



KOSTE

Schweizerische Koordinationsstelle für stationäre
Therapieangebote im Drogenbereich

COSTE

Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies
résidentielles pour les problèmes de drogues

COSTE

Centrale di coordinamento nazionale delle offerte di
trattamento residenziale inerenti ai problemi di droga

Ein Angebot der Konferenz der kantonalen Sozialdirektoren (SODK) und des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)
Un service de la Conférence des Directeurs cantonaux des Affaires sociales (CDAS) et de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)
Un servizio della Conferenza dei Direttori cantonali delle Opere sociali (CDOS) e dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)

INTAKE – INDIKATION – TRIAGE INTERDISZIPLINARITÄT - KOORDINATION - INSTRUMENTE
Dokumentation zur Nationalen Fachtagung vom 2. April 2004
PROCESSUS D'INDICATION INTER-DISCIPLINAIRE - COORDINATION - INSTRUMENTS
Documentation de la journée nationale du 2 avril 2004



INTAKE – INDIKATION – TRIAGE

Interdisziplinarität – Koordination – Instrumente

PROCESSUS D'INDICATION

Inter-disciplinarité – Coordination – Instruments



7.....	Introduction Franziska Eckmann, COSTE, Berne
11.....	A la recherche du patient idéal – instruments de psychométrie et d'indication Dr Daniele Zullino, Unité de sevrage La Calypso, Lausanne
28.....	Le modèle des ressources selon FiDé comme instrument possible d'indication basé sur les besoins Thomas Egli OFSP, Berne Peter Burkhard, Die Alternative, Ottenbach
46.....	Instruments concrets utilisés aujourd'hui pour les placements Susanne Schaaf ISF, Zurich
62.....	Inter-disciplinarité dans les traitements avec prescription d'héroïne: entre théorie et pratique Barbara Mühlheim / Christoph Bürki, CODA, Berne
69.....	Atelier A Bed&Breakfast ou thérapie' Instruments en théorie et en pratique Adrian Boesch, Drop-In, Bâle
79.....	Atelier B Utilisation d'un instrument dans l'évaluation des besoins de traitement Annick Clerc Bérood LVT, Sion
87.....	Atelier C Collaboration interdisciplinaire dans une instance d'indication Elke Brusa, Drogentherapeutisches Ambulatorium, Lucerne
92.....	Atelier D Interdisciplinarité dans le processus d'indication Andreas Huber, DASS, Genève
101.....	Atelier E Qu'est-ce que les cantons peuvent attendre d'une instance d'indication – et quoi pas? Ueli Simmel / Franziska Eckmann, COSTE, Berne
106.....	Clôture Nicolas Dietrich, COSTE, Berne
112.....	Impressum



Einleitung Franziska Eckmann, KOSTE, Bern	.....4
Auf der Suche nach dem idealen Patienten – Psychometrie- und Indikationsinstrumente Dr. Daniele Zullino, Entzugsstation La Calypso, Lausanne	.....15
Das Ressourcenmodell nach FiSu als mögliches Instrument bedarfsbezogener Zuweisung Thomas Egli BAG, Bern Peter Burkhard, Die Alternative, Ottenbach	.....19
Gebrauchliche Instrumente in der aktuellen Zuweiserpraxis Susanne Schaaf ISF, Zürich	.....37
Interdisziplinarität zwischen Theorie und Praxis in der HeGeBe Barbara Mühlheim / Dr. Christoph Bürki, KODA, Bern	.....55
Workshop A Bed&Breakfast oder Therapie? Instrumente in Theorie und Praxis Adrian Boesch, Drop-In, Basel	.....69
Workshop B Anwendung eines Instruments in der Evaluation der Behandlungsbedürfnisse Annick Clerc Bérode LVT, Sitten	.....79
Workshop C Interdisziplinäre Zusammenarbeit in einer Indikationsstelle Elke Brusa, Drogentherapeutisches Ambulatorium, Luzern	.....87
Workshop D Interdisziplinarität in der Indikation Andreas Huber, DASS, Genf	.....92
Workshop E Was können die Kantone von Indikationsstellen erwarten – und was nicht Ueli Simmel / Franziska Eckmann, KOSTE, Bern	.....101
Schlusswort Nicolas Dietrich, KOSTE, Bern	.....109
Impressum	.....112



Einleitung

Franziska Eckmann
KOSTE, Bern

Sehr geehrte Damen und Herren
Liebe Kolleginnen und Kollegen

es freut mich, Sie so zahlreich zu unserer zweiten Nationalen Fachtagung zum Thema **Intake - Indikation - Triage** begrüßen zu dürfen.

Seit unserer ersten Tagung vom 31. Oktober im letzten Jahr ist das Thema "Indikation" aktueller denn je - und zwar nicht nur im Suchtbereich, sondern im gesamten Sozialbereich.

So wird in einigen Kantonen und Gemeinden der Zugang zur Sozialhilfe neu geregelt, die materielle Beratung von der Sozialberatung getrennt und mit den neu eingeführten Leistungsvereinbarungen wird das Vertragsverhältnis zwischen der öffentlichen Hand und den Angeboten der Sozialen Hilfe grundlegend neu gestaltet.

Nebst Anforderungen an die Qualität wird in den Leistungsvereinbarungen auch festgelegt, dass die Wirkung der Arbeit sichtbar gemacht werden muss. Zum jetzigen Zeitpunkt laufen wir aber Gefahr, dass die Wirkungsorientierung fast ausschliesslich auf der finanziellen Ebene abgehandelt wird; dies ist oft bereits eine Realität und erstaunt angesichts der Mittelverknappung nicht wirklich.

Beispiele aus der jüngsten Zeit zeigen uns, dass in der stationären Suchttherapie die administrativ verordnete Therapiezeitbeschränkung ohne fachliche Indikation kein Tabu mehr ist. Schon länger erfolgen Platzierungen ohne Indikation aufgrund der günstigsten Therapiekosten oder sie können aufgrund regionaler Beschlüsse nur in wenigen, bezeichneten Einrichtungen vorgenommen werden - wenn überhaupt eine Auswahl besteht.

Dass dieser Zustand für die Sozialtätigen und die Suchtfachleute im ambulanten wie auch im stationären Bereich unbefriedigend ist, ist offensichtlich.

Wenn dann aber noch die böse Frage auftaucht - *Wofür es ausgebildete Sozialtätige noch braucht, wenn in der Zuweisungsrealität die professionelle Fachkompetenz gar nicht mehr zum Zuge kommt* - sind deutliche Argumente gefordert, welche aufzeigen, dass es sich sehr wohl lohnt und längerfristig auch auszahlt, in gute Facharbeit zu investieren.

Zwar gibt es Anbieter im Suchtbereich, welche den Handlungsbedarf als weniger dringend einstufen, notabene diejenigen, welche dank der momentanen Situation Vorteile verzeichnen und sehr gut ausgelastet sind. Dies ist jedoch eine trügerische Sicherheit, wie die letzten Jahre gezeigt haben.



Wenn der Fachbereich nicht durch technokratisch gefällte Entscheide vor vollendete Tatsachen gestellt werden möchte, ist es unabdingbar, dass Sie sich als FachexpertInnen positionieren, einmischen und aktiv an der Ausgestaltung der Sozial- und der Suchthilfe beteiligen.

Mit der heutigen Tagung möchte KOSTE einen Beitrag dazu leisten, dass Fachfragen und deren Umsetzung ins Zentrum der Diskussion gerückt werden.

Wichtig ist, dass die Suchtarbeit die Wirkungsziele ihrer Intervention formulieren sowie die Leistungen und Resultate auf eine verständliche Art und Weise darstellen kann.

Der Suchthilfe stehen heute mit den im Rahmen von FiSu erarbeiteten Instrumenten zur Profilierung der Angebote geeignete Mittel zur Verfügung, welche als Grundlage für die Leistungsbeschreibung dienen können.

Doch die Anwendung dieser Instrumente allein reicht noch nicht: Sie als Fachpersonen können noch so gute Arbeit leisten, wenn Sie - wie mit der jetzigen Praxis - nicht die richtigen KlientInnen zugewiesen bekommen, die genau dieses Angebot benötigen, laufen Sie dauernd Gefahr, suboptimale Resultate zu erbringen. Nur mit einer fachlich indizierten Indikation kann erreicht werden, dass die KlientInnen in die richtigen Angebote gewiesen werden und die erforderliche Unterstützung erhalten. Und nur auf dieser Basis kann der Outcome der verschiedenen Angebote der Suchthilfe auch fair evaluiert werden.

Das heisst: Zur Erfüllung der in Leistungsvereinbarungen festgelegten Wirkungsziele und Indikatoren braucht es die entsprechend funktionierenden Rahmenbedingungen, Strukturen und Instrumente.

Ein weiteres zentrales Anliegen von KOSTE ist, dass der gesamte Suchtbereich im Fokus der Indikation liegt und nicht nur einzelne Segmente.

Die schweizerische Drogenpolitik operiert mit dem Bild der vier Säulen, worin die verschiedenen Angebote der Prävention, der ambulanten und stationären Therapie, der Schadensminderung, der ambulanten Beratung, der HeGeBe und der Substitution untergebracht sind. Das Bild der Säulen suggeriert ein relativ unverbundenes Nebeneinander und vermittelt optisch einen statischen Eindruck mit einer geringen Durchlässigkeit. Dieses Bild hat durchaus einen Bezug zur Realität.

Dazu beigetragen hat sicherlich auch das Ringen um dasselbe Klientel und die Tatsache, dass ambulante wie auch stationäre Angebote mit Belegungs- und Haltequoten zu kämpfen haben.

Zuweisungsverfahren und -strukturen machen aber nur dann Sinn, wenn sie auf die gesamte Palette der Massnahmen im Suchtbereich bezogen werden. Integraler Bestandteil der Diskussion um die Indikation ist daher auch die Verbesserung der Durchlässigkeit zwischen den verschiedenen Segmenten der Suchthilfe sowie die Schnittstellenpflege.



Was ist nun das Ziel der heutigen Tagung?

An unserer ersten Fachtagung vom 31. Oktober 2003 zum Thema legten wir in einer breiten Auslegeordnung den Fokus auf die verschiedenen juristischen, wirtschaftlichen und sozialwissenschaftlichen Aspekte der Indikation. Verschiedene Kantone stellten zudem den Stand der Dinge in der Planung von regionalen und kantonalen Indikationsstellen vor.

An der heutigen Tagung steht die Konkretisierung von drei zentralen Aspekten der Indikation, der Triage und des Intake im Mittelpunkt.

An erster Stelle ist auf der fachlichen und strukturellen Ebene die **Interdisziplinarität** zu nennen, welche durchaus in verschiedenen Organisationsformen gelebt werden kann, wie sie im Verlaufe des Tages sehen werden.

Eine zentrale Bedeutung kommt auch der **Koordination** zu und zwar nicht nur als Teil des Aufgabenspektrums einer Indikationsstelle, sondern auch auf interkantonaler Ebene. Ansätze und Rahmenbedingungen werden wir am Nachmittag im Workshop mit den VertreterInnen der Kantone vertiefen.

Unerlässlicher Bestandteil des Zuweisungsprozesses ist nicht zuletzt das Vorhandensein von geeigneten, einheitlichen **Erfassungs-Instrumenten** - einige werden Ihnen heute genauer vorgestellt. Des Weiteren hat KOSTE das Institut für Suchtforschung ISF beauftragt, eine Zuweiserbefragung zu verwendeten Indikationskriterien und -instrumenten durchzuführen. Sie kommen somit in den Genuss der aktuellsten Forschungsergebnisse zur Zuweisungspraxis in der Schweiz.

In den verschiedenen Workshops des heutigen Nachmittages bietet sich dann ausreichend Gelegenheit, die einzelnen Aspekte in der Diskussion und im Austausch zu vertiefen.

Wir laden Sie an dieser Stelle herzlich ein, Ihre Erfahrungen und Meinungen aktiv einzubringen.

Die Ergebnisse der einzelnen Workshops sowie die Referate werden wir Ihnen nach der Tagung in Form einer ausführlichen Tagungsdokumentation zugänglich machen.

Ich wünsche Ihnen nun einen interessanten und anregenden Tag.



Introduction

Franziska Eckmann
COSTE, Berne

Mesdames et Messieurs,
Chères et chers collègues,

Je suis très heureuse de pouvoir vous accueillir si nombreux à l'occasion de notre deuxième Journée nationale, consacrée au **Processus d'indication**.

Depuis notre première Journée, le 31 octobre passé, le thème "Indication" s'est fait plus actuel que jamais – et ce non seulement dans le domaine de la dépendance, mais dans l'ensemble du champ social.

Ainsi, l'accès à l'aide sociale se voit-elle soumise, dans plusieurs cantons et communes, à une nouvelle réglementation, l'accompagnement financier séparé de l'accompagnement sociale et - avec l'introduction récente des contrats de prestations - le rapport contractuel entre pouvoirs publics et offres de l'aide sociale complètement remodelé. Outre des exigences de qualité, les contrats de prestations précisent aussi que l'efficacité du travail doit être rendue visible.

A l'heure actuelle, nous courons pourtant le risque que l'efficacité recherchée le soit presque exclusivement au niveau financier, ce qui est en partie déjà la réalité et n'étonne pas vraiment dans un contexte de raréfaction des moyens.

Des exemples très récents montrent qu'en matière de thérapie résidentielle des dépendances, décréter administrativement de limiter - sans indication professionnelle - la durée du traitement n'est plus chose taboue. Il y a longtemps déjà que des placements ont lieu sans indication, en fonction uniquement des coûts les plus avantageux ou ne peuvent s'effectuer – du fait d'accords régionaux – que dans quelques institutions déterminées – quand existe encore un choix!

Que cet état de fait soit insatisfaisant pour les acteurs sociaux et les professionnels de la dépendance, tant du secteur ambulatoire que résidentiel, est évident.

Mais quand, de surcroît, surgit la méchante question – *Pour quoi a-t-on encore besoin d'intervenants sociaux formés, si la compétence professionnelle spécialisée n'a de fait plus l'occasion d'intervenir dans l'indication* - y répondre requiert des arguments indiscutables à même de démontrer qu'il vaut vraiment la peine et aussi que cela paie à long terme d'investir dans un travail professionnel de qualité.

Le domaine des dépendances connaît certes des fournisseurs de prestations estimant la nécessité d'agir moins urgente: ceux-là même qui trouvent avantage à la situation présente et ont un très bon taux d'occupation. C'est cependant là une sécurité trompeuse, comme l'ont montré ces dernières années.



Si les professionnels ne veulent pas se trouver placés devant le fait accompli de décisions technocratiques, il vous faut absolument vous positionner en tant qu'expert(e)s, intervenir et participer activement à la conception de l'aide sociale et de l'aide aux personnes dépendantes.

Ainsi, en organisant cette Journée, COSTE aimerait-elle contribuer à remettre au centre des débats les questions professionnelles et leur application.

Il est important que les professionnels de la dépendance puissent formuler les objectifs de leur action et présenter leurs prestations et leurs résultats de manière compréhensible.

L'aide aux personnes dépendantes dispose aujourd'hui – avec les instruments élaborés dans le cadre de FiDé pour établir le profil des offres - de moyens adéquats pouvant servir de base à la description des prestations

Appliqués seuls, ces instruments ne suffisent cependant pas - car vous, en tant que professionnels, pouvez faire un aussi bon travail - si ne vous sont pas adressé(e)s les bon(ne)s client(e)s, celles et ceux qui ont précisément besoin de votre offre. Or la pratique actuelle vous fait continuellement courir le risque d'avoir des résultats non optimaux. Seule une indication professionnelle peut faire que les client(e)s soient orienté(e)s vers la bonne offre et reçoivent le soutien requis. Et ce n'est aussi que sur cette base que l'outcome des diverses offres d'aide sera correctement évalué.

Cela signifie que pour atteindre les buts d'efficacité et les indicateurs fixés dans les contrats de prestations, on a besoin des conditions-cadre, structures et instruments appropriés.

COSTE se préoccupe aussi grandement de ce que l'indication se focalise sur l'ensemble du domaine de la dépendance et pas seulement sur certains segments.

La politique suisse en matière de drogues use de l'image des quatre piliers, où l'on trouve les diverses offres que sont la prévention, la thérapie ambulatoire et résidentielle, la réduction des risques, la consultation ambulatoire, le traitement avec prescription d'héroïne et la substitution. L'image des piliers suggère une juxtaposition relativement aléatoire et donne optiquement une impression statique avec une faible perméabilité. Cette image, non sans rapport avec la réalité, vient certainement aussi du fait de se disputer la même clientèle comme le fait qu'offres ambulatoires et résidentielles doivent lutter avec leurs taux d'occupation et de rétention.

Procédure et structures d'indication n'ont cependant de sens qu'en rapport avec tout l'éventail des mesures disponibles dans le domaine des dépendances. L'amélioration de la perméabilité entre les divers segments de l'aide aux personnes dépendantes ainsi que les soins prodigués par des services transverses fait donc partie intégrante du débat sur l'indication.

Quel est donc l'objectif de cette Journée?

Lors de notre première Journée du 31 octobre 2003 sur le thème de l'indication, nous avons focalisé notre attention sur ses différents aspects juridiques, économiques et sociaux. Plusieurs cantons avaient aussi présenté l'état de la situation quant à la planification des instances d'indications régionaux et cantonaux.



La Journée d'aujourd'hui met, elle, l'accent sur la concrétisation de trois aspects centraux du processus d'indication.

La première place revient, tant au plan professionnel que structurel, à **l'interdisciplinarité**, qui peut parfaitement connaître diverses formes d'organisation, comme vous le verrez au cours de cette journée.

La **coordination** est d'une importance primordiale, non seulement parce que faisant partie du spectre des tâches d'une instance d'indication, mais aussi au plan intercantonal. Approches et conditions-cadre en seront approfondies cet après-midi, dans l'atelier avec les représentant(e)s des cantons.

L'existence **d'instruments de saisie** appropriés et uniformes – dont quelques uns vous seront présentés plus en détails aujourd'hui – constitue aussi un élément indispensable du processus d'indication. Pour cette raison, COSTE a donné mandat à l'Institut de recherche sur les addictions (ISF) d'effectuer une enquête auprès des services placeurs sur les critères et instruments utilisés pour l'indication. Vous bénéficiez ainsi des résultats les plus récents sur la pratique de l'indication en Suisse.

Les différents ateliers de cet après-midi vous donneront largement l'occasion d'approfondir les différents aspects au cours de discussions et d'échanges.

Aussi profitons-nous de cette occasion pour vous inviter cordialement à partager activement vos expériences et opinions.

Les résultats des différents ateliers ainsi que les exposés seront mis à votre disposition, après cette Journée, sous forme d'une documentation exhaustive.

Pour conclure, je vous souhaite une journée enrichissante et stimulante.





A la recherche du patient idéal – instruments de psychométrie et d'indication

Dr. Daniele Zullino
Unité de sevrage La Calypso, Lausanne

La question des critères différentiels d'indication touche à une question-clé essentielle du traitement des dépendances, celle de l'attribution des patients aux différentes formes de thérapie. D'un point de vue clinique, il s'agit de savoir quels patients profitent plus particulièrement de quelle modalité thérapeutique (p.ex. ambulatoire ou résidentiel). Question au reste largement controversée dans la littérature scientifique.

La question de savoir si, respectivement comment des phénomènes relevant des sciences sociales sont mesurables, est en soi controversée. Fondamentalement, il est admis que les „objets“ étudiés (p.ex. patients ou thérapies) ne sont pas eux-mêmes mesurables, mais uniquement leurs qualités, chaque „objet“ se caractérisant par un système de qualités propres. L'une des principales difficultés que rencontre la recherche sur les dépendances, lorsqu'il s'agit d'effectuer des mesures, provient de la grande complexité des objets d'étude. L'individu, en tant qu'objet d'étude, peut certes être assez précisément „mesuré“ quant à sa taille, son poids ou sa pression sanguine. Il est par contre beaucoup plus difficile de mesurer, qualitativement et quantitativement, des traits complexes tels que comportement compulsif, motivation, attitude sociale, etc.

Pourquoi effectuer des mesures ?

Différents points de vue peuvent présider à l'évaluation d'un traitement ou d'une institution thérapeutique. Outre l'efficacité, l'efficacité, l'analyse des processus et structures, la satisfaction des patients et/ou des thérapeutes, de même que l'analyse des besoins et les aspects économiques peuvent présenter un certain intérêt.

Le choix des variables à étudier, mais aussi les instruments pour les analyser devront se conformer aux objectifs de l'analyse.

Que mesurer?

L'évaluation d'une thérapie nécessite l'analyse d'un ou plusieurs des domaines suivants: (1) caractéristiques du patient, (2) caractéristiques de la thérapie et/ou de l'institution effectuant la thérapie, et (3) du résultat thérapeutique. Il est important de souligner que les points 1 et 3 certes se recoupent mais ne sont pas pour autant identiques. C'est ainsi que des traits du patient aboutissant à une indication en faveur d'une certaine approche thérapeutique peuvent totalement différer de ceux qu'il s'agit de traiter et dont le changement correspond à l'outcome thérapeutique.



Pose de l'indication (Patient-Treatment-Matching): trois catégories

Poser une indication a pour but l'attribution la plus adéquate possible d'un patient à un traitement. On distingue trois catégories de Patient-Treatment-Matching: (1) l'approche des „groupes sanguins“, (2) la recherche du traitement adéquat, et (3) la recherche du patient adéquat.

L'approche des „groupes sanguins“

Il s'agit ici de la forme idéale (et beaucoup trop souvent idéalisée) du Patient-Treatment-Matching, et auquel elle est souvent aussi assimilée. La nécessité d'attribuer une transfusion sanguine bien précise à un patient - et inversement - est le meilleur exemple de ce type de matching. Un patient donné ne saurait recevoir qu'une transfusion de sang déterminée, celle compatible avec son groupe sanguin, toute autre étant exclue.

Comme le montre cet exemple, un tel système d'attribution implique que les caractéristiques du patient et de la thérapie essentielles à l'attribution ne changent pas, et que le nombre de ces caractéristiques - et donc la complexité de l'algorithme d'attribution - reste maîtrisable et contrôlable.

Ce procédé n'exige de grande flexibilité ni de la part du patient ni de celle du thérapeute.

Quoique souvent idéalisé dans la littérature (en particulier nord-américaine) sur la dépendance, un tel système d'attribution est peut susceptible d'être développé, et donc encore moins applicable.

Recherche du traitement adéquat

On recherche là le traitement le plus adéquat possible pour un patient donné. On part de l'idée que les traits du patient sont prédonnés (et non contrôlables) avant même le début du traitement, mais que les modalités de celui-ci sont flexibles et adaptables. Ce système est naturellement préféré par les patients ainsi que par les médecins et services placeurs. Il comporte certains avantages dans le contexte d'un marché d'acquéreurs de prestations (de clients). Aussi la motivation du patient y a-t-elle une importance particulière.

Ce procédé exige peu de flexibilité de la part du patient mais une grande flexibilité de la part du fournisseur de soins.

Recherche du patient adéquat

Ici, on recherche le patient le plus adéquat possible pour une thérapie ou un service donné. Les caractéristiques de la thérapie/du service étant fixes, le patient est sélectionné en fonction de cette donnée. Ce système est privilégié, lui, par des services déjà bien établis. Il comporte des avantages dans un marché de vendeurs (fournisseurs) de prestations.

Ce procédé exige peu de flexibilité de la part du fournisseur de soins mais une grande flexibilité de la part du patient.



Diagnostic psychologique

Un test de diagnostic psychologique est, pour simplifier, un processus scientifique standardisé servant à mesurer des caractéristiques psychologiques importantes et délimitables d'une personne. Il sert avant tout à déterminer quantitativement le degré relatif des traits caractéristiques individuels, mais peut aussi donner des indications qualitatives à leur sujet.

Le but du diagnostic n'est pas de décrire la vraie nature du patient mais de fournir une description utilisable du patient. Le sujet doit se voir défini d'une manière susceptible de conduire à la solution d'un problème ou d'une problématique.

Exigences en matière d'instruments d'enquête

Que ce soit pour l'analyse des caractéristiques du patient ou des institutions thérapeutiques et des résultats du traitement, les instruments d'enquête devraient tenir compte de la complexité des facteurs conditionnant la thérapie et son éventuel succès.

Des instruments utilisables doivent de plus répondre à certaines exigences, habituellement dites critères de validité des tests: objectivité, fiabilité et validité.

Le concept et le critère de „fiabilité" se rapporte au processus de mesure ou de recherche. Une telle méthode est réputée fiable lorsqu'elle mesure précisément et exactement le caractère qu'elle doit mesurer. Une répétition de la mesure devrait donc aboutir à des résultats identiques. Une mesure ne peut cependant pas être plus fiable que ne l'est la stabilité du caractère étudié.

Le concept et le critère de „validité" se réfère à l'objet d'une mesure ou d'une recherche. Une telle méthode est réputée valable lorsqu'elle mesure le caractère qu'elle doit mesurer – et rien d'autre.

Il ressort de tout cela que le concept de fiabilité concerne les méthodes appliquées, alors que le concept de validité concerne les résultats obtenus. Une méthode est donc fiable lorsqu'elle conduit à des résultats valables.

Les tests psychologiques doivent être standardisés; en d'autres termes, ils comportent une consigne prescrivant comment le test doit être conduit et effectué. La même chose vaut pour l'exploitation d'un test, celle-ci devant aussi obéir à des règles strictes, de sorte que différents chercheurs parviennent au même résultat (objectivité).

Il est également capital de distinguer entre les instruments et procédures permettant une classification du patient ou du traitement (instruments de catégorisation) et les instruments et procédures qui restituent l'ampleur avec laquelle se manifestent des caractères donnés (dimensionnement).

Les instruments

En plus des instruments spécialement développés pour le domaine des dépendances - et qui tiennent compte des multiples dimensions typiques de cette problématique (p.ex. Addiction Severity Index, Maudsley Addiction Profile, Rapid Addiction Profile) - diverses échelles développées pour la psychiatrie générale peuvent être combinées et servir à la pose d'indications spécifiques. Ce peuvent être des instruments diagnostiques



standardisés (CIDI, SCID), des échelles d'évaluation du degré de gravité de troubles psychiatriques comorbides (Echelle de la dépression d'Hamilton, Beck Depression Inventory) ou des échelles d'évaluation de certains traits de personnalité (Minnesota Multiphasic Personality Inventory).

Le Composite International Diagnostic Interview (CIDI) - développé sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et du National Institute of Health (NIH) - est fréquemment recommandé comme instrument de diagnostic valide et fiable pour la pratique clinique et la recherche. Il permet de diagnostiquer 64 affections (dépendance, troubles de l'anxiété et de l'alimentation, troubles affectifs, psychotiques, obsessionnels, troubles liés au stress, affections cognitives) en fonction des critères de l'ICD-10 et du DSM-IV. Il permet aussi d'identifier une comorbidité, l'apparition et l'évolution de troubles psychiques ainsi que des atteintes psychosociales qui leur sont associées.

La recherche actuelle en matière d'indication recourt fréquemment à l'ASI. Cet instrument - introduit par McLellan et coll. en tant qu'interview clinique semi-structurée pour les personnes dépendantes – traite des problèmes survenant dans les domaines de l'état physique, de la situation professionnelle et personnelle, de la consommation d'alcool et de drogues, de la situation juridique, de la famille et des relations sociales ainsi que le status psychique. Ces dernières années, cet instrument a été validé en diverses langues (dont une version française à Lausanne) et une version spécifiquement européenne (EuropASI) en a été développée.

Une importance capitale revient – dans le cadre des processus de pose de l'indication – à l'évaluation de la motivation. Celle-ci est le plus souvent catégorisée par des algorithmes typiques de décision ou définie au moyen de questionnaires spécialement développés à cet effet (RCT, SOCRATES, URICA).

