

HOOFDSTUK 3
EPIDEMIOLOGISCHE ASPECTEN VAN CRISES EN CRISISOPVANG VOOR
MIDDELGEBONDEN PROBLEMEN

Sofie Hermans

Wouter Vanderplasschen

Ronny Bruffaerts

2. ANALYSE VAN BESTAANDE DATABASES MET BETREKKING TOT DE CRISISOPVANG VOOR MIDDELENGEBRUIKERS

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 suïcidepoging 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 I 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 aangediend 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 accuraatheid 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 pilotprojecten. Het gemiddeld aantal ligdagen centreert zich rond 3.4 per opname. Het gemiddeld aantal ligdagen varieert sterk van pilotproject tot pilotproject. 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 pilotproject 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 pilotprojecten met een gemiddelde opnameduur van minstens 4 dagen systematisch *minder* heropnames realiseren (i.c. 21% van de totale patiëntensteekproef voor de gegeven periode) dan pilotprojecten 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%
ziekt statuut (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.

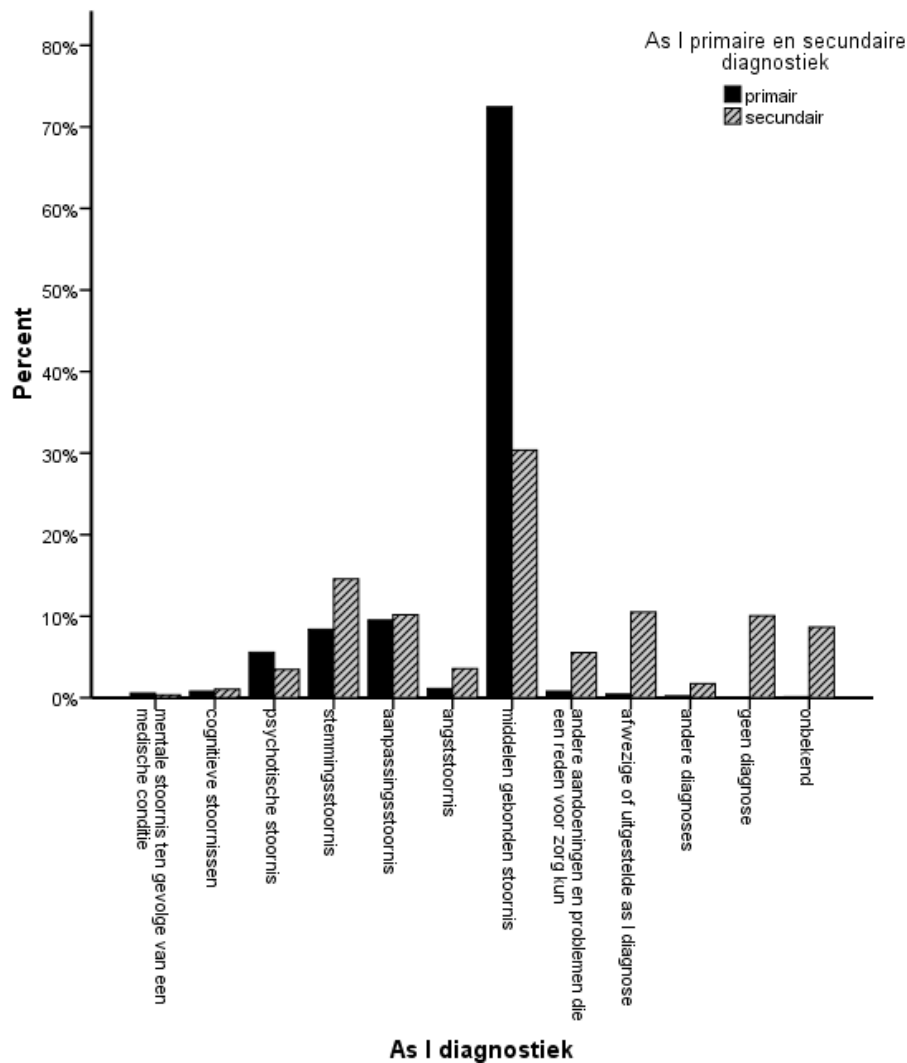
TABEL 7. PRIMAIRE EN SECUNDAIRE AANMELDINGSSYMPATOMATOLOGIE

	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 middelengebondenstoornis gediagnosticeerd op As I (zie figuur 1). Zowel op primair (73%) als op secundair niveau (33%) is een middelengebondenstoornis 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.

