separaat moet bestaan zodat een aangepast zorgaanbod aan de ganse populatie kan worden gegarandeerd. Voor personen met een verstandelijke beperking en problemen op vlak van geestelijke gezondheid, onderkent iedereen dat het gaat om personen met een complexe problematiek die niet zomaar kunnen opgevangen worden binnen degewone psychiatrie.

est organisé selon un tout autre mode que les SSM, ce qui complique encore la collaboration. En ce sens, les CMI devraient pouvoir évoluer dans le cadre légal de l'article 107 vers une équipe spécialisée pour personnes présentant un retard mental et des problèmes de santé mentale, à côté des équipes plus généralistes existantes et d'autres équipes plus spécialisées.

B. L'hospitalisation dans une unité « Double Diagnostic » en dernier recours.

L'expérience acquise au cours des dernières années montre que l'intervention d'un réseau et d'une équipe mobile pour contenir des crises au plus vite et stabiliser l'état des personnes qui les traversent, suffit pour régler le problème dans environ 50 % des cas sans devoir recourir à une hospitalisation.

Il existe toutefois des situations, notamment lors de troubles extrêmes du comportement, pour lesquelles la Cellule Mobile d'Intervention atteint ses limites en termes de prise en charge et/ou de prise de décision thérapeutique.

Dans ce type de situations et pour parer à un nouvel échec, une hospitalisation temporaire dans une unité spécialisée dans le Double Diagnostic ne peut être évitée. Elle restera indispensable et bénéfique dans environ 50 % des cas, c'est-à-dire lorsque toutes les autres ressources de réseau ont été épuisées.

Concrètement, l'hospitalisation dans une unité « Double Diagnostic » disposant d'un personnel spécialisé permet de stabiliser la majorité des patients dans les deux mois et de les réinsérer dans leur vie normale ainsi que dans leurs lieux d'accueil, tout en améliorant leur qualité de vie et en leur évitant un séjour de longue durée en unité de psychiatrie générale.

D'ailleurs, cette approche spécialisée et individuelle aurait un impact bénéfique et non négligeable sur le budget de l'INAMI, puisqu'on estime qu'une économie de quelque 40 000 euros pourrait ainsi être réalisée par patient et par an par rapport à une prise en charge classique de longue durée.

C. Actuellement, notre pays dispose de deux unités « Double Diagnostic », une en Wallonie, à Manage, et une autre en Flandre, à Bierbeek, près de Louvain.

Il faut noter que Bierbeek et Manage ont développé une collaboration très étroite. Ces deux hôpitaux ont vraiment avancé sur leur capacité à travailler en réseau et se sont fixé pour objectif de réinsérer systématiquement les patients dans la vie courante. D'ailleurs,

Bovendien is de sector die instaat voor de dagelijkse ondersteuning van dezemensen (de voorzieningen voor personen met een handicap) op een heel andere wijze georganiseerd dan de GGZ, wat samenwerken ook complexer maakt. In die zin zouden de MIC's binnen het wettelijk kader van artikel 107 moeten evolueren naar een gespecialiseerd team voor personen met een verstandelijke beperking en problemen op vlak van geestelijke gezondheid, naast bestaande meer generalistische teams en andere specialistische teams.»

B. De opname in een eenheid «Dubbele Diagnose» als laatste redmiddel.

De ervaring die we gedurende de voorbije jaren hebben opgedaan toont dat het inzetten van een netwerk en een mobiel team om crisissen zo snel mogelijk in te dijken en de mensen die erdoor worden getroffen te stabiliseren, in ongeveer 50 % van de gevallen volstaan en er geen ziekenhuisopname nodig is.

Er bestaan wel situaties, meer bepaald bij extreme gedragsproblemen, waarvoor de mobiele interventiecel aan zijn maximumcapaciteit zit wat interventies en/of therapeutische belissingen betreft.

In dit soort situaties en om een nieuwe mislukking te voorkomen, kan men niet buiten een tijdelijke ziekenhuisopname in een eenheid gespecialiseerd in de dubbele diagnose. Dit zal onvermijdelijk zijn en heilzaam in ongeveer 50 % van de gevallen, dat wil zeggen wanneer alle andere mogelijkheden van het netwerk uitgeput zijn.