Pour décrire et catégoriser des institutions thérapeutiques, il faut préférer en particulier le système PPC (*Patient Placement Criteria*) à l'ASAM. On dispose aussi de questionnaires n'ayant pas été spécialement développés pour le domaine des dépendances, tels que le *Treatment Unit/Programme Form* et l'*European Service Mapping Schedule* (ESMS).



Auf der Suche nach dem idealen Patienten – Psychometrie- und Indikationsinstrumente

Dr. Daniele Zullino
Entzugsstation La Calypso, Lausanne

Die Frage der differentiellen Indikationskriterien berührt eine wesentliche Schlüsselfrage der Suchtbehandlung, nämlich die der Allokation der Patienten zu verschiedenen Therapieformen. Klinisch stellt sich die Frage, welche Patienten besonders von welchen Therapiemodalitäten (z.B. ambulant vs stationär) profitieren. Die Frage wird in der wissenschaftlichen internationalen Literatur durchaus kontrovers diskutiert.

Die Frage ob bzw. wie sozialwissenschaftliche Phänomene messbar sind, bleibt umstritten. Grundsätzlich gilt, dass nicht die untersuchten „Objekte“ (z.B. Patienten oder Therapien) selbst, sondern lediglich ihre Eigenschaften messbar sind, wobei jedes „Objekt“ durch ein System von Eigenschaften gekennzeichnet ist. Eine der wesentlichen Schwierigkeiten der Messung im Bereich der Suchtforschung ist die grosse Komplexität der Untersuchungsobjekte. So kann der Mensch als Untersuchungsobjekt zwar hinreichend präzise bezüglich seiner Grösse, seines Gewichtes oder seines Blutdruckes „vermessen“ werden; sehr viel schwieriger gestaltet sich jedoch die qualitative und quantitative Erfassung komplexer Merkmale, wie z.B. Antriebsverhalten, Motivation, soziale Einstellung usw.

Warum messen?

Die Beurteilung einer Behandlung respektive einer therapeutischen Einrichtung kann nach verschiedenen Gesichtspunkten erfolgen. Neben der Wirksamkeit können insbesondere die Effizienz, die Prozess- und Strukturanalyse, die Zufriedenheit der Patienten und/oder der Therapeuten, die Bedarfsanalyse sowie ökonomische Aspekte von Interesse sein.

Die Auswahl der zu untersuchenden Variablen, aber auch die Instrumente zur Analyse dieser Variable, werden sich nach den Zielsetzungen der Analyse richten müssen.

Was messen?

Die Beurteilung einer Therapie bedarf der Analyse eines oder mehrerer der folgenden Bereiche: (1) Charakteristiken des Patienten, (2) Charakteristiken der Therapie und/oder der die Therapie applizierenden Einrichtung, und (3) des therapeutischen Resultates. Wichtig ist hervorzuheben, dass sich Punkt 1 und 3 zwar überschneiden, allerdings nicht deckungsgleich sind. So können sich Merkmale des Patienten, welche die Indikation für ein gewisses Vorgehen bestimmen, gänzlich andere sein, als diejenigen, welche es zu behandeln gilt und deren Änderung dem therapeutischen Outcome entsprechen.



Indikationsstellung (Patient-Treatment-Matching): drei Kategorien

Ziel einer Indikationsstellung ist die möglichst adäquate Zuordnung eines Patienten zu einer Behandlung. Es lassen sich drei Kategorien des Patient-Treatment-Matchings unterscheiden: (1) Der „Blutgruppen“-Approach, (2) die Suche nach der adäquaten Behandlung, und (3) die Suche nach dem adäquaten Patienten.

Der „Blutgruppen“-Approach

Es handelt sich hierbei um die ideale (und viel zu häufig idealisierte) Form des Patient-Treatment-Matching, und wird häufig auch mit diesem gleichgestellt. Die zwingende Zuordnung einer Bluttransfusion zu einem Patienten, und auch umgekehrt, ist das beste Beispiel für diese Art von Matching. Ein bestimmter Patient sollte nur bestimmte Bluttransfusion erhalten, und zwar solche, welche mit seiner Blutgruppe kompatibel sind. Alle anderen sind auszuschliessen.

Wie dieses Beispiel aufzeigt, bedingt ein solches Zuordnungssystem, dass sich die für die Zuordnung wesentlichen Patienten- und Therapiemerkmale nicht ändern, und dass die Anzahl der Merkmale, und hiermit die Komplexität des Zuordnungsalgorithmus überschaubar, sprich kontrollierbar bleibt.

Dieses Vorgehen verlangt weder vom Patienten noch von seiten der Therapieanbieter grosse Flexibilität.

Ein solches Zuordnungssystem ist, wenngleich in der Sucht-Literatur (insbesondere der U.S.Amerikanischen) häufig idealisiert, kaum entwickel-, geschweige denn durchführbar.

Suche nach der adäquaten Behandlung

Hierbei wird für einen definierten Patienten die möglichst adäquate Behandlung gesucht. Es wird davon ausgegangen, dass die Merkmale des Patienten vor Eintritt in die Behandlung vorgegeben (nicht kontrollierbar) sind, die Behandlungsmodalitäten aber flexibel anpassbar sind. Dieses System wird naturgemäss von Patienten und zuweisenden Ärzten und Diensten bevorzugt. Es birgt gewisse Vorteile bei Vorliegen eines Käufer (Klienten)-Marktes. Eine besondere Bedeutung kommt deshalb der Motivation des Patienten zu.

Dieses Vorgehen verlangt wenig Flexibilität seitens des Patienten und grosse Flexibilität seitens der Therapieanbieter.

Suche nach dem adäquaten Patienten

Hierbei wird für eine definierte Therapie/ein definiertes Behandlungsangebot der möglichst adäquate Patient gesucht. Die Merkmale der Therapie/des Angebots sind vorgegeben, der Patient wird gemäss dieser Vorgabe selektiert. Dieses System wird von bereits etablierten Diensten bevorzugt. Es birgt Vorteile bei Vorliegen eines Verkäufer (Anbieter)-Marktes.



Dieses Vorgehen verlangt wenig Flexibilität seitens des Anbieters und grosse Flexibilität seitens des Patienten.

Definition von Psychodiagnostik

Ein psychodiagnostischer Test ist vereinfacht gesprochen ein standardisiertes wissenschaftliches Routineverfahren zur Messung von psychologisch wichtigen, abgrenzbaren Merkmalen einer Person. Er dient vornehmlich zur quantitativen Bestimmung des relativen Grades von individuellen Merkmalsausprägungen, kann aber auch qualitative Aussagen über individuelle Ausprägungen von Merkmalen ermöglichen.

Der Zweck der Diagnostik liegt nicht darin, das wahre Wesen des Patienten zu beschreiben, sondern eine brauchbare Beschreibung des Patienten zu ermöglichen. Der Proband soll auf eine Weise beschrieben werden, die zur Lösung eines Problems bzw. einer Fragestellung führt.

Anforderungen an die Erhebungsinstrumente

Erhebungsinstrumente sowohl für die Analyse der Merkmale des Patienten, als auch der Therapieeinrichtungen und des Behandlungsergebnisses sollten der Komplexität der die Therapie und ihren möglichen Erfolg bedingenden Faktoren Rechnung tragen. Brauchbare Instrumente müssen zudem bestimmte Anforderungen erfüllen, die üblicherweise als Testgütekriterien bezeichnet werden: Objektivität, Reliabilität (Zuverlässigkeit) und Validität (Gültigkeit).

Begriff und Kriterium „Zuverlässigkeit“ bezieht sich auf das Verfahren einer Messung oder Untersuchung. Ein Untersuchungsverfahren ist dann zuverlässig, wenn es das Merkmal genau, exakt misst, das es messen soll. Eine Wiederholung der Messung müsste also zu gleichen Ergebnissen führen. Eine Messung kann jedoch nicht zuverlässiger sein als die Stabilität des untersuchten Merkmals.

Begriff und Kriterium „Gültigkeit“ bezieht sich auf den Gegenstand einer Messung oder Untersuchung. Ein Untersuchungsverfahren ist dann gültig, wenn es das Merkmal misst, das es messen soll - und nichts anderes.

Aus alledem folgt: Der Begriff Zuverlässigkeit betrifft die angewandten Verfahren, der Begriff Gültigkeit betrifft die ermittelten Ergebnisse. Ein Verfahren ist also zuverlässig, wenn es zu gültigen Ergebnissen führt.

Psychologische Tests müssen standardisiert sein, d.h. sie enthalten eine Testanweisung, die vorschreibt, wie der Test vorgenommen und durchgeführt werden muss. Das gleiche gilt für die Auswertung eines Tests, denn auch diese muss feste Regeln enthalten, so dass verschiedene Auswerter zum gleichen Ergebnis kommen (Objektivität).

Wesentlich ist auch zu unterscheiden zwischen Instrumenten und Prozeduren, welche eine Klassifikation des Patienten respektive der Behandlung erlauben (Kategorisierende Instrumente), von solchen, welche den Ausprägungsgrad bestimmter Merkmale wiedergeben (Dimensionierung).



Die Instrumente

Neben speziell für den Suchtbereich entwickelten Instrumenten, welche typischerweise den multiplen Dimensionen der Problematik Rechnung tragen (z.B. Addiction Severity Index, Maudsley Addiction Profile, Rapid Addiction Profile), können verschiedene für die Allgemeinpsychiatrie entwickelte Skalen kombiniert und zur spezifischen Indikationsstellung herangezogen werden. Es sind dies z.B. Instrumente zur standardisierten Diagnosestellung (CIDI, SCID), Skalen zur Abschätzung des Schweregrades komorbider psychiatrischer Erkrankungen (Hamilton Depressionsskala, Beck Depression Inventory) oder Skalen zur Beurteilung gewisser Persönlichkeitsmerkmale (Minnesota Multiphasic Personality Inventory).

Das Composite International Diagnostic Interview (CIDI) wurde unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und dem National Institute of Health (NIH) entwickelt, und wird häufig als reliables und valides diagnostisches Instrument für die klinische Praxis und die Forschung empfohlen. Es ermöglicht die Diagnostik von 64 Störungen (Substanz-, Angst-, affektive, psychotische, Essstörungen, Zwangsstörungen, Stress bezogene Störungen, kognitive Einschränkungen) nach den Kriterien von ICD-10 und DSM-IV, die Erfassung von Komorbidität, Beginn und Verlauf psychischer Störungen sowie der mit ihnen assoziierten psychosozialen Beeinträchtigungen.

In der aktuellen Indikationsforschung kommt häufig der ASI zum Einsatz. Dieser wurde in den USA von McLellan und Kollegen als semistrukturiertes klinisches Interview für Suchtmittelabhängige eingeführt und erfasst die Problembereiche körperlicher Zustand, Arbeits- und Unterhaltssituation, Alkoholgebrauch, Drogengebrauch, rechtliche Situation, Familie und Sozialbeziehungen sowie psychischer Status. In den letzten Jahren ist das Instrument in verschiedenen Sprachen validiert (u.a. eine französische Version in Lausanne), und auch eine spezifische europäische Version entwickelt worden (EuropASI).

Eine wesentliche Bedeutung im Rahmen von Indikationsstellungsprozessen kommt der Beurteilung der Motivation zu. Diese wird meist über typische Entscheidungsalgorithmen kategorisiert, oder mittels entsprechend hierfür entwickelten Fragebögen (RCT, SOCRATES, URICA) bestimmt.

Zur Beschreibung und Kategorisierung von Behandlungseinrichtungen ist insbesondere das PPC-System (Patient Placement Criteria) der ASAM hervorzuheben. Ausserdem stehen weitere, nicht speziell für den Suchtbereich entwickelte Fragebögen zur Verfügung, wie z.B. der Treatment Unit/Programme Form und der European Service Mapping Schedule (ESMS).



Das Ressourcenmodell nach FiSu als mögliches Instrument bedarfsbezogener Zuweisung

Thomas Egli
BAG, Bern

Die Präsentation von Thomas Egli, zuständig im BAG für den stationären Bereich, beschreibt am Anfang die Ausgangslage für eine gezielte Zuweisung von Klientinnen und Klienten in eine Behandlung. Dabei spielen die Arbeiten, welche im Rahmen des Projekts FiSu gemacht worden sind, durchaus eine wichtige Rolle. Fragen zur Indikation stellen sich indes ungeachtet des gewählten Systems. Eine kontinuierliche Weiterentwicklung hängt sehr stark davon ab, inwieweit sich sämtliche Teilnehmenden auf gemeinsame Schritte, Vorgehensweisen und Instrumente einigen können.

Als nationale Gesundheitsbehörde unterstützt das BAG koordinierte, interdisziplinäre Modelle mit überregionaler Ausstrahlung, welche die positiven Wirkungen von Projekten wie QuaTheDA, FiSu und act-info konsolidieren und verstärken.

Ausgangslage

Das Thema Patient-Treatment-Matching ist sowohl national wie international ein aktuelles Thema

- . Der/die richtige Patient/in – die richtige/geeignete Behandlung
- . Rasches Verfahren
- . Korrekturmöglichkeiten

Es betrifft medizinische, soziale, psychologische, sicherheitsrelevante, kurz gesagt sämtliche Behandlungen

Der stationäre Bereich in der Schweiz hat verschiedene Elemente für eine fachliche Indikation realisiert

- Gegenstandsbestimmung
 - . Ausstiegsorientiert
- Leistungsbeschreibung
 - . Einheitlicher Raster, auf konsensualer Basis erarbeitet
- Institutionsprofilierung
 - . EDV-gestützte Erfassung, transparente Diskussion der Resultate



Rahmenbedingungen

Eine Indikationsstellung nach FiSu ist möglich, wenn

- . Klientenprofile in Bezug zu Institutionsprofilen gesetzt werden können
- . Eine Institution oder eine Behandlungsform ihre Leistungen und ihre Wirkungen beschrieben hat
- . Eine Umplatzierung vorgenommen werden kann
- . Systemkenntnis verbunden mit minimalen Anforderungen
- . Inventar der Institutionen
 - . Listen
- . Kriterien
 - . Instrumente
- . Systemvereinbarungen / Spielregeln
- . Leistungsvereinbarungen
- . Bestehende Strukturen nutzen, nicht neue schaffen
- . Feedbackschlaufen
- . Periodische Überprüfung der Triagetätigkeit
- . Evaluation

Anforderungen an eine Indikationsstelle

- . Das System muss bekannt sein
- . Sie ist neutral
- . Sie arbeitet interdisziplinär
- . Sie erarbeitet fachlich legitimierte Empfehlung
- . Sie bezieht die Wünsche der Klientinnen und Klienten ein
- . Sie bezieht die Anforderungen der Einweiser ein
- . Das Verfahren ist rasch
- . Sie kennt die rechtlichen Aspekte

Perspektiven

1. Jede Behandlungen bezieht sich auf überprüfbare Wirkungen

(Re)- Sozialisierung

- . Autonomierückgewinnung
- . Kulturtechniken
- . Legalbewährung

(Re)- Integration

- . Arbeitsfähigkeit

. Stabilisierung

- . Verhinderung weiterer Autonomieverlust



2. Behandlungen überprüfen regelmässig Ziele und Wirkungen
 - . Feedbackschlaufen
 - . Erfahrungsaustausch
 - . Qualitätssicherung
 - . Evaluationen

3. Behandlungen erzielen bessere Ergebnisse

Es lohnt sich, gute Ergebnisse zu erarbeiten

- . für die Personen, welche behandelt werden
- . für die Fachleute
- . für die Kantone
- . für die Gesellschaft



Das Ressourcenmodell nach FiSu als mögliches Instrument bedarfsbezogener Zuweisung

Peter Burkhard
Die Alternative, Ottenbach

Das hier zur Diskussion gestellte Intake mit Ressourcenmodell ermöglicht uns eine fachlich legitimierte Triage. Damit schliessen wir eine gravierende Lücke in der Suchtarbeit.

Wir haben ein Instrument erarbeitet - aus der Praxis zusammengetragen - das unseres Erachtens geeignet ist, ein vereinheitlichtes Intake und die nachfolgende Triage zu gewährleisten.

Konkret sehen wir folgende Schritte:

Die Intake- und Triagestelle ist positioniert.

Dazu brauche ich keine weiteren Ausführungen zu machen, Thomas Egli vom BAG hat ihnen ausführlich die Rahmenbedingungen zur Intake- und Triagestelle geschildert.

Der Klient kommt an die Intake- und Triagestelle.

Der Klient kommt aus eigenem Antrieb, wird von der Fürsorge-, Vormundschafts- und oder Justizbehörde angehalten, von Akteuren aus dem Gesundheits- und Suchtbereich motiviert, von der Familie/Verwandtschaft gedrängt, oder anderweitig zu diesem Schritt inspiriert.

Der betroffene Klient wird umfassend zu den Leistungen der Intakestelle und dem Ablaufprozedere des Intake- und Triageverfahrens, informiert.

Parallel werden die selben Informationen an den „Einweiser“ vermittelt.

Das Intakeverfahren wird eröffnet.

Das Intakeverfahren – die Erfassung der kundenrelevanten Daten - gliedert sich in 4 Ebenen:

1. Personaldaten

- . Name, Vorname
- . Alter, Adresse
- . Nationalität/Kanton
- . etc.

2. Vorbestehende Akten sichten

- . Sucht- und Krankheitsgeschichte
- . Institutions- und Devianzkarriere
- . etc.



3. Spezifische Abklärungen

Spezifische Abklärungen beziehen sich auf besondere Schutz- und Förderbedingungen, resp. auf besondere Bedingungen der Leistungserbringung. Im Vordergrund stehen:

- . Psychiatrisch – somatische Fragestellungen und Bedürfnisse
- . Sicherheitsfragestellungen (Fremd- und Selbstgefährdung, etc.)
- . Migrationspezifische Aspekte
- . Kinderschutz und Förderung bei 2 Generationen in der „Therapie“

4. Das Ressourcenmodell

Im Ressourcenmodell werden die aktuell vorhandenen individuellen Ressourcen in Bezug auf die 4 Sozialisationsfelder erfasst. (Zum Ressourcenmodell werde ich später noch speziell vertiefende Ausführungen anbringen.

Die Entscheidungsphase.

Grundlage für die Entscheidungsfindung sind:

- . der Wille / Wunsch des betroffenen Klienten
- . Anordnung / Vorstellung der einweisenden Behörde
- . Interventions- und Behandlungsempfehlung der Intakestelle

Die Fachempfehlung gliedert sich in:

- . vorentscheidende Zuordnung zu einer Zielgruppe auf Grund hochspezifischer oder demographischer Indikatoren
- . Einigung auf und Festlegung der Wirkungsziele
- . Ergebnis Klienten Ressourcenprofil

Die Suchphase.

Das geeignete Angebot wird, EDV-gestützt, mittels nachfolgender Selektionsfiltern eruiert:

- . Zielgruppe
- . Institutionelles Wirkungsziel
- . Ressourcenprofil mit ausgewiesener Behandlungsanforderung / Bedarf
- . Geschlechtsspezifika
- . Geographische Lage (Kanton, Stadt- Land)
- . Werthaltung in der Institution
- . Gross – Klein-/Institution



Die Vermittlungsphase.

In der Vermittlungsphase wird:

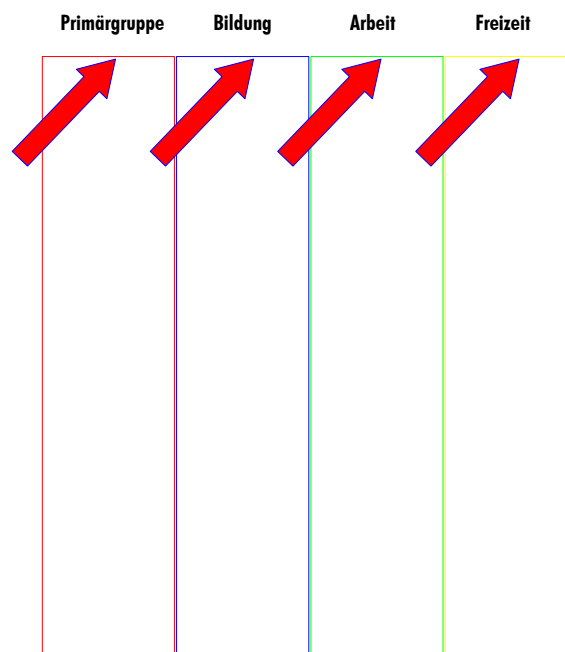
- . Die Kostengutsprache für die zukünftige Leistungserbringung eingeholt,
- . Anmeldung und Abklärung IV-Zuständigkeit eingeleitet,
- . Die Aufnahmeinstitution zur bevorstehenden Neuaufnahme informiert,
- . Ein verbindliches Eintrittsdatum festgelegt,
- . Die Dokumentation der Intakeunterlagen an die Übernahmeinstitution weiter geleitet.

Ende Intake- und Triage.

Mit dem Eintritt des Klienten in die ausgesuchte Institution schliesst sich das Intake- und Triageverfahren ab. Das Triageresultat wird durch die betroffene Übernahmeinstitution nach max. 4 Monaten sanktioniert.

Das Ressourcenmodell

Die Sozialisationsfelder

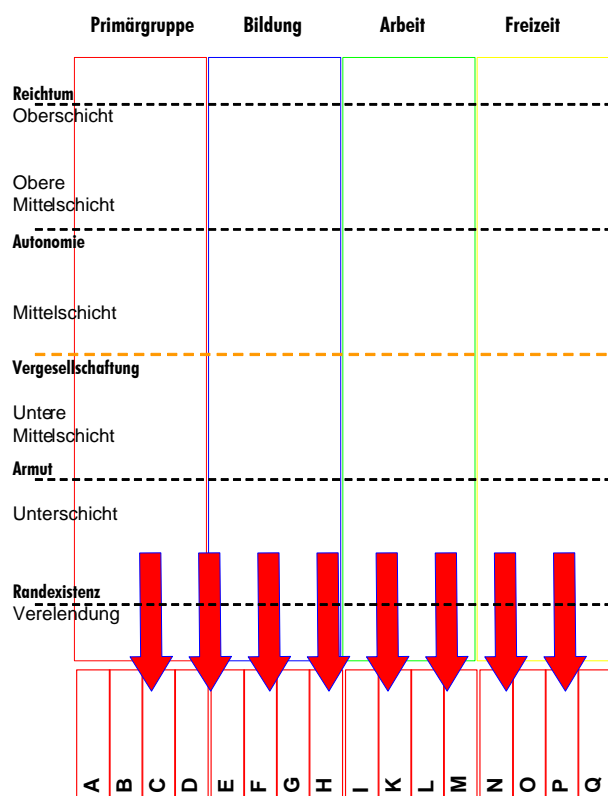




Die gesellschaftlichen Niveaus



Die Schlüsselressourcen

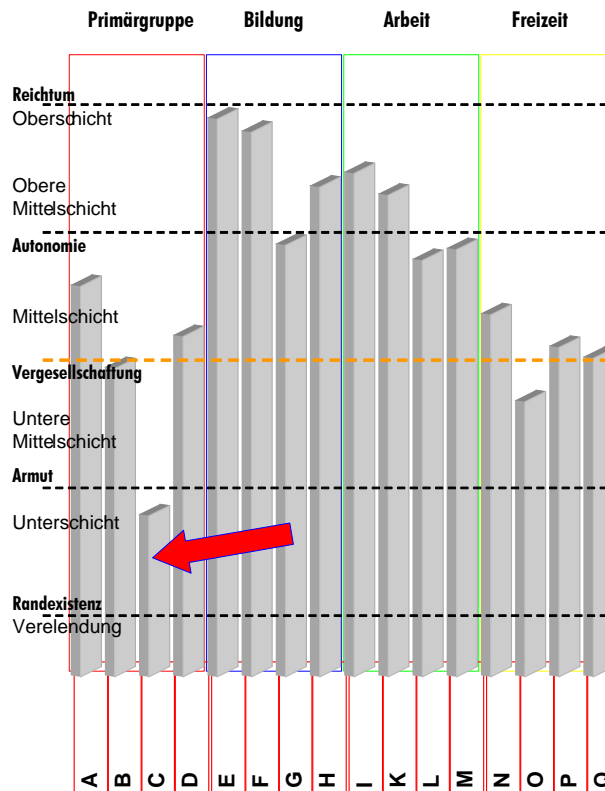




Die Skalierung

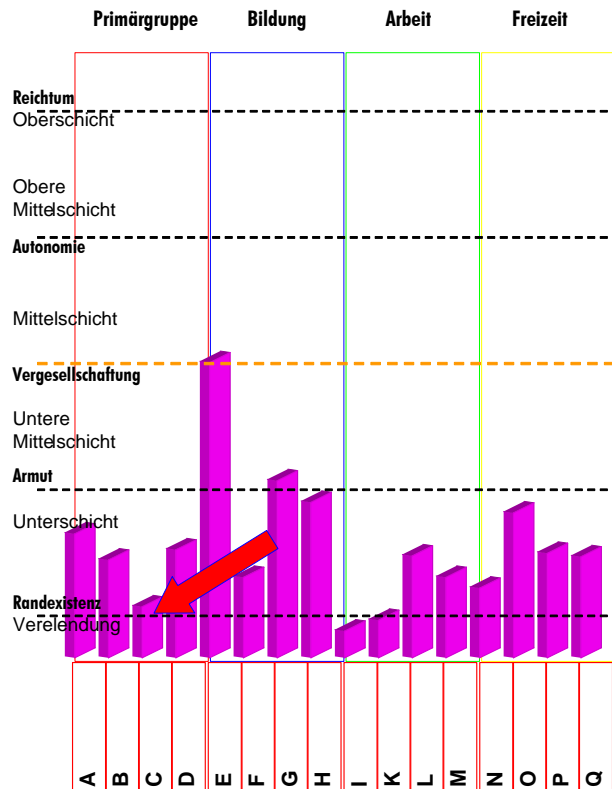
	Primärgruppe	Bildung	Arbeit	Freizeit
Reichtum	10	10	10	10
Oberschicht	9	9	9	9
Obere Mittelschicht	8	8	8	8
Autonomie	7	7	7	7
Mittelschicht	6	6	6	6
Vergesellschaftung	5	5	5	5
Untere Mittelschicht	4	4	4	4
Armut	3	3	3	3
Unterschicht	2	2	2	2
Randexistenz	1	1	1	1
Verelendung				
	A B C D E F G H I K L M N O P Q			

Die Ressourcenlage 1

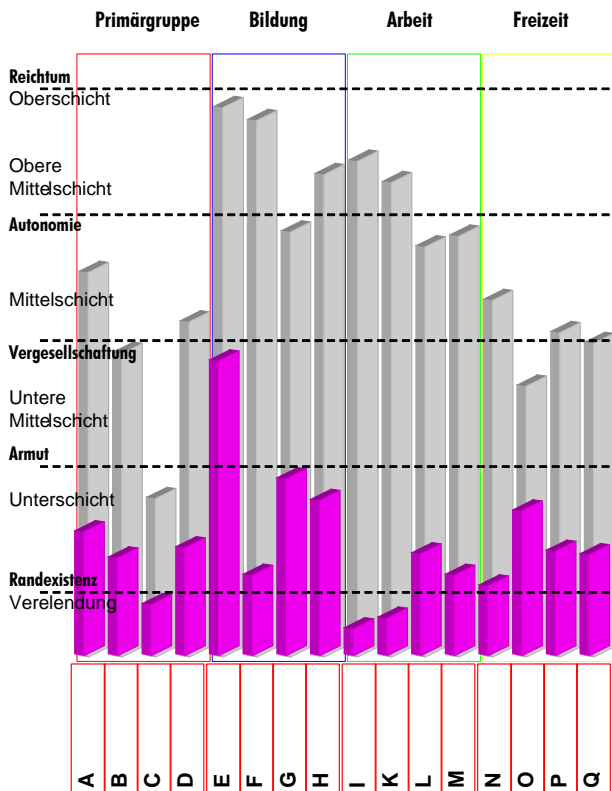




Die Ressourcenlage 2



Die Ressourcenlage 1 & 2





Le modèle des ressources selon FiDé comme instrument possible d'indication basé sur les besoins

Thomas Egli
OFSP, Berne

M. Thomas Egli, responsable du domaine des thérapies à l'OFSP, décrira tout d'abord le point de départ d'un placement ciblé des clients dans un traitement ou une thérapie. Les travaux effectués dans le cadre de FiDé jouent à cet égard un rôle important, mais les questions liées à l'indication existent quel que soit le système choisi. Un développement continu dépend fortement de la capacité des intervenants à s'unir autour des étapes et des progrès à effectuer, des procédures et des instruments à utiliser.

