



Overlegplatform GGZ West-Vlaanderen  
Project Zorgcoördinatie Middelenmisbruik  
Annuntiatenstraat 92  
8000 Brugge  
0474/ 06 08 77  
e-mail [inge.decorte@op-wvl.be](mailto:inge.decorte@op-wvl.be)  
website [www.op-wvl.be](http://www.op-wvl.be)

---

## LOCUS-model, vertaling, 2014

BRON: LOCUS, Level of Care Utilization System for Psychiatric and addiction services, adult version 2010, American Association of Community Psychiatrists

Deze vertaling gebeurde met toestemming van de AACP (dr. Wesley Sowers).

Met dank aan de werkgroep die deze vertaling mogelijk maakte:

Wim Laporte, stafmedewerker PZ Heilig Hart, Ieper

Lieven Lust, netwerkcoördinator PRIT

Paul Seynaeve, afdelingshoofd Kliniek St. Jozef Pittem

Jean-Paul Sucaet, case manager legale middelen EPSI/CrEM AZ St. Jan Brugge

---

## INHOUD

Gebruiksaanwijzing .....	p.2
Evaluatieparameters .....	p. 3
Niveaus van zorg: definities en plaatsingscriteria .....	p. 15
Bijlage 1: Beslissingsboom niveaus van zorg .....	p. 25
Bijlage 2: Overzicht niveaus van zorg per evaluatieparameter .....	p. 27

## Gebruiksaanwijzing

Elke evaluatieparameter wordt gedefinieerd op een schaal van 1 tot 5. Elke score in de schaal wordt gedefinieerd door één of meer criteria en wordt door afzonderlijke letters aangeduid. Slechts aan één van deze criteria moet worden voldaan om een score toe te kennen aan de patiënt. De beoordelaar moet de hoogste waarderingscore of cijfer, waarin ten minste aan één van de criteria wordt voldaan, selecteren.

Er zullen soms gevallen zijn waarin er enige onduidelijkheid is of de patiënt voldoet aan een score op de schaal binnen één van de parameters.

Dit kan te wijten zijn aan inadequate of tegenstrijdige informatie of aan de moeilijkheid van het beoordelen of de beschikbare gegevens overeenkomen met één van de criteria voor de score. Klinische ervaring moet dan de doorslag geven en het cijfer van het criterium dat de werkelijkheid het best benadert, moet gekozen worden.

Toch zal het gebeuren dat het moeilijk blijft om een cijfer/score toe te kennen. In deze gevallen is het de hoogste score waar de info het meest mee overeenkomt, en meer dan waarschijnlijk voldoet aan het criterium, die moet toegekend worden.

Aangezien LOCUS ontworpen is als een dynamisch instrument, kunnen scores na verloop van tijd veranderen. Scores worden over het algemeen toegekend in het hier en nu en geven het klinisch beeld weer op het moment van de evaluatie. In sommige parameters wordt met de informatie uit de voorgeschiedenis rekening gehouden, maar dit mag niet beslissend zijn tenzij het duidelijk deel uitmaakt van de te definiëren criteria. In bepaalde crisissituaties kan de score vlug veranderen wanneer er interventies uitgevoerd worden. In andere situaties waarbij een patiënt in zeer stabiele omstandigheden leeft verandert de score gedurende lange tijd niet. Klinisch oordeel moet bepalen hoe vaak de scores moeten herzien worden. Als algemene regel zal een herbeoordeling frequenter nodig zijn bij erg acute situaties en omstandigheden waarbij een hogere mate van zorg of ondersteuning vereist is.

Eenmaal voor alle evaluatieparameters een score werd bepaald, moeten ze op een werkblad worden ingevuld en opgeteld, om de samengestelde score te verkrijgen. Vanuit het LOCUS-schema kan een ruwe schatting verkregen worden van de aanbevolen plaats. Voor de grootste nauwkeurigheid moet de "LOCUS level of care"- beslissingsboom gebruikt worden. Het wordt aangeraden om dit in de meeste gevallen te doen.

Bij toekenning van zorgniveau zijn er een aantal systemen die geen uitgebreide diensten voor alle bevolkingsgroepen op elk niveau continueren. Wanneer dit het geval is, zal het niveau van zorg aanbevolen door LOCUS wellicht niet beschikbaar zijn en zal er een keuze moeten gemaakt worden om meer of minder intensieve diensten aan te bieden.

In de meeste casussen moet het hoogste niveau van zorg gekozen worden tenzij er een duidelijke en overtuigende reden is om het anders te doen. Dit zal ons helpen het zekere voor het onzekere te kiezen en veiligheid i.p.v. risico's en instabiliteit.

## LOCUS instrument

### EVALUATIEPARAMETERS VOOR HET BEOORDELEN VAN ZORGNODEN

#### Definities

#### I. Schaderisico

Deze dimensie van de beoordeling houdt rekening met de mogelijkheden van de persoon om schade aan te richten bij zichzelf of bij anderen. Meestal is dit te wijten aan zelfmoord- of moordgedachten of -intenties. Vaak kan onopzettelijke schade voortkomen uit verkeerde interpretaties van de realiteit, uit het onvermogen om adequaat voor zichzelf te zorgen, of door een gewijzigde bewustzijnstoestand te wijten aan het ongecontroleerd middelengebruik.

Tekorten in het vermogen tot zelfzorg worden enkel in rekening gebracht in de context van het potentieel om schade te veroorzaken. Evenzeer wordt enkel het gedrag die geassocieerd wordt met middelengebruik gebruikt om het risico op schade in te schatten, niet het middelengebruik op zich.

Naast de directe bewijzen van potentieel gevaarlijk gedrag wordt ook rekening gehouden met andere factoren zoals: de voorgeschiedenis van gevaarlijke gedragingen, de onmogelijkheid om veiligheid te waarborgen (veiligheid waarborgen op zich is geen garantie) en de beschikbaarheid van middelen.

Rekening houdend met de voorgeschiedenis krijgen recente gedragspatronen voorrang op patronen uit het verre verleden.

Schaderisico kan ingeschat worden rekening houdend met volgende criteria:

1. Minimaal schaderisico
  - a. Geen aanwijzing van suïcidale of homicidale gedachten, impulsen of gedachtegang, zowel in het verleden als in het heden.
  - b. Duidelijk vermogen tot zelfzorg in het heden en in het verleden.
2. Laag schaderisico
  - a. Geen huidige suïcidale of homicidale gedachtegang, plan, intenties of hevige behoefte – met mogelijks tijdelijke of passieve gedachten, recentelijk of in het verleden.
  - b. Occasioneel middelengebruik zonder significante episodes van potentieel schadelijk gedrag.
  - c. Periodes in het verleden van zelfverwaarlozing zonder huidig bewijs van dergelijk gedrag.
3. Matig schaderisico
  - a. Betekenisvolle huidige suïcidale of homicidale gedachtegang zonder intentie of bewust plan en zonder voorgeschiedenis.
  - b. Geen actieve suïcidale of homicidale gedachtegang, wel hevige behoefte en/of voorgeschiedenis van suïcidaal/homicidaal gedrag.

- c. Verleden van chronisch impulsief suïcidaal/homicidaal gedrag of dreigingen, maar de huidige uitingen vertegenwoordigen geen betekenisvolle verandering van gebruikelijk gedrag.
  - d. "Binge" of overmatig middelengebruik dat in het verleden resulteerde in potentieel schadelijk gedrag, maar zonder recente episodes.
  - e. Aanwijzingen tot zelfverwaarlozing en/of afname van het vermogen tot zelfzorg in de huidige context.
4. Ernstig schaderisico
- a. Huidige suïcidale of moordzuchtige gedachtegang met uitgesproken intenties en/of voorgeschiedenis om dergelijk gedrag uit te voeren maar zonder hiervoor de middelen te hebben, of met een afkeer het te doen, of de mogelijkheid om veiligheid te garanderen.
  - b. Voorgeschiedenis van chronisch impulsief suïcidaal/homicidaal gedrag, of dreigingen die worden geuit, of gedrag dat wijst op een beduidende toename van gewoonlijk gedrag.
  - c. Recent patroon van excessief middelengebruik met als gevolg verlies aan zelfcontrole en duidelijk schadelijk gedrag zonder aantoonbaar vermogen om zich te onthouden van gebruik.
  - d. Duidelijk in vraag stellen van het vermogen om adequaat voor zichzelf te zorgen of zich voldoende bewust te zijn van de context.
5. Extreem schaderisico
- a. Actueel suïcidaal of homicidaal gedrag of dergelijke intenties met een plan en beschikbare middelen om het gedrag uit te voeren...
    - zonder uitgedrukte ambivalente of betekenisvolle belemmeringen om te handelen, of
    - met een voorgeschiedenis van ernstige pogingen die niet van chronische, impulsieve of doordachte aard zijn, of
    - in aanwezigheid van bevelshallucinaties of illusies die de gebruikelijke impulscontrole in gevaar brengen.
  - b. Herhaaldelijke episodes van geweld t.a.v. zichzelf of anderen, of andere gedragingen die resulteren in geweld onder invloed van middelen, met een zo goed als continu patroon en ongecontroleerd gebruik.
  - c. Extreem in vraag stellen van het vermogen tot zelfzorg of het inschatten van de context, met fysieke achteruitgang of verwondingen tot gevolg.

## II. Functionele status

Deze dimensie geeft een inschatting van de mate waarbij een persoon in staat is om maatschappelijk verantwoordelijkheid te dragen, om te communiceren met anderen, hun fysiek functioneren te behouden (zoals slaap, eetlust energie, enz.) evenals de capaciteit tot zelfzorg.