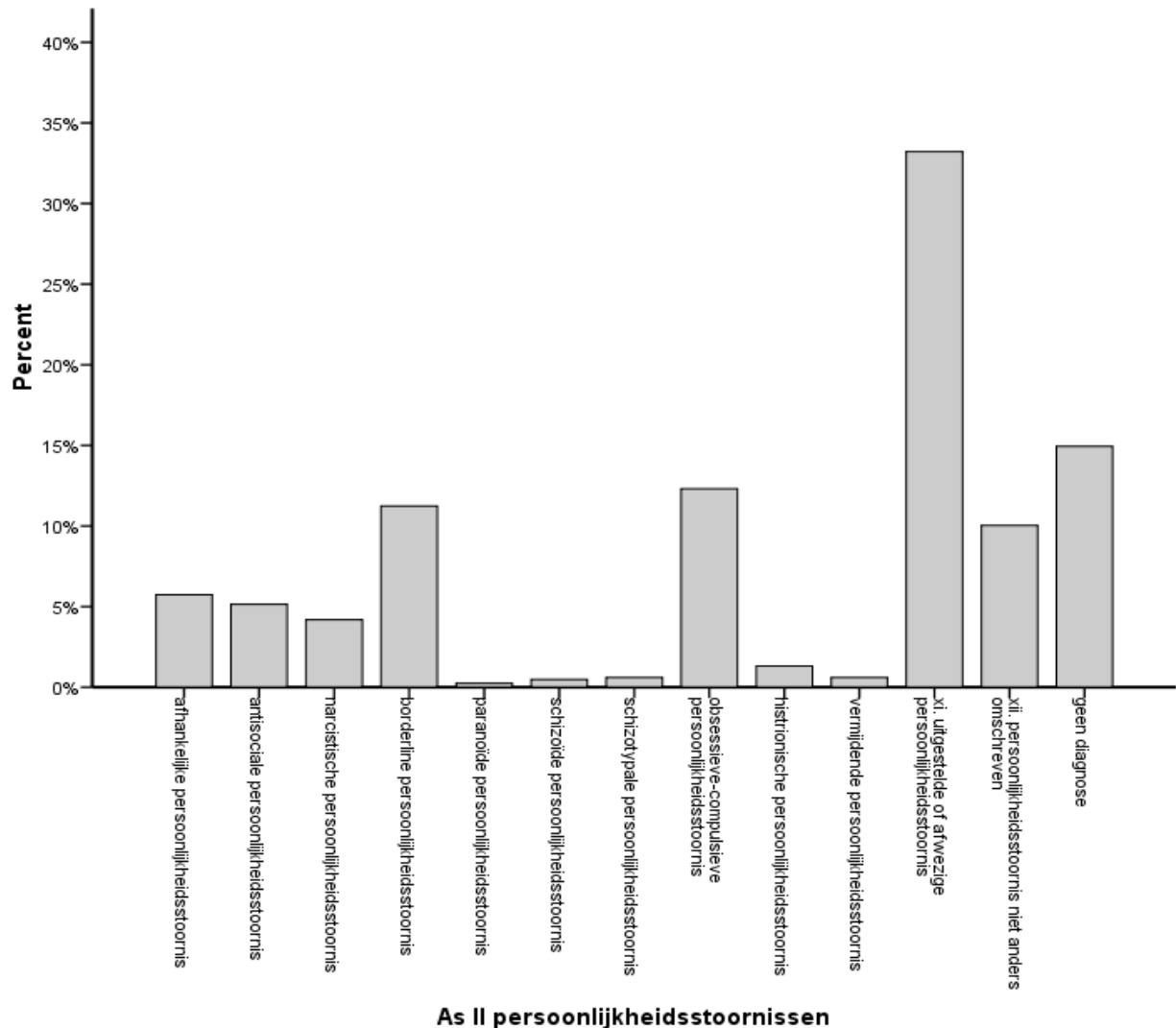
Figuur 1 : Percentage patiënten voor primaire en secundaire As I stoornissen



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 geïnccludeerd.