Comme autorité nationale en matière de santé, l'OFSP soutient les modèles coordonnés et interdisciplinaires ayant un spectre supra-régional et pouvant consolider ou même renforcer les effets positifs de projets comme QuaThéDA, FiDé et Act-Info.

Situation initiale

Le thème *Patient-Treatment-Matching* est un thème actuel tant au plan national qu'international

- . Le/la bon(ne) patient(e) – Le traitement approprié
- . Une procédure rapide
- . Des possibilités de correction

Cela concerne les traitements médicaux, sociaux, psychologiques et ceux relevant de la sécurité, en bref tous les traitements

En Suisse, le domaine résidentiel a élaboré différents éléments en faveur d'une indication professionnelle

- . Définition de l'objet
 - . Orientation vers l'abstinence
- . Description des prestations
 - . Cadre uniforme, élaboré sur une base consensuelle
- . Etablissement d'un profil institutionnel
 - . Saisie informatique, discussion transparente des résultats



Conditions cadre

Poser une indication selon FiDé est possible si et quand

- . les profils de la clientèle peuvent être mis en rapport avec ceux de l'institution
- . une institution ou un type de traitement a décrit ses prestations et leurs effets
- . un transfert peut être envisagé/entrepris
- . Connaissance du système liée/corrélée/en lien avec des exigences minimales
- . Inventaire des institutions . Listes
- . Critères . Instruments
- . Conventions du système/Règles du jeu
- . Contrats de prestations
- . Utilisation des structures existantes, pas de nouvelle création
- . Boucles de feedbacks/ de rétroaction
- . Vérification périodique de l'activité d'orientation/triage
- . Evaluation

Exigences a l'égard d'une instance d'indication

- . Son système doit être connu
- . Elle est neutre
- . Elle travaille de manière interdisciplinaire
- . Elle élabore des recommandations professionnellement fondées
- . Elle tient compte des souhaits des client(e)s
- . Elle tient compte des exigences/demandes des services placeurs
- . Sa procédure est rapide
- . Elle connaît les aspects juridiques

Perspectives

1. Tout traitement se réfère à des effets vérifiables

(Re)- socialisation

- . Retrouver l'autonomie
- . Amélioration des compétences socioculturelles
- . Retrouver comportements en respect avec la légalité

(Ré)- intégration

- . Aptitude au travail

Stabilisation

- . Prévention d'une nouvelle perte d'autonomie



2. Vérification régulière des buts et effets des traitements

- . Boucles de feedbacks /de rétroaction
- . Echange d'expériences
- . Assurance qualité
- . Evaluations

3. Obtention de meilleurs résultats thérapeutiques

Il vaut la peine d'obtenir de bons résultats

- . pour les personnes traitées
- . pour les professionnels
- . pour les cantons
- . pour la société



Le modèle des ressources selon FiDé comme instrument possible d'indication Basé sur les besoins

Peter Burkhard
Die Alternative, Ottenbach

Le processus de choix d'un traitement et son modèle de ressource mis ici en discussion rend possible une indication professionnellement légitimé. Nous comblons avec lui une grave lacune du champ des dépendances.

Nous avons élaboré un instrument – tiré de la pratique – à même, à notre avis, de garantir un intake uniforme (saisie des données des clients et de leur demande) ainsi que le choix du traitement et du placement (ci-après: triage) qui s'ensuit.

Concrètement, nous imaginons les étapes ci-dessous:

Positionnement de l'instance d'Intake et de triage

Je ne m'étendrai pas plus à ce propos, Thomas Egli, de l'OFSP, ayant décrit en détail les conditions cadres d'une instance d'Intake et de triage.

Arrivée du client à l'instance d'Intake et de triage

Le client vient de son propre chef, y est contraint par l'assistance sociale, l'autorité tutélaire ou judiciaire, y est incité par des acteurs du domaine sanitaire et des dépendances, y est obligé par sa famille ou ses proches, ou amené d'une quelconque autre façon à faire ce pas. Le client en question est informé de manière approfondie sur les prestations de l'instance d'intake et le déroulement de la procédure d'Intake et de triage.

Parallèlement, ces mêmes informations sont fournies au «placeur».

Ouverture de la procédure d'intake

La procédure d'Intake - saisie des données importantes du client – se divise en 4 champs:

1. Données personnelles

- . Nom, prénom
- . Age, adresse
- . Nationalité/canton
- . etc.

2. Prise de connaissance des documents préexistants

- . Anamnèse médicale et de la dépendance
- . Carrière institutionnelle et déviante
- . etc.



3. Vérifications spécifiques

Font l'objet de vérifications spécifiques certaines conditions particulières de protection et d'encouragement, ou relatives aux prestations qui seront fournies, au premier plan desquelles:

- . problématiques et besoins psychiatriques et somatiques
- . problèmes de protection (mise en danger de soi-même et d'autrui, etc.)
- . aspects en lien spécifique avec la migration
- . protection des enfants et encouragement de 2 générations en „thérapie“

4. Modèle de ressources

Dans ce modèle de ressources, on saisit les ressources individuelles existantes relatives aux 4 champs de socialisation (j'apporterai plus loin d'autres explications approfondies sur le modèle de ressources.)

Phase de décision

Sont à la base de la prise de décision:

- . la volonté ou le souhait du client concerné
- . la décision de l'autorité de placement ou la présentation du client par celle-ci,
- . le préavis favorable à une intervention et un traitement de l'instance d'*Intake*.

Cette recommandation professionnelle se subdivise en:

- . attribution, avant décision, du client à un groupe cible sur la base d'indicateurs spécifiques ou démographiques,
- . accord et fixation des objectifs,
- . résultat du profil de ressources du client.

Phase de recherche

L'offre appropriée est confirmée **électroniquement** et évaluée au moyen des filtres de sélection suivants:

- . Groupe cible
- . Objectif institutionnel
- . Profil de ressources, assorti de l'exigence ou du besoin démontré d'un traitement
- . Spécificités sexuelles
- . Situation géographique (canton, ville ou campagne)
- . Appréciation de l'institution
- . Taille de l'institution (grande ou petite)



Phase de transmission

Durant la phase de transmission, on:

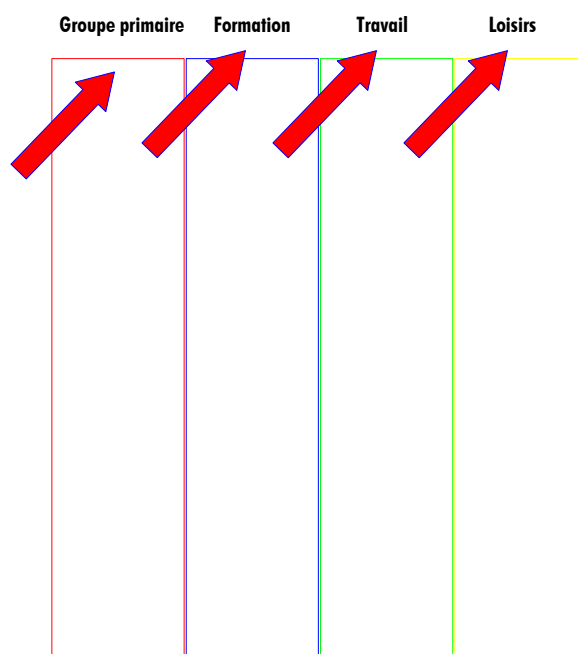
- . demande la garantie de la couverture financière des prestations ultérieurement fournies,
- . entame l'annonce et la déclaration de compétence AI,
- . informe l'institution d'accueil de cette nouvelle entrée,
- . fixe une date d'entrée contraignante,
- . fait suivre le dossier d'*Intake* à l'institution de prise en charge.

Fin de l'*Intake* et du triage

Avec l'entrée du client dans l'institution choisie se clôt la procédure d'*Intake* et de triage, dont le résultat est sanctionné par l'institution d'accueil concernée, au plus tard 4 mois après.

Modèle de ressources

Champs de socialisation

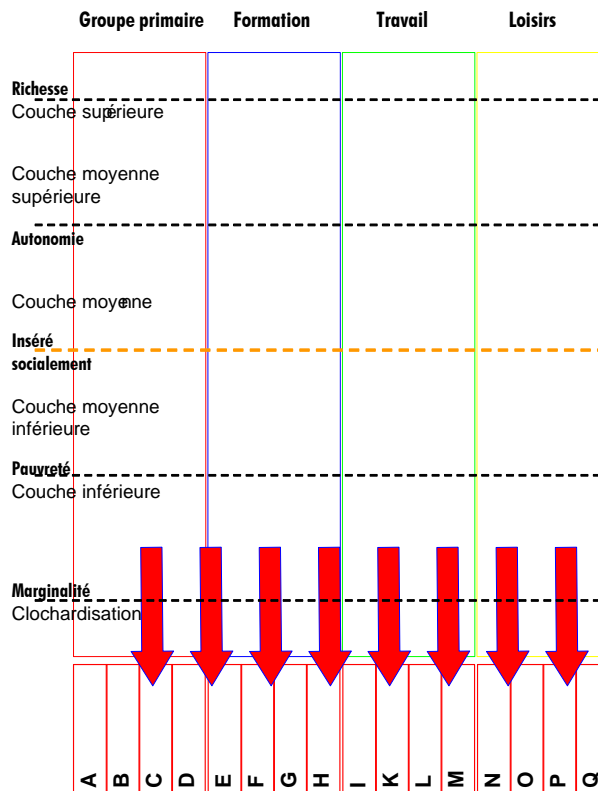




Niveaux sociaux



Ressources clés

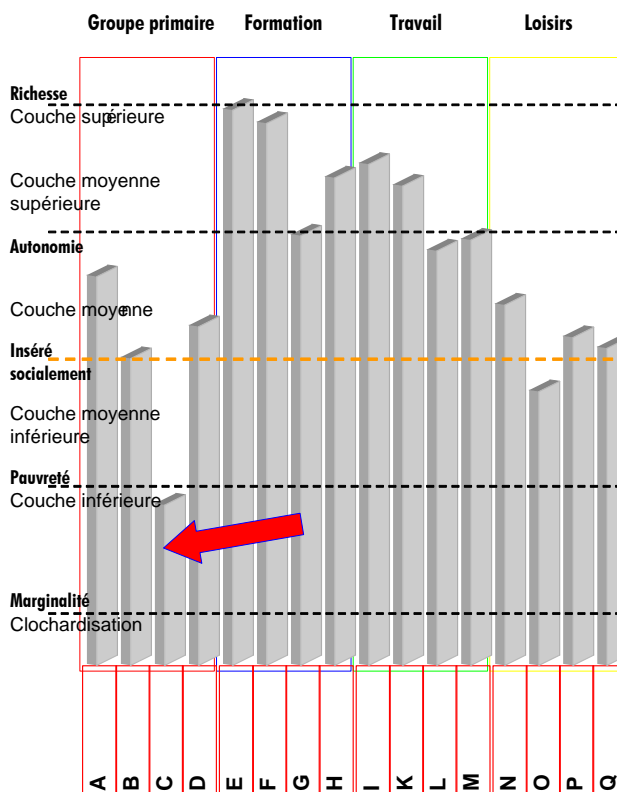




Graduation

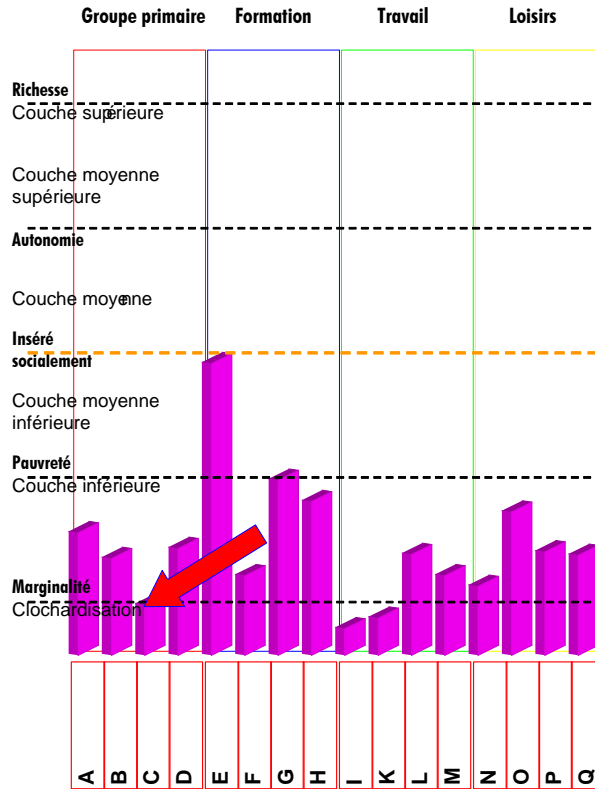
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1						
Richesse	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1						
Couche supérieure																
Couche moyenne supérieure																
Autonomie	7	6	5	4	3	2	1									
Couche moyenne																
Inséré socialement	5	4	3	2	1											
Couche moyenne inférieure																
Pauvreté	3	2	1													
Couche inférieure																
Marginalité	2	1														
Clochardisation																
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	K	L	M	N	O	P	Q

Etat des ressources Exemple 1

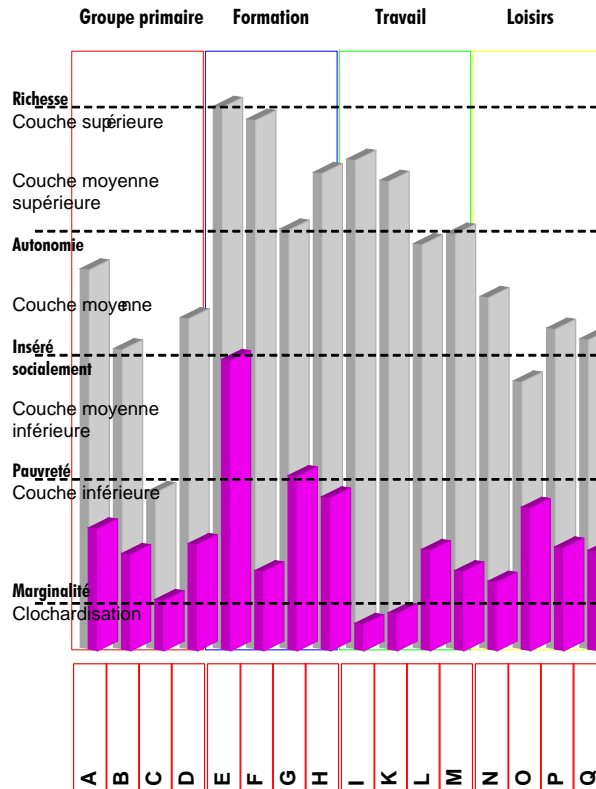




Etat des ressources Exemple 2



Etat des ressources Exemple 1&2





Gebräuchliche Instrumente in der aktuellen Zuweiserpraxis

Susanne Schaaf
ISF, Zürich

Indikationsstellung und Triage sind für den Behandlungsprozess und –verlauf von zentraler Bedeutung. Behandlungsabbrüche müssen nicht nur mit der schwierigen Suchtproblematik zusammenhängen. Erlaubt ist auch die Frage, inwiefern durch Zuweisungs- und Aufnahmeentscheide eine unplanmässige Therapiebeendigung begünstigt wird oder positiv formuliert: durch optimale Zuweisungs- und Aufnahmeprozesse die Halterate erhöht werden kann. Jede zuweisende Stelle verfügt über eigene Kriterien oder ein eigenes Vorgehen, um den Zuweisungsprozess abzuwickeln. Aber nach welchen Kriterien wird tatsächlich zugewiesen? Welche konkreten Hilfsmittel werden tatsächlich eingesetzt?

Diese Frage war der Ausgangspunkt für eine Zuweiserumfrage, die KOSTE beim ISF in Auftrag gab.

In meinem Beitrag möchte ich Sie über folgende Punkte informieren:

- 1 Ausgangslage und Vorgehen
- 2 Stichprobe: befragte Zuweiser
- 3 Zur Gewichtung von ausgewählten Zuweiskriterien für bestimmte Zuweisergruppen
- 4 Hilfsmittel und Instrumente
- 5 Vorschläge zur Verbesserung des Zuweiserprozesses

1 Ausgangslage und Vorgehen

Die Koordinationsstelle KOSTE beauftragte das ISF mit einer Umfrage bei Stellen und Einrichtungen, welche Klient/innen mit Drogenproblemen zu einer ambulanten oder stationären Einrichtung zugewiesen werden. Dabei ging es nicht um eine akribische Erfassung des Zuweiserprozesses, sondern um eine erste Sichtung der verwendeten Hilfsmittel. Der Fragebogen an die Adresse der Zuweiser bestand aus einer Liste von 19 möglichen Kriterien, die nach ihrer Relevanz eingestuft werden sollten. Die Liste orientiert sich u.a. an der Zuweiserbefragung von Spiessl et al (2001) - hier handelt es sich allerdings um Zuweisungskriterien von Psychiatern und Allgemeinpraktikern. Die Vermutung liegt nahe, dass verschiedene Zuweisergruppen unterschiedliche Aspekte für wichtig erachten. Ferner wurden die Zuweiser gebeten, Hilfsmittel wie z.B. Checklisten, Diagnoseinstrumente, Institutionsbeschreibungen, interne Datenbanken, Gutachten u.ä., welche sie für den Entscheidungsprozess einbeziehen, aufzulisten. Zum Abschluss sollten die Zuweiser verbesserungswürdige Aspekte nennen, damit sie den Zuweiserprozess effizienter und zufriedenstellender gestalten können.



In einem ersten Schritt wurden 47 Suchthilfeeinrichtungen angeschrieben. Bei der Auswahl wurden die Aspekte Setting (ambulant-stationär), die Substanz (Drogen, Alkohol), Behandlungsart (abstinenzorientiert, Methadonbehandlung, Heroin gestützte Behandlung) und Sprachregion (Deutschschweiz, Romandie und Kanton Tessin) berücksichtigt:

Tab.1: Angeschriebene Suchthilfeeinrichtungen

	Deutschschweiz		Romandie Tessin		GESAMT	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ambulante Stellen	19	54%	6	50%	25	53%
Stationäre Therapie	16	46%	6	50%	22	47%
Gesamt	35	100%	12	100%	47	100%

Diese Behandlungsstellen und –einrichtungen wurden angeschrieben und gebeten, 5 typische Zuweiser für ihre Stelle zu nennen. 160 Zuweiser wurden daraufhin genannt, abzüglich der Doppelnennungen blieben 148 Adressen.

In einem zweiten Schritt wurden diese 148 Zuweiser angeschrieben und mittels Fragebogen über die für sie relevanten Zuweiskriterien und Hilfsmittel befragt. Die folgenden Ergebnisse basieren auf der Auswertung von 79 gültigen Zuweiserfragebogen.

2 Stichprobe: befragte Zuweiser

Mit 79 Fragebogen beträgt der Rücklauf 53%. Die Zuweiser konnten folgenden Zuweisergruppen zugeordnet werden. Daraus wird ersichtlich, wie heterogen das Feld der Zuweiser ist und wie unterschiedlich somit ihrer Hintergründe und Anforderungen sind.

Tab. 2: Zuweisergruppen

	angefragt	retourniert	%
suchtspezifische ambulante Stelle	34	22	28%
Sozialberatungsstelle	20	5	6%
Fürsorge- und Vormundschaftsbehörde	8	6	8%
Suchtspezifische stationäre Einrichtung	11	8	10%
Psychiatrie/zentrum	22	11	14%
Spital	7	-	0%
Hausärzt/innen	16	6	8%
Justiz	24	15	19%
ambulante Suchtberatung und Psychiatrie	-	3	4%
diverses	6	3	4%
Gesamt	148	79	100%



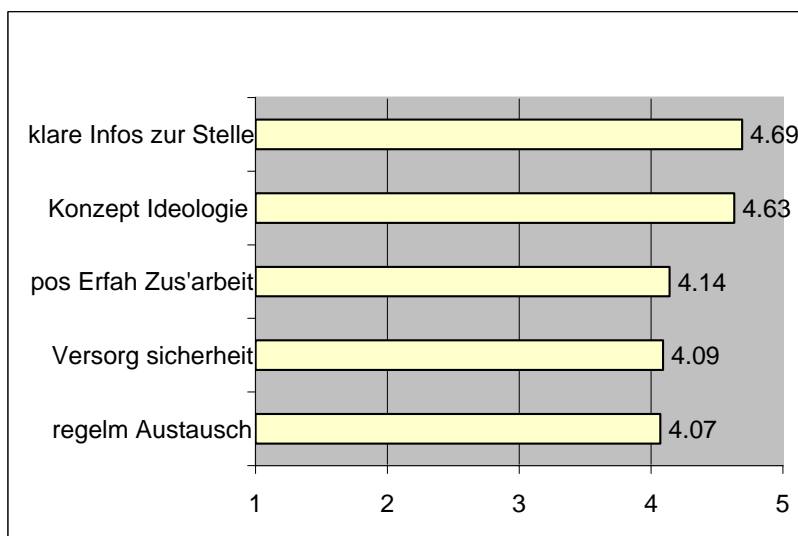
3 Zur Gewichtung von ausgewählten Zuweiskriterien für bestimmte Zuweisergruppen

Die vorgelegten Kriterien wurden nach ihrer Wichtigkeit aus Sicht des Zuweisers bewertet, wobei der Wert 5 für ‚sehr wichtig‘ und 1 für ‚nicht wichtig‘ steht. In den folgenden Tabellen sind die Aspekte nach ihren Mittelwerten aufgeführt.

Die wichtigsten Kriterien sind...

- . Klare, transparente und aktuelle Informationen über die behandelnde Stelle
- . Konzept und Ideologie der behandelnden Stelle
- . Bereits bestehende positive Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit der behandelnden Stelle
- . Versorgungssicherheit (Risiko der Selbstgefährdung des Klienten bzw. der Fremdgefährdung durch den Klienten ist durch das Behandlungsprogramm reduziert)
- . Regelmässiger klientenbezogener Austausch mit der behandelnden Stelle besteht

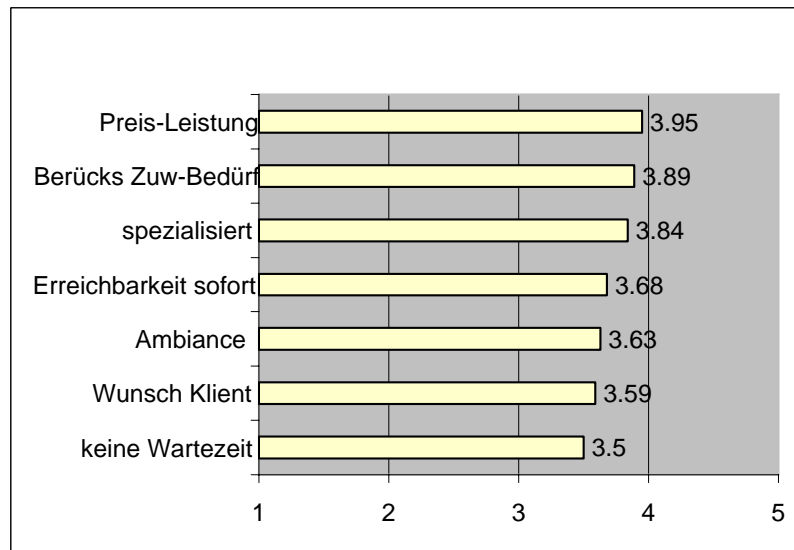
Tab. 3: Gewichtung der Kriterien (Mittelwerte)



Als weitere wichtige Aspekte werden genannt das Preis-Leistungsverhältnis; dass die behandelnde Stelle auf spezielle Bedürfnisse der Zuweiser eingeht; dass die Behandlungseinrichtung auf bestimmte Zielgruppen (Geschlecht, Alter...) oder Störungsbilder (Dualdiagnose...) spezialisiert ist; dass der Ansprechpartner der Stelle sofort erreicht werden kann; die Ambiance der Einrichtung; dass der Klient ein bestimmtes Behandlungsprogramm bevorzugt und dass der Klient ohne Wartezeit direkt zugewiesen werden kann.



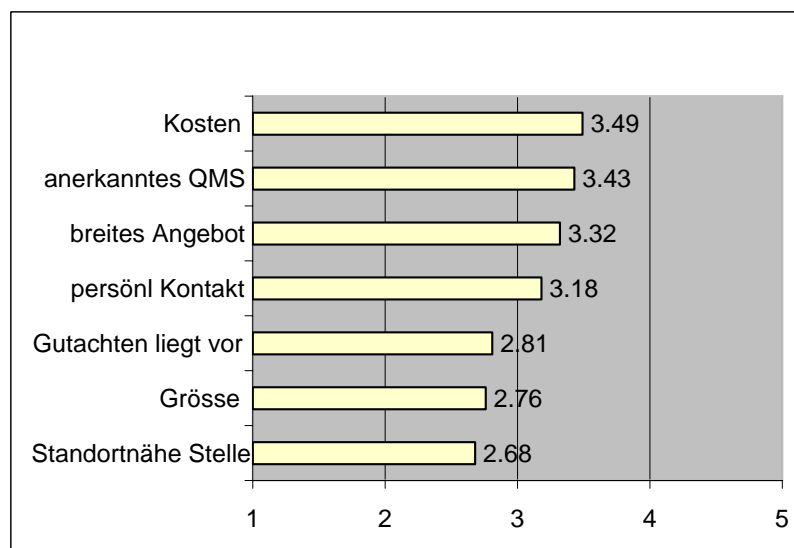
Tab. 4: Gewichtung der Kriterien: Fortsetzung (Mittelwerte)



Die eher weniger wichtigen Kriterien sind...

- . Kosten
- . Die behandelnde Stelle verfügt über ein anerkanntes Qualitätsmanagementsystem
- . Behandlungseinrichtung führt ein breites, vielfältiges Angebot
- . Ansprechpartner der Stelle ist dem Zuweiser persönlich bekannt
- . Für den Klienten liegt ein Gutachten vor
- . Grösse der Einrichtung und zu guter Letzt: Standortnähe der behandelnden Einrichtung

Tab. 5: Gewichtung der Kriterien: Fortsetzung (Mittelwerte)





Besonderheiten bestimmter Zuweisergruppen

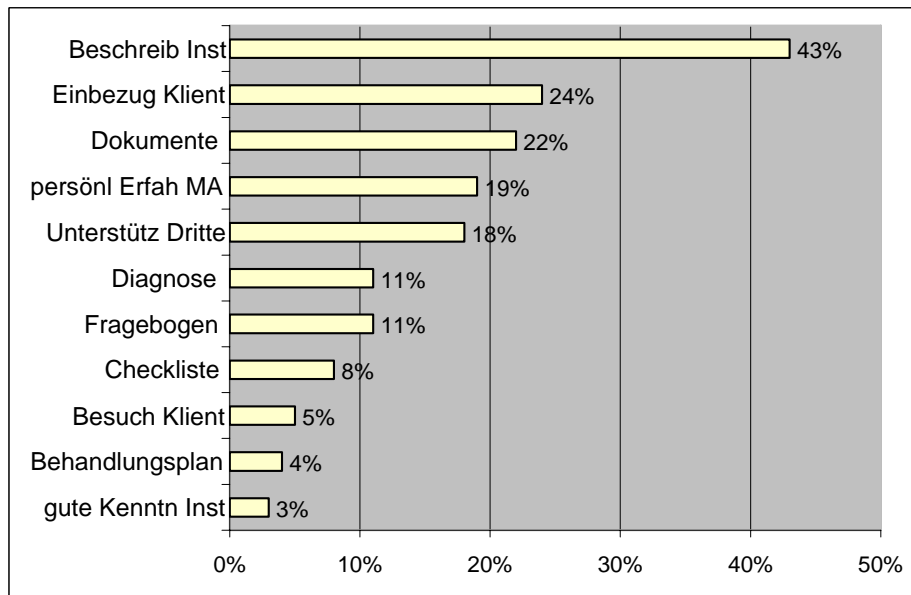
- . Grundsätzlich weisen die Zuweisergruppen ähnliche Profile auf.
- . Keine regionalen Unterschiede, ausser: für Zuweiser in der Romandie ist der Aspekt, dass der Klient ein bestimmtes Programm bevorzugt, signifikant wichtiger.
- . Für die Justizinstitutionen sind folgende Aspekte signifikant weniger wichtig: Ansprechpartner persönlich kennen, bereits positive Erfahrungen mit der Stelle, Klient bevorzugt ein bestimmtes Programm und vielfältiges Angebot der Einrichtung.
- . Für sucht spezifische ambulante Stellen ist der Aspekt, dass der Klient ein bestimmtes Angebot bevorzugt, signifikant wichtiger.
- . Für Psychiatriezentren sind Konzept und Ideologie, Kosten, das Vorliegen eines Gutachtens sowie die Versorgungssicherheit signifikant weniger wichtig.