Concreet betekent een opname in een eenheid «Dubbele Diagnose» met gespecialiseerd personeel dat de meeste patiënten binnen de twee maanden gestabiliseerd zijn en terug kunnen integreren in het normale leven en in hun opvangplaatsen, terwijl hun levenskwaliteit is toegenomen en zij geen langdurig verblijf hoeven mee te maken op een algemene psychiatrische eenheid.

Deze gespecialiseerde, individuele aanpak zou trouwens een niet te verwaarlozen positieve invloed hebben op het budget van de RIZIV: men schat dat er jaarlijks ongeveer 40 000 euro bespaard kan worden per patiënt, vergeleken met een klassieke aanpak op lange termijn.

C. Op dit moment beschikt ons land over twee eenheden voor «Dubbele Diagnose», in Wallonië, Manage en in Vlaanderen Bierbeek bij Leuven.

Daarbij dient men op te merken dat Bierbeek en Manage zeer nauw samenwerken. Deze twee ziekenhuizen hebben hun capaciteit om in een netwerk te werken echt uitgebouwd en hebben zich tot doel gesteld de mensen systematisch in het gewone leven te

Manage est en train de développer et de sophistication le système des ateliers qui permet aux patients de réintégrer la vie courante plus rapidement, en coopération avec les institutions. — voir ci-dessous.

Dans d'autres régions, il n'existe aucune unité «Double Diagnostic». Ces unités seraient pourtant nécessaires pour couvrir les besoins de l'ensemble du pays.

Elles sont le soutien indispensable du réseau, le dernier recours en cas d'échec de la Cellule Mobile d'Intervention.

Ainsi, les institutions (MSP, AWIPH, etc.) qui pratiquent activement les techniques de réseau, et qui sont prêtes à accueillir ces personnes fragiles et à leur éviter des hospitalisations de longue durée — mais qui se verraient obligées de quand même les refuser ou de s'en séparer parce qu'elles n'ont pas «la sécurité» d'un accueil garanti dans un hôpital spécialisé, en cas d'échec des autres techniques, et, principalement, en cas de crise — peuvent à nouveau jouer pleinement leur rôle, au bénéfice des patients, et ceci tout en diminuant le coût global de leur traitement.

D. En ce qui concerne le Centre Psychiatrique Saint-Bernard de Manage, hôpital de référence pour la Région du Centre, son Unité «Double Diagnostic» présente les caractéristiques suivantes :

- il s'agit de la seule unité couvrant la Région wallonne et la Région de Bruxelles-Capitale;
- il dispose d'un personnel spécialisé;
- il offre un accueil sur mesure et des soins adaptés.

Mais le maintien de cette unité est incertain. En cause, un réaménagement des services dans le cadre de la «Réforme 107».

Supprimer un tel outil au service des patients «Double Diagnostic», perdre une telle expérience, un tel engagement, serait une pure aberration, en flagrante contradiction avec la raison et le bon sens de la «Réforme 107» et, essentiellement, au détriment des patients.

Car Manage défend également un projet-pilote totalement innovant pour son unité «Double Diagnostic»: «L'atelier au cœur d'un dispositif thérapeutique personnalisé dans le réseau».

Par ailleurs, une association «Double Diagnostic» verra le jour d'ici peu; elle aura pour objet de donner une identité, une visibilité accrue, un visage à cette double pathologie encore insuffisamment connue dans notre pays.

herintegreren. Manage is trouwens bezig het systeem van de ateliers uit te werken en te verfijnen. Daarmee kunnen patiënten sneller terug invoegen in het gewone leven, in samenwerking met de instellingen. — zie hieronder.

In andere regio's heeft men geen eenheid voor «Dubbele Diagnose». Die zouden nochtans nodig zijn om in de behoeften in het hele land te voorzien.

De eenheden vormen de een hoogstnoodzakelijke ondersteuning van het netwerk en zijn het laatste redmiddel wanneer de mobiele interventiecel faalt.

Zo kunnen de instellingen (PVT, AWIPH, enz.) die actief de netwerktechnieken toepassen en die openstaan voor de opvang van kwetsbare personen en zo langdurige ziekenhuisopnames voorkomen, maar die zich genoodzaakt zouden voelen om die personen toch te weigeren of weg te sturen omdat zij niet over de nodige «veiligheid» beschikken voor gespecialiseerde ziekenhuisopvang wanneer de andere technieken falen en dus meestal in geval van een crisis, opnieuw ten volle hun rol spelen ten voordele van de patiënten en wordt de totale kost van de behandeling bovendien laag gehouden.