Dit vermogen moet worden vergeleken met een ideaal niveau van functioneren bij personen met dezelfde beperkingen of kan worden vergeleken met het basis functioneren van de periode voorafgaand aan de periode van ziekte.

Personen met aanhoudende, langdurige beperkingen die geen acute veranderingen ervaren, zijn de enige uitzondering op deze regel en krijgen een score van 3. Indien dergelijke beperkingen ernstig genoeg zijn, met risico op schade voor de cliënt, dan worden ze in overeenstemming gebracht met de criteria van dimensie I. Binnen de toepassing van dit instrument moeten de bronnen van verslechtering beperkt worden tot deze die direct verband houden met de psychiatrische en/of verslavingsproblemen van de persoon.

Terwijl andere soorten beperkingen een rol kunnen spelen bij het bepalen van de ondersteuning die nodig is, moeten ze niet in rekening gebracht worden bij het bepalen van de plaats van het individu binnen het schema.

1. Minimale beperking
  - a. Niet meer dan voorbijgaande beperking in het functioneren na blootstelling aan een identificeerbare stressfactor.
2. Milde beperking
  - a. Ervaart enkele problemen bij het persoonlijk functioneren, met verhoogde prikkelbaarheid, vijandigheid of conflict maar is in staat om een aantal zinvolle en bevredigende relaties te onderhouden.
  - b. Recent ervaren van kleine verstoringen binnen de zelfzorg of de gebruikelijke activiteiten.
  - c. Het ontwikkelen van kleine maar aanhoudende moeilijkheden binnen het sociaal functioneren en voldoen aan de verplichtingen (bijvoorbeeld moeite met het vervullen van de ouderlijke verantwoordelijkheid of het uitvoeren van de verwachtingen op het werk of school) maar met behoud van het vermogen om die rollen op te nemen.
  - d. Toont een significante verbetering in functioneren na een moeilijke periode.
3. Matige beperking
  - a. Recent conflictueus, teruggetrokken, vervreemd of onrustig binnen de belangrijkste relaties maar met behoud van controle over impulsief, agressief of beledigend gedrag.
  - b. Uiterlijk voorkomen en hygiëne daalt frequent onder de gebruikelijke norm.
  - c. Aanzienlijke verstoring van het fysiek functioneren zoals slaap, eetgewoonten, activiteitsniveau of libido maar zonder ernstige bedreiging van de gezondheid.
  - d. Sterk verminderd vermogen om verantwoordelijkheden en verplichtingen op te nemen m.b.t. werk, school, zichzelf of belangrijke derden. Men kan deze verantwoordelijkheden ook soms vermijden of verwaarlozen.

- e. Aanhoudende en/of variërend ernstige tekorten in persoonlijke relaties, in het vermogen om zich te engageren in constructieve sociale activiteiten of verantwoordelijkheden te behouden.
  - f. Recente successen en/of stabilisatie in het functioneren zijn bereikt in het kader van behandeling in een gestructureerde en/of beschermde omgeving.
4. Ernstige beperking
- a. Ernstige afname van de kwaliteit van persoonlijke interacties, aanhoudende conflicten of verstoorde relaties. Impulsief, agressief of beledigend gedrag kan hier deel van uitmaken.
  - b. Significante terugtrekking en het vermijden van bijna alle sociale interacties.
  - c. Systematisch gebrek aan persoonlijke hygiëne, uiterlijk voorkomen en zelfzorg niet volgens de gebruikelijke norm.
  - d. Ernstige verstoringen in het fysisch functioneren zoals gewichtsverandering, verstoorde slaap of vermoeidheid die het fysiek welzijn bedreigt.
  - e. Onvermogen om te presteren volgens de gebruikelijke norm op school, werk, in ouderschap of andere verplichtingen. Deze verplichtingen kunnen volledig verwaarloosd zijn op regelmatige basis of voor een langere periode.
5. Zeer ernstige beperking
- a. Extreme verstoring in de sociale interacties zoals chaotische communicatie, bedreigend gedrag met weinig of geen provocatie, minimale controle over impulsief, agressief of beledigend gedrag
  - b. Volledige terugtrekking uit alle sociale interacties.
  - c. Compleet verwaarlozen van persoonlijke hygiëne en uiterlijk voorkomen en onvermogen om tegemoet te komen aan de meeste basisbehoeften zoals bvb. eten en persoonlijke veiligheid met daaraan gekoppeld fysieke verslechtering.
  - d. Extreme verstoring in het fysisch functioneren met ernstige schade van de gezondheid en het welzijn tot gevolg.
  - e. Compleet onvermogen om persoonlijke verantwoordelijkheid als burger, werknemer, scholier of ouder te handhaven.

### **III. Comorbiditeit: lichamelijk, psychiatrisch en verslaving**

Deze dimensie/parameter meet de mogelijke complicaties die nog kunnen optreden in het kader van een bijkomende lichamelijke of psychiatrische aandoening of een verslavingsproblematiek bovenop de eerst vastgestelde of meest zichtbare aandoening (hier “de ziekte/klacht waarmee men zich aanmeldt” genoemd). Comorbide aandoeningen kunnen het verloop van de ziekte in sommige gevallen verlengen of kunnen er in andere gevallen voor zorgen dat er meer intensieve opvolging (of van heel nabij) beschikbaar moet zijn. Tenzij anders aangewezen, moeten eventuele bijkomende aandoeningen uit het verleden hier in deze parameter niet in beschouwing worden genomen, tenzij de huidige omstandigheden ervoor zouden kunnen zorgen dat ze opnieuw opflakkeren. Voor patiënten die zich aandienen met middelengerelateerde problemen, moeten, in functie van het

toekennen van de scores, afkickverschijnselen worden beschouwd als lichamelijke comorbiditeit.

1. Geen comorbiditeit
  - a. Niks wijst op aanwezigheid van lichamelijke aandoeningen, middelengerelateerde problemen of psychiatrische stoornissen – los van de aandoening waarmee patiënt zich aanmeldt.
  - b. Ziektes of aandoeningen die zich in het verleden mogelijks hebben voorgedaan, zijn momenteel stabiel en vormen ook geen bedreiging voor de (stabiliteit van) de huidige toestand.
2. Minimale comorbiditeit
  - a. Er zijn lichamelijke problemen, maar deze zijn op zich niet onmiddellijk bedreigend of storend en hebben geen effect op het verloop van de aandoening waarmee de cliënt zich aanmeldt.
  - b. Occasioneel middelenmisbruik, maar recente episodes zijn gecontroleerd, escaleren niet en er zijn ook geen aanwijzingen dat ze het verloop van de comorbide psychiatrische stoornis negatief beïnvloeden.
  - c. Cliënt ervaart occasioneel psychiatrische symptomen die gerelateerd zijn aan stress, lichamelijke ziekte of middelengebruik, maar deze zijn van voorbijgaande aard en hebben geen waarneembare impact op een comorbide middelengerelateerde stoornis.
3. Significante comorbiditeit
  - a. Cliënt heeft reeds of kan mogelijks lichamelijke ziekteverschijnselen ontwikkelen (bv. diabetes of milde fysieke onthoudingsverschijnselen), die de nodige medische opvolging vragen.
  - b. Cliënt heeft lichamelijke ziekteverschijnselen die kunnen veroorzaakt of negatief beïnvloed zijn door de huidige aandoening (=waarmee de patiënt zich aanmeldt).
  - c. Cliënt heeft lichamelijke ziekteverschijnselen die het verloop van de huidige aandoening negatief kunnen beïnvloeden.
  - d. Voortdurend of periodiek middelengebruik ondanks negatieve gevolgen met significant of mogelijk significante negatieve impact op het verloop van om het even welke comorbide psychiatrische stoornis.
  - e. Recent middelengebruik met duidelijk negatieve/destructieve gevolgen voor de huidige aandoening, maar die tijdelijk onder controle zijn door een sterk gestructureerde of beschermende setting of door andere externe factoren.
  - f. Significante psychiatrische symptomen en signalen zijn aanwezig die op zichzelf storend zijn en die ook interageren met en een omgekeerd effect hebben op het verloop en de ernst van enig comorbide middelengebruik.
4. Majeure comorbiditeit
  - a. Cliënt heeft lichamelijke ziekteverschijnselen of deze zullen zich zeer waarschijnlijk ontwikkelen (zoals een matig maar niet complex alcohol-, verdovend middel of opiaat onthoudingsverschijnsel, milde longontsteking of ongecontroleerd hoge bloeddruk), die intensieve maar geen voortdurende medische monitoring vragen.