4 Hilfsmittel und Instrumente

73% der Zuweiser haben ein oder mehrere Hilfsmittel genannt (58). 43% der Zuweiser arbeiten mit Institutionsbeschreibungen (Broschüren, Dokumentationen, KOSTE-Datenbank, interne Erfahrungsdatenbank...), 24% betonen den Einbezug des Klienten in die Zuweisungsentscheidung. 22% der Zuweiser stützen sich auf zusätzliche Dokumente wie Urteile, Strafakten, Gutachten, Berichte der Bewährungshilfe u.ä.. 19% der Zuweiser greifen auf den persönlichen Erfahrungshintergrund der Mitarbeitenden zurück, 18% nehmen Unterstützung durch Dritte in Anspruch wie Bewährungshilfe, involvierte Kolleg/innen, örtlicher sozialpsychiatrischer Dienst, diverse Fachleute wie Heilpädagog/innen, Jugendarbeiter/innen, Ärzt/innen, Arbeitsgeber/innen. Diagnose-instrumente wie beispielsweise ICD-10 werden von 11% der Zuweiser eingesetzt. Ebenfalls 11% benutzen Fragebogen wie ASI, RAP, SCL-90R. 5% sehen einen Besuch des Klienten bei der Behandlungsstelle vor bzw. ein Institutionsvertreter besucht die Klienten während der Abklärungsphase.



Tab. 6: Verwendete Hilfsmittel



Präsentation von zwei Beispielen für Checklisten und standardisierten Abläufen:

- . Drop-In Basel: „Checkliste Indikation stationäre Behandlung“, 15. März 2004
- . ARGOS: admission Argos: Etapes de la procédure, responsabilités, documents; 21. Sept. 2002

32% der Zuweiser begründen, warum sie kein Hilfsmittel einsetzen oder warum sie Hilfsmittel kritisieren (25):

- . Entscheid wird von lokalen ambulanten Suchthilfestellen vorbereitet
- . von Drittinstanzen (Amtsvormundschaft, KJPD) liegen Empfehlungen für einen speziellen Behandlungstyp vor
- . Klient wird an eine weitere Beratungsstelle weiterverwiesen
- . Platzierung erfolgt durch Justizbehörde
- . Keine Hilfsmittel nötig, da Behandlungsstellen bestens bekannt sind und das Angebot überschaubar ist
- . Es gibt keine Hilfsmittel, die eine umfassende Anamnese und klinische Erfahrung ersetzen können
- . Checklisten bringen nicht viel
- . Die Angebotsseite steuert den Zuweisungsprozess
- . Zuweisung geschieht nach persönlichem Ermessen des Suchtberaters



5 Vorschläge zur Verbesserung des Zuweiserprozesses

44% der Zuweiser äusserten sich zu Verbesserungsvorschlägen, wie der Zuweiserprozess effizienter und zufriedenstellender gestaltet werden könnte. (35 Stellen, 48 Voten). Die Vorschläge können folgenden Rubriken zugeordnet werden:

- . Information
- . Abläufe
- . Klientenbedürfnisse
- . Angebotslandschaft
- . Zusammenarbeit
- . Finanzen

Einerseits handelt es sich um PR- und Kommunikationsaspekte, die von Seite der Einrichtungen ohne wesentlichen Aufwand verbessert werden können. Andererseits werden strukturelle und bedarfsplanerische Aspekte genannt, die auf anderer Ebene entschieden werden.

Information

- . bessere Übersicht über anerkannte Institutionen in CH (6)
- . mehr Transparenz bzgl. freier Betten/ Programmplätze (5)
- . präzisere Beschreibung bzgl. Spezialitäten (6)
- . Zugänglichkeit zu und Orientierung an der FISU-Beurteilung
- . webbasiertes Patient-Treatment-Matching-System
- . Anregung zu einer Studie über die bestehende weder zufriedenstellende noch effiziente Situation im stationären Bereich

Abläufe

- . kürzere Wartezeiten bis zu Eintritt in stationäre Therapie (5)
- . gute verlässliche Erreichbarkeit (2)
- . mehr Zeit für Abklärung für die behandelnde Einrichtung
- . Nachsorgemanagement bereits bei Therapieantritt

Klientenbedürfnisse

- . stärkere Zusammenarbeit mit den Klienten bzgl. Auswahl der geeigneten Institution
- . keine direkte Anwerbung von Klienten durch die behandelnden Einrichtungen (v.a. Entzugsstationen)

Angebotslandschaft

- . diversifiziertes Angebot aufrecht erhalten
- . vermehrt Institutionen mit Substitution (mit Methadonabbau)
- . auch Therapieangebote für nicht-stoffgebundene Abhängigkeiten
- . bessere Aufnahme von Patienten mit FFE
- . niederschwelligeres Eintrittsprozedere für schwierige Klienten mit chronifizierten Problemen
- . generell mehr niederschwellige Angebote



Zusammenarbeit

- . bessere Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Angeboten über Ein- und Austrittsprozess hinaus (5)
- . Rückmeldung von den stationären Therapien über den Verlauf
- . Schaffung einer zentralen (kantonalen) Indikationsstelle für Zuweisungen zum stationären Bereich

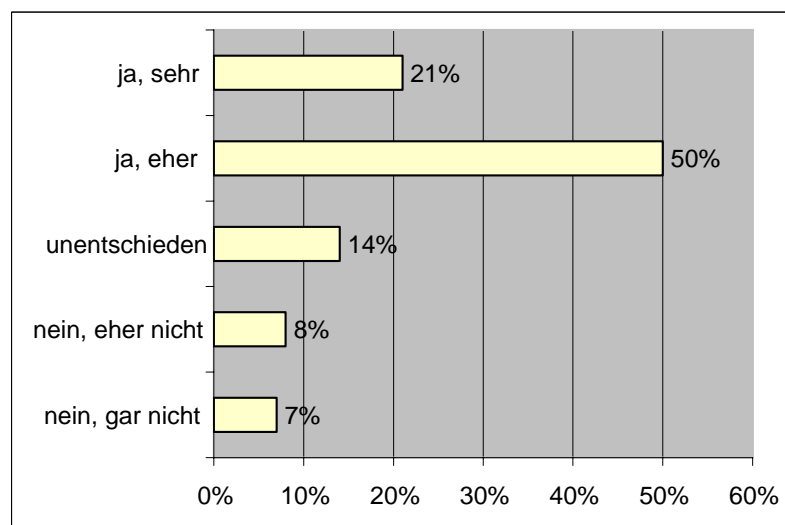
Finanzen

- . Finanzsituation: problematische Rolle der Zuweiser zwischen Kostenträger (Spardruck) und Behandlungseinrichtung (Einnahmedruck);
- . ausserkantonale Platzierung mit Kostenfolge (4)
- . Fürsorgeämter sollten der Finanzierungspflicht besser nachkommen

Im Rahmen der Arbeitsgruppe Therapie der Drogenkommission gab es bis vor kurzem Bestrebungen, einen validierten, standardisierten Kriterienkatalog für Zuweiser zu entwickeln. Die Arbeitsgruppe stützte sich dabei hauptsächlich auf amerikanische Arbeiten. Die American Society of Addiction Medicine (ASAM) beispielsweise hat den umfassenden Katalog ASAM Revises Patient-Placement Criteria (ASAM PPC-2R, April 2001) für die Zuweisung in Suchtbehandlung entwickelt. Der Katalog beinhaltet u.a. eine aktualisierte diagnostische Terminologie, ermöglicht einen Vergleich über verschiedene Behandlungsstufen und bietet einen Anhang für behandelnde Stellen, um ihr Angebot für Klienten mit Dualdiagnose zu verbessern (www.asam.org).

Vor diesem Hintergrund stellten wir den Zuweisern die grundsätzliche Frage, ob sie einen validierten Kriterienkatalog, der von verschiedenen Zuweisern angewendet werden kann, als Hilfsmittel für ihre Arbeit begrüßen würden. 21% der befragten Stellen sind sehr, 50% eher an einem solchen übergreifenden Hilfsmittel interessiert.

Tab. 7: Validierter Kriterienkatalog gewünscht?





Zusammenfassend kann man sagen, dass sich kein einheitliches Bild der Zuweiskriterien zeigt, sondern eher individuelle Anforderungen formuliert werden. Dies ist angesichts des heterogenen Feldes der zuweisenden Stellen einerseits und der behandelnden Stellen andererseits nachvollziehbar. Was jedoch klar zum Ausdruck kommt, ist die zentrale Bedeutung von Information über das Behandlungsangebot und der Bedarf nach einem guten Verteilernetz der Information. Ob die Zuweisung aufgrund eines standardisierten Screening-Verfahrens oder aufgrund reflektierter Intuition geschieht - wichtig ist für die Zuweiser, dass sie das Angebotsfeld in der ganzen Bandbreite und Spezialisierung kennen, um einen dem Ressourcenprofil des Klienten entsprechenden Entscheid treffen zu können. Die Frage nach einem optimierten client-treatment-matching stellt sich nicht nur für die Zuweiser, sondern auch für die aufnehmenden Stellen, die teilweise unter Belegungsdruck stehen. Bei den offenen Fragen erwähnen die Zuweiser den Einbezug der Klienten in die Entscheidungsfindung. Unklar ist dabei, nach welchen Kriterien Klienten ein Programm bevorzugen und ein anderes ablehnen (Mund-zu-Mund-Propaganda von Kollegen, Angebotspalette und Regeln eines Programmes?) und wie dieser Wunsch in Verbindung mit fachlichen Überlegungen berücksichtigt werden kann. Auf jeden Fall würde ein Grossteil der befragten Zuweiser Hilfestellungen in Form eines validierten Kataloges oder einer umfassenden Informationsdatenbank begrüßen.

Ich hoffe, die Ausführungen dienen Ihnen als informative Grundlage für die Workshops am Nachmittag.



Instruments concrets utilisés aujourd'hui pour les placements

Susanne Schaaf
ISF, Zurich

Le processus de choix d'un traitement et l'indication sont d'une importance capitale pour le processus thérapeutique et son déroulement. Les interruptions du traitement ne devant pas forcément être mises sur le compte de la difficile problématique de la dépendance, on est en droit de se demander dans quelle mesure des décisions relatives à l'indication et à l'admission peuvent favoriser la fin non planifiée d'une thérapie. Ou, formulé positivement, dans quelle mesure le taux de patients achevant leur traitement peut être accru par des processus d'indication et d'admission optimaux. Chaque service placeur a ses propres critères ou une procédure à lui pour effectuer le processus d'indication. Mais selon quels critères cette orientation se fait-elle en réalité ? Et quels instruments concrets utilise-t-on vraiment ?

Cette question fut à l'origine de l'enquête sur l'indication confiée par COSTE à l'ISF.

Je voudrais donc, avec cet exposé, vous informer sur les points suivants:

- 1 Situation initiale et méthode
- 2 Echantillon: instances de placement interrogées
- 3 Pondération de critères particuliers d'indication pour certains groupes d'instances de placement
- 4 Outils et instruments
- 5 Propositions d'amélioration du processus d'indication.

1 Situation initiale et méthode

COSTE a chargé l'ISF de réaliser une enquête auprès d'instances et institutions afin de savoir quel(le)s client(e)s toxicodépendant(e)s sont orientés vers une institution ambulatoire ou résidentielle. Il ne s'agissait pas là d'effectuer un relevé pointilleux du processus d'indication, mais d'un premier examen des instruments utilisés. Le questionnaire adressé aux instances de placement comportait une liste de 19 critères possibles, à classer selon leur importance. Cette liste se réfère entre autres à l'enquête de Spiessl et al (2001) sur l'indication – même s'il s'agissait là de critère d'indication de psychiatres et médecins généralistes. On présume fortement que des aspects différents sont jugés importants par les divers groupes de „*placeurs*“, par ailleurs priés de lister les instruments - check-lists, instruments diagnostiques, descriptifs d'institution, bases de données internes, expertises, etc. – auxquels ils recourent dans leur processus de décision. Pour finir, ils devaient mentionner les aspects à améliorer pour pouvoir élaborer un processus d'indication plus efficient et plus satisfaisant.



Dans un premier temps, 47 institutions s’occupant de dépendance furent contactées. Pour les choisir, on prit en considération les aspects suivants: Setting (ambulatoire ou résidentiel), substance (drogues, alcool), type de traitement (orienté vers l’abstinence, traitement à la méthadone ou de prescription d’héroïne) et région linguistique (Suisse alémanique, Suisse romande et Tessin).

Tab.1: Institutions spécialisées contactée

	Suisse alémanique		Romandie Tessin		Ensemble	
	Services ambulatoires	19	54%	6	50%	25	53%
Thérapie résidentielle	16	46%	6	50%	22	47%
	35	100%	12	100%	47	100%

Ces services et institutions thérapeutiques furent contactés et priés de citer 5 instances de placement typiques pour eux. 160 instances de placement furent ainsi mentionnées dont il resta finalement 148 adresses, une fois les doublons éliminés.

Dans un second temps, ces 148 instances de placement furent contactées et interrogées au moyen d’un questionnaire sur les instruments et critères d’indication importants à leurs yeux. Les résultats ci-dessous se basent sur le dépouillement de 79 questionnaires valables.

2 Echantillon: Instances de placement interrogées

Avec 79 questionnaires rentrés, le taux de retour s’élève à 53%. Les instances de placement peuvent être réparties dans les groupes ci-dessous qui montrent clairement combien le champ de ces „placeurs“ est hétérogène et, conséquemment, combien varient leurs arrières pensées et leurs exigences.

Tab. 2: Groupes d’instances de placements

	interrogés	répond u	%
Service ambulatoire spécialisé dépendance	34	22	28%
Service de consultation sociale	20	5	6%
Autorité d’aide sociale et de tutelle	8	6	8%
Institution résidentielle spécialisée dépendance	11	8	10%
Centre psychiatrique	22	11	14%
Hôpital	7	-	0%
Médecins de famille	16	6	8%
Justice	24	15	19%
Consultation ambulatoire et psychiatrie spécialisées dépendance	-	3	4%
Divers	6	3	4%
Total	148	79	100%



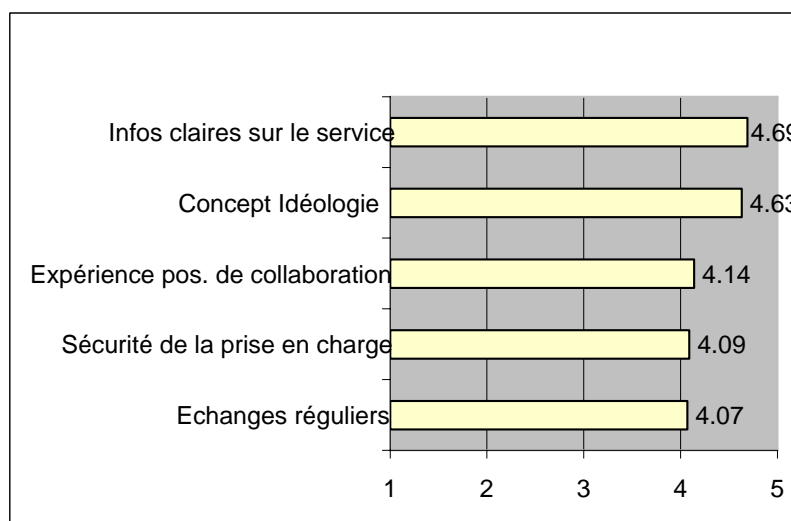
3 Pondération de critères particuliers d'indication pour certains groupes d'instances de placement

Les critères présentés par les services placeurs furent évalués en fonction de l'importance attribuée par eux, 5 signifiant 'très important' et 1 'sans importance'. Les tableaux ci-dessous présentent les différents aspects selon leur valeur moyenne.

Les critères les plus importants sont...

- . des informations claires, transparentes et actuelles sur le service traitant
- . le concept et l'idéologie du service traitant
- . les expériences positives de collaboration déjà faites avec le service traitant
- . la sécurité de la prise en charge (le risque de mise en danger de soi du client ou de mise en danger d'autrui par le client est réduit grâce au programme thérapeutique)
- . les échanges réguliers à propos du client avec le service traitant

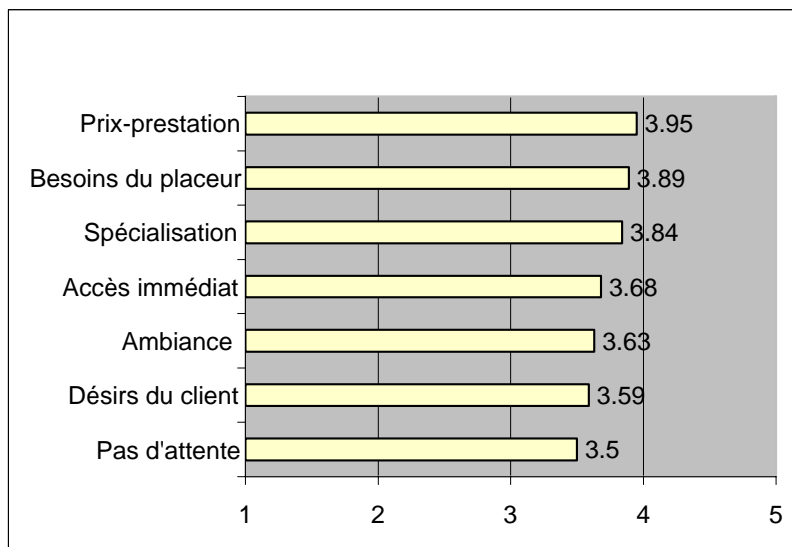
Tab. 3: Pondération des critères (moyennes)



Parmi les autres aspects importants cités figurent le rapport prix-prestation, le fait que le service traitant réponde aux besoins spéciaux de l'instance de placement, que l'institution thérapeutique soit spécialisée dans certains groupes-cible (sexe, âge,...) ou tableaux cliniques (double diagnostic, ...), que l'interlocuteur du service soit immédiatement atteignable; l'ambiance de l'institution; le fait que le client privilégie un programme thérapeutique particulier et que le client puisse être admis sans période d'attente.



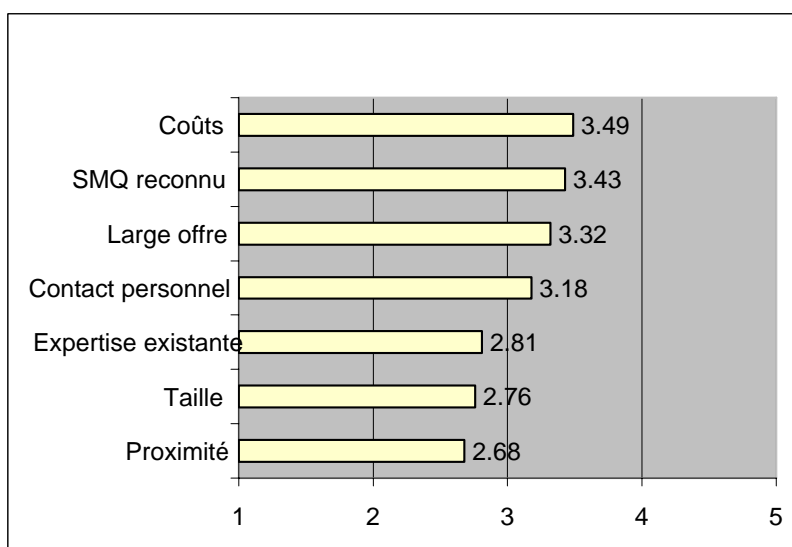
Tab. 4: Pondération des critères: Suite (moyennes)



Les critères plutôt moins importants sont...

- . les coûts
- . le service traitant dispose d'un système de management de la qualité reconnu
- . l'institution thérapeutique propose une offre large et diversifiée
- . le répondant au sein du service est personnellement connu du „placeur“ ,
- . l'existence d'une expertise du client
- . la taille de l'institution et, enfin, la proximité de l'institution traitante.

Tab. 5: Pondération des critères: suite (moyennes)





Particularités de certains groupes d'instances de placement

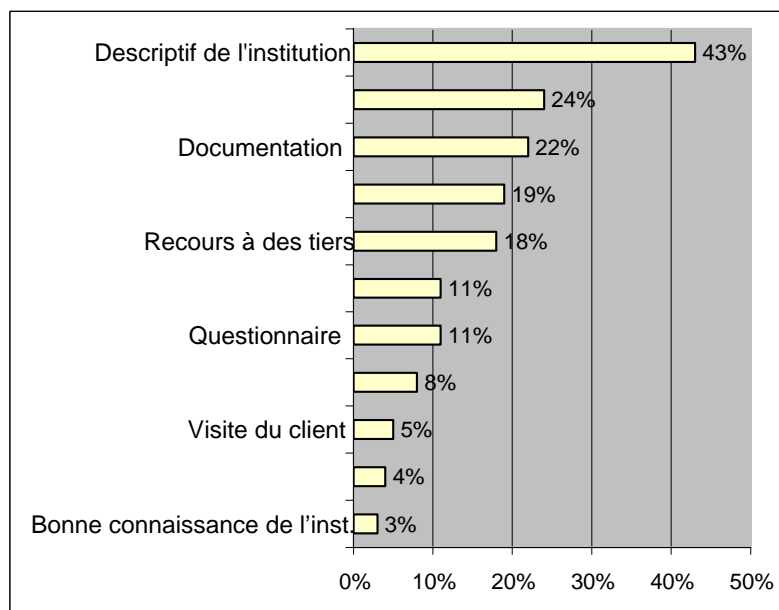
- . Fondamentalement, les divers groupes d'instances de placement présentent des profils semblables.
- . Aucune différence régionale, sauf qu'en *Romandie* les services placeurs accordent nettement plus d'importance au fait que le client préfère un programme particulier.
- . Pour les *institutions judiciaires*, les aspects suivants ont significativement moins d'importance: connaissance personnelle du répondant, expériences positives antérieures avec le service, préférence du client pour un programme particulier, et offre diversifiée de l'institution.
- . Pour les *services ambulatoires spécialisés dans la dépendance*, le fait que le client privilégie une offre déterminée est un aspect significativement plus important.
- . Pour les *centres psychiatriques*, le concept et l'idéologie, les coûts et l'existence d'une expertise ainsi que la sécurité de la prise en charge sont significativement moins importants.

4 Ressources et instruments

73% des services placeurs ont mentionné un ou plusieurs instruments ou ressources (58). 43% d'entre eux utilisent les descriptifs des institutions (brochures, documentation, base de données COSTE, données internes,...). Pour leur part, 24% mettent l'accent sur la participation du client à la décision d'indication. 22% s'appuient, eux, sur des documents supplémentaires tels que jugements, dossiers pénaux, expertises, rapports des agents de probation et autres. Si 19% s'en remettent à l'expérience personnelle de leurs collaborateurs, 18% s'appuient sur des tiers de référence: instance de probation, collègues impliqué(e)s, service sociopsychiatrique local ou professionnels divers tels qu'éducateurs spécialisés, animateurs de jeunesse, médecins ou employeurs. Des instruments diagnostiques tels que l'ICD-10 sont utilisés par 11% des instances de placement, dont 11% aussi recourent à des questionnaires tels qu'ASI, RAP, SCL-90R. Enfin, 5% prévoient une visite du service traitant par le client, à moins que ce ne soit un représentant/de l'institution qui rende visite au client durant la phase d'éclaircissement



Tab. 6: Instruments utilisés



Présentation de deux exemples de check-lists et de procédures standardisées:

- . Drop-In Bâle „Check-list d’indication de traitement résidentiel“, 15 mars 2004
- . ARGOS: admission Argos: Etapes de la procédure, responsabilités, documents; 21. Sept. 2002.

32% des services placeurs justifient comme suit pourquoi ils ne mettent en oeuvre *aucune* ressource particulière ou pourquoi ils critiquent ces ressources et instruments (25):

- . La décision est préparée par les consultations ambulatoires drogue locales
- . Des instances tierces (autorité tutélaire, Dpt de justice et police) ont recommandé un type particulier de traitement
- . Le client va être adressé à une autre consultation
- . Le placement est ordonné par une autorité judiciaire
- . Aucune ressource n’est nécessaire, les services traitants étant parfaitement connus et l’offre contrôlable
- . Aucun instrument ou ressource extérieure ne peut remplacer une anamnèse globale et l’expérience clinique
- . Les check-lists apportent peu
- . C’est l’institution d’accueil qui déclenche le processus d’indication
- . L’indication intervient après une appréciation personnelle du conseiller drogue.



5 Propositions d'amélioration du processus d'indication

44% des instances de placement se sont prononcées sur des propositions d'amélioration quant à la manière dont le processus d'indication pourrait être rendu plus efficient et plus satisfaisant (35 instances, 48 votes). Ces propositions peuvent être réparties dans les rubriques suivantes:

- . Information
- . Procédures
- . Besoins des clients
- . Paysage de l'offre thérapeutique
- . Collaboration
- . Finances.

Il s'agit là d'une part d'aspects de relations publiques et de communication pouvant être améliorés sans grand investissement par les institutions. D'autre part, il a été fait état d'aspects structurels et de planification des besoins relevant, eux, de décisions à un autre niveau.

Information

- . Meilleure vue d'ensemble sur les institutions reconnues en Suisse (6)
- . Plus de transparence quant aux lits et places libres (5)
- . Description plus précise des spécialisations (6)
- . Accessibilité à et orientation sur le système d'évaluation *Patient-Treatment-Matching*- basé sur FiDé
- . Suggestion d'une étude sur la situation actuelle insatisfaisante et inefficente du domaine résidentiel

Procédures

- . De plus courtes périodes d'attente avant l'entrée en thérapie résidentielle (5)
- . Une accessibilité réellement fiable (2)
- . Plus de temps à disposition de l'institution traitante pour clarifier les choses
- . Management de la post-cure dès l'entrée en thérapie.

Besoins des clients

- . Intensification de la collaboration avec les clients à propos du choix de l'institution appropriée
- . Pas de recrutement direct de clients par les institutions traitantes (surtout des unités de sevrage).



Paysage de l'offre thérapeutique

- . Maintien d'une offre diversifiée
- . Plus d'institutions avec programmes de substitution (avec réduction de la méthadone)
- . Création d'offres thérapeutiques pour des personnes non dépendantes de substances
- . Meilleur accueil/prise en charge de patients avec une Plafa
- . Processus d'entrée à seuil plus bas pour clients difficiles avec problèmes chronifiés
- . De manière générale, plus d'offres à bas seuil.