D. Het «Centre Psychiatrique Saint-Bernard» te Manage, het referentiepunt voor de «*Région du Centre*», heeft een eenheid «Dubbele Diagnose» met de volgende kenmerken :

- het is de enige eenheid die het Waals Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest bedient;
- er is gespecialiseerd personeel;
- biedt een op maat gesneden opvang en aangepaste zorgen.

Het voortbestaan van deze eenheid is onzeker. De diensten worden heringedeeld op basis van de «Hervorming 107».

Deze dienstverlening voor de patiënten van «Dubbele Diagnose» opheffen, een dergelijke ervaring en een dergelijke verbintenis verliezen, komt neer op een grove fout die volledig strijdig is met de rede en het gezond verstand die aan «Hervorming 107» ten gronde liggen, en dat voornamelijk ten koste van de patiënten.

Manage staat namelijk ook voor een zeer vernieuwend pilootproject voor de eenheid «Dubbele Diagnose»: «Het atelier als centrum van de gepersonaliseerde therapie binnen het netwerk».

Er wordt binnenkort een vereniging «Dubbele Diagnose» opgericht, die tot taak zal hebben deze in ons land tot nu toe onvoldoende gekende pathologie een identiteit, meer zichtbaarheid en een gezicht te geven.

Au niveau national, l'on réfléchit également à un plan national intitulé « L'Unité Double Diagnostic, un dispositif thérapeutique personnalisé ».

3. CONCLUSIONS :

A. La collaboration intersectorielle est complexe et difficile;

B. Sur le plan du contenu, les CMI ont prouvé qu'elles apportent une plus-value. Les CMI ont ajouté, à relativement court terme, des contacts dans le circuit de soins et le réseau pour ce groupe cible. Elles sont les intermédiaires chargées de la collaboration intersectorielle, principalement entre les soins aux handicapés et les soins en santé mentale.

C. La spécificité du groupe cible, sa relation de dépendance à son entourage et le fait que plusieurs secteurs sont concernés, légitiment non seulement la poursuite du travail mis en place, mais requièrent par ailleurs une expertise particulière. La place que les CMI doivent occuper dans le réseau généraliste des soins de santé mentale reste à définir.

D. Pour pouvoir répondre aux nombreuses questions et parce qu'il faut généralement intervenir non seulement à l'égard du client mais aussi à l'égard de sa famille et de son entourage professionnel, l'affectation du personnel semble s'apparenter davantage à des modules d'*outreaching*. Il faut vérifier que l'encadrement en personnel actuel est suffisant pour pouvoir réaliser ce travail correctement. Actuellement, les délais d'attente pour démarrer la prise en charge atteignent facilement quatre mois.

E. Ce n'est qu'au sein d'un réseau suffisamment différencié qu'il sera possible d'effectuer avec ce groupe cible un travail justifié sur le plan médical, pédagogique et éthique.

F. Cela suppose l'intégration d'une fonction hospitalière spécifique, qui n'est en fait rien d'autre qu'une version adaptée des soins auxquels a droit tout patient psychiatrique, qu'il s'agisse d'un adulte ou d'un enfant souffrant de troubles de l'apprentissage ou du développement.

André du BUS de WARNAFFE.
Cindy FRANSSSEN.
Jacques BROTTCHI.
Leona DETIÈGE.
Nele LIJNEN.

*
* *

Ook wordt er op nationaal niveau nagedacht over een nationaal plan inzake de « Eenheid Dubbele Diagnose, een gepersonaliseerd therapeutisch instrument ».

3) CONCLUSIES :

A. Intersectoraal samenwerken is complex en moeilijk;

B. Inhoudelijk hebben de MIC's hun meerwaarde bewezen. De MIC's hebben op relatief korte termijn verbindingen toegevoegd in het zorgcircuit en netwerk voor deze doelgroep. Ze zijn ambassadeurs in intersectorale samenwerking tussen vnl. gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg.

C. De specificiteit van de doelgroep, hun afhankelijkheidsrelatie van hun omgeving en het feit dat meerdere sectoren betrokken zijn, legitimeren niet alleen continuering van deze werking, maar vraagt toch ook een eigenheid en expertise. De plaats die zij moeten innemen in het allround netwerk geestelijke gezondheidszorg is nog uit te werken.