- b. Cliënt heeft lichamelijke ziekteverschijnselen die duidelijk erger worden door de huidige aandoening.
  - c. Cliënt heeft lichamelijke ziekteverschijnselen die duidelijk het verloop en het resultaat van de huidige aandoening verergeren.
  - d. Ongecontroleerd middelengebruik in die mate dat het een ernstige bedreiging vormt voor de gezondheid indien er niks aan verandert en/of herstel van enige comorbide psychiatrische stoornis ernstig belemmert.
  - e. Aanwezigheid van psychiatrische symptomen die een ernstig beperkende invloed hebben en die interageren met de mogelijkheid tot herstel van een comorbide middelengebruik en/of deze ernstig verhinderen.
5. Ernstige comorbiditeit
- a. Aanwezigheid van ernstige lichamelijke ziekteverschijnselen die moeilijk onder controle te houden zijn en/of mogelijk levensbedreigend zijn indien er geen medische opvolging is van nabij. (bvb ernstige of complexe alcoholonthoudingsverschijnselen, ongecontroleerde diabetes mellitus, zwangerschap met complicaties, ernstige leveraandoening, slopende cardiovasculaire ziekte)
  - b. Aanwezigheid en gebrek aan controle van de huidige aandoening zorgt ervoor dat de persoon risico loopt op complicaties van de bestaande lichamelijke problemen.
  - c. De ongecontroleerde lichamelijke aandoening zorgt voor een ernstige achteruitgang in de huidige aandoening, door de duur van de ziekte heel wat te verlengen en de mogelijkheid om ervan te genezen, ernstig te verhinderen.
  - d. Ernstige middelenafhankelijkheid met onmogelijkheid om gebruik te controleren onder om het even welke omstandigheden, plus mogelijks ernstige onthoudingsverschijnselen of continu middelengebruik ondanks duidelijk erger wordende psychiatrische stoornis en andere aspecten van welzijn die achteruit gaan.
  - e. Er zijn acute of ernstige psychiatrische symptomen aanwezig die het functioneren van de cliënt ernstig verstoren en herstel van middelengebruik in de weg staan, of het zwaar verergeren.

#### **IV. Herstelbevorderende omgeving**

Deze dimensie bevat enerzijds factoren uit de omgeving die kunnen bijdragen tot het initiëren of het onderhouden van de verslaving of het psychisch disfunctioneren, en anderzijds factoren die de inspanningen van een persoon kunnen ondersteunen om tot geestelijke gezondheid en/of onthouding te komen of die toestand te behouden. Stressvolle omstandigheden kunnen ontstaan door meerdere oorzaken en bevatten interpersoonlijke conflicten of kwellingen, belangrijke veranderingen in het leven, verliezen, bezorgdheden betreffende gezondheid en veiligheid, en de mogelijkheid om belangrijke rollen en verantwoordelijkheden in het leven te behouden. Ondersteunende elementen in de context zijn bronnen die personen in staat stellen gezondheid en rollen te behouden ondanks stressvolle omstandigheden zoals beschikbaarheid van geschikte materiële hulpbronnen en



de relatie tot familieleden. De aanwezigheid van vrienden, werkgevers of onderwijzers, geestelijken, professionelen, en andere leden van de gemeenschap die zorg dragen en emotioneel comfort verlenen, zijn eveneens ondersteunende bronnen.

Voor personen die behandeld worden in een gesloten of op een andere wijze beschermende residentiële setting, zou de beoordeling moeten gebaseerd worden op de condities die kunnen voorkomen bij verhuis van de persoon naar een nieuwe omgeving of het teruggaan naar de vertrouwde omgeving, welke het meest geschikt is volgens de omstandigheden.

## **A) Stressniveau**

### **1. Laag stressniveau binnen de context**

- a. In wezen geen significante of blijvende moeilijkheden in de interpersoonlijke relaties en de betekenisvolle levensomstandigheden zijn stabiel
- b. Geen recente belangrijke veranderingen
- c. Geen grote verliezen van interpersoonlijke relaties of materiële status werden recent ervaren
- d. Materiële behoeften geven geen betekenisvolle aanleiding tot bezorgdheid dat ze niet meer ingewilligd zouden kunnen worden in de nabije toekomst en er zijn geen betekenisvolle bedreigingen voor de gezondheid en de veiligheid
- e. De leefomgeving houdt geen mogelijke bedreigingen of risico's in
- f. Er is geen druk om boven de mogelijkheden te presteren binnen de sociale rollen

### **2. Mild stressniveau binnen de context**

- a. Aanwezigheid van bepaalde aan de gang zijnde of terugkerende interpersoonlijke conflicten, vervreemdingen of andere moeilijkheden
- b. Een wijziging die een aanpassing vraagt zoals een verandering binnen het gezin, of een nieuwe job of school
- c. Omstandigheden die een gevoel van onbehagen veroorzaken zoals een goede vriend die verhuist, een conflict binnen of in de nabijheid van de woonst, of bezorgdheid omtrent het behoud van het huidig niveau van materieel welzijn
- d. Het recent opduiken van een voorbijgaande ziekte of verwonding die tijdelijk de mogelijkheden beperkte
- e. Mogelijke blootstelling aan alcohol en/of middelgebruik \*
- f. Druk om te presteren ( aangevoeld of reëel ) in school of op het werk veroorzaakt onbehagen

### **3. Matig stressniveau binnen de context**

- a. Belangrijke tweedracht of moeilijkheden binnen het gezin of andere belangrijke relaties of vervreemding binnen de sociale interacties
- b. Betekenisvolle veranderingen veroorzaken een ontwrichting in de levensomstandigheden zoals het verliezen van de job, moeilijkheden met het gerecht, of een verhuis
- c. Recent belangrijk verlies of verslechtering van interpersoonlijke of materiële omstandigheden

- d. Bezorgdheid gerelateerd aan een aanhoudende vermindering van de gezondheidstoestand
  - e. Gevaar in of in de nabijheid van de woonst
  - f. Gemakkelijke blootstelling of toegang tot alcohol of andere middelen \*
  - g. Perceptie dat de druk om te presteren de mogelijkheden om daaraan actueel en geschikt te voldoen, overstijgt
4. Hoog stressniveau binnen de context
- a. Erge verstoring van het familiaal en sociaal milieu door ziekte, overlijden, echtscheiding of het doorbreken van de ouder – kind band, zware conflicten, kwelling en/of fysisch of seksueel misbruik
  - b. Erge verstoring van de leefomstandigheden zoals gevangenneming, verlies van woonst, of leven in een onfamiliaire, onvriendelijke cultuur
  - c. Onmogelijkheid om te voorzien in de fysische en/of materiële noden
  - d. Recente aanval van ernstige beperkende of levensbedreigende ziekte
  - e. Moeilijkheden om het contact te vermijden met actieve gebruikers en te weerstaan aan druk om deel te nemen aan het gebruik van alcohol en/of andere middelen \*
  - f. Episoden van victimisatie of directe bedreigingen met geweld dichtbij de huidige woonst
  - g. Overspoeld worden door vragen om te voldoen aan onmiddellijke verplichtingen.
5. Extreem stressniveau binnen de context
- a. Een acuut traumatisch niveau van stress of voortdurende en sterk versturende omstandigheden die de mogelijkheden ondermijnen om zelf om te gaan met minimale vragen in de sociale sfeer zoals:
    - Aanhoudende kwetsende en beledigende gedragingen van familieleden of significante anderen
    - Getuige zijn van of zelf slachtoffer zijn van extreem gewelddadige incidenten aangebracht door menselijke slechtheid of een natuurramp
    - Vervolging door een dominante sociale groep
    - Plots of onverwacht overlijden van een geliefde
  - b. Onvermijdelijke blootstelling aan middelengebruik en actieve aanmoediging om te gebruiken \*
  - c. Opsluiting of gebrek aan een geschikt onderdak.
  - d. Erge pijn en/of dreigend doodsgevaar ten gevolge van een ziekte of verwonding.
  - e. Aanhoudende onmogelijkheid om de basisnoden inzake fysisch of materieel welzijn te bevredigen.
  - f. Chaotische en voortdurend bedreigende levensomstandigheden.

\* = Deze criteria gebruiken bij personen met moeilijkheden met middelenmisbruik nu of in het verleden.

## **B) Niveau van ondersteuning**

1. Sterk ondersteunende omgeving
  - a. Heel veel ondersteunende bronnen met overvloedige tijd en interesse om zowel de materiële als de emotionele noden in te willigen in heel wat omstandigheden
  - b. Daadwerkelijke betrokkenheid van Assertive Community Treatment Teams of andere gelijkaardige sterk ondersteunende bronnen.  
(Selectie van dit criterium verhindert hoge score.)
  
2. Ondersteunende omgeving
  - a. Ondersteunende bronnen zijn niet overvloedig aanwezig, maar zijn in staat om of welwillend om betekenisvolle hulp te bieden wanneer nodig.
  - b. Bepaalde elementen van het ondersteunende systeem zijn bereid en in de mogelijkheid om te participeren in de behandeling indien daar om wordt gevraagd en ze hebben de capaciteit om de noodzakelijke veranderingen te bewerkstelligen.
  - c. Professionele ondersteuning is beschikbaar en feitelijk betrokken .  
(Selectie van dit criterium verhindert hoge score.)
  
3. Beperkte ondersteuning van de omgeving
  - a. Er bestaan enkele ondersteunende bronnen in de huidige omgeving en die zij kunnen eventueel wat hulp bieden indien nodig.
  - b. Gewoonlijke ondersteunende bronnen zijn wat dubbelgericht , vervreemd, moeilijk bereikbaar, of hebben een beperkte beschikbaarheid van middelen die ze willen of kunnen inzetten wanneer nodig.
  - c. Personen die de mogelijkheid hebben om ondersteuning te bieden, zijn onvoldoende in staat om deel te nemen aan de behandeling en noodzakelijke veranderingen door te voeren.
  - d. Bronnen kunnen slechts gedeeltelijk gebruikt worden, zelfs wanneer ze beschikbaar zijn.
  - e. Beperkte opbouwende betrokkenheid met enige professionele ondersteunende bronnen die beschikbaar zijn.
  