Collaboration

- . Meilleure collaboration - en dehors des processus d'entrée et de sortie - entre offres ambulatoires et résidentielles (5)
- . Renvoi d'information par les institutions résidentielles sur le déroulement des thérapies
- . Création d'un office central (cantonal) d'indication pour l'orientation vers le secteur résidentiel.

Finances

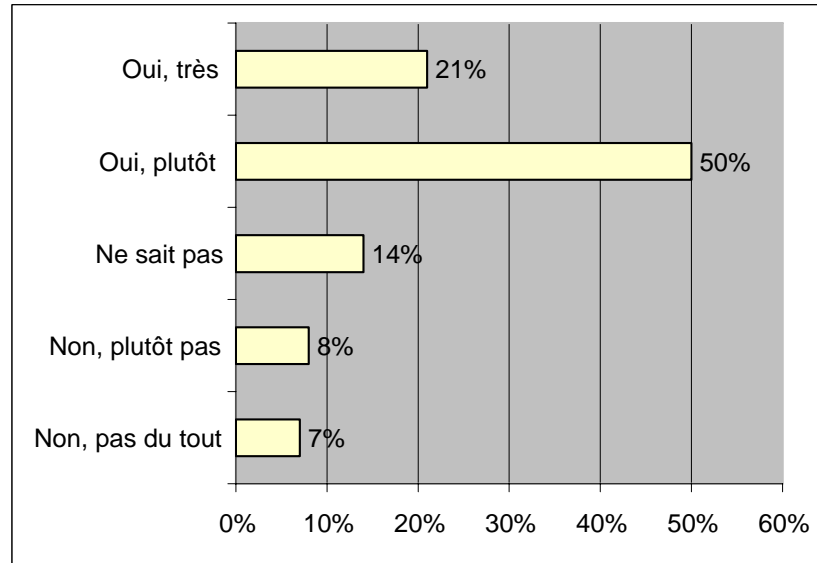
- . Situation financière: rôle problématique des instances de placement, confrontées aux services payeurs (pression à l'économie) et à l'institution thérapeutique (pression à l'admission); conséquences financières des placements extracantonaux (4)
- . Les services sociaux devraient mieux se conformer à leur obligation de financement.

Des efforts furent récemment faits, dans le cadre du groupe de travail *Thérapie* de la Commission drogue, afin de développer un catalogue validé et standardisé de critères pour les instances de placement. Le groupe de travail s'est principalement fondé, pour ce faire, sur des travaux nord-américains. L'American Society of Addiction Medicine, par exemple, a développé un important catalogue ASAM Revises Patient-Placement Criteria (ASAM PPC-2R, avril 2001) pour l'indication dans le traitement des dépendances. Ce catalogue comporte notamment une terminologie diagnostique actualisée, permet une comparaison de divers niveaux thérapeutiques et offre un appendice pour les services traitants, devant leur permettre d'améliorer leur offre à l'intention de clients présentant un double diagnostic (www.asam.org).

C'est dans ce contexte que nous avons demandé aux services placeurs s'ils seraient, sur le principe, favorables à un catalogue validé de critères d'indication susceptible d'être utilisé par diverses instances de placement en tant qu'instrument auxiliaire pour leur travail. 21% des services consultés se sont dit très intéressés et 50% plutôt intéressés par un tel outil.



Tab. 7: Catalogue validé de critères d'indication: souhaité?



En résumé, on peut dire que les services placeurs n'ont pas de demande uniforme mais plutôt des attentes individuelles en matière de critères d'indication. Cela est compréhensible, compte tenu de l'hétérogénéité des instances de placement d'une part, et des services traitants d'autre part. Ce qui apparaît par contre clairement est l'importance centrale de l'information sur l'offre thérapeutique et le besoin d'un bon réseau de diffusion de l'information.

Que l'indication se fasse sur la base d'un processus standardisé de screening ou d'une intuition réflexive, ce qui importe aux services placeurs est de connaître tout l'éventail, la diversité et la spécialisation de l'offre afin de pouvoir prendre une décision correspondant au profil de ressources du client. La question d'un client-treatment-matching optimisé ne se pose pas seulement aux services placeurs mais aussi aux institutions d'accueil, partiellement sous la pression du taux d'occupation. Parmi les questions en suspens, les services placeurs mentionnent l'intégration des clients dans la prise de décision, sans qu'on sache clairement sur la base de quels critères les clients préfèrent tel programme et rejettent tel autre (bouche à oreille entre collègues, éventail de l'offre et règles d'un programme?) ni comment ce souhait peut être pris en considération dans le contexte d'une réflexion professionnelle. En tous les cas, une grande partie des services placeurs interrogés accueillerait favorablement l'aide que pourrait leur apporter un catalogue validé ou une large base de données informatives.

En conclusion, j'espère que ces quelques développements vous seront utiles pour les ateliers de cet après-midi.



Interdisziplinarität zwischen Theorie und Praxis in der HeGeBe

Barbara Mühlheim / Dr. Christoph Bürki
KODA, Bern

Auszug aus dem Behandlungskonzept der KODA zum Thema Interdisziplinarität....

Interdisziplinarität bedeutet dabei nicht nur Zusammenarbeit, sondern *Integration* verschiedener Theorie- und Handlungsmodelle zum Zwecke einer umfassenden, der vielschichtig komplexen Situation angepassten, fachlich qualifizierten Behandlung. Als wichtige Bereiche sind insbesondere zu erwähnen: Behandlungspflege, Psychiatriepflege, allgemeine Krankenpflege, Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Systemische Ansätze, Millieuthérapie, Kognitive Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, Pharmakotherapie sowie Allgemeine Psychiatrie und Medizin.

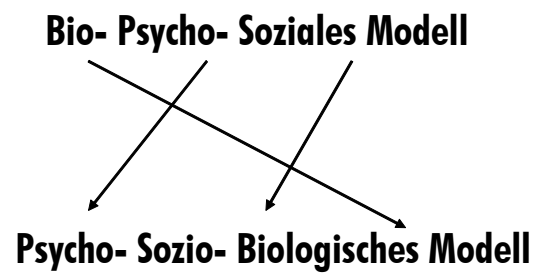
Basis für eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit ist gegenseitiger Respekt sowie Kenntnis und Anerkennung der fachlichen Kompetenzen. Konflikte innerhalb des Bezugspersonensystems werden immer als Teil eines Behandlungsprozesses angeschaut und reflektiert. Sie können ihre Ursache im Agieren und Ausspielen des Patienten haben, und damit Ausdruck sein einer konfliktuösen, innerpsychischen Situation des Patienten (Übertragung). Eine gemeinsame, klar definierte Haltung gegenüber dem Patienten kann dieses Agieren und Ausgespieltwerden auf ein erträgliches Mass reduzieren, und bildet damit den ersten Schritt zu einer erfolgreichen Behandlung.

Grundsatzfragen

- . Was ist Krankheit?
- . Was ist Sucht?
- . Wie Sucht behandeln?
- . Wer behandelt Sucht?

Suchtmodelle

- . moralisches Modell/juristisches Modell
- . Krankheitsmodell
- . psychodynamisches Modell
- . Faktorenmodell
- . Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Modell
- . neurobiochemisches Mode

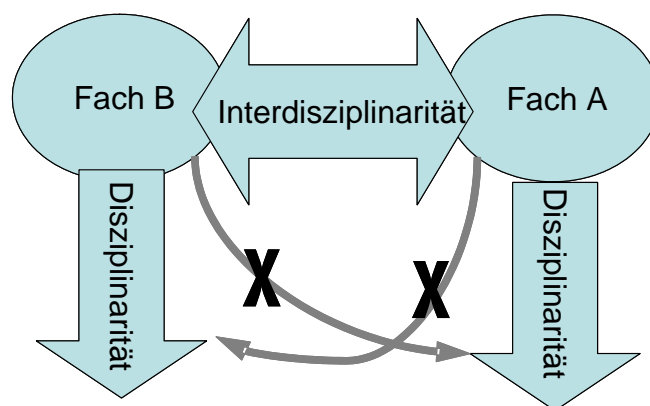


Behandlung nach Psycho-sozio-biologischem Modell der Sucht

- . Viele Problemfelder
- . Es gibt genug Arbeit für Alle!
- . Bedarf nach spezifischen Fertigkeiten und Fähigkeiten gross
- . JedeR soll machen, was er/sie am besten kann!

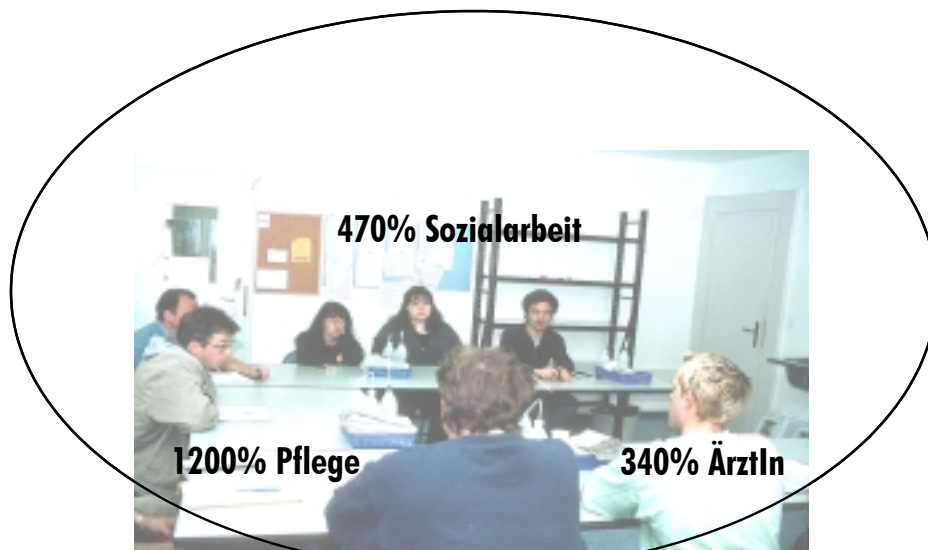
Begriffe

- . Disziplinär
- . Multidisziplinär
- . Interdisziplinär





Multidisziplinäres Team



**Vorgaben BAG: Ärzte und Sozialarbeit je 1.7%/Patient
Pflege: gemäss Grösse Abgaberaum**

Von der Multidisziplinarität zur Interdisziplinarität

- . Konflikte
- . Behandlungskonzept und Leitbild
- . Schnittstellenklärung
- . Interdisziplinäres Bezugspersonensystem
- . Zusammenarbeitskultur
- . Klärung Leitungsebene

Behandlungskonzept / Leitbild

- . Delegierte der Berufsgruppen (1x Leitung, 1x Team)
- . externe Moderation
- . Gemeinsamer Prozess
- . Klärung Grundsätze
- . Klärung Behandlungsziele
- . Klärung Rollen und Aufgaben
- . Interdisziplinarität
- . Verabschiedung durch Alle



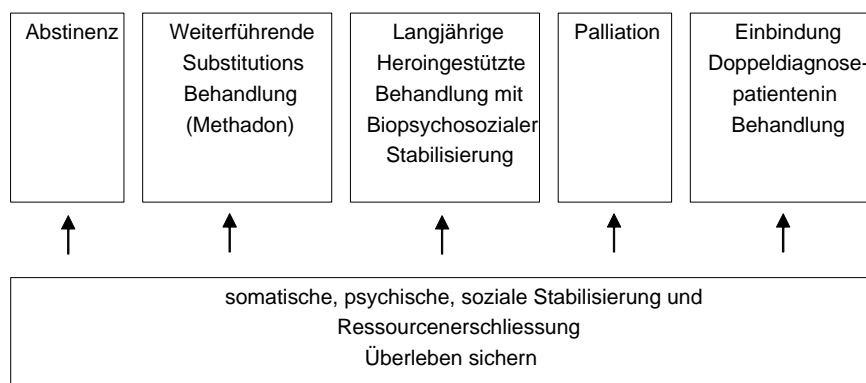
Behandlungskonzept: Grundsätze

- . Behandlung patientenzentriert
- . Kernstück Opiatmedikation
- . therapeutische Beziehung
- . Co-Abhängigkeiten
- . Komorbide Krankheiten
- . sozialpsychiatrische Behandlung
- . initiale Veränderungsmotivation
- . Behandlung zeitlich unbegrenzt
- . Mangelnde Compliance kein Grund zum Ausschluss
- . Zusammenarbeit mit bestehenden sozialen Netzen
- . Arztgeheimnis

Behandlungskonzept: Behandlungsziele

- . Überleben sichern;
- . Stabilisieren im psychischen, gesundheitlichen und sozialen Bereich;
- . Distanzieren von der Szene und der illegalen Heroinbeschaffung;
- . Abbau von weiterem, risikoreichem, illegalem und legalem Suchtmittelkonsum;
- . Reduktion von Drogenkriminalität, -prostitution und sozial auffälligem Verhalten.
- . Schrittweise (Re-) Integration unter Berücksichtigung der individuellen und gesellschaftlichen Möglichkeiten;
- . Wiedererlangung von sozialer Kompetenz, Autonomie und Selbstverantwortung in der Lebensgestaltung;
- . Erreichen von Abstinenz von legalen und illegalen Suchtmitteln.

Behandlungskonzept: Langfristige Ausrichtung der Behandlung



Behandlungskonzept: Abgabe

- . Täglicher Kurzkontakt
- . Beurteilung momentaner Zustand
- . Abgabe Konsumdosis nach Verordnung (Dosisrahmen)
- . Überwachung Konsum, Injektionshilfe
- . Zusatzmedikation
- . Krisenintervention
- . Aufsicht und Kontrolle



Behandlungskonzept: Sozialarbeit

- . Existenzsicherung
 - . Arbeit
 - . Wohnen
 - . Krankenkasse
- . Alltagsbewältigung
 - . Tagesstruktur
- . Vermittlung von Sachhilfe
- . institutionelle Vernetzung
- . Beratung vs. Begleitung
 - . Individuelle Zielformulierung
 - . Selbstverantwortung fördern

Behandlungskonzept: ÄrztInnen

- . Initiales Assessment
- . Somatisch-medizinische Behandlung
- . Prävention
 - . HIV- und Hepatitis-Prävention
 - . Impfangebot.
 - . Screeninguntersuchungen Tuberkulose
 - . Allgemeine Gesundheitsvorsorge

- . Psychiatrische Behandlung
 - . komorbide Störungen.
 - . Psychotherapie
 - . Gruppen
- . Spezifische Abhängigkeitsbehandlung
 - . Opiatmedikation
 - . Beikonsum
 - . Entzug
- . Periodisches Reassessment

Behandlungskonzept: Schnittstellen

- . Funktionendiagramme
 - . Verantwortung
 - . Aufgaben
 - . Rechte
- . Merkblätter/Verfahrensanweisungen
 - . Interdisziplinäre Merkblätter
 - . Disziplinäre Merkblätter
 - . Wer macht was wann wo?



Interdisziplinarität KODA: Grundsätze

- . Integration verschiedener Handlungsmodelle
 - . umfassende, qualifizierte Behandlung
 - . der vielschichtig komplexen Situation angepasst
- . Bezugspersonengruppe
 - . Je 1 Person aus Abgabe, Sozialarbeit und Ärzte.
 - . gemeinsam zuständig für Behandlungsplanung und Behandlung
 - . jedes Mitglied: Verantwortung für sein Fachgebiet.
- . gegenseitiger Respekt
- . Kenntnis und Anerkennung der fachlichen Kompetenzen
- . Konflikte
 - . Teil eines Behandlungsprozesses
 - . Agieren und Ausspielen: Übertragungsphänomen
 - . gemeinsame, klar definierte Haltung („Kompromiss“)

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

- . Fixe Bezugspersonengruppen mit 10-25 Pat.
 - . Bezugspersonenrapport: 5 Min/Pat pro 2 Wochen.
 - . Komplexe Organisation
 - . Gemeinsame Supervision
 - . Sitzungspflichtenheft
 - . Geregeltes Procedere bei Nichteinigung
 - . Regelmässiger Besuch OA
- . Täglicher Akutrapport
- . Wöchentliche Berufsteamsitzung
- . Monatliche Grossteamsitzung
- . Vierteljährliche gemeinsame Weiterbildung

Interinstitutionelle multiprofessionelle Fallkoordination

- . „case management“ in der Betreuung von Drogenabhängigen in der Stadt Bern
- . Sozialdienst BE, METZ, KODA, Contact Angebote
- . Zielgruppe
 - . Speziell koordinationsaufwändige PatientInnen
 - . in mind. 2 Angeboten
 - . ausgeprägte soziale und psychische Defizite
 - . hoher Komplexleistungsbedarf bestehen
- . Fallkoordinator & HelferInnenkonferenz
- . Hilfsplan
- . wiederkehrender Ablauf von Bedarfseinschätzung, Planung und Evaluation



Klärung Leitungsebene

- . Führungsmodell: Co-Leitung
 - . Betriebliche Verantwortung: B. Mühlheim
 - . Behandlungsverantwortung: Ch. Bürki
 - . Schnittstellen, z.B:
 - . Öffentlichkeitsarbeit
 - . Personalfragen
- . Funktionendiagramm:

	Kompetenzen, Rechte	?
Aufgaben/Funktionen	Wer	...
?

Schlussfolgerung

- . Ohne Multidisziplinarität oder im Idealfall Interdisziplinarität ist moderne Suchtbehandlung nicht mehr denkbar.
- . Disziplinarität ist unabdingbare Voraussetzung für Interdisziplinarität.
- . Interdisziplinarität ist Verantwortung der Leitung.
- . Hilfsmittel dazu sind Leitbild, Behandlungskonzept, Organigramm, Stellenbeschrieb, Supervision und Funktionendiagramm.
- . Interdisziplinarität ergibt im Resultat mehr als die Summe der einzelnen Bemühungen.



Inter-disciplinarité dans les traitements avec prescription d'héroïne: entre théorie et pratique

Barbara Mühlheim / Dr. Christoph Bürki
CODA, Berne

Extrait du concept de CODA sur le thème de l'interdisciplinarité...

Interdisciplinarité signifie non seulement travailler ensemble, mais aussi intégrer les différentes théories et modèles d'intervention au profit d'un traitement global, de bonne qualité professionnelle qui soit adapté à des situations complexes de plusieurs points de vues. Les approches importantes à mentionner sont : les soins infirmiers, le travail social, le travail éducatif, les approches systémiques, les approches cognitivo-comportementalistes, les approches psychanalytiques, pharmacologiques ainsi que la psychiatrie et la médecine générale.

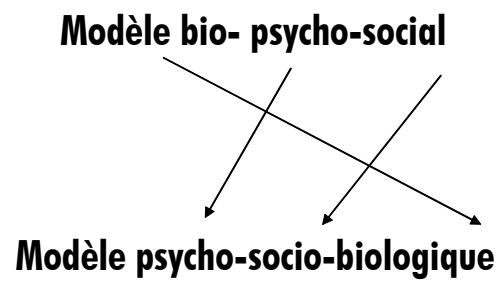
Les bases pour un bon travail interdisciplinaires sont le respect, la connaissance et la reconnaissance mutuelle des compétences professionnelles. Les conflits entre les personnes concernées seront toujours considérés comme faisant partie du processus thérapeutique et pris en considération dans la réflexion. Ils peuvent trouver leur origine dans l'agir et la triangulation des patients et être ainsi l'expression d'une conflictualité intra-psychique à la situation du patient (Transfert). Une attitude commune clairement définie envers les patients peut réduire ces manifestations à un niveau supportable et constitue en ce sens le premier pas vers un succès thérapeutique

Questions fondamentales

- . Qu'est-ce que la maladie ?
- . Qu'est-ce que la dépendance ?
- . Comment traiter la dépendance ?
- . Qui traite la dépendance ?

Modèles de dépendance

- . Modèle moral/Modèle juridique
- . Modèle de la maladie
- . Modèle psychodynamique
- . Modèle multifactoriel
- . Modèle cognitivo-comportementaliste
- . Modèle neurobiochimique

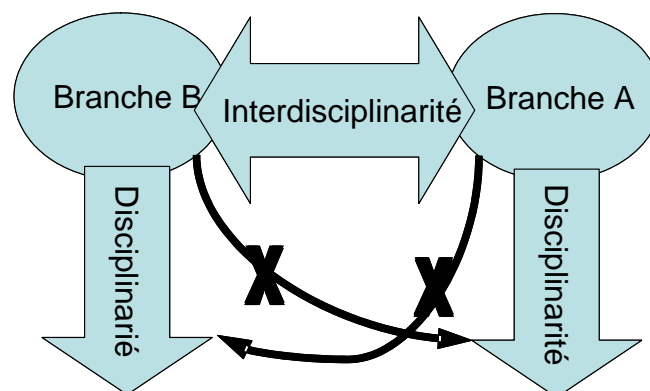


Traitement selon le modèle psycho-socio-biologique de la dépendance

- . Nombreuses problématiques
- . Il y a assez de travail pour tous !
- . Besoin important de compétences et aptitudes spécifiques
- . Chacun(e) doit faire ce qu'il ou elle connaît le mieux!

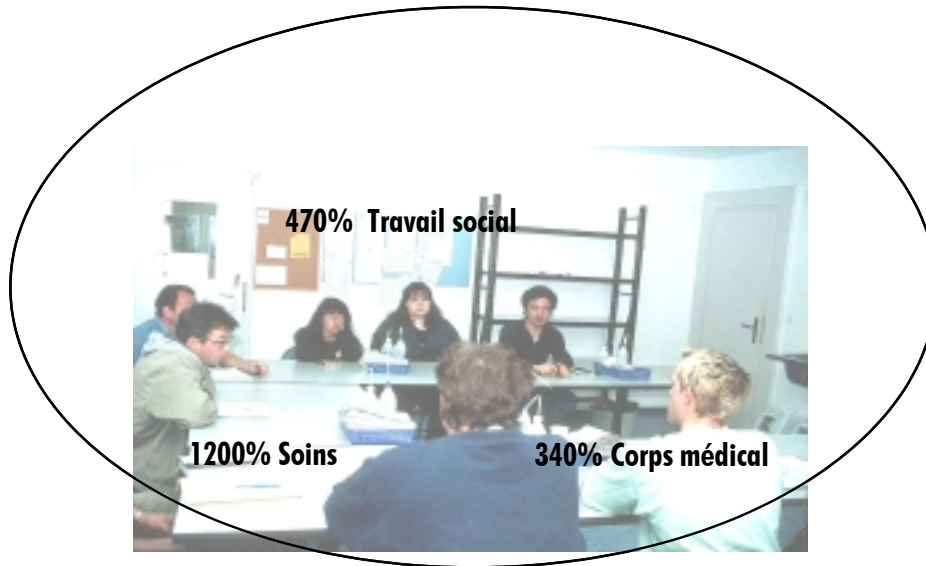
Concepts

- . Disciplinarité
- . Multidisciplinarité
- . Interdisciplinarité





Equipe multidisciplinaire



**Directives OFSP: corps médical et travail social: 1,7% chacun par patient
Soins: en fonction de la taille du local de remise d'héroïne**

De la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité

- . Conflits
- . Concept thérapeutique et modèle
- . Clarification des domaines transversaux
- . Système interdisciplinaire de personnes de référence
- . Culture de collaboration
- . Clarification du niveau de direction

Concept thérapeutique/modèle

- . Délégués des groupes professionnels (1x direction, 1x équipe)
- . Modérateur externe
- . Processus commun
- . Clarification des principes de base
- . Clarification des objectifs thérapeutiques
- . Clarification des rôles et tâches
- . Interdisciplinarité
- . Adoption par toutes et tous



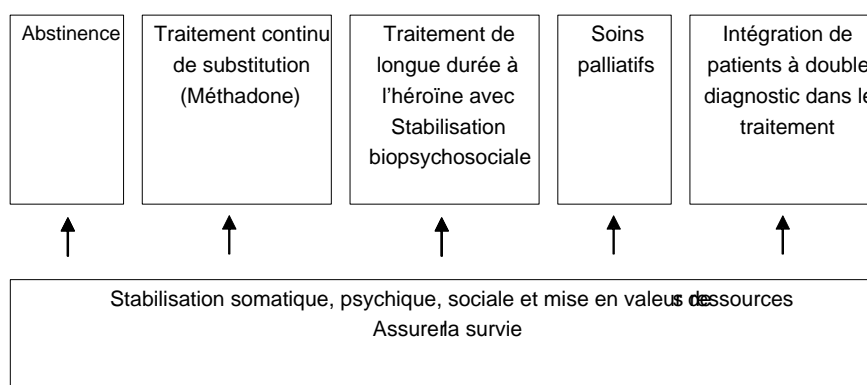
Concept thérapeutique : Principes de base

- . Traitement centré sur le patient
- . Élément central: prescription d'opiacé
- . Relation thérapeutique
- . Co-dépendances
- . Comorbidités
- . Traitement sociopsychiatrique
- . Motivation initiale au changement
- . Traitement non limité dans le temps
- . L'absence de compliance n'est pas un motif d'exclusion
- . Collaboration avec le réseau social existant
- . Secret médical

Concept thérapeutique : Objectifs thérapeutiques

- . Assurer la survie;
- . Stabilisation dans le domaine psychique, sanitaire et social;
- . Distanciation de la scène de la drogue et de l'approvisionnement illégal d'héroïne;
- . Suppression de toute autre consommation à risque, légale et illégale, de produits engendrant la dépendance;
- . Réduction de la criminalité, de la prostitution et d'un comportement antisocial dus aux drogues.
- . (Ré-) intégration progressive tenant compte des possibilités individuelles et sociales;
- . Réacquisition de compétences sociales, d'autonomie et de responsabilité personnelle dans la gestion de la vie;
- . Abstinence de produits légaux et illégaux engendrant la dépendance.

Concept thérapeutique : Orientation à long terme du traitement





Concept thérapeutique : Remise d'héroïne

- . Bref contact quotidien
- . Evaluation de l'état du moment
- . Remise de la dose selon prescription (cadre thérapeutique)
- . Surveillance de la prise, aide à l'injection
- . Médication complémentaire
- . Intervention de crise
- . Surveillance et contrôle

Concept thérapeutique : Travail social

- . Sécurité existentielle
 - . Travail
 - . Logement
 - . Assurance maladie
- . Maîtrise de la vie quotidienne
 - . Structure journalière
- . Mise à disposition d'aides spécialisées
- . Mise en réseau institutionnelle
- . Consultation vs. Accompagnement
 - . Formulation d'objectifs individuels
 - . Promotion de la responsabilité personnelle

Concept thérapeutique : Médecins

- . Assessment initial
- . Traitement médical somatique
- . Prévention
 - . Prévention du SIDA et de l'hépatite
 - . Offre de vaccinations.
 - . Examens de dépistage de la tuberculose
 - . Promotion générale de la santé
- . Traitement psychiatrique
 - . Comorbidités.
 - . Psychothérapie
 - . Groupes
- . Traitement spécifique de la dépendance
 - . prescription d'opiacé
 - . Consommation d'appoint
 - . Sevrage
- . Reassessment périodique



Concept thérapeutique : domaines transversaux

- . Diagramme des fonctions
 - . Responsabilité
 - . Tâches
 - . Droits
- . Aide-mémoire/directives procédurales
 - . Aide-mémoire interdisciplinaires
 - . Aide-mémoire par disciplines
 - . Qui fait quoi, quand, où?