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/kalmeermedicatie (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.

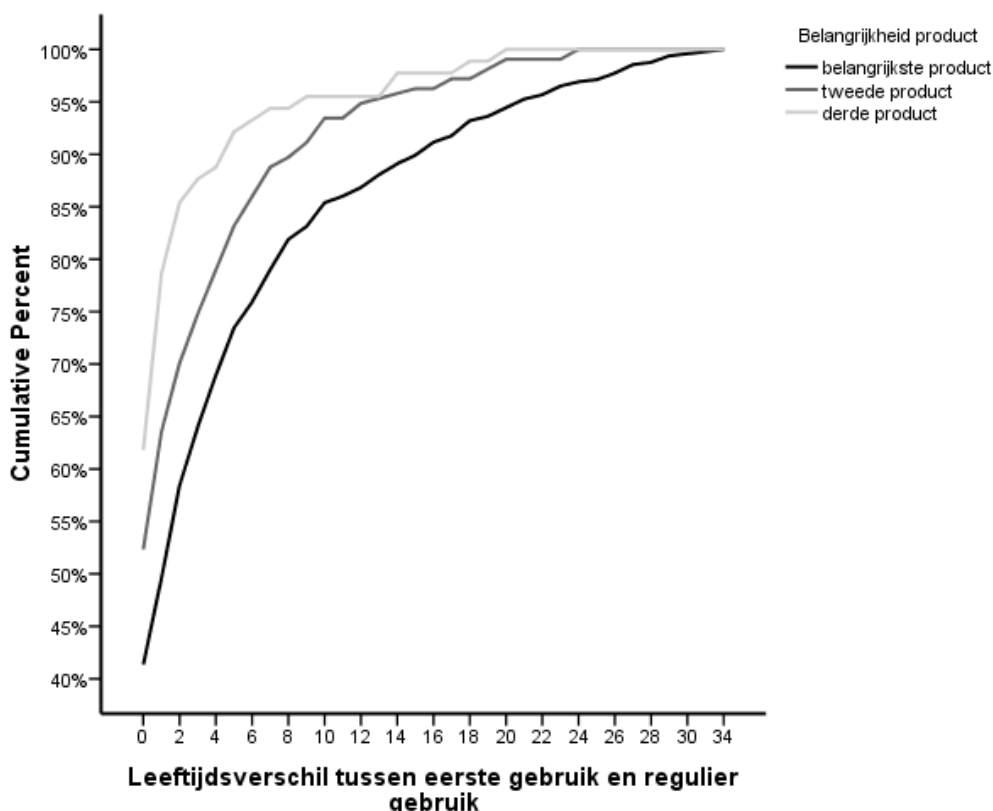
Voor het eerste, tweede en derde middel wordt in figuur 3 de cumulatieve proportie gepresenteerd van het verschil in leeftijd waarop patiënten voor de eerste keer een middel

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 17 à 20 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 trachten 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