4. Minimale ondersteuning van de omgeving
  - a. Zeer weinig aanwezige of potentiële ondersteunende bronnen zijn beschikbaar.
  - b. De gewoonlijk ondersteunende bronnen vertonen weinig motivatie of welwillendheid om ondersteuning te geven, of ze zijn zelfs wantrouwend of vijandig tegenover de cliënt.
  - c. Bestaande ondersteuners zijn niet in staat om voldoende bronnen te voorzien om de materiële of emotionele noden te lenigen.
  - d. De cliënt staat op slechte voet met de hulpverleners en wil de aangebrachte hulp niet gebruiken op een constructieve wijze.
  
5. Geen ondersteuning van de omgeving
  - a. Er zijn geen bronnen voor ondersteuning beschikbaar in de omgeving, noch emotioneel, noch materieel.

## V. Behandel- en herstelverleden

Deze dimensie toont aan dat hoe iemand in het verleden reageerde in zekere mate voorspellend is voor hoe hij zal reageren in gelijkaardige omstandigheden in de toekomst. Terwijl het op zich niet mogelijk is om exact te voorspellen hoe een persoon zal reageren in een bepaalde situatie, gebruikt deze schaal wel de reactie op behandelingen in het verleden en de voorbije “herstelervaringen” als primaire indicatoren.

Hoewel het herstelproces een complex gegeven is, hebben we bij het omschrijven van deze parameter herstel gedefinieerd als een periode van stabiliteit met duidelijke symptoombeheersing. Het is belangrijk zich ervan bewust te zijn dat cliënten soms goed reageren op een bepaalde behandeling en minder goed op een andere. In sommige gevallen zal dit niet zozeer samenhangen met de intensiteit van de behandeling, maar wel met bepaalde kenmerken ervan zoals bvb. de attractiviteit. Toch zijn vroegere ervaringen met behandeling een belangrijke indicator voor toekomstige reacties op behandeling. Hierbij wegen de meer recente ervaringen in behandeling en herstel door op ervaringen uit het verdere verleden voor het vastleggen van de exacte score.

1. Volledige respons op behandeling en herstelgericht werken
  - a. Er was geen ervaring in het verleden met behandeling en herstel
  - b. Ervaringen uit het verleden tonen aan dat de inspanningen in alle behandelingen die geprobeerd zijn, geholpen hebben om de problemen waarmee cliënt zich aanmeldt, onder controle te krijgen.
  - c. Er was langdurig herstel met weinig en eerder beperkte perioden van terugval zelfs binnen een niet gestructureerd klimaat of zonder frequente behandelinterventies.
  
2. Significante respons op behandeling en herstelgericht werken
  - a. De vorige en huidige ervaringen met de behandeling waren in de meeste situaties succesvol voor de symptoombeheersing, doch soms waren intensieve of herhaaldelijke tussenkomsten noodzakelijk.
  - b. Er kon herstel bereikt worden gedurende bepaalde perioden met een beperkte ondersteuning of structurering.
  
3. Middelmatige of twijfelachtige respons op behandeling en herstelgericht werken
  - a. Met de huidige of vorige behandeling konden de symptomen niet volledig weggewerkt worden of was er geen optimale symptoombeheersing.
  - b. Vorige behandelingen werden gekenmerkt door minimale inspanningen of motivatie en er was geen sprake van succes of het bereiken van herstel.
  - c. Onduidelijke respons op behandeling en in staat zijn tot behoud van significant herstel.
  - d. Minstens gedeeltelijk herstel werd bereikt voor bepaalde perioden, maar enkel met sterke professionele ondersteuning, ondersteuning door lotgenoten of binnen een gestructureerde omgeving.

4. Zwakke respons op behandeling en herstelgericht werken
  - a. Voorbije of huidige behandeling heeft niet geleid tot volledig herstel van symptomen of optimale symptoombeheersing, zelfs niet door intensieve en/of herhaaldelijke toepassing.
  - b. Pogingen om gelijk welke vorderingen te maken door intensieve behandeling, hebben beperkt succes, zelfs niet voor beperkte periode of in gestructureerde settings.
  
5. Verwaarloosbare respons op behandeling
  - a. Vroegere of huidige respons op behandeling was minimaal, zelfs met intensieve medische behandeling binnen sterk gestructureerde settings voor langdurige perioden.
  - b. De symptomen zijn blijvend en het functioneringsniveau toont geen significante verbetering ondanks behandeling.

## VI. Betrokkenheid op herstel

Deze parameter bekijkt het ziekte-inzicht van de cliënt en het begrip van de behandeling en zijn/haar motivatie tot herstel en behandeling. Factoren zoals aanvaarden van de ziekte, stadium van verandering, in staat zijn om anderen te vertrouwen en om hulp te aanvaarden, meewerken aan de behandeling en in staat zijn om verantwoordelijkheid op te nemen voor herstel moeten allemaal in rekening worden gebracht om deze dimensie te beoordelen. Deze factoren zullen vanzelfsprekend een invloed hebben op iemands mogelijkheid om succes te boeken op een bepaald niveau van zorg.

1. Optimale betrokkenheid op herstel
  - a. Cliënt begrijpt heel goed wat zijn/haar ziekte betekent, aanvaardt dit en heeft ook zicht op de gevolgen ervan voor zijn/haar functioneren.
  - b. Cliënt behoudt actief de in het verleden gemaakte veranderingen. (= consolidatiefase)
  - c. Cliënt is enthousiast over zijn/haar herstel, gelooft erin en is goed in staat om beroep te doen op beschikbare hulpbronnen en behandeling.
  - d. Cliënt begrijpt het herstelproces en neemt zelf zijn/haar rol en verantwoordelijkheid op in het herstel/behandelplan.
  
2. Positieve betrokkenheid op herstel
  - a. Cliënt begrijpt in grote mate wat zijn/haar ziekte betekent, aanvaardt dit en heeft ook zicht op de gevolgen ervan voor zijn/haar functioneren.
  - b. Cliënt is bereid te veranderen en werkt daar actief aan. (=actiefase, actieve verandering)
  - c. Cliënt staat positief tegenover herstel en behandeling, is in staat om vertrouwensrelaties aan te gaan en maakt indien nodig zelfstandig gebruik van beschikbare hulpbronnen.

- d. Cliënt (h)erkent zijn/haar persoonlijke rol in het herstel en aanvaardt in grote mate verantwoordelijkheid daarvoor.
3. Beperkte betrokkenheid op herstel
- a. Cliënt twijfelt, is wisselvallig of onzeker in zijn/haar aanvaarding of begrip van zijn/haar ziekte en gebrek.
  - b. Cliënt heeft een beperkt verlangen om te veranderen of gebrek aan vertrouwen om te veranderen ondanks zijn/haar voornemen om het wel te doen. (= beslissingsfase)
  - c. Kan zich met enige moeite wel aanpassen aan de behandeling, maar is nog amper in staat om vertrouwensrelaties aan te gaan.
  - d. Maakt geen zelfstandig gebruik van beschikbare hulpbronnen of alleen in geval van uiterste nood.
  - e. Cliënt aanvaardt in beperkte mate verantwoordelijkheid voor zijn/haar herstel.
4. Minimale betrokkenheid op herstel
- a. Cliënt kan maar heel zelden de realiteit van zijn/haar ziekte of enig bijkomstig gebrek inzien, maar (h)erkent wel enkele moeilijkheden in zijn/haar leven.
  - b. Wil zijn/haar gedrag niet aanpassen of heeft schrik om dat te doen, maar ziet wel in dat het nodig is. (= overpeinzing)
  - c. Kan zich quasi niet aanpassen aan de behandeling, bouwt weinig of geen relatie op met de behandelaar/hulpverlener en is slechts in geringe mate in staat om vertrouwensrelaties aan te gaan.
  - d. Vermijdt contact met of doet uit eigen beweging geen beroep op behandeling.
  - e. Aanvaardt geen enkele verantwoordelijkheid voor herstel of voelt zich er heel machteloos bij.
5. Niet betrokken en geblokkeerd
- a. Cliënt is zich niet bewust van het probleem of heeft geen ziekte-inzicht. (=voorbeschouwing)
  - b. Is niet in staat om zich een beeld te vormen van herstel of begrijpt niet hoe zijn/haar eigen gedrag kan bijdragen tot/een invloed kan hebben op het ziekteproces.
  - c. Is niet in staat om actief deel te nemen aan herstel of behandeling, kan geen relatie aangaan met iemand anders of vertrouwen ontwikkelen.
  - d. Is extreem vermijdtend, angstig of op zijn/haar hoede.

## NIVEAUS VAN ZORG

### Definities

#### **BASISDIENSTVERLENING: preventie en behoud van gezondheid**

##### **Definitie:**

Basisdienstverlening is bedoeld om het ontstaan van ziektes te voorkomen of de omvang van het sterftecijfer gerelateerd aan reeds bestaande ziektes, te beperken. Deze dienstverlening kan bedoeld zijn om op individueel of op gemeenschapsniveau te worden toegepast en wordt meestal in diverse settings op nulde en 1<sup>e</sup> lijn<sup>1</sup> aangeboden. Deze dienstverlening moet beschikbaar zijn voor iedereen, met een bijzondere focus op kinderen.