Interdisciplinarité CODA : Principes de base

- . Intégration de divers modèles d'intervention
 - . traitement global et qualifié
 - . adapté à la situation hétérogène et complexe
- . Groupe de personnes de référence
 - . 1 personne de la remise d'héroïne, du travail social et du corps médical.
 - . responsable en commun de la planification du traitement et du traitement même
 - . chaque membre est responsable pour son domaine professionnel
- . Respect mutuel
- . Connaissance et reconnaissance des compétences professionnelles
- . Conflits
 - . partie d'un processus thérapeutique
 - . agir et dresser les uns contre les autres: phénomènes de transfert
 - . attitude commune, clairement définie („compromis“)

Collaboration interdisciplinaire

- . Groupes fixes de personnes de référence pour 10-25 patients
 - . Rapport des personnes de référence: 5 min/patient chaque 2 semaines.
 - . Organisation complexe
 - . Supervision commune
 - . Cahier des charges des séances
 - . Procédure réglementée en cas de désaccord
 - . Visite régulière du médecin-chef
- . Rapport quotidien sur les problèmes du jour
- . Colloque hebdomadaire des professionnel(le)s
- . Colloque mensuel général
- . Formation continue commune trimestrielle



Coordination interinstitutionnelle multiprofessionnelle

- . „case management“ dans la prise en charge de toxicomanes en ville de Berne
- . Service social BE, METZ (Centre de thérapie à la méthadone), CODA (Centre de traitement assisté à l'héroïne), Fondation Contact
- . Groupes cibles
 - . patient(e)s nécessitant une coordination particulière
 - . Recourant à 2 offres thérapeutiques au moins
 - . déficits sociaux et psychiques marqués
 - . persévérance d'un fort besoin de prestations complexes
- . Coordinateur de cas & colloque des intervenant(e)s
- . Plan d'intervention
- . Evaluations régulières des besoins, Planification et Evaluation

Clarification du niveau de direction

- . Modèle de direction: co-direction
 - . Responsabilité administrative: B. Mühlheim
 - . Responsabilité thérapeutique: Ch. Bürki
 - . Intersections, p.ex.:
 - . Information du public
 - . Questions de personnel
- . Diagramme des fonctions:

	Compétences, Droits	?
Tâches Fonctions	Qui	...
?

Conclusion

- . Sans multidisciplinarité ou, idéalement, sans interdisciplinarité, le traitement moderne de la dépendance n'est plus imaginable.
- . La disciplinarité est la condition indispensable de l'interdisciplinarité.
- . L'interdisciplinarité est de la responsabilité de la direction.
- . Les outils pour ce faire sont le modèle, le concept thérapeutique, l'organigramme, la description des postes, la supervision et le diagramme des fonctions.
- . L'interdisciplinarité donne plus de résultats que la somme des efforts particuliers.

Bed&Breakfast oder Therapie? Instrumente in Theorie und Praxis

Adrian Boesch
Drop-In, Basel

Co-Moderation

Peter Burkhard
Die Alternative, Ottenbach

- 1) Kurze Präsentation des DROP IN
Einbettung in das regionale Suchthilfesystem
- 2) Ablauf und Instrumente zur Indikationsstellung
(Idealbeispiel: vom „drop in“ bis zur Kostengutsprache)
- 3) Erfahrungen in der Praxis
(„Feriengefühle und Last-Minute-Probleme“)
- 4) Wo gibt es Lücken und Handlungsbedarf?
(professionelle und strukturelle Probleme)

DROP IN-Basel

- . ambulante Drogenberatungsstelle für den Kanton Basel-Stadt
- . private Trägerschaft (Suchthilfe Region Basel SRB)
- . Beratung von DrogenkonsumentInnen und Angehörigen

Hauptaufträge:

- . Abklärung, Information und Vermittlung
- . Psychosoziale Beratung und stützende Begleitung
- . Sach- und Rechtshilfe
- . Indikationen

9 MitarbeiterInnen:

- . (2 Psychologie, 5 Sozialarbeit, 2 Kaufmännisch)
- . 5 Frauen und 4 Männer / 550 Stellenprozent

KlientInnen 2003:

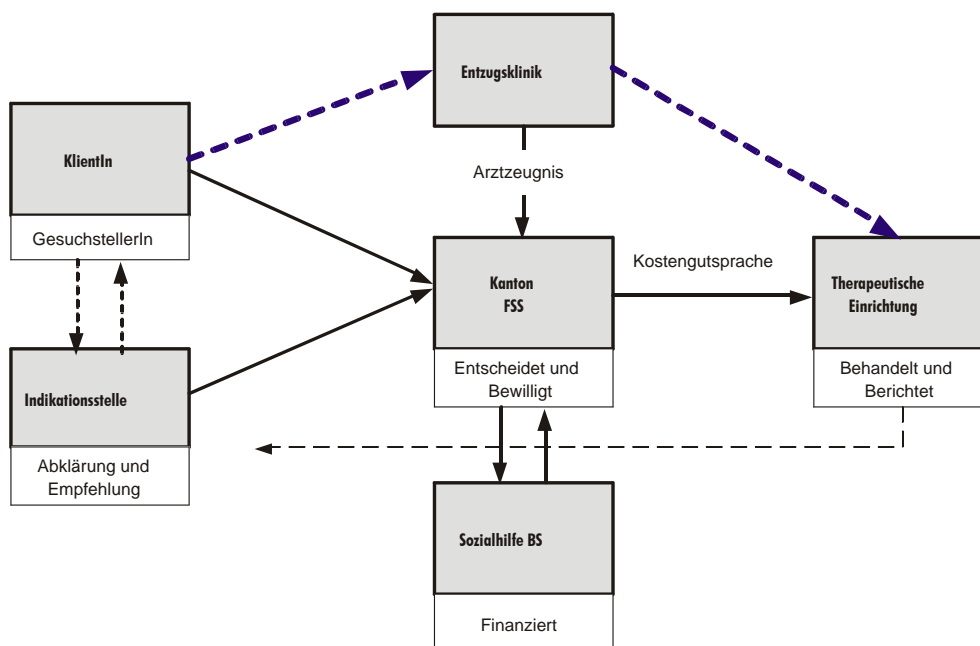
- . 733 Personen (2/3 Abhängige – 1/3 Angehörige)
- . 4513 Konsultationen (30% Telf. / 11% extern)
- . 64 Indikationen / 72 AT / 886 Telf. / 274 Brf



Suchthilfesystem BS (unvollständig)

Kontakt- & Anlaufstellen	Arztpraxen	HeGeBe	Spitäler / Notfallstation	Kriseninterventionsstation
Gassenarbeit	Gassenküche	Notschlafstellen	Tageshaus	
Begleitetes Wohnen	Begleitetes Wohnen			
Amb. Beratung DROP IN	Amb. Beratung A + SB	Amb. Beratung ADS-PUK	Amb. Beratung musub	Amb. Beratung Blaues Kreuz
Entzugsstation PUK	Entzugsstation Cikade			
stationäre und teilstationäre therapeutische Angebote: TG's, Familienplatzierungen, Heime, Erlebnispädagogik, AWG's, Krisenstationen				
Nachsorgestelle STEP OUT	Arbeitstraining	Arbeitsprogramme (IV)		
Kanton / FSS	Sozialhilfe	Krankenkassen	IV	

Die üblichen Patrner in der Indikationsphase



Instrumente auf dem Weg zur Indikation (1)

- . Geregelter interner Indikationsablauf
 - . Verfahrensanweisung [QuaTheDA]
 - . Checkliste Indikation
- . Fragenkatalog für KlientInnen die eine stationäre Therapie wünschen
- . Schriftliche Information für KlientInnen über Bedingungen und Ablauf
- . Zwingende Schweigepflichtentbindung ggb. FSS, SHBS, Arzt
- . SCL-90R
- . Indikationsformular FSS (Fachstelle Suchtfragen, Kanton)
- . EDV: Übersicht bisheriger Behandlungsverlauf und frühere Behandlungen
- . EDV: Dokumentation der individuellen Behandlungsziele
- . EDV: Datenbankgestützte Sammlung der Erfahrungen mit Einrichtungen (inkl. Rating und Internetanbindung [Konzepte]) // Wissensdatenbank

Instrumente auf dem Weg zur Indikation (2)

- . Richtlinie „Klienten-Kriterien“ (Welche Behandlung für welche Klienten)
- . Richtlinie „Kontraindikationen“
- . Laufende Indikationen werden in der wöchentlichen Intervention zwingend besprochen, das Gruppenwissen des interdisziplinären Teams wird zur Überprüfung genutzt
- . Kontakt- und Standortgespräche in den Behandlungseinrichtungen, bzw. andere Besuche

Erfahrungen und Probleme in der Praxis

- . Meistens pressiert („Hauptsache weg von hier“)
- . „Wo ist es am schönsten und am billigsten?“
- . „Ich kann morgen eintreten und brauche nur noch ihre Unterschrift“
- . vereinzelt aggressive Kundenwerbung von Behandlungseinrichtungen („wir machen alles...“)
- . Der Entscheid zur stationären Weiterbehandlung fällt erst im Entzug („Last-Minute“-Probleme)
- . „Geht's nicht kürzer und billiger?“ (kantonale Sparbemühungen)



NAME KlientIn: _____ Datum: _____

✓ Visum

1	Informationen/der KlientIn in das Verfahren bis zur Kostengutsprache	
2	Fragenkatalog für KlientInnen die eine stationäre Therapie wünschen	
3	frühere Behandlungen geklärt	
4	Zuständigkeit/Indikationsstelle geklärt (DI)	
5	Behandlungsziele geklärt	
6	KDI: Dokumentation der individuellen Behandlungsziele	
7	Entzug ist vorbereitet (CIK)	
8	Gesuchsformular FSSsch KlientIn unterschrieben und eingereicht	
9	Sozialhilfeanmeldung erfolgt	
10	Schweigepflichtsentbindung (SHSS, SHBS, ATG) ist vorhanden	
11	SCL-90R von KlientIn ausgefüllt	
12	SCL-90R ausgewertet	
13	Überprüfung gemäss Formular „Kriterien“	
14	Überprüfung gemäss Formular „Kontraindikationen“	
15	Überprüfung wöchentlicher Intervention erfolgt	
16	Kontaktgespräch/der KlientIn mit TG	
17	Ziel mit KlientIn (unvereinbar und festgehalten)	
18	Indikationsformular FSS	
19	Kopie des Indikationsformulars an TG	
20	Arztzeugnis	
21	Standortgespräch TG vereinbart	

Bemerkungen:

Lesehilfe:

FSS	Fachstelle Suchtfragen BS
SHBS	Sozialhilfe - Basel
TG	Therapeutische Gemeinschaft
KDI	EDV-System DROP IN
SCL-90R	Symptomcheckliste Version
U2	PUK-Basel, Abteilung U2
CIK	CIKADE Entzugsstation
DI	DROP IN

dies@checklisteden Klienten mitgeleitet



Bei der Beantwortung der Frage: Behandlung für welche Klienten ?
Sind folgende Kontraindikationen zu überprüfen:

KONTRAINDIKATIONEN bei der Indikation von stationären Therapie

- Einrichtung ist nicht auf den KOSTE Überprüfbarkeit: TEKOS
- Einrichtung hat keine Qualitätsifizierung Überprüfbarkeit: KOSTE
- Ungenügende therapeutische Professionalität Überprüfung: interne Dokumentation
- Geschlecht Überprüfbarkeit: Einrichtung
- nicht als einzige Frau in einer „gemischten Einrichtung“.
- Wiederholung des Gleichen Überprüfung: Intervention
wenn der/die KlientIn schon eine Therapie gemacht hat, jedoch nicht oder
profitieren konnte
- Psychiatrische Diagnosen Überprüfbarkeit: interne Dokumentation / bzw. Ein-
- Einrichtung hat keine geregelte ständige Zusammenarbeit mit einem Psych
- Einrichtung hat keine interne Fachperson mit anerkannter psychother
Ausbildung.
- Einrichtung setzt ohne Absprache Medikation ab, oder umgekehrt.
- Fehlende Zusammenarbeit Anschlusslösung Überprüfung: interne Dokumentation
- Fehlende Motivation zur Behandlung Überprüfung: Intervention
KlientInnen die „einfach nur weg“ wollen ... dort sein ... Gemeinschaft ha
ausdrücken, dass sie eigentlich kleine Therapie wollen.
=> Alternativ allenfalls Zwischenplatzierung zur Stabilisierung und we



Protokoll

Christine Schmidhalter

13: 45-14:15 Uhr; Begrüssung und Referat

Die wichtigsten Inhalte des Referates:

- . Institution Drop-In Basel (als eine rein ambulante Beratungs- und Anlaufstelle)
- . Kurze Vorstellung des Suchthilfesystems von Basel
- . Instrumente auf dem Weg zur Indikation

Das Rating als ein mögliches Instrument ist eine Zahl (Note), die das Drop-In Basel den Institutionen aufgrund von unterschiedlichen Bewertungsanforderungen zuteilt und sie dadurch einstuft. Auf Grund des Ratings kann ersehen werden, wie gut eine Institution ist und wohin man einen Klienten eher platziert und wo eher nicht.

14:15 Uhr; Diskussion

Vorstellungsrunde: Name, Institution (ambulant oder stationär), Funktion

In diesem Workshop waren vorwiegend TeilnehmerInnen aus dem stationären Bereich anwesend.

14:25 Uhr; Erfahrungen und Probleme der Praxis:

Das Rating ist spannend. Wie ist die Rückmeldung an die Institution? Wird der betreffenden Institution mitgeteilt, dass sie von Euch als schlecht eingestuft wird oder ist das geheim?

A. Bösch: Rückmeldungen werden durchgeführt, weil es sehr wichtig ist, dass die Institutionen erfahren, warum sie weniger Klienten zugewiesen bekommen und damit sie ihre Schwachstelle aufheben können.

Was geschieht wenn die Wirkungsziele nicht erreicht werden? Wie werden diese Wirkungsziele im Methadon- und HeGeBe-Bereich definiert und überprüft?

A. Bösch: Wir machen keine Methadon- und keine Heroinabgabe. Darum haben wir dafür keine Ziele formuliert.

Wenn die Justiz eine Massnahme verordnet, wird diese Massnahme zusätzlich oder auch vom Drop- In abgeklärt und überprüft. Wann beginnt der Abklärungsprozess?

A. Bösch: teilweise beginnt die Abklärung bereits in der U-Haft. Die Justiz und die Bewährung sind jedoch sehr autonom.

Sie haben eine grosse Verantwortung (Macht) und bestimmen zugleich die Erfassungskriterien für die stationäre Institution. Führt das nicht zu Unmut, weil sie sagen, was ein gutes Resultat ist und damit beurteilen, welche Institution gut und welche schlecht ist.

A. Bösch: Wir machen nur eine Empfehlung, entscheiden muss dann der Kanton. Wir definieren nicht die Ziele, die erreicht werden müssen, das machen die Institutionen. Wir schauen nur, welche Ziele nicht erreicht werden und geben dementsprechend Punkte ab. Es kann gut sein, dass eine Institution

eine 6 bekommt, wenn es Abbrüche gab.

Dann ist Ihre Beurteilung eine Zufriedenheitsskala der Behandlung und keine Beurteilung des ganzen Systems.

A. Bösch: das ist richtig. Die Klientenzufriedenheit kommt nur indirekt zum Zug. Klienten die abbrechen, beurteilen eine Institution meist sowieso negativ. Für uns ist es jedoch wichtig, ob die Ziele klar definiert wurden und was man erreicht hat. Werden Ziele aufgeführt, die nicht umgesetzt werden, bedeutet dies eine weniger gute Bewertung.

Was sind die Konsequenzen für die Institution, wenn die Ziele nicht erreicht werden?

A. Bösch: Ich werde nicht mehr dorthin platzen oder mindestens sehr zurückhaltend sein.

Wissen das die Institutionen?

A. Bösch: Gravierende Kritik geht zurück an die betreffende Institution.

Es gibt einen intensiven Austausch zwischen dem Drop-In und den Institutionen. Man findet sich. Wir fühlen uns gar nicht schlecht behandelt vom Drop-In. Im Gegenteil: es ist ein Gewinn, weil jemand anders eine andere Einsicht einbringt. Wir fühlen uns wohl. Man kann gegenseitig Kritik üben und wir schätzen diesen positiven Austausch.

A. Bösch: Es geht nicht nur darum, die beste Institution für den Klienten zu finden, sondern auch darum, den Klienten zu schützen. Beispielsweise wenn der Kanton nur noch 3 Therapien bezahlt und der Klient hat schon 2 gemacht oder abgebrochen, dann ist es von sehr grosser Bedeutung, nun die für ihn richtige Therapie zu finden. Das ist unsere Pflicht.

Sie haben nicht nur Verantwortung, sondern auch Macht. Mir fehlt hier eine Ombudsstelle. Die Institution bekommt von ihnen keine Rückmeldung und weiss nicht was für Noten sie hat. Sie bekommt einfach weniger Klienten zugewiesen und hat keine Ahnung warum.

Ja genau!! In der romanischen Schweiz würden wir so was nie akzeptieren. Der Verletzungsgrad ist überschritten. Bei uns macht man eher etwas nicht, als dass man sich etwas von einer Institution aufzwingen lässt, die man mag oder nicht mag. Es würde niemand erlauben in der Art und Weise zu bestimmen, wer gut oder schlecht ist. Man bezieht die Einrichtung von Anfang an ein. Bis nicht alle einer Meinung sind, wird nichts gemacht.

A. Bösch: Die vorgesehene Einrichtung wird auch bei uns von Anfang an einbezogen. Es finden regelmässig Gespräche statt, die uns erlauben nachzuvollziehen, wenn die Einrichtung beispielsweise meint, der Klient sei nun clean.

Das ist eine Mentalitätsfrage zwischen den deutschen und den französischen Kantonen. Wir haben damals in der Westschweiz ähnlich gearbeitet. Der Unmut der französischsprachigen Kollegen war nahe am Siedepunkt. Ich verstehe nicht richtig, warum diese Idee von Herrn Bösch auf so wenig Verständnis stösst.

Wir sind hier an einer Fachtagung, die nicht auf Identitätsfragen eingehen kann. Ich frage mich viel mehr, welches sind die Kriterien und wer hat die Kompetenz zu entscheiden, welcher Klient wohin kommt? Wie kontrolliert man eine Institution?



Wir müssen Fachfragen als Fachfragen behandeln und politische Fragen als politische Fragen. Wir brauchen Transparenz im Platzierungsprozess und müssen uns bewusst werden, dass die Frage, welcher Klient welche Therapie benötigt, eine mächtige Fragestellung ist. So bekommen wir einen Zuwachs an Wissen und Professionalität.

Es sind kulturelle Widerstände zwischen der deutschen und der französischsprachigen Schweiz. Wir haben im allgemeinen andere Sichtweisen. Ich denke nicht, dass man da fachlich entscheiden kann. Man weiss ja noch nicht, was richtig und was falsch ist. Es würde uns mehr bringen, Kompromisse einzugehen. Was mich hier stört, ist eine einseitige Beurteilung des Drop-In. Die stationären Einrichtungen haben keine Möglichkeit, das Drop-In einzustufen.

A. Bösch: Es gab auch das Umgekehrte. Die Einrichtungen haben sich die „guten“ Klienten ausgesucht und die „schlechten“ bzw. die „schwierigen“ den ambulanten Einrichtungen zugeordnet. Die ambulanten Stellen wurden sehr stark von den stationären beurteilt.

Das ist ein Teil des Ungleichgewichtes. Ich habe es hier mit einem Monopolisten zu tun. Ich kann nicht wählen. Es gibt diese Stelle, ich passe da hinein oder ich passe da nicht hinein. Das ist ein Gefälle, welches vorsichtig behandelt werden muss. Man weiss noch sehr, sehr wenig, welche Therapie für welchen Klienten richtig ist. Das hat teilweise auch mit der Transparenz der stationären Einrichtungen zu tun.

Wir sind in einer Praxis, in der Leute schon zugewiesen werden. Man muss sich fragen, nach welchen Kriterien das abläuft. Es fällt auf, dass Beziehungen wichtig und ausschlaggebend sind. Das ist doch nicht fachlich. Ich möchte wissen, nach welchen Kriterien die Platzierung abläuft, dann ist sie auch überprüfbar. Wenn wir wissen, auf Grund welcher Bedingungen die Triage gemacht wird, bildet das Transparenz. Ängste und Misstrauen sind in diesem Feld normal.

Die Indikationsstellen sollten neutral sein, weil hier eine Machtstellung vorhanden ist. Diese Neutralität muss so organisiert sein, dass diese Stelle so wenig wie möglich an Macht kommt.

A. Bösch: Es war nicht der Sinn, dass dieses Modell gleich in der ganzen Schweiz ausgeführt werden soll. Die Macht liegt beim Kanton, nicht bei uns. Wir gelten nur als Beispiel. Kommunikation muss in allen Fällen stattfinden. Der Kanton tut sich hier etwas schwer. Für sie ist alles zu teuer und alles dauert zu lange. Aber die Feedbackschleife können wir nicht erstreiten.

Wie überprüft ihr eure eigene Arbeit?

A. Bösch: Indikation ist ein Teil unseres Angebotes. Die Überprüfbarkeit liegt in der Feedbackschleife. Nehmen wir an, die Therapie verlief gut und der Klient ist stabil, dann war auch unsere Arbeit ok.

Ihre eigene Zufriedenheit ist also die Überprüfung?

A. Bösch: Wenn wir unsere Zufriedenheit von den Zielen der Klienten abhängig machen, ist das gar nicht so schlecht.

Die Wirkungsziele werden von den Institutionen gesetzt und nicht erreicht. Die Ziele werden nicht vom Drop-In gestellt.

Sie haben ein bestimmtes Einzugsgebiet. Wenn man dieses Einzugsgebiet nimmt,

bestehen darin einige Institutionen. Erklären sie den Institutionen die Noten, die sie verteilen. Klären sie die Institutionen auf? Ansonsten können die Institutionen gar nicht handeln.

A. Bösch: Das machen wir, ja sicher.

Nun möchte ich weg gehen vom Beispiel Basel. Was habt ihr für allgemeine Erwartungen? Wo sehen Sie Handlungsbedarf für bessere Indikationen?

Es sollte übergreifend gehandelt werden. Eine Stelle gibt die Übersicht über das Angebot, was es alles gibt. Diese Stelle darf nicht in einen Interessenskonflikt geraten.

A. Bösch: Die Indikationsstellen machen dann die Behandlung selber?

Das geht nicht gut, auch die stationären Einrichtungen zu klassieren. Es ist Sache der Indikationsstelle, in der Palette drin die richtige Therapie zu finden.

Die Transparenz ist sehr wichtig. Wir brauchen Feedbacks auch im stationären Bereich. Diese Haltung "keine Nachricht ist eine gute Nachricht" ist schlecht. Der Anstoss ist wichtig und stützt uns gegenseitig.

Wir können unsere Leistungen nachweisen, hat das einen Einfluss im ambulanten Bereich?

Wie weit können Dialoge geführt werden, wenn die ambulanten Einrichtungen sich an nichts orientieren können? Es geht doch grundsätzlich darum, dass die ambulanten Einrichtungen doch etwas zu entscheiden haben und ihnen die Basis für den Dialog fehlt, weil wir teilweise nicht sagen können, was wir alles tun.

A. Bösch: Es geht nicht nur um den Dialog. Wir haben vom Kanton eine Liste, wo wir platzieren dürfen und wo nicht. Es nützt uns nichts, wenn die Institutionen der KOSTE sagen, was sie alles machen. Es ist schade, dass die FiSu Profilierungen nicht öffentlich zugänglich sind. Es würde uns sehr helfen wenn wir Einsicht in diese Profilierungen haben könnten.

Ein gemeinsames Intake fordert, dass die ganze Kommunikation als Prozess neu koordiniert werden muss.

Warum ist bei Euch die Indikationsstelle nur für Ausstiegsorientierte Institutionen? Ist das Zufall, eine Lücke oder fachlich begründet?

A. Bösch: Das ist teilweise Zufall, teilweise politisch. Der Systemwechsel hat viel Geld gekostet und einiges verändert.

Subjektiv habe ich das Gefühl, dass die Ambulanten kein Klientel mehr finden, das vermittelbar ist. Wir bekommen von den Entzugsstationen und dem Gefängnis mehr Klienten, als von den ambulanten Stellen.

A. Bösch: Das kann ich so nicht bestätigen. Es ist so, dass die Platzierungen in stationären Einrichtungen zurückgegangen sind, dafür gibt es aber unterschiedliche Gründe. Die Methadon- und Heroinabgabe können die Klienten lange halten. Ist die stationäre Therapie gescheitert, dauert es sehr lange, bis der Klient wieder bereit ist, eine stationäre Therapie zu machen. Bei der Methadonabgabe sehe ich eher ein Problem, weil die Klienten mit Methadon verelendet sind und ihre Ressourcen verloren haben.

Hätte man da nicht auch Polypraxen, beispielsweise einen Arzt (den ihr nicht mehr habt), der die Klienten untersucht?



Das ist das Problem. Egal wo und was genau getan wird: jede Wirkung ist mit einem Ziel versehen. Jede Handlung hat eine Wirkung.

Weil man nicht weiss, wie sich die Leute ohne Methadon entwickelt hätten, kann es auch kein Ziel sein, die Methadontherapie in Frage zu stellen.

Durch die Methadontherapie wird der Verelendungsprozess verzögert. Darum lässt es sich diskutieren: ist dies ein gutes Ziel oder nicht?

Bei HeGeBe werden die Ziele regelmässig kontrolliert, um das Niveau zu halten.

A. Bösch: Wir sehen grosse Unterschiede zwischen HeGeBe und Methadonbehandlung. In HeGeBe sind die Leute viel besser betreut.

15: 15 Uhr: Schluss der Diskussion



Utilisation d'un instrument dans l'évaluation des besoins de traitement

Annick Clerc Bérodot
LVT, Sion

Co-animation

Nicolas Dietrich
COSTE, Berne

Pourquoi évaluer la clientèle et le besoin de traitement ?

Les recherches sur l'étiologie de la toxicomanie ont permis de mettre en évidence la complexité de ce phénomène : un ensemble de facteurs biologiques, psychologiques ou environnementaux sont susceptibles de contribuer au développement d'une dépendance aux substances psychoactives. La toxicomanie a un impact sur un ensemble de problèmes sociosanitaires, et ce phénomène ne peut pas être abordé de façon isolée sans prendre en considération un ensemble d'autres dimensions personnelles et sociales. Dans une telle orientation et dans un contexte d'intervention, le besoin d'une évaluation globale et synthétique de la toxicomanie et des problèmes associés milite en faveur d'un instrument d'évaluation.

Les études sur l'efficacité des traitements offerts ont permis de mettre en évidence un ensemble de facteurs qui peuvent y contribuer tels que les caractéristiques individuelles de la personne, la qualité des services offerts, la persévérance en traitement, les processus motivationnels, l'importance des autres problématiques associées. Une des orientations qui tente de s'imposer avec force dans le champ du traitement en toxicomanie est celle de l'appariement. Cette orientation s'appuie sur la nature multidimensionnelle de la toxicomanie et sur la diversité qui caractérise ses manifestations et son évolution selon les individus. Selon la stratégie d'appariement, on devrait offrir une gamme variée de services et sélectionner les plus appropriés en fonction des besoins spécifiques de chaque personne en traitement. L'application d'une telle stratégie repose à la fois sur la connaissance des axes d'appariement les plus efficaces entre des caractéristiques des personnes toxicomanes et des moyens d'intervention, la possibilité d'offrir la gamme de ces moyens d'intervention, et l'évaluation rigoureuse des besoins des individus pour pouvoir leur proposer un appariement adéquat avec les services disponibles. Dans cette perspective, disposer d'un outil d'évaluation complet et objectif paraît indispensable.

Contexte de la prise en charge de la dépendance en Valais et intérêt à disposer d'un instrument d'évaluation

La Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies (LVT) est l'organisme responsable en Valais de prendre en charge les personnes ayant un problème de consommation de substances psychoactives. Elle est au bénéfice d'une convention de collaboration avec l'Etat du Valais. La LVT regroupe sous le même toit l'ensemble des services en toxicomanies du canton du Valais, partagés entre (1) les services ambulatoires organisés selon cinq Centres d'Aide et de Prévention répartis géographiquement sur l'ensemble du territoire valaisan, et (2) le secteur de traitement résidentiel incluant quatre institutions résidentielles, à savoir les Foyers des Rives du Rhône à Salvan et à



Sion, spécialisés dans la prise en charge des problématiques liées aux drogues illégales, la Villa Flora à Sierre et Via Gampel (anciennement REHA-Zentrum) à Gampel, spécialisées dans la prise en charge de la dépendance à l'alcool.