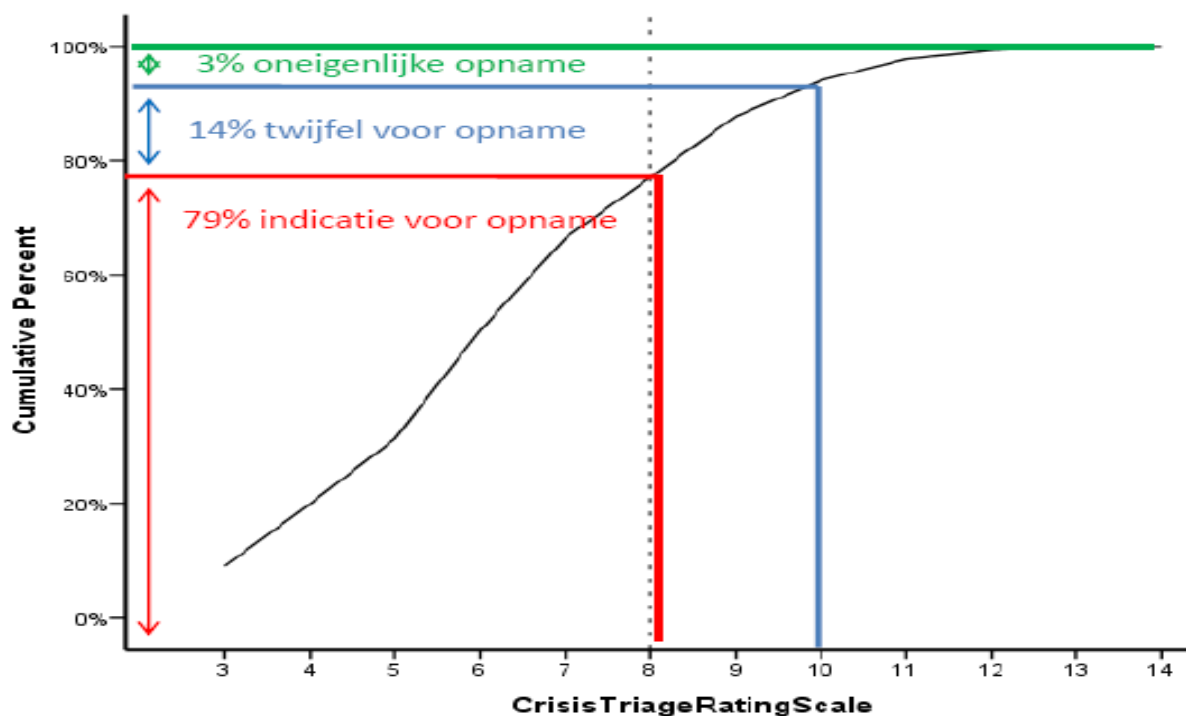
Suïcidaliteit	%
1 : Pt drukt zijn suïcidale ideeën duidelijk uit, of heeft een gemeente TS gedaan in de huidige periode van zijn mentale stoornis. Patiënt is onvoorspelbaar, impulsief en gewelddadig.	7%
2 Pt drukt zijn suïcidale ideeën uit, zonder overtuigend te zijn. Patiënt heeft gewelddadige of impulsieve 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. Betwifelbare 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 niet 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. ACCURAATHEID 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%) pilootprojecten 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 pilootprojecten 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, herhalpreventie, 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 groepsgesprekken. 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 herhal 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.

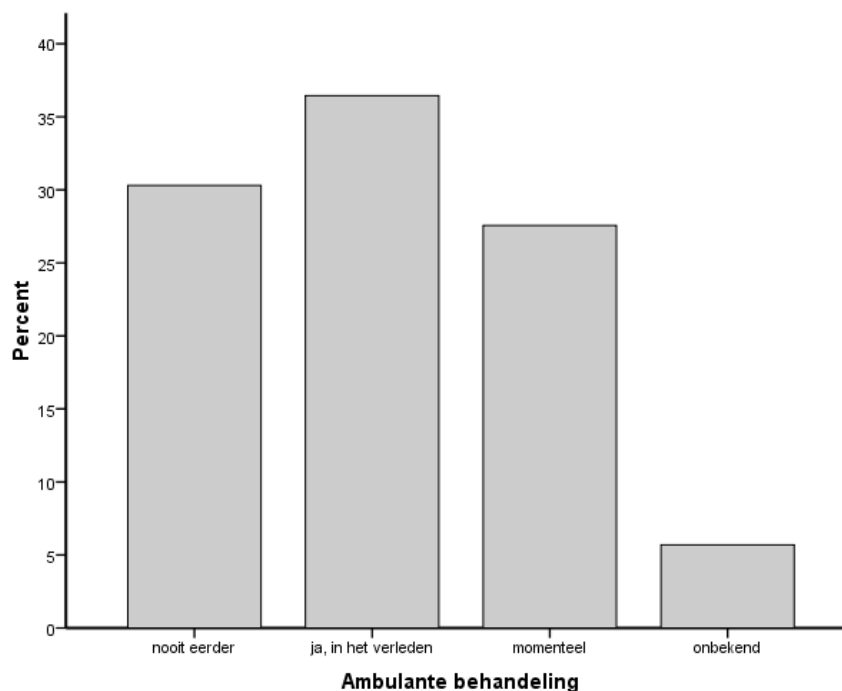
3.2.3.8.2. Doorverwijzing naar een FOD-pilootproject

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 ambulante 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 vervolggconsulten 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%.