- 1. Zorgomgeving** – Een makkelijk toegankelijk kantoor en communicatie-infrastructuur. Er moet een aangepaste ruimte beschikbaar zijn voor dienstverlening die terplekke wordt aangeboden. De centrale kantoren worden best voorzien in of in de buurt van een eerstelijnsdienst<sup>2</sup>. De meeste dienstverlening wordt aangeboden in de gemeenschap zelf, maar er moeten ook mogelijkheden aanwezig zijn in scholen, bedrijven, gemeenschapscentra, bibliotheken, kerken, stations, ...
- 2. Klinische dienstverlening** – Er zijn 24/24u een arts en verpleegkundige diensten beschikbaar voor dringende evaluaties, korte interventies en outreachende hulpverlening.
- 3. Ondersteunende diensten** – Indien nodig voor het stabiliseren van een crisissituatie en met de mogelijkheid om gemeenschapsdiensten<sup>3</sup> in te zetten of de link te maken met meer intense niveaus van zorg indien nodig.
- 4. Crisisstabilisatie en preventiediensten** – Aanvullend bij de crisisdiensten zoals hierboven reeds beschreven, zouden preventieprogramma's moeten beschikbaar zijn en gepromoot worden bij alle leden van de bevolking. Deze programma's bevatten: 1) gemeenschapsgerichte zorg ("community outreach") naar specifieke populaties zoals daklozen, ouderen, kinderen, zwangere vrouwen, ontwrichte of gewelddadige gezinnen en criminelen; 2) debriefing voor slachtoffers van traumata of rampen (slachtofferhulp); 3) frequente mogelijkheden om te screenen op leden van de gemeenschap die een hoog risico lopen; 4) gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (bvb. coping vaardigheden, stress management, ontspanning); 5) educatie rond preventie van geweld en samenlevingsopbouw; 6) consult van 1elijnsdiensten en middengroepen/intermediairen ("*community groups*"); 7) faciliteren van wederzijdse ondersteuningsnetwerken en persoonsversterkende programma's; 8) evaluatieprogramma's van de context/omgeving die schadelijke factoren voor de

---

<sup>1</sup> We verwijzen hiermee naar de niet-gespecialiseerde zorg. Het gaat over verschillende diensten op nulde en eerste lijn: OCMW, CAW, huisarts, ...

<sup>2</sup> Cfr. supra.

<sup>3</sup> Cfr. supra.

geestelijke gezondheid herkennen; en 9) ondersteuning van dagopvang en kindgerichte programma's.

**Plaatsingscriteria:**

Deze basisdienstverlening moet beschikbaar zijn voor alle leden van de bevolking, ongeacht hun plaats op de beoordelingsschaal.

<b>I. NIVEAU 1: Herstelbehoud en gezondheidsmanagement</b>
--

**Definitie:**

Dit niveau van zorg voorziet in de behandeling van cliënten die ofwel onafhankelijk of met een minimale ondersteuning functioneren binnen de maatschappij en die erin geslaagd zijn vroegere ziekteperiodes te boven te komen. Behandeling en zorgnoden vereisen geen toezicht of frequent contact.

Herstelonderhoudende programma's moeten het volgende voorzien:

- 1. Zorgomgeving** - Er moet voldoende ruimte beschikbaar zijn om behandelactiviteiten uit te voeren. De ruimte moet makkelijk toegankelijk zijn en voorzien van voldoende verluchting en verlichting. De toegang tot de dienst kan opgevolgd en gecontroleerd worden, maar de uitgang kan niet beperkt worden. Sommige diensten kunnen aangeboden worden op locaties in de gemeenschap of op de verblijfplaats.
- 2. Klinische dienstverlening** - Behandelprogramma's zijn beschikbaar 2 u. per maand en meestal niet minder dan 1 u. om de 3 maanden. Een psychiatrisch of medisch toezicht en/of contact gebeurt om de 3 à 4 maanden. Het gebruik van medicatie kan in deze setting opgevolgd en beheerd worden. De mogelijkheid tot individuele of groepstherapie moet beschikbaar zijn op dit niveau van zorg.
- 3. Ondersteunende diensten** - Waar nodig is er hulp bij het regelen van financiële ondersteuning, begeleid wonen, familiale en relationele context en vervoer. Naargelang de noden van de cliënt kan gefaciliteerd worden bij het verbinden met wederzijds ondersteunende netwerken, individuele belangengroepen en schoolse en beroepsgerichte opleidingen.
- 4. Crisisstabilisatie en preventiediensten** - Cliënten moeten 24/24u toegang hebben tot een dienst waar een spoedevaluatie en korte interventie kan gebeuren, inclusief een omgeving om tot rust te komen. Opleidings- en tewerkstellingsgerichte kansen en persoonsversterkende programma's zijn beschikbaar en worden gefaciliteerd. Daarnaast zijn alle basisdiensten beschikbaar (p.17 van originele versie).

**Plaatsingscriteria**

- 1. Schaderisico** - Cliënten met een score van 2 of minder mogen teruggebracht worden naar dit niveau van zorg.



2. **Functionele status** – Cliënten moeten aantonen dat ze een score van 2 of minder kunnen aanhouden om op dit niveau van zorg te passen.
3. **Comorbiditeit** – In het algemeen is een score van 2 of minder vereist voor dit niveau van zorg.
4. **Herstelbevorderende omgeving** - Een gecombineerde score van maximum 4 op schaal A + B moet behaald worden voor behandeling op dit niveau van zorg.
5. **Behandel- en herstelverleden** - Een score van 2 of minder moet behaald worden voor behandeling op dit niveau van zorg.
6. **Engagement en status van herstel** - Een score van 2 of minder is over het algemeen vereist voor dit niveau van zorg.
7. **Samengestelde score** – Plaatsing op dit niveau van zorg houdt in dat de cliënt de behandeling op een intensiever zorgniveau succesvol heeft beëindigd en dat hij/zij vooral nood heeft aan hulp bij het behoud van successen uit het verleden. Een samengestelde score van tenminste 10 en minder dan 14 is vereist voor dit niveau van zorg.

## II. NIVEAU 2: Eerstelijnsdiensten met lage intensiteit

**Definitie:** Dit niveau van zorg voorziet behandeling voor cliënten die een permanente behandeling nodig hebben, maar die of zelfstandig of met minimale ondersteuning in de maatschappij leven. Behandeling en diensten vragen geen intensieve opvolging of heel frequent contact. Dit soort programma's zijn traditioneel kliniekgebaseerde programma's. Deze programma's moeten het volgende voorzien:

1. **Zorgomgeving** – Er moet voldoende ruimte beschikbaar zijn om behandelactiviteiten uit te voeren. De ruimte moet makkelijk toegankelijk zijn en voorzien van voldoende verluchting en verlichting. De toegang tot de dienst kan opgevolgd en gecontroleerd worden, maar de uitgang kan niet beperkt worden. Sommige diensten kunnen aangeboden worden op locaties in de gemeenschap of op de verblijfplaats.
2. **Klinische dienstverlening** – het behandelprogramma is tot 3u per week beschikbaar, maar meestal niet minder dan 1u om de 2 weken. Beoordeling door en/of contact met een psychiater of een arts moet beschikbaar zijn indien nodig en aangewezen door initiële en lopende assessment/beoordeling. Gebruik van medicatie kan opgevolgd en beheerd worden in deze setting. Mogelijkheden om individuele, groeps- en familietherapie te geven, moeten beschikbaar zijn in deze setting.
3. **Ondersteunende diensten** – Case management zal op dit niveau van zorg meestal niet nodig zijn, maar hulp bij het regelen van financiële ondersteuning, begeleid wonen, familiale en relationele context en vervoer, wel. Een link met wederzijds ondersteunende netwerken en individuele belangengroepen, en coördinatie met schoolse of beroepsprogramma's moet ook beschikbaar zijn afhankelijk van de noden van de cliënt.
4. **Crisisstabilisatie en preventiediensten** – Cliënten moeten 24/24u toegang hebben tot een dienst waar een spoedevaluatie en korte interventies kunnen gebeuren,

inclusief een omgeving om tot rust te komen. Opleidings- en tewerkstellingsmogelijkheden en persoonsversterkende programma's moeten beschikbaar zijn en de toegang tot deze diensten moet gefaciliteerd worden. Daarnaast moeten ook alle basisdiensten toegankelijk zijn.

**Plaatsingscriteria:**

1. **Schaderisico** – een score van 2 of minder is het meest geschikt voor dit niveau van zorg. In sommige gevallen is een score van 3 aanvaardbaar als de samengestelde score binnen de richtlijnen valt.
2. **Functionele status** – scores van 3 of minder kunnen op dit niveau behandeld worden.
3. **Comorbiditeit** – score van 2 of minder is vereist voor behandeling op dit niveau van zorg.
4. **Herstelbevorderende omgeving** – score van 3 of minder op elke schaal en een gecombineerde score van niet meer dan 5 op de A- en B-schalen is vereist voor behandeling op dit niveau van zorg.
5. **Behandel- en herstelverleden** – score van 2 of meer is algemeen het meest geschikt. In sommige gevallen kan ook een score van 3 geprobeerd worden op dit niveau van zorg in het geval er afgestapt wordt van een hoger niveau van zorg en een score van 2 of minder wordt behaald op schaal B van dimensie 4.
6. **Engagement en status van herstel** – score van 2 of minder is algemeen meest geschikt. In sommige gevallen kan ook score 3 op dit niveau van zorg indien de patiënt niet bereid is om op hogere niveaus van zorg behandeld te worden.
7. **Samengestelde score** – plaatsing op dit niveau van zorg wordt bepaald door de interactie tussen verschillende factoren, maar is niet mogelijk bij een score van 4 of meer op om het even welke dimensie. Een samengestelde score van minimum 14 en maximum 16 is vereist voor behandeling op dit niveau.