La LVT favorise une approche territoriale et la constitution d'un réseau avec des organismes externes sous forme de conventions de collaboration et de directives. Une intégration générale des pratiques a été adoptée, notamment en regroupant le traitement de toutes les substances psychoactives dans les mêmes services ambulatoires. L'offre ambulatoire se veut variée, puisqu'elle offre des prestations à seuil bas, à seuil moyen et à seuil haut.

En 2003, les LVT a pris en charge 1507 personnes dans les services ambulatoires et 217 dans les institutions résidentielles. Le nombre d'admissions pour 2003 (677 dans le secteur ambulatoire et 151 dans le secteur résidentiel) est en légère augmentation par rapport à 2002.

A la fin des années 90, un rapport d'expertise du groupe RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec) a mis en avant les avantages de l'organisation de la LVT, qui représente une opportunité pour développer un réseau de services complémentaires et continus en Valais. L'expertise suggère cependant des objectifs à moyen terme et à long terme à poursuivre afin de conduire à une meilleure intégration entre tous les services de la LVT. Aux premières places de ces objectifs se trouve le développement d'un système d'évaluation de la clientèle pour adapter l'offre de services aux besoins de la clientèle.

Une évaluation rigoureuse et appropriée de la toxicomanie et des problèmes qui y sont associés est en outre de plus en plus à l'ordre du jour. La réduction possible des ressources face à l'ampleur du problème et la nécessité imposée de rechercher les solutions les plus efficaces au moindre coût pressent à évaluer judicieusement sur quoi doit porter l'intervention et comment elle devrait être faite.

La LVT a donc décidé d'introduire dans l'ensemble de ses services un système d'évaluation de la clientèle, car étaient présents :

- . Le besoin d'une évaluation globale et synthétique de la toxicomanie et des problèmes associés dans un contexte d'intervention ;
- . Le besoin de tracer un profil relativement complet et valide de ses clientèles toxicomanes et d'effectuer des comparaisons entre des sous-groupes de ces clientèles ou avec d'autres populations.

Le système d'évaluation de la clientèle de la LVT est centré sur l'ASI/IGT (Addiction Severity Index/Indice de Gravité d'une Toxicomanie).

Qu'est-ce que l'ASI/IGT ?

L'ASI/IGT (l'ASI a été développé par Mc Lellan et al dès 1980, et l'IGT est la version québécoise de cet instrument, développée et validée par le RISQ) est un instrument semi-structuré d'environ 190 questions incluant 60 points objectifs critiques permettant d'évaluer la gravité des problèmes associés à la surconsommation de drogues et d'alcool, et de quantifier le besoin de traitement. Il fournit un profil de gravité pour sept catégories principales : la consommation d'alcool, la consommation de drogues, l'état de santé physique, l'emploi et les ressources, les relations familiales et sociales, l'état psychologique et la situation judiciaire. Le mode d'administration de



l'instrument est l'entretien face à face. En principe, la durée de l'entretien est de 60 minutes.

Il faut relever que l'ASI/IGT n'est pas un outil de dépistage de première ligne. Son utilisation ne devrait être envisagée que lorsqu'un premier tri avec des outils plus légers a permis de dépister les personnes aux prises avec des problèmes de surconsommation de substances psychoactives. L'ASI/IGT n'est pas non plus un instrument qui permet d'évaluer strictement une dépendance à une substance psychoactive.

L'utilisation de l'ASI/IGT demande que les intervieweurs soient au bénéfice d'une formation spécifique à l'instrument.

Pourquoi l'ASI/IGT ?

L'ASI/IGT a été choisi par la LVT car il répond à l'ensemble des exigences d'une instrumentation de qualité :

- . On y trouve une vision multidimensionnelle de la toxicomanie, car sept sphères de problèmes y sont explorées et couvrent l'ensemble du champ biopsychosocial.
- . L'ensemble des substances psychoactives est couvert par l'instrument, ce qui dans l'approche intégrée des services de la LVT est essentiel.
- . L'outil est conçu de façon à pouvoir s'appliquer autant dans un contexte clinique que de recherche :
- . Sur le plan clinique : il autorise une évaluation de premier niveau de l'ensemble des problèmes qui peuvent être associés à la surconsommation d'alcool et de drogues, et permet l'élaboration d'un plan d'intervention ou d'un processus de référence en tenant compte de la gravité des problèmes telles qu'évaluées par l'intervieweur. L'évaluation par le sujet lui-même de la gravité de ses problèmes et de son besoin de traitement dans chacun des domaines abordés, permet notamment d'associer le répondant au processus de changement qui peut découler de l'évaluation, et d'amorcer un travail sur sa motivation. L'ASI/IGT permet un premier niveau d'évaluation de la conscience que le répondant a de ses problèmes et de ses attentes à l'égard d'un traitement.
- . Sur le plan de la recherche : il permet de mesurer le changement et d'évaluer ainsi les effets du traitement dans sept domaines distincts ; le changement est conçu comme un continuum et non comme dichotomique. C'est aussi un outil de base que peuvent utiliser les évaluateurs de programme de traitements pour étudier les questions complexes de l'intervention en toxicomanie. Par exemple, quels sont les objectifs raisonnables du traitement (éduquer le toxicomane, surmonter son déni, réduire ses comportements à risques pour le sida, pouvoir le réinsérer au travail, ...) ? Quelles sont les méthodes les plus efficaces pour atteindre ces objectifs (la thérapie de groupe, la substitution à la méthadone, l'intervention psychologique individuelle,...) ? Pour une efficacité maximale, combien de temps faut-il intervenir et qui doit le faire (les travailleurs sociaux, les médecins,...) ?



La polyvalence de l'ASI/IGT (clinique et recherche) dans la perspective de faciliter le partenariat des milieux d'intervention dans le développement de programmes de recherche est un avantage indéniable.

La LVT a envisagé l'utilisation de l'ASI/IGT dans une stratégie globale d'évaluation, tant en clinique qu'en recherche, afin de pouvoir en optimiser le bénéfice. En effet, les efforts qui doivent être consacrés à la formation des intervenants et au maintien de leur expertise, le temps relativement long de passation, l'investissement important requis pour une saisie de données valide sont autant d'éléments à prendre en considération dans une perspective d'efficacité.

Utilisation de l'ASI/IGT dans les services de la LVT

Introduction de l'ASI/IGT dans les services de la LVT : moyens, difficultés et résistances

La première étape dans l'introduction de l'instrument a été de former tous les intervenants et équipes thérapeutiques à l'utilisation de l'outil. Cette formation qui se déroule sur deux jours a été dispensée par un intervenant spécialisé du RISQ. Actuellement, tous les nouveaux intervenants en ambulatoire et membres des équipes thérapeutiques résidentielles en charge de l'ASI/IGT bénéficient de cette formation, effectuée depuis par le secteur recherche-évaluation de la LVT. Afin de maintenir le niveau d'expertise des intervenants dans l'administration de l'instrument, une séance d'échanges sur l'ASI/IGT est organisée chaque année par le secteur recherche-évaluation de la LVT. Réunissant les intervenants du secteur ambulatoire et les personnes en charge de l'instrument dans les institutions résidentielles, elle a pour buts (1) de rappeler quelques consignes quant à l'administration elle-même de l'outil, (2) de conserver une homogénéité dans la façon de coter la gravité des problèmes, (3) d'échanger sur d'éventuelles difficultés rencontrées et (4) d'échanger sur les différentes pratiques et utilisations cliniques de l'instrument. L'introduction de l'ASI/IGT et son maintien à un niveau d'utilisation cohérent et fiable nécessitent un effort constant et des ressources non négligeables.

L'introduction de l'ASI/IGT dans les services de la LVT n'a pas été sans rencontrer des résistances. Ces résistances se sont manifestées sur une période de temps plus ou moins longue, de façon active ou passive, selon les cas. Plusieurs intervenants ont questionné sur la nécessité de procéder à l'implantation d'un tel outil. Certains intervenants ont craint que le cadre imposé par l'outil ne constitue un obstacle à l'alliance thérapeutique et contribue à augmenter l'attrition de la clientèle. D'autres intervenants ont perçu l'ASI/IGT uniquement comme un instrument de recherche ou un acte administratif. Selon les attentes face à un outil d'évaluation de premier niveau, pour certains, il allait trop loin (questions sur les abus sexuels par exemple) ou, pour d'autres pas assez (nécessité de disposer d'autres outils d'investigation plus pointus dans certains domaines). Certaines de ces résistances sont encore présentes chez quelques intervenants. Dans le secteur ambulatoire, l'appropriation de l'instrument a été et est donc plus ou moins rapide selon les intervenants. L'introduction dans le secteur résidentiel est tributaire de son intégration dans le déroulement du traitement. Le processus d'introduction d'un instrument d'évaluation de l'envergure de l'ASI/IGT nécessite du temps, exige le sens du dialogue et de la patience.



Après une période d'essai et d'adaptation, la direction de la LVT a rendu obligatoire l'administration de l'ASI/IGT à l'admission de ses services dès l'an 2001. Les situations où l'ASI/IGT ne peut être administré sont documentées. Pour l'année 2003, 53% des nouvelles admissions en ambulatoire (si l'on excepte les personnes venant consulter pour un problème concernant une tierce personne et celles qui viennent pour information) et 66% des clients admis dans une institution résidentielle ont été évalués avec l'ASI/IGT. Les principaux motifs de non-administration de l'ASI/IGT sont pour l'ambulatoire, la gestion d'une situation de crise ou le fait que l'administration de l'ASI/IGT retarde un placement ; pour le résidentiel, le fait que l'ASI/IGT a déjà été administré dans une autre institution de la LVT. Le taux de refus formels reste faible. La fiabilité et la validité de l'instrument ont été étudiées de façon scientifique sur le plan valaisan (rapport interne de la LVT). Depuis le début de l'année 2003, afin de faciliter et d'alléger le travail des équipes et des intervenants, l'ASI/IGT a été fusionné dans l'ensemble des autres recueils statistiques tels que act-info. Des règles d'administration ont été introduites : dans les services ambulatoires, l'évaluation doit être effectuée avant le 3^{ème} entretien, dans les institutions résidentielles, lors de la première semaine, mais au plus tard au 11^{ème} jour du séjour.

L'outil est entièrement intégré dans le système de management de la qualité des Centres d'Aide et de Prévention. Le processus thérapie du SMQ est centré sur l'ASI/IGT, où les sous-processus évaluation, aide au changement, traitement et consolidation font appel directement à l'instrument.

Utilisation clinique faite par les intervenants et équipes thérapeutiques

Les données recueillies permettent à la majorité des intervenants d'établir objectivement le profil de gravité de la personne, de dégager les forces de la personne et d'inférer les liens entre les sept domaines de problèmes potentiels. En fonction de ces informations, l'intervenant identifie les objectifs possibles à atteindre par la personne et les moyens à utiliser pour les atteindre, il les priorise, les négocie et prévoit un échéancier avec la personne. Mais cette utilisation de l'ASI/IGT n'est pas si simple pour certains intervenants, et le besoin de pouvoir disposer d'un document permettant d'établir un plan d'intervention est ressenti par certains d'entre eux.

Il ne faut cependant pas oublier que faire passer l'ASI/IGT est déjà un acte clinique en soi : c'est un bilan pour la personne, une mise à plat de la situation. L'ASI/IGT est en outre une forme de confrontation qui a l'avantage de ne pas être arbitraire, et la maîtrise de l'instrument permet d'aller au-delà de certaines questions (et l'utilisation clinique de l'instrument commence déjà là, avec la relation qui s'installe).

Il faut également remarquer que l'instrument a peut-être été surévalué par certains intervenants qui pensaient avoir à disposition un outil « ultime » qui ferait tout et résoudrait tous leurs problèmes. Leur déception peut provoquer une démotivation à utiliser l'outil. Il est essentiel d'être vigilant aux problèmes et doutes des intervenants. Dans l'introduction d'un tel instrument auprès des intervenants et des équipes thérapeutiques, il est nécessaire de rappeler ses propriétés et ses limites. Les réunions d'échanges annuelles prennent dans cette perspective toute leur importance.

Actuellement il y a appropriation clinique de l'instrument par une majorité des intervenants. Cependant l'utilisation de l'ASI/IGT n'a pas véritablement d'influence sur les modalités de prise en charge ou sur le traitement en institution résidentielle, dans le sens d'une orientation dans des types de traitement spécifiques de la dépendance.



Utilisation dans une perspective d'orientation dans les services

Comme mentionné précédemment, l'utilisation de l'ASI/IGT au sein des services de la LVT n'est pas centrale dans une perspective d'orientation dans les différents services de la LVT. Plusieurs raisons à cela :

- . L'organisation elle-même des services ambulatoires où aucune compétence spécifique à différents types de prise en charge n'existe. Chaque intervenant est polyvalent et assume tous les aspects de la prise en charge du client, quel que soit son profil. Il s'appuie sur les prestations des partenaires du réseau.
- . Le placement dans un Centre d'Aide et de Prévention dans un service résidentiel, bien qu'utilisant l'ASI/IGT, est également basé sur des critères de dépendance ou d'abus à la substance psychoactive, de motivation de la personne, ainsi que des ressources de la personne et de son entourage.
- . Dans les institutions résidentielles de la LVT, soit le choix du traitement se fait souvent lors de la pré-admission, et l'utilisation de l'ASI/IGT n'est alors pas déterminante, soit l'offre de l'institution est réduite à un seul type de traitement.

Le secteur ambulatoire est actuellement désireux de retravailler son processus thérapie et le rôle de l'ASI/IGT dans l'orientation de la prise en charge devrait devenir plus pertinent. Dans le secteur résidentiel, des efforts supplémentaires doivent être encore entrepris afin de mieux intégrer l'ASI/IGT dans le déroulement du traitement.

Utilisation de l'ASI/IGT comme base de langage commun

En 2003, les Centres d'Aide et de Prévention ont participé à 56% des admissions à Villa Flora et 63% des admissions à Via Gampel. De même, 61% des sorties de Villa Flora et 73% des sorties de Via Gampel ont été transférées à un Centre d'Aide et de Prévention. Dans un tel contexte, la circulation de l'information entre les différents partenaires est essentielle. L'utilisation d'un langage commun, basé sur un même outil, permet d'être plus efficace et d'avoir une meilleure continuité dans les services. Les différentes institutions échangent régulièrement les informations basées sur l'ASI/IGT.

Utilisation de l'ASI/IGT dans une perspective de recherche

Les premières analyses statistiques liées à l'ASI/IGT sont prometteuses. Outre de permettre d'établir des profils de gravité de la clientèle selon les régions ou selon les institutions, selon le sexe ou l'année d'admission, elles permettent de mettre en évidence des problématiques spécifiques, telle que l'ampleur des abus sexuels, des conduites suicidaires ou encore des problèmes de consommation des proches. De plus, par exemple, elles permettent de justifier, bien que cela soit a posteriori, l'orientation de certains clients dans un type de programme d'intervention résidentiel. Une présentation orale des résultats aux différentes équipes doit permettre en outre d'offrir au terrain un retour de leur investissement et de les inclure dans un processus d'échanges et de partenariat.

Procès-verbal

Giuseppina Pagano
COSTE, Berne

Résumé de la discussion de l'atelier

La Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies (LVT):

- . sur mandat de l'Etat du Valais, la LVT est l'organe faîtière (monopole) de la prise en charge de la toxicomanie en Valais
- . collabore avec d'autres institutions extra-cantonales, vu que le canton VS place souvent hors-canton; les 4 institutions résidentielles valaisannes étant:
Les Foyers des Rives du Rhône/Foyer François Xavier Bagnoud (drogues illégales) Villa Flora (alcool), Via Gampel (alcool)

Nécessité d'une évaluation de la clientèle:

- . la toxicomanie est un phénomène complexe qui a un impact sur un ensemble de problèmes socio-sanitaires
- . la toxicomanie ne peut donc pas être abordé de façon isolée

Décision d'introduire un instrument d'évaluation => l'ASI/IGT

ASI => Addiction Severity Index (développé par McLellan et al. en 1980)

IGT => Indice de Gravité d'une Toxicomanie (version québécoise de l'ASI, développé par le RISQ: groupe d'experts québécois)

Avantages de l'ASI/IGT:

- . est un instrument *modulable*, offrant une *vision multidimensionnelle* de la toxicomanie et couvrant l'ensemble des substances psychoactives fournit un profil de gravité pour 7 catégories principales:
 - . la consommation d'alcool
 - . la consommation de drogues
 - . l'état de la santé physique
 - . l'emploi et les ressources
 - . les relations familiales et sociales
 - . l'état psychologique
 - . la situation judiciaire
- . est applicable autant sur le plan *clinique* que de la *recherche* représente un *outil de confrontation* pour le/la client-e avec sa situation



Introduction de l'AGI/IGT dans les services

- . formation des intervenant-e-s: très importante (plus on acquiert une maîtrise technique, plus peut le potentiel de l'outil être utilisé)
- . résistances: il s'agit d'un seul instrument central, tandis qu'avant tout le monde était libre d'utiliser l'outil qu'il voulait
- . période d'essai et d'adaptation: il faut du temps et des investissements; en parallèle il y a l'introduction de la qualité; le tout demande une grande adaptation
- . phase de consolidation

Ce qui fonctionne bien / potentiel

- . l'AGI/IGT représente un recueil *objectif* d'informations
- . il permet une confrontation et un bilan personnels des client-e-s
- . il favorise une meilleure reconnaissance des travailleurs sociaux dans leurs relations professionnelles avec le monde médical
- . langage commun: si tout le monde utilise le même instrument, cela contribue à une standardisation ce qui facilite *la communication*

Ce qui fonctionne moins bien / limites

- . l'outil est assez lourd; un formalisme excessif peut bloquer son évolution; certains intervenants se sont sentis 'prisonniers' de l'outil
- . l'introduction de l'outil demande un passage d'une culture orale à une culture écrite ; certains le considèrent comme superflu
- . l'outil met beaucoup le doigt sur les faiblesses et peu sur les ressources des client-e-s
- . il roule en parallèle avec la démarche qualité
- . il demande des *moyens* et des *ressources continues* et *spécifiques* (saisie et analyses), peut bien être utilisé dans le domaine résidentiel, mais pas dans l'ambulatoire

Interdisziplinäre Zusammenarbeit in einer Indikationsstelle

Elke Brusa
Drogentherapeutisches Ambulatorium, Luzern

Co-Moderation

Thomas Egli
BAG, Bern

Das Drogentherapeutische Ambulatorium

Das DTA ist eine seit rund 20 Jahren bestehende ambulante Beratungsstelle für KonsumentInnen von illegalen Drogen und ihre Angehörigen aus der Stadt Luzern und Agglomeration.

Der legale Suchtbereich, Suchtprävention, stationäre Therapie, Überlebenshilfe und die Luzerner Landschaft werden durch andere Institutionen abgedeckt, mit denen wir aber sehr gut vernetzt sind.

Das DTA ist eine von 6 Stellen des Psychiatricentrum Luzern-Stadt. Im interdisziplinären Betreuungs-Team arbeiten 7 MitarbeiterInnen aus den Berufsfeldern Medizin, Psychologie und Sozialarbeit, alle mit Psychotherapieausbildungen (systemisch, integrativ, Gestalt, VT, tiefenpsycholog. etc.). Mit 560 Stellenprozenten (ohne Praktikantinnen) haben wir jährlich ca. 250 laufende Behandlungen (rund die Hälfte in einer MegeBe) und 480 Fälle pro Jahr.

Unsere Behandlungen reichen von Telefon- oder Einmalberatungen und Abklärungen über Kurzzeit-Therapien bis zu langfristigen Begleitungen. Wir bieten MO-FR von 08.00 bis 21.00 Termine sowie 4 Stunden Bereitschaftsdienst an. Unsere Leistungen werden in der Regel durch die Krankenkasse abgerechnet.

Unsere Arbeit soll die Problembewältigungskompetenzen, die Autonomie und Lebensqualität unserer Patientinnen fördern und den Suchtmittelkonsum reduzieren. Wir klären die persönliche, familiäre, soziale und psychiatrische Situation unserer Patientinnen umfassend und unter Einbezug des Umfeldes/Helfersystems ab. Es ist uns wichtig mit den Patientinnen möglichst konkrete und realistische Behandlungsziele zu erarbeiten.



Unser Angebot in Stichworten

Patientinnenebene

- . Abklärung, Indikation und Triage zu verschiedenen Behandlungsangeboten
- . Allgemeine und soziale Beratung
- . Medikamentös gestützte Entzugsbehandlung
- . Substitutionsbehandlung (Methadon, Subutex)
- . Psychiatrische Behandlung/Pharmakotherapie z.B. mit Antidepressiva und Neuroleptika
- . Einweisung zum Entzug
- . Vermittlung einer stationären Therapie
- . Gutachterliche Tätigkeit (Versicherungen, Gericht, Vormundschaft, Strassenverkehrsamt etc.)

Weitere Tätigkeiten

- . Einsitz in zahlreichen Gremien, interinstitutionellen Arbeitsgruppen und Kommissionen
- . Beratung und Weiterbildung/Supervision der Methadonärztinnen des Kantons Luzern
- . Beratung von Kolleginnen anderer Institutionen

Wichtige Arbeitsprinzipien

- . Arbeit im Bezugspersonensystem
- . Beizug von, Delegation von Teilaufträgen an Kollegin anderer Berufsgruppe bei besonderen Fragestellungen (wie Verordnung von Medikamenten, testpsych. Abklärung, Schuldenberatung)
- . Paar- und Familiengespräche meist zu zweit
- . Indikationstellung stationäre Therapie immer zu zweit
- . Vorstellung von Abklärungs- und Indikationsgesprächen im Team
- . Aufteilung Therapie und gutachterliche Tätigkeit
- . Bei Gutachten im letzten Explorationsgespräch: Beisitz Oberarzt

Grundsätze in Abklärung, Triage und Behandlung

Triage (meist telefon. Bereitschaftsdienst):

- . Selbstständiger Lösungsversuch
- . Niedergelassene Psychiaterin/Psychotherapeutin
- . Methadonärztin
- . Drop-In
- . Andere Institution wie SoBZ, Jugendberatung, KJPD, regional zuständige Stelle
- . DTA-Anmeldeleiste



Abklärung (max. 5 Gespräche):

- . Problemsituation
- . Auftrag (implizit, explizit, Auftrag Dritter)
- . Soziale Situation
- . Anamnese
- . Drogenanamnese (Entwicklung des Konsums, Entzugsversuche, Auswirkung auf Leben/Beziehung)
- . Folgeerkrankungen
- . Komorbidität/Diagnostik
- . Ressourcenlage

Indikation/Behandlungsmöglichkeiten:

- a) ambulant
 - . Beratung
 - . sozialpsychiatrische Behandlung/Arbeit im Helfersystem
 - . Psychotherapie (Einzel, Paar, Familie, Mischsetting)
 - . Spezielle Medikation
 - . Entzug (Subutex oder Methadon)
 - . Substitution (MegeBe, HegeBe)
- b) stationär
 - . Entzug
 - . Mittel- oder langfristiger Aufenthalt mit oder ohne Methadon

Arbeitsinstrumente/Qualitätssicherung

- . Wöchentliche psychiatrische und psychotherapeutische interne Fallbesprechung
- . Zweiwöchentliche externe, interinstitutionelle und interdisziplinäre Supervision
- . 4x pro Jahr Fallbesprechung von ambulanten Massnahmen mit Oberarzt Forensik
- . 4x pro Jahr Teamentwicklung und Qualitätszirkel
- . 4x pro Jahr Fachsitzung im Team zu ausgesuchtem Thema
- . 6 x pro Jahr OPD-Live-Interview mit "Schwesterinstitution" Psychiatrisches Ambulatorium
- . monatliche interne Sektor-Weiterbildung des PZL
- . Zusammenarbeitsvereinbarungen mit unseren wichtigsten Partnerinnen
- . Einführungsmanual
- . MegeBe-Manual
- . Gutachtensmanual



Praxisbeispiel: Schwangerschaftssprechstunde

Vorstellung Kurzkonzept

Potential unserer Arbeitsweise

- . Breitgefächertes Wissen und Können sämtlicher Mitarbeiter
- . Durch die Arbeit im Tandem kontinuierlicher Kompetenzzuwachs und grösseres Vertrauen/Sicherheit
- . Interdisziplinarität unterstützt den Abbau von Vorurteilen gegen anderen Berufsgruppen
- . Vernetzung und Interdisziplinarität tragen zu Erweiterung der Sichtweise auf das Problem bei und ermöglichen individualisierte und gut koordinierte Hilfestellungen
- . Grosse Anerkennung unserer Professionalität bei Institutionen und Behörden, insbes. Kostenträgern

Lücken/Handlungsbedarf

- . Geringe Ressourcen für sozialarbeiterische Angebote (Schuldensanierung etc.); führt oft zum Outsourcing
- . Fehlende gesetzliche Grundlage als bezeichnete Indikationsstelle des Kantons Luzern für stat. Therapien. Daher auch kein Auftrag von Aussen zur Indikationsüberprüfung
- . Durch die aktuelle Finanzierungsstrategie (kant. stat. Betriebe laufen über das Heimfinanzierungsgesetz) eingeschränkte Zuweisungsmöglichkeiten und enormer Aufwand bei gleichzeitig kaum Aussicht für die Kostengutsprache von spezialisierten ausserkantonalen Angeboten
- . Kaum aktuelle Erfahrungen mit ausserkantonalen Einrichtungen

Protokoll der Diskussion

Ursula Hofmann

BAG, Bern

Was funktioniert gut / Potential

- . Die Zusammenarbeit mit der vorbehandelnden Stelle
- . Inter-Institutionelle Kooperation zwischen Indikationsstelle und den Institutionen
- . Wo die Indikationsstelle vorhanden ist: Fachlichkeit, speditiver Ablauf
- . Platzierung läuft viel fundierter, wenn eine Indikationsstelle den Klienten/die Klientin weitervermittelt

Was weniger gut funktioniert / Limiten

- . Zuweisung über Entzugsstation = Zufallsprinzip
- . Unterschiedliche Praxis
- . Zu wenig Informationen an die Institutionen – wie lange gibt's die Indikationsstelle schon
- . Praxis geht in eine andere Richtung als die Theorie
- . Viele Institutionen mussten schliessen
- . Gesamtschweizerisches Modell wurde zurückgeworfen durch die Kantonalisierung
- . Klienten machen Indikation selber, es gibt selten eine Abklärung. Es wird immer nur über die Finanzierung und nicht über den Sinn der Behandlung diskutiert
- . Geht zu lange, bis entschieden wird, 3 – 10 x mehr administrativer Aufwand
- . Braucht viel mehr Zusammenarbeit und Wissenstransfer. Sinn muss begründet werden
- . Die Sozialämter zeigen zu wenig Interesse, was es für Möglichkeiten gibt
- . Zu wenig fachliche Personen bei den Zuweisungen
- . Zu viele kleine Kulturen innerhalb der Entzugsstationen

Handlungsbedarf in Bezug auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Bereich der Indikation

- . Entwicklung von Standards und Instrumenten
- . Professionelle Indikation (Interdisziplinarität)
- . Institutionen müssten sich viel unterschiedlicher positionieren
- . Alternative zu Kantonalisierung finden
- . Werkzeug und Kriterien überkantonal
- . Durchmischung muss gewährleistet bleiben
- . Unterschiedlichkeit muss Platz haben
- . Bessere Zusammenarbeit zwischen den Institutionen (Austausch von Klienten)



Interdisciplinarité dans le processus d'indication

Andreas Huber
DASS, Genève

Co-animation

Jean-Claude Pittet
Le Relais, Morges

Contexte global

Le contexte d'intervention actuel des travailleurs sociaux-santés est traversé par deux mutations profondes et étroitement mêlées

- 1) Un mode de pensée qui vient se conjuguer avec le resserrement économique et entraîne : un mode de gestion de l'Etat comme celui d'une entreprise venant accentuer une idée de rationalisation et de contrôle : New Public Management, SMQ et critères de base imposés par l'OFAS, traversent aujourd'hui toute structure publique ou privée. Dans cette mutation, on passe également d'une délégation globale, sorte de « contrat de confiance », à un contrôle de plus en plus fin des missions et des budgets. La pression en cette période de morosité économique est forte et conduit à un certain désengagement des aides étatiques .
- 2) Une mutation des conceptions des pratiques médico-sociales et du type d'aide à apporter, qui nous vient des Etats-Unis, du Canada, et des pays limitrophes. Cette mutation se conjugue autour des éléments suivants :
 - a) Un changement dans les pratiques et les conceptions s'articulant autour d'une évaluation sérieuse des besoins.
 - b) Une spécialisation des services d'aide et de soins, distributeurs de prestations pointues et ciblées (public cible...) ce qui demande de mieux cerner demandes et caractéristiques de la population alors même que les situations dans leur ensemble tendent à se complexifier.
 - c) Une transparence des pratiques par le biais d'une évaluation des actions.