D. Om de vele hulpvragen te kunnen beantwoorden en toch ook omdat er meestal moet geïntervenieerd worden ten aanzien van én cliënt én familiale én professionele omgeving, lijkt een personeelsinvulling die eerder aanleunt bij vergelijkbare *outreaching* modules op zijn plaats. Er moet onderzocht worden of de huidige personeelsomkadering voldoende is om dit werk naar behoren te doen. Momenteel lopen de wachttijden voor de start van de begeleiding al vlug op tot 4 maanden. »

E. Enkel in een netwerk dat voldoende gedifferentieerd is, is medisch, pedagogisch en ethisch verantwoord werk met deze doelgroep mogelijk.

F. Dit vergt de integratie van een specifieke ziekenhuisfunctie, die in feite niets anders is dan een aangepaste versie voor zorg waar iedere psychiatische patiënt, kind met leer of ontwikkelingsstoornissen of volwassene recht op heeft.

*
* *

PROPOSITION DE RÉOLUTION

Le Sénat,

Demande au gouvernement :

1. de saisir le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) afin qu'une étude soit réalisée sur la problématique du «Double Diagnostic», portant notamment sur les points suivants :

a) évaluer la prise en charge des personnes qui nécessitent, en dernier recours, une offre de soins spécialisée en milieu hospitalier;

b) fixer un indice adéquat pour les services «Double Diagnostic» (les indices actuels A et T ne couvrent ni les besoins des patients, ni ceux du personnel);

c) estimer les coûts pour le budget des soins de santé;

d) évaluer la nécessité de créer de nouvelles unités «Double Diagnostic» en fonction des besoins de la population;

e) soutenir l'élargissement de la compétence des cellules mobiles d'intervention en appui aux services des hôpitaux psychiatriques;

f) examiner l'opportunité de former des médecins psychiatres généralistes, qui aient une réelle vision globale et non fractionnée de la santé mentale de leurs patients, comme cela existe déjà pour les médecins internistes généralistes;

g) examiner l'opportunité d'élaborer un plan national au sujet du «Double Diagnostic»;

2. de maintenir les projets pilotes en cours cellules mobiles d'intervention «Double Diagnostic» jusqu'au rapport définitif du KCE énonçant ses recommandations;

3. de maintenir les projets en cours unités «Double Diagnostic» jusqu'au rapport final du KCE énonçant ses recommandations;

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

De Senaat,

Vraagt de regering :

1. om het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) te verzoeken een studie uit te voeren over de problematiek van de «Dubbele Diagnose», meer bepaald met betrekking tot de volgende punten :

a) de evaluatie van de opvang van personen die als laatste redmiddel gespecialiseerde verzorging krijgen aangeboden in een ziekenhuisomgeving;

b) een passende norm vast te stellen voor de diensten «Dubbele Diagnose» (de huidige A-en T-normen dekken noch de behoeften van de patiënten, noch die van het personeel);

c) de kosten voor de begrotingspost van gezondheidszorg;

d) de noodzaak om nieuwe «Dubbele Diagnose-» eenheden op te richten, op basis van de behoeften van de bevolking;

e) de uitbreiding van de bevoegdheid van de mobiele interventiecellen om de diensten van de psychiatrische ziekenhuizen te ondersteunen.

f) om de mogelijkheid te onderzoeken om huisartsen-psychiaters op te leiden, die echt een brede visie hebben en niet alleen de beperkte problematiek van de geestelijke gezondheid van hun patiënten zien, zoals dit reeds bestaat voor huisartsen-internisten;

g) om de mogelijkheid te onderzoeken een nationaal plan uit te werken in verband met de «Dubbele Diagnose»;

2. om de nu actieve proefprojecten mobiele interventiecellen «Dubbele Diagnose» te behouden tot er een definitief verslag is met aanbevelingen van het KCE;

3. om de nu actieve projecten «Dubbele Diagnose-» eenheden te behouden tot er een definitief verslag is met aanbevelingen van het KCE;

4. d'envisager la possibilité de créer des projets pilotes pour des unités « Double Diagnostic » dans des régions qui n'en disposent pas actuellement.

7 mai 2013.

André du BUS de WARNAFFE.
Cindy FRANSSEN.
Jacques BROTCHE.
Leona DETIÈGE.
Nele LIJNEN.

4. om de mogelijkheden tot het oprichten van proefprojecten voor « Dubbele Diagnose » eenheden in regio's die daar momenteel niet over beschikken in overweging te nemen.

7 mei 2013.