### **III. NIVEAU 3: Eerstelijnsdiensten met hoge intensiteit**

**Definitie:**

Dit niveau van zorg voorziet in de behandeling van cliënten die een intensieve ondersteuning en behandeling nodig hebben, maar die of zelfstandig of met minimale ondersteuning in de maatschappij leven. Noden aan dienstverlening vereisen geen dagelijks toezicht, maar voor de behandeling zijn meerdere contacten per week vereist. Dit type van programma is traditioneel kliniekgebaseerd.

Deze programma's moeten het volgende voorzien:

1. **Zorgomgeving** - Er moet voldoende ruimte beschikbaar zijn om behandelactiviteiten uit te voeren. De ruimte moet makkelijk toegankelijk zijn en voorzien van voldoende verluchting en verlichting. De toegang tot de dienst kan opgevolgd en gecontroleerd worden, maar de uitgang kan niet beperkt worden. Sommige diensten kunnen aangeboden worden op locaties in de gemeenschap of op de verblijfplaats.

2. **Klinische dienstverlening** - behandelprogramma's ( inclusief groeps-, individuele of familietherapie ) zullen beschikbaar zijn in de omgeving gedurende 3 dagen per week voor ongeveer twee à drie uren per dag. Psychiater/arts moet bekwaam zijn om de initiële of lopende assessment/beoordeling te herzien en/of hierbinnen de nodige contacten te leggen. De psychiatrische/medische wachtdiensten zullen in het algemeen geen 24u/24 beschikbaar zijn. Verpleegkundige zorg is gewoonlijk niet vereist op dit niveau van zorg, en medicatie kan opgevolgd worden maar niet toegediend. De mogelijkheid om individuele, groeps-, familie- en rehabilitatietherapieën te voorzien, moet in deze settings beschikbaar zijn.
3. **Ondersteunende diensten** - case management of outreachende diensten moeten beschikbaar zijn en geïntegreerd binnen de behandelteams. Hulp bij het voorzien of het regelen van financiële ondersteuning, begeleid wonen, familiale en relationele context en transportmogelijkheden zou aanwezig moeten zijn. Een link met wederzijds ondersteunende netwerken en individuele belangengroepen, faciliteren van recreatieve en sociale activiteiten, en coördinatie met opleidings- of tewerkstellingsgerichte programma's zijn ook beschikbaar volgens de noden van de cliënt.
4. **Crisisstabilisatie en preventiediensten:** cliënten moeten 24u/24 de toegang hebben tot een dienst waar een spoedevaluatie en een korte interventie kan gebeuren, inclusief een omgeving om tot rust te komen. Mobiele diensten, dagbehandeling en opvoedingsprogramma's voor kinderen, opleidings- en tewerkstellingsmogelijkheden, en persoonsversterkende programma's moeten beschikbaar zijn, en de toegang tot deze diensten moet gefaciliteerd worden. Alle andere basisdienstverlening (zie pagina 17) moet eveneens beschikbaar zijn.

#### **Plaatsingscriteria:**

1. **Schaderisico** – een score van 3 of minder kan op dit niveau aangepakt worden.
2. **Functionele status** – een score van 3 of minder is voor dit niveau van zorg vereist.
3. **Comorbiditeit** – een score van 3 of minder kan op dit niveau aangepakt worden.
4. **Herstelbevorderende omgeving** – een score van 3 of minder op iedere schaal en een samengestelde score van niet meer dan 5 op de "A" en "B" schaal is vereist voor dit niveau van zorg.
5. **Behandel- en herstelverleden** – een score van 2 is het meest aangewezen voor de aanpak op dit niveau van zorg, maar in veel situaties kan een score van 3 hier ook ondergebracht worden.
6. **Engagement en status van herstel** – een score van 3 of minder is vereist voor dit niveau van zorg.
7. **Samengestelde score** – het plaatsen op dit niveau van zorg zal in het algemeen bepaald worden door de interactie van een veelheid aan factoren, maar zal uitgesloten worden wanneer er een score is van 4 of meer op één van de dimensies. Een samengestelde score van ten minste 17 en ten hoogste 19 is vereist voor dit niveau van zorg.

#### IV. Niveau 4: medische opvolging door niet-residentiële diensten

Dit niveau van zorg heeft betrekking op de dienstverlening aan cliënten die in staat zijn in de maatschappij te leven hetzij in ondersteunende of onafhankelijke settings, maar wiens behandeling een intensief management door een multidisciplinair behandelingssteam vereist. Diensten, die in dit zorgniveau opgenomen worden, zijn traditioneel beschreven als gedeeltelijke/partiële ziekenhuisprogramma's en ACT-programma's.

- 1. Zorgomgeving** - Diensten kunnen aangeboden worden binnen de grenzen van een klinische setting die voldoende ruimte biedt voor het leveren van zorgen die nodig zijn op dit niveau, of mogen in sommige gevallen worden verstrekt door diensten die nauw samenwerken met de cliënt in zijn of haar leefomgeving (bvb. ACT-team).
- 2. Klinische dienstverlening** - Klinische diensten moeten dagelijks beschikbaar gesteld worden aan de cliënten voor het grootste deel van de dag. Psychiatrische diensten zouden dagelijks toegankelijk moeten zijn en contact zou plaatsvinden zoals vereist volgens de initiële en doorlopende toetsing. Psychiatrische diensten zouden ook 24/24 beschikbaar moeten zijn voor communicatie op afstand. Verpleegkundige diensten moeten ongeveer 40 uur per week beschikbaar zijn. Lichamelijk onderzoek moet indien mogelijk ter plaatse voorzien worden en toegang tot doorlopende primaire medische zorg moet beschikbaar zijn. Intensieve zorg moet ten minste 5 dagen per week voorzien worden en omvat individuele, groeps- en familietherapie afhankelijk van de behoefte van de cliënt. Revalidatiediensten zullen integraal deel uitmaken van het behandelingsprogramma. Medicatie kan zorgvuldig worden gecontroleerd, maar in de meeste gevallen zal de cliënt er zelf voor instaan.
- 3. Ondersteunende diensten** - Case management diensten worden geïntegreerd in de behandelteams ter plaatse of in de mobiele behandelteams en zullen ondersteuning voorzien voor het verstrekken van of regelen van financiële steun, steun bij huisvesting, systeembeheer, transport en ADL-onderhoud. Een link met wederzijds ondersteunende netwerken en individuele belangengroepen, vergemakkelijking van de recreatieve en sociale activiteiten en coördinatie van schoolse- of tewerkstellingsgerichte programma's zullen beschikbaar zijn op basis van behoefte van de cliënt.
- 4. Crisisstabilisatie en preventiediensten** - cliënten moeten 24u/24 de toegang hebben tot een dienst waar een spoedevaluatie en een korte interventie kan gebeuren, inclusief een omgeving om tot rust te komen. Mobiele service mogelijkheden, dagopvang en kindgerichte programma's, opleidings- en tewerkstellingsmogelijkheden en persoonsversterkende programma's zullen beschikbaar zijn, alsook andere basisdiensten.

## Plaatsingscriteria

- 1. Schaderisico** - Een score van 3 of minder is nodig voor een plaatsing op dit niveau onafhankelijk van andere variabelen en een score hoger dan 3 wordt niet behandeld op dit niveau.
- 2. Functionele status** - Een score van 3 is het meest geschikt voor dit niveau van zorg onafhankelijk van andere variabelen. In sommige gevallen kan een beoordeling van 4 op dit niveau behandeld worden indien geplaatst in combinatie met een beoordeling van 1 op schaal "A" en "B" in de 4<sup>e</sup> dimensie. (Beschikbaarheid van ACT zou neerkomen op een score van 1 op de "B"-schaal. Een score van 2 op de "A"-schaal zou algemeen een combinatie met ACT<sup>4</sup> vereisen).
- 3. Comorbiditeit** - Een beoordeling van 3 of minder is het meest geschikt voor dit niveau van zorg. In sommige gevallen kan een score van 4 behandeld worden indien geplaatst in combinatie met een score van 1 op de schalen "A" en "B" in de 4<sup>e</sup> dimensie. (Beschikbaarheid van ACT zou neerkomen op een score van 1 op de "B"-schaal. Een score van 2 op de "A"-schaal kan algemeen behandeld worden in deze situatie).
- 4. Herstelbevorderende omgeving** - Een score van 3 of minder op de "A"-schaal is het meest geschikt voor dit niveau van zorg. In sommige gevallen kan een score van 4 op dit niveau behandeld worden indien het gecombineerd wordt met een score van 1 op de "B"-schaal. (Beschikbaarheid van ACT zou een score van 1 waard zijn op de "B"-schaal). Een score op de "B"-schaal van 3 of minder kunnen over het algemeen op dit niveau behandeld worden.
- 5. Behandel- en herstelverleden** - Een score van 3 of minder is het meest geschikt voor dit niveau van zorg. In sommige gevallen kan een score van 4 behandeld worden indien het geplaatst wordt in combinatie met een score van 1 op de schalen "A" en "B" in de 4<sup>e</sup> dimensie. (Beschikbaarheid van ACT zou neerkomen op een score van 1 op de "B"-schaal. Een score van 2 op de "A"-schaal kan algemeen behandeld worden in combinatie met ACT).
- 6. Engagement en status van herstel** - Een score van 3 of minder is het meest geschikt voor dit niveau van zorg. In sommige gevallen kan een score van 4 behandeld worden indien het geplaatst wordt in combinatie met een score van 1 op de schalen "A" en "B" in de 4<sup>e</sup> dimensie. (De beschikbaarheid van ACT zou neerkomen op een score van 1 op de "B"-schaal. Een score van 2 op de "A"-schaal kan over het algemeen behandeld worden in combinatie met ACT).
- 7. Samengestelde score** - In vele gevallen zal het gebruik van dit niveau van zorg bepaald worden door interactie van verscheidene factoren. Een samengestelde score van 20 vereist de behandeling op dit niveau met of zonder ACT beschikbare middelen. (De aanwezigheid van ACT vermindert de score in de 4<sup>e</sup> dimensie wanneer aan deze criteria voldaan wordt, zelfs wanneer scores van 4 verkregen worden in andere dimensies).