Sur cette toile de fond, l'interdisciplinarité est perçue à la fois comme une nécessité face à une parcellisation des pratiques qu'il s'agit de mieux coordonner, mais aussi comme un outil qui donne l'espoir de faire mieux avec moins, c'est-à-dire une coordination des actions redistribuées de manière rationnelle, complémentaire et bien entendu efficiente.



Contexte genevois

A Genève, où à l'heure actuelle le budget n'est pas encore voté et questionne un redimensionnement des prestations, l'interdisciplinarité est très présente dans les discours, souvent annoncée en terme incantatoire, « il faudrait que...»

Evidemment, cela se révèle moins aisé à mettre en œuvre dans les pratiques.

L'idée d'une instance d'indication est accueillie avec une grande réserve dans un contexte difficile de restriction budgétaire. Cette éventualité est perçue comme une pression pour démanteler des prestations suspectées d'être « les plus coûteuses », à savoir les traitements résidentiels.

Rappelons qu'il y a à Genève trois résidences, dont une destinée aux personnes alcool-dépendantes. Près de la moitié des séjours sont de facto confiés à l'extérieur du canton. Il y a par ailleurs 9 centres, étatiques ou privés, de traitement ambulatoire ainsi que deux unités hospitalières de sevrage et une unité de crise.

Ces deux dernières années, à la faveur d'un mandat du Département d'Action Sociale et de la Santé, nous avons à Genève initié un projet de coordination inter-institutionnelle autour d'une intervention interdisciplinaire concertée et qui engloberait à la fois soins de santé, accompagnement social et réinsertion socio-professionnelle

Dans ce développement interdisciplinaire, quelques constats de difficultés et les pistes tentées pour y remédier

- 1) Le développement des collaborations ressemble parfois à une simple juxtaposition des différentes interventions des professionnels. La démarche d'accompagnement et d'interventions y est morcelée, avec le puissant désavantage de saucissonner la personne en autant de disciplines et le risque de favoriser entre services un phénomène de simple transfert de la « patate chaude ».

Dans la démarche du groupe :

Au préalable, il s'est agit d'englober dans cette réflexion, l'ensemble des partenaires : s'occupant des problématiques d'alcool ou de drogues illégales, intervenant dans le secteur résidentiel ou dans l'ambulatoire, s'inscrivant dans le champ du social ou de la santé, avec les objectifs suivants :

- a) identifier un mode opérationnel entre les émetteurs d'indications et les récepteurs.
- b) se dégager de la menace concurrentielle entre ambulatoire et résidentiel, et mettre à jour les complémentarités et les spécificités pour chaque type de traitement. Ce qui signifie par exemple, que le résidentiel n'est pas là utile juste pour essayer les échecs de l'ambulatoire.
- c) mettre en relief les aspects d'intégration et de réinsertion, pour ne pas se cantonner aux aspects de consommation/non-consommation, c'est-à-dire de réfléchir en terme d'une offre globale transversale.



Il s'agissait également de tenter de se dégager de la menace des restrictions budgétaires et du spectre du démantèlement du réseau, pour amener le groupe vers une réflexion apaisée.

- 2)** Pour des raisons historiques, nous sommes souvent en présence d'une pensée médicale dominante, alors que le social porte une charge de plus en plus lourde : l'intégration des personnes dans une conjoncture très défavorable.

Dans la démarche du groupe :

- . Tenter de répondre à un besoin concret de santé et qui concerne plusieurs compétences professionnelles.
 - . Prendre conscience qu'il n'y a pas une discipline dominante mais des actions qui peuvent l'être en fonction des phases de la personne dépendante dans son processus de désaccoutumance et d'intégration.
 - . Partager nos pratiques, faire reconnaître et formaliser mieux les spécificités et les pratiques de chaque composante et identifier progressivement nos failles et lacunes sur le fil des interventions
 - . Mieux situer l'intégration professionnelle qui n'est pas encore clairement perçue comme une intervention à part entière nécessitant règles et des obligations qui caractérisent ce champ. (Il ne suffit plus aujourd'hui de créer un magnifique CV ou de boucher des trous pour obtenir un emploi. La structure des emplois, les changements de l'organisation du travail (rationalisations, augmentations des compétences exigées par les employeurs) par rapport au conjoncturel (moins de places de travail effectives) n'est pas encore bien compris et intégré par les travailleurs sociaux et les médecins.)
- 3)** La diversité des pratiques et des savoirs ou de logique ainsi que des habitudes de travail différentes. Par exemple, l'évaluation sociale est souvent basée sur le manque de moyens et non sur les compétences pour les utiliser.

Dans la démarche du groupe :

- . Travailler à clarifier la distinction entre la demande/commande et les besoins réels et caractéristiques de la personne. Et les prendre tous deux en compte.
- . Trouver un outil suffisamment fin pour mettre en exergue les besoins multidimensionnels favorisant une pratique interdisciplinaire.
- . Trouver un consensus d'évaluation des besoins de traitement, commune à toutes les institutions.



L'utilisation de l'IGT/ASI pour définir les besoins a rencontré là passablement de résistances. Nous avons donc renoncé pour le moment à aller de l'avant avec cette proposition. Les arguments à son encontre étaient :

- . Remise en question de la validité de l'instrument
- . Trop de lourdeur à l'utilisation et de subjectivité
- . Outil de recherche, donc non pertinent pour établir un plan d'intervention
- . Résistance corporatiste car multidimensionnelle
- . Craintes d'une utilisation doctrinale au détriment d'autres pratiques importantes comme l'accompagnement et le lien avec la personne

L'expérience que nous retirons est, que l'imposition d'un outil n'est pas opérante, sans qu'il ait pris sens dans le processus de traitement.

Il nous a alors fallu trouver une idée centrale qui puisse être fédératrice.

C'est autour d'un concept et d'un modèle de l'autonomie que nous avons réfléchi notre articulation, car tous, nous travaillons autour de cette finalité.

L'autonomie, nous la conjuguons en terme d'objectifs suivants :

- . Autonomie de l'addiction : concerne tous les moyens pour rendre la personne libérée de sa consommation mais aussi pour ne pas entrer dans des valeurs comme le sevrage à tout prix.
- . Autonomie relationnelle : le rapport à soi, à l'autre, au groupe, à la hiérarchie.
- . Autonomie sociale : les aptitudes et capacités de vivre en appartement, en citoyen, d'avoir des loisirs.
- . Autonomie professionnelle : d'avoir une place de travail permettant une évolution et un renforcement identitaire.

Par ce biais, nous avons tenté d'identifier les écarts entre les disciplines et de trouver de meilleures complémentarités. Par exemple :

- . L'aptitude à gérer le stress qui influence directement le confort de l'intégration professionnelle.
- . La diminution de la méthadone sans coordination avec l'intégration professionnelle qui augmente le risque de rechute.
- . La capacité à être seul, qui influence celle de pouvoir vivre en appartement indépendant.

- 4)** Des fonctionnements de service qui ne sont pas forcément en cohérence avec les besoins de la personne. Par exemple pour les grosses institutions publiques, les personnes toxico-dépendantes font figure de minorité marginale, et leurs besoins spécifiques sont peu pris en compte et reconnus.

Il a fallu bien cerner les prestations des institutions et surtout des limites, il y a en effet beaucoup de présupposés par manque de connaissances qui conduisent à des déceptions en fin de prestation. C'est le cas envers des institutions résidentielles ainsi que d'autres services comme ceux de l'insertion professionnelle.



- 5) Les critères d'indication sont souvent confondus avec les critères d'admission ou les caractéristiques des structures résidentielles. C'est la problématique de la demande motivée qui prime avant l'évaluation des besoins ainsi que la difficulté à se décentrer de sa logique institutionnelle.

Nous avons commencé à travailler et réfléchir ensemble sur des situations concrètes, pour mieux saisir et élaborer ensemble ce que peuvent être des indications dans une pratique d'intervention concertée. En effet, une étude théorique sur les critères sans une base concrète s'est révélé inopérante.

Perspectives

Dans un contexte où existent, fonctionnent et collaborent de nombreuses structures publiques et privées, médicales ou sociales, résidentielles ou ambulatoires, l'indication répond d'un processus dans le temps, élaboré dans une démarche conjointe entre les professionnels concernés.

C'est pourquoi une centrale de type, centre d'évaluation ne convient pas car elle apparaît trop figée sur un objectif.

A Genève, nous nous dirigeons vers un processus d'indication décentralisé mais coordonné sur des bases communes, afin de garantir le processus qui inclut un travail sur la motivation, sur l'accompagnement et les liens entre les personnes et les institutions. A moins que les autorités politiques en décident autrement...

Imposer une centrale d'indication sur un mode autoritaire (primauté des économies) ne va rien résoudre en terme d'interdisciplinarité. Celle-ci relève d'un état d'esprit qui se construit progressivement, à la fois dans une intervention conjointe sur le terrain et dans le développement de réflexions et d'échanges constructifs.

Un développement et une amplification de pratiques interdisciplinaires nécessitent à la fois une volonté et un soutien politique, une prise de conscience dans les équipes institutionnelles et un apprentissage dans un état d'esprit propice à cette nouvelle forme de collaboration.

A Genève, une proposition de piste se dessine : la poursuite d'une réflexion commune en matière d'indication avec la participation de référents-garants nommés par chaque institution émettrice. Ces personnes seraient chargées de diffuser l'information dans son établissement et de garantir la mise en place progressive du fruit de la réflexion du groupe. Ce dernier, se réunirait autour d'un animateur si possible neutre, dont la charge serait de coordonner le groupe, de susciter la réflexion pour poursuivre les objectifs, c'est-à-dire : clarifier les indications sur une base multidimensionnelle et éventuellement d'aider à la définition d'un outil commun.



Le débat s'articulera autour des questions suivantes:

- . Le changement de mutation entre un travail pluridisciplinaire et interdisciplinaire et ce que cela signifie concrètement sur le terrain. Par exemple : d'une vision morcelée du patient/client basée sur la consommation/non-consommation à une vision globale visant un traitement coordonné multidimensionnel.
- . Des complémentarités entre les traitements résidentiels et ambulatoires et des changements que cela suppose en terme de prestations dans les résidentiels (par exemple, la durée du traitement)
- . Du monitoring quasi inévitable ainsi que de la coordination de l'accompagnement du début d'un traitement à l'intégration dans la société.
- . De l'articulation entre la demande de traitement (ambulatoire ou résidentiel) à la proposition d'un traitement basé sur les besoins individuels en passant par le lien, le travail motivationnel et d'autres solutions propres à chaque stade de développement et d'interventions.



Procès-verbal

Pascal Roduit

Le Relais, Morges

Cet atelier est animé par Andreas Huber, du département de l'action sociale et de la santé du canton de Genève, et regroupe des représentants des secteurs ambulatoire et résidentiel de Suisse romande. Andreas Huber a reçu à Genève le mandat de piloter un groupe de travail dans le but d'améliorer l'intégration interprofessionnelle dans le secteur de l'action sociale, et à considérer l'opportunité d'introduire un processus d'indication dans ce canton. L'atelier a d'abord reçu un écho des travaux de son groupe de travail en termes d'indication, mais surtout en termes d'interdisciplinarité.

A Genève, le débat interprofessionnel est intéressant. Il y a de nombreux colloques et lieux d'échange. Par exemple, Pierre Mancino apprécie le fait de pouvoir à présent rencontrer des professionnels inconnus en quinze ans de pratique. Mais c'est le contexte où ce débat se déroule qui est difficile. L'idée d'une instance d'indication est accueillie avec une grande réserve dans une situation financière difficile (près de 500 millions de francs de déficits l'an dernier, alors qu'au 2 avril le budget n'était toujours pas voté). Dans un tel contexte, une telle éventualité est perçue comme une pression pour démanteler des prestations suspectées être les plus onéreuses, soit les traitements résidentiels (il y a trois centres à Genève, dont un pour personnes alcoolodépendantes).

Cependant, la réflexion genevoise est une affaire qui intéresse tout le monde. Viviane Prats rapporte aussi des inquiétudes dans le groupe bas seuil de Lausanne-Région. Les pressions budgétaires y créent aussi un climat de surenchère. On est expert et non plus collaborateur. L'effet de ces pressions sur leur capacité de collaboration est désastreux. Jean-Claude Pittet pense ainsi que la crise des finances publiques est l'élément qui est actuellement fondamental.

Au-delà du contexte financier, Andreas Huber met l'accent sur le contexte sociologique : la modernisation de la société au niveau international, où il faut relever les défis liés à l'individualisation des rapports sociaux, au démantèlement des normes traditionnelles, au recul de la famille comme institution de socialisation fondamentale. Les missions se multiplient (logement, travail, ...) alors que les budgets se resserrent et que le contexte légal se réforme. Cette contrainte redéfinit les contrats entre les institutions et les collectivités publiques.

Auparavant, les traitements résidentiel et ambulatoire genevois se faisaient concurrence. L'interdisciplinarité s'y définit à présent comme un sens de complémentarité. Il faut intégrer les problématiques alcool et drogues illégales. Il faut faire collaborer les services sociaux et médicaux. A Genève, où est développée une politique de réduction des risques, on a commencé par identifier les neuf unités ambulatoires, trouver des ressemblances, trouver des points communs dans leurs pratiques. Il a ensuite fallu trouver un langage de coopération, et non une juxtaposition de prestations. Enfin, il s'agit d'opérationnaliser une approche interdisciplinaire basée sur un modèle bio-psycho-social, alors que l'approche reste pour l'instant multidisciplinaire.



Viviane Prats remarque que cette cohérence fait aussi défaut à Lausanne, où la Ville finance uniquement les prestations de base pour la réduction des risques. Avec Jean-Claude Pittet, elle conçoit que la politique suisse de la drogue doit incorporer un cinquième pilier, celui de la réinsertion professionnelle.

Dominique Quiroga constate les contradictions entre le contexte de réduction, la nécessité de défendre une certaine qualité, et le devoir de réfléchir aux gens, tout en montrant que c'est utile. La nécessité de collaboration achoppe face au manque de moyens. Il est ainsi difficile d'établir des ponts à cause de ces contraintes incontournables. Les représentants d'institutions aiment avoir un signe clair sur le soutien des autorités, or aujourd'hui, le politique est souvent désorienté, et demande même des informations à la base.

François Perrinjaquet se demande comment croiser interdisciplinarité et indication. Des professionnels se doivent de mettre des connaissances ensemble. Jean-Claude Pittet pense qu'il est nécessaire de travailler à la conception d'outils permettant cela, ce qui engendre des coûts de transaction, d'où un certain paradoxe, aussi relevé par Dominique Quiroga.

A Genève, il y a une véritable volonté de se réunir et de réfléchir, mais les moyens à obtenir pour atteindre un travail de niveau interdisciplinaire n'est pas conçu comme centrale d'indication. Un excès de dirigisme heurte la tradition d'accueil des travailleurs sociaux. L'usager a en effet peur de réactiver le passé. S'il est dirigé vers une institution par une instance d'indication, il faudra de toute façon l'accompagner là-bas, alors qu'il dira qu'il pourrait très bien faire cela lui-même. Les usagers sont souvent confrontés au paradoxe des besoins: on centre sur la personne, en argumentant qu'il lui faut un projet, alors que c'est pour une population qui n'a pas de projet. C'est ce que Jean-Claude Pittet appelle "la tyrannie du projet".

C'est pourquoi il ne faut pas aborder l'indication comme une instance, une photographie de la situation d'une personne, qui apparaît trop figée sur un objectif, mais comme un processus, qui souligne la complémentarité entre les secteurs résidentiel et ambulatoire, de sorte là que l'un ne soit pas là pour rattraper les errements du second. Le résidentiel est aussi pour réinsérer la personne professionnellement.

Dans le domaine social, les travailleurs sociaux sont aux premières lignes, et s'efforcent de trouver des solutions. Elles fonctionnent un peu comme des pompiers. Or, c'est là que quelque chose doit s'opérer, pour essayer de percevoir les compétences de la personne. Il s'agit de savoir si la personne a les compétences de vivre seul dans un appartement : il y a les tâches ménagères, il faut arriver à se faire à manger, payer le loyer dans les délais, planifier ses loisirs, etc.

Il faut ainsi développer les capacités de la personne tant du point de vue biologique, médical, psychologique et social. A Genève, l'outil "Addiction Severity Index"/"Indice de Gravité de la Toxicomanie" (ASI/IGT), qui englobe toutes ces dimensions, a été essayé par une douzaine de personnes avec le soutien du département. Or, c'est lorsqu'il a fallu le mettre en œuvre qu'il y a eu des résistances corporatistes: critiques sur la validité de l'outil, jugé trop lourd, trop orienté recherche, rationalisation trop



forte, etc. ASI/IGT mettait en danger l'identité de l'institution: mettre en commun nuit à l'image de marque, et conduit à la standardisation de l'institution. A Genève, l'exploitation de cet outil a été abandonnée; alors que faire? Il manquait des éléments de cohésion pour créer de la valeur. L'interdisciplinarité demande que les professionnels adoptent et créent une valeur, un langage communs.

C'est pourquoi Andreas Huber propose que la valeur fondamentale qui doit être transmise par cette approche interdisciplinaire, et qui puisse garantir l'égalité de traitement, c'est le rapport à l'autonomie. L'autonomie peut se conjuguer dans le continuum d'objectifs suivant:

- . Autonomie de l'addiction: elle concerne tous les moyens pour libérer la personne de son désir de consommation mais aussi pour ne pas entrer dans des valeurs comme le sevrage à tout prix
- . Autonomie relationnelle: développer le rapport à soi, à l'autre, au groupe, à la hiérarchie
- . Autonomie sociale: développer des aptitudes et capacités à vivre en appartement, en citoyen
- . Autonomie économique: accéder à un revenu et arriver à le gérer
- . Autonomie professionnelle: avoir et préserver une place de travail permettant une évolution et un renforcement identitaire

Dans chaque type d'autonomie, la personne peut se trouver dans une étape d'insertion ou d'intégration, ou dans une étape intermédiaire entre les deux. L'institution crée cette alchimie qui catalyse tous ces éléments, jusqu'à ce qu'on en sorte. Cependant, Andreas Huber est conscient que les praticiens savent qu'ils n'arriveront pas à amener tous les usagers à l'autonomie, mais le feront quand même. Ils sont pris entre vocation et réalisme. Plusieurs intervenants ont d'ailleurs remarqué que, même si toutes les critères d'autonomie sont remplies, les usagers peinent à trouver un appartement à cause de la crise du logement.

L'atelier conçoit pour conclure avec Andreas Huber que l'indication d'inspiration nord-américaine n'arriverait pas à tout réguler. Il ne faut pas parler d'instance mais de processus d'indication. Ce processus d'indication devrait comporter ainsi trois étapes:

- 1)** décrire avec rigueur la situation et les prestations des institutions actives dans le réseau, incluant des indicateurs tels que proposés dans l'étude ISF présentée le matin par Susanne Schaaf;
- 2)** pour que les différents corps professionnels puissent travailler ensemble, il faut trouver un concept fédérateur, un "plus petit dénominateur commun", qui peut par exemple avoir la forme d'une charte;
- 3)** enfin, il faut prévoir un lieu carrefour, qui peut ressembler à une instance d'indication. Cela doit inclure un partenariat non seulement entre les professions médicales et sociales, mais aussi avec le monde économique (les employeurs, les gérances, les ORP, etc.).

Was können die Kantone von Indikationsstellen erwarten – und was nicht

Franziska Eckmann / Ueli Simmel
KOSTE / COSTE, Bern

Wieso haben wir einen separaten Kantonsworkshop organisiert?

Im Rahmen der Errichtung von Indikationsstellen hat die Koordination verschiedene Dimensionen: einerseits auf der intrakantonalen Ebene auf die verschiedenen Akteure und Strukturen des Sozialhilfessystems bezogen, dann aber auch auf interkantonaler Ebene, wo es darum geht, dass fachlich indizierte Platzierungen die Durchlässigkeit der Kantonsgrenzen bedingen, zumal wir ja alle wissen, dass es nicht sinnvoll und möglich ist, spezialisierte Angebote in jedem Kanton oder jeder Region zu unterhalten. Dies setzt jedoch eine minimale Zusammenarbeit zwischen den Kantonen und je nachdem auch zwischen den Indikationsstellen voraus.

Die Rolle von KOSTE als Schweizerische Koordinationsstelle ist es, die verschiedenen Bemühungen transparent zu machen, die Akteure zusammenzubringen, und Gefässe für Ressourcenoptimierung und Synergien zu schaffen.

Der heutige Workshop, der für Sie als KantonsvertreterInnen reserviert ist, ist eine Plattform, die dies ermöglichen soll.

Es macht keinen Sinn, wenn jeder für sich alles alleine macht. Wir können uns durchaus auch vorstellen, dass ein Austausch von Indikationsinstrumenten etc. möglich werden kann.

Im ersten Block konzentrieren wir uns auf Widerstände und Hindernisse, dann auf die Wirkungserwartung gegenüber Indikationsstrukturen und -prozessen.

Ein weiteres Ziel ist es, eine gemeinsame Grundhaltung zu erarbeiten und auf einer konkreteren Ebene zu skizzieren, was KOSTE im Bereich der Koordination an konkreter Unterstützung für die Umsetzung leisten kann.

Frage an die TeilnehmerInnen

In einer kurzen Vorstellungsrunde umreissen die neun anwesenden KantonsvertreterInnen den Stand der Indikationsverfahren, bzw. Indikationsstrukturen in ihren Kantonen.

In den meisten Kantonen, nämlich 7 von 9 heute vertretenen, ist die Planung von Indikationsstrukturen und -verfahren im Gang oder bereits realisiert, in zwei Kantonen wird das Thema momentan noch nicht behandelt.

Es sind hingegen auch diffuse Ängste und Widerstände vorhanden, auf diese werden wir in der folgenden Fragerunde genauer eingehen.

Eine wichtige Rolle spielt die Kompetenzverteilung zwischen Gemeinden und Kanton in Bezug auf die Fürsorgeleistungen und -entscheide. Fehlende rechtliche Grundlagen erschweren die Errichtung von Indikationsstrukturen.



Die Wahl für zentrale oder dezentrale Modelle ist in erster Linie durch die geographische Situation und Grösse eines Kantons bestimmt.

Wir beginnen mit der Frage der Befürchtungen / Widerstände und Hindernisse von Seiten der Kantone in Bezug auf die Indikationsverfahren und Strukturen. Die Frage richtet sich sowohl an diejenigen, bei welchen noch nichts realisiert ist, als auch an diejenigen Kantone, in denen die Konkretisierung bereits fort geschritten ist.

Befürchtungen / Widerstände / Hindernisse

- . Keine Notwendigkeit
- . Grosser Aufwand
- . Rollen müssen eingehalten werden
- . Was wäre dann wirklich neu, beim Aufbau einer Indikationsstelle?
- . Inhaltliche und fachliche Ängste

Limiten und Hindernisse auf der fachlichen Ebene

- . Einheitliche Instrumente fehlen
- . Furcht vor Bürokratie und administrativem Mehraufwand
- . Ängste der Institutionen

Limiten und Hindernisse auf der strukturellen Ebene

- . Mandatierung (gesetzlich) nicht überall gegeben
- . Geographische Komplexität
- . Fehlender politischer Wille
- . Rollenidentifikation der Indikation
- . Widerstände seitens der Institutionen
- . Geographische Situation spricht gegen zentralen Standort. Eine zentrale Indikationsstelle ist nicht umsetzbar
- . Indikationsstellen müssen in Leistungsvereinbarungen eingebunden werden
- . Politik: keine Finanzierung neuer Aufgaben
- . Suchthilfe ist nach wie vor kommunal verankert, d.h. eine kantonale Stelle hätte keine Kompetenzen

Diskussion

Wichtig ist, dass die Indikationsdiskussion nicht mit FiSu gleichgesetzt wird, Indikation ist ein Thema für sich, auch wenn FiSu als ganzes System nicht kommt; hingegen sind die Instrumente, welche im Rahmen von FiSu entwickelt wurden, durchaus im Indikationsverfahren verwendbar.

Feedbackschlaufen sind wichtig. Kantone sollten ein Interesse daran haben, dass zurückgemeldet wird, wie der Verlauf der Therapie ist und dass die Informationen auch zentral/dezentral gesammelt werden.

**Welches ist die Wirkungs- oder Nutzungserwartung einer Indikationsstelle?
Was kann und soll eine Indikationsstelle?**

- . Eindämmen des Behandlungstourismus, Optimierung der Behandlungsprozesse
- . Verschlankung der Prozesse
- . Stationäre und ambulante Angebote umformen
- . Keine generelle Tendenz
- . Wird zusammen mit dem Rechtsamt geprüft: Wie kann man unter der Wahrung der Datenschutzauflagen ein griffiges Instrument entwickeln
- . Steuerung im stationären Bereich (grosses Angebot)
- . Finanzdruck
- . Klärung im Hinblick auf die IVSE

- . Gemeinden sollten ein Interesse daran haben, eine fachliche Indikation zu erhalten.
- . Mit dem Beitritt zur IVSE / Zeichnung der Liste C ist die Kostenverpflichtung verbunden.

- . Rechtliche Gründe waren ausschlaggebend
- . Fachlich abgeseignete Indikationen
- . Sorgfältigere und bewusstere Abklärung
- . Bewusstsein, dass es verschiedene Wege der Behandlung gibt

Erfahrungen eines Kantons mit bestehender Indikationsstruktur:

- . Therapietourismus wird eingedämmt
- . Es stehen den KlientInnen immer mehrere Angebote zur Auswahl (3-4)
- . Zwingend müssen mindestens zwei Angebote besichtigt werden
- . Wir suchen nicht sofort die Effizienz in der Indikation
- . Ziel = Systematisierung des Indikationsprozesses
- . Zahlen über den KlientInnenfluss zu haben
- . Modéliser la procédure de l'indication
- . Systématiser la procédure

Eine Verschlankung der Prozesse soll angestrebt werden

- . Wir bewegen uns momentan in den Überlegungen zur Indikation zu stark in einer Einbahnstrasse und zwar sind wir zu fest auf stationäre Angebote fokussiert.
- . Es müssten jedoch alle Angebote der Suchthilfe im Blickfeld stehen.
- . Kosten sind entscheidend.

Positive Erfahrungen auf der fachlichen Ebene

- . Sorgfältigere, bewusstere Abklärung; weniger falsche Platzierungen
- . Bewusstseinsöffnung für verschiedene Wege in der Hilfe
- . Weniger Abbrüche
- . Qualität der Indikation hat sich verbessert
- . Instrumente

**Positive Erfahrungen auf der strukturellen Ebene**

- . Klare Zuständigkeit
- . Kein Mehraufwand
- . Überblick über KlientInnenfluss

Voraussetzungen für die Zielerreichung

- . Mandatierung / Steuerungsfunktion der Kantone