---

<sup>4</sup> Hiermee verwijzen we telkens naar de mobiele teams.

## V. Niveau 5: Medische opvolging in residentiële diensten

### Definitie:

Dit niveau van zorg verwijst naar een residentiële behandeling voorzien in een gemeenschapssetting. Dit niveau van zorg wordt traditioneel voorzien in onafhankelijke residentiële voorzieningen gevestigd in de gemeenschap, maar buiten een ziekenhuis. In sommige gevallen kan lange termijn zorg voor mensen met een chronische, niet-herstelbare beperking, die traditioneel voorzien werd in verpleeghuizen of soortgelijke faciliteiten, op dit niveau worden opgenomen. Niveau 5 diensten moeten in staat zijn om het volgende te voorzien:

- 1. Zorgomgeving** - Voorzieningen zullen voldoende leefruimte bieden voor alle bewoners en zijn in staat een redelijke bescherming te voorzien van persoonlijke veiligheid en eigendom. Fysieke barrières die uitgang of toegang tot de gemeenschap voorkomen, mogen gebruikt worden op dit niveau van zorg, maar dit soort voorzieningen zal over het algemeen het gebruik van afzondering of vrijheidsbeperking niet toelaten. Voedselvoorziening moet beschikbaar zijn of de nodige infrastructuur moet aanwezig zijn zodat bewoners zelf hun voeding kunnen aankopen en klaarmaken.
- 2. Klinische dienstverlening** - Toegang tot klinische zorg moet ten alle tijde beschikbaar zijn. Psychiatrische zorg moet ofwel ter plaatse beschikbaar zijn ofwel via communicatie op afstand en dagelijks 24/24u bereikbaar. Psychiatrische consultatie moet ter plaatse minstens wekelijks beschikbaar zijn, maar contact met de patiënt kan dagelijks vereist zijn. Diensten voor spoedeisende medische zorg moeten makkelijk en snel toegankelijk zijn. Verpleegkundige zorg op locatie moet 40u per week beschikbaar zijn als er op regelmatige basis medicatie wordt toegediend. Behandeling ter plaatse moet elke dag voorzien worden inclusief individuele, groeps- en familietherapie. Aanvullend moeten rehabilitatie en educatieve diensten beschikbaar zijn, zowel ter plaatse als buitenshuis. Medicatie wordt opgevolgd, maar moet niet noodzakelijk toegediend worden aan de bewoners van deze voorziening.
- 3. Ondersteunende diensten** - Bewoners zullen onder toezicht staan voor de dagelijkse activiteiten en vrijheidsbeperkende zorg kan bij de aangewezen populatie verstrekt worden op dit niveau. Het personeel zal recreatieve en sociale activiteiten voorzien en coördineert interactie met educatieve en rehabilitatie programma's die niet ter plaatse worden aangeboden.
- 4. Crisisaanpak en preventie** - Residentiële behandelprogramma's moeten diensten verstrekken die de terugkeer in de gemeenschap van een minder beperkende setting/omgeving makkelijker maken. Deze diensten omvatten samenwerking met case managers, inzetten van familiaal en sociaal netwerk, een link met gemeenschapsgebaseerde wederzijds ondersteunende netwerken, en de ontwikkeling van een overgangsplan naar een ondersteunende omgeving.

**Plaatsingscriteria:**

1. **Schaderisico** - Een score van 4 vereist dit niveau van zorg, onafhankelijk van andere parameters.
2. **Functionele status** - Een score van 4 vereist dit niveau van zorg, onafhankelijk van andere dimensionale scores, met uitzondering van sommige patiënten die een score hebben van 1 in dimensie 4 op zowel "A" en "B" (zie level 3 criteria)
3. **Comorbiditeit** - Een score van 4 vereist dit niveau van zorg, onafhankelijk van andere parameters, met uitzondering van sommige patiënten die een score hebben van 1 in dimensie 4 op beide schalen "A" en "B" (zie level 3 criteria)
4. **Herstelbevorderende omgeving** - Een score van 4 of meer op de "A" en "B" schaal in combinatie met een score van minstens 3 op 1 van de eerste 3 dimensies vereist dit niveau van zorg.
5. **Behandel- en herstelverleden** - Een score van 3 of meer in combinatie met een score van minstens 3 op één van de eerste 3 dimensies vereist een behandeling op dit niveau.
6. **Engagement en status van herstel** - Een score van 3 of meer in conjunctie met een score van minstens 3 op één van de eerste 3 dimensies vereist een behandeling op dit niveau.
7. **Samengestelde score** - Zelfs wanneer een patiënt niet voldoet aan één van de bovenstaande onafhankelijke ratings, kan in bepaalde omstandigheden een combinatie van factoren een behandeling vereisen in een meer gestructureerde setting. Dit zal in het algemeen het geval zijn voor patiënten die een samengestelde score van 24 of hoger hebben.

<b>VI. Niveau 6: medisch beheerde residentiële diensten</b>
---

**Definitie:**

Dit is het meest intensieve niveau van zorg. Traditioneel situeerde deze dienstverlening zich binnen een ziekenhuiscontext, doch in een aantal situaties gebeurde dit ook binnen de context van een onafhankelijke niet-ziekenhuis-voorziening. Hoe dan ook moeten deze voorzieningen volgende mogelijkheden bieden:

1. **Zorgomgeving** - De mogelijkheid moet er zijn tot het aanbieden van een veilige zorg; meestal zal dit betekenen dat de cliënten verblijven in een gesloten omgeving (echter, dit hoeft niet noodzakelijk in situaties zoals detox/ontwenning) met mogelijkheid tot afzondering en/of beperking indien nodig. De mogelijkheid moet er zijn om een gedwongen behandeling aan te bieden als dat nodig is. De infrastructuur moet voorzien zijn van aangepaste ruimte, licht, ventilatie en privacy. Voeding en andere persoonlijke zorg moet adequaat voorzien worden.
2. **Klinische dienstverlening** - Klinische diensten moeten zeven op zeven en 24 uur per dag beschikbaar zijn. Psychiatrische, verpleegkundige zorg en medische dienstverlening zal ter plaatse beschikbaar zijn of in de onmiddellijke omgeving zodat snelle interventie mogelijk is op elk moment. Doorgaans is er een dagelijks contact

met de psychiater of met de arts. De behandeling gaat door op dagelijkse basis en omvat individuele-, groeps- en familietherapieën evenals medicamenteuze behandeling, afhankelijk van de noden van de cliënt.

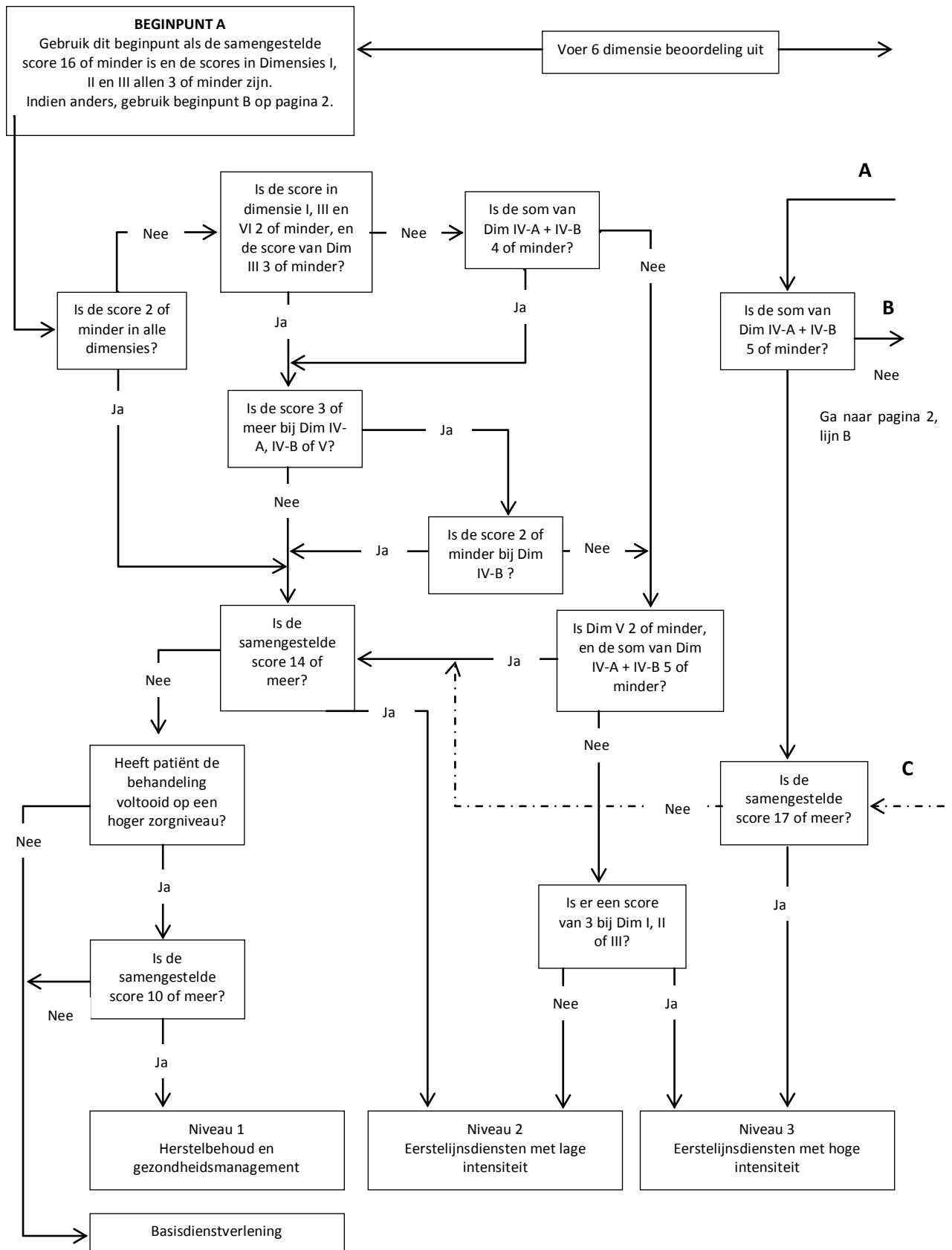
3. **Ondersteunende diensten** - alles wat nodig is op vlak van leven en welzijn moet voorzien worden voor de patiënten die behandeld worden in deze settings. Wanneer de patiënt er toe in staat is, zal hij aangemoedigd worden om deel te nemen aan ADL-activiteiten - zoals persoonlijke hygiëne en het verzorgen en onderhouden van zijn onmiddellijke leefomgeving - en/of ondersteund worden in pogingen om het zelf te doen.
4. **Crisisbeheersing en preventie** - deze residentiële voorzieningen moeten erop gericht zijn om de stress, gerelateerd aan het hervatten van activiteiten in het dagelijkse maatschappelijke leven, te reduceren. Deze dienstverlening kan een samenwerking omvatten met case managers, de inzet van familie en sociaal netwerk, evaluatie van de leefomgeving en samenwerking met residentiële diensten, en samenwerking met en overdracht naar minder intensieve niveaus van zorg.

#### **Plaatsingscriteria:**

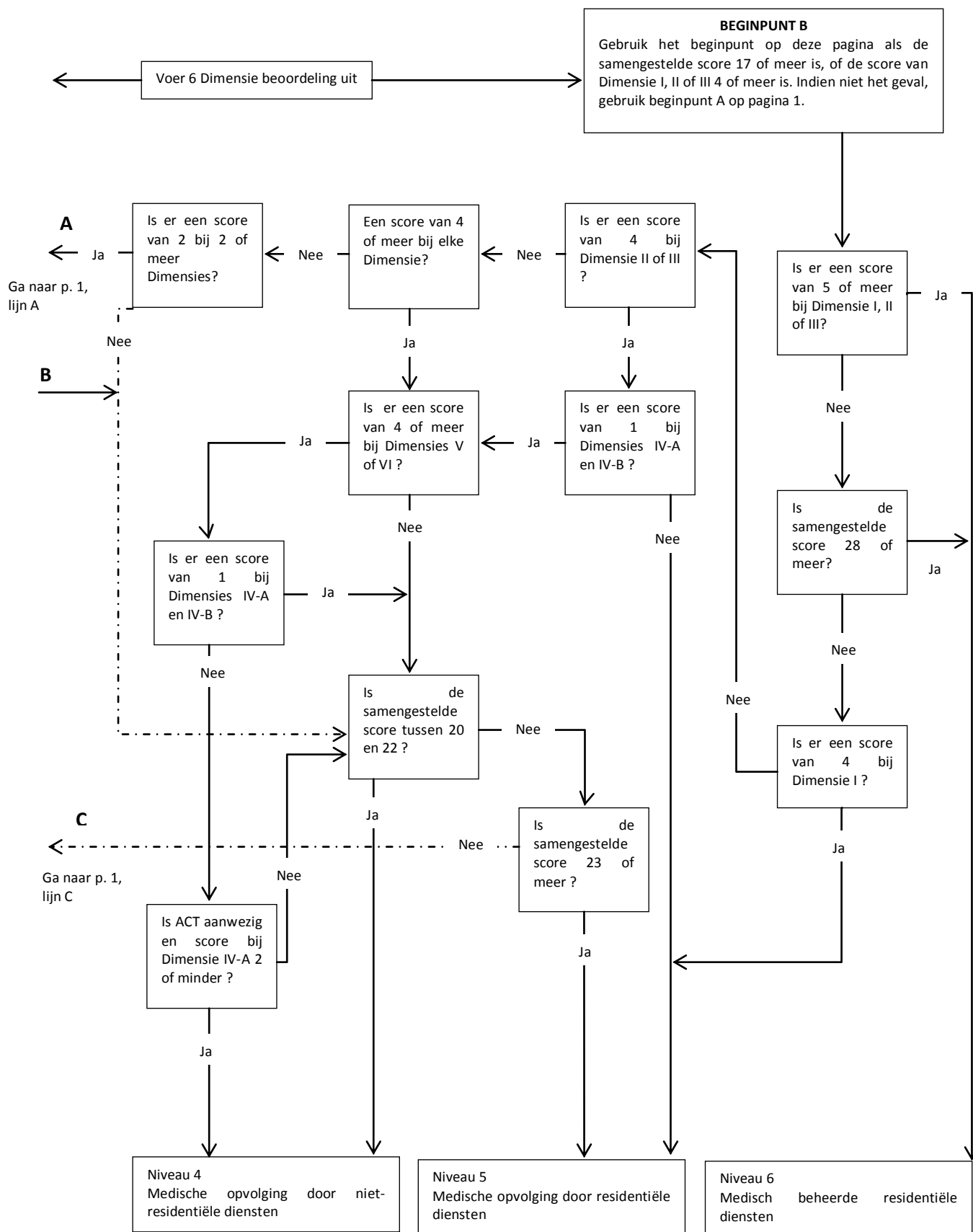
1. **Schaderisico** - Een score van 5 verantwoordt een opname onafhankelijk van de score op de andere parameters.
2. **Functionele status** - een score van 5 verantwoordt een opname onafhankelijk van de score op de andere parameters.
3. **Comorbiditeit** – Een score van 5 verantwoordt een opname onafhankelijk van de score op de andere parameters
4. **Herstelbevorderende omgeving** - Een score van 4 of meer zou meest passend zijn voor dit niveau van zorg, maar geen enkele score op deze dimensie verantwoordt op zich opname, evenmin kan het de nood tot opname op basis van andere dimensies teniet doen.
5. **Behandel- en herstelverleden** - Een score van 4 of meer zou meest passend zijn voor dit niveau van zorg maar geen enkele score op deze dimensie verantwoordt op zich een opname, noch kan het de nood tot opname op basis van andere dimensies teniet doen.
6. **Engagement en status van herstel** - Een score van 4 of meer zou meest passend zijn voor dit niveau van zorg, maar geen enkele score op deze dimensie op zich verantwoordt een opname, noch kan het de nood tot opname op basis van de andere dimensies teniet doen.
7. **Samengestelde score** - In een aantal gevallen zullen patiënten die op de afzonderlijke criteria van eender welke categorie niet voldoende scores, toch dit niveau van zorg nodig hebben als ze op meerdere criteria hoog scores, waarbij het risico verhoogt bij behandeling op een minder intensief niveau van zorg. Een samengestelde score van 28 (gemiddelde score van vier of meer op elke dimensie) wijst wel op de noodzaak van behandeling op dit niveau.



## BIJLAGE 1: AACP NIVEAU VAN ZORG BESLISSINGSBOOM



# AACP NIVEAU VAN ZORG BESLISSINGSBOOM



## BIJLAGE 2: Overzicht niveaus van zorg per evaluatieparameter

Evaluatieparameter	Niveau van zorg	Herstelbehoud en gezondheidsmanagement	1elijnsdiensten met lage intensiteit	1elijnsdiensten met hoge intensiteit	Medische opvolging door niet-residentiële diensten	Medische opvolging door residentiële diensten	Medisch beheerde residentiële diensten
		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
I. Schaderisico		2 of minder	2 of minder	3 of minder	3 of minder	4° 3	5° 4
II. Functionele status		2 of minder	2 of minder	3 of minder	3 of minder	4°* 3	5° 4
III. Comorbiditeit		2 of minder	2 of minder	3 of minder	3 of minder	4°* 3	5° 4
IV A. Herstelbevorderende omgeving "Stressniveau"		Som van IV A + IV B is 4 of minder	Som van IV A + IV B is 5 of minder	Som van IV A + IV B is 5 of minder	3 of 4	4 of meer	4 of meer
IV B. Herstelbevorderende omgeving "Ondersteuningsniveau"					3 of minder	4 of meer	4 of meer
V. Behandel- en herstelverleden		2 of minder	2 of minder	3 of minder	3 of 4	3 of meer	4 of meer
VI. Betrokkenheid op herstel		2 of minder	2 of minder	3 of minder	3 of 4	3 of meer	4 of meer
<b>Samengestelde score</b>		10 - 13	14 - 16	17 - 19	20 - 22	23 - 27	28 of meer

° Duidt onafhankelijke criteria aan - vereist toelating tot dit niveau, ongeacht de samengestelde score

\* Tenzij de som van IV A en IV B 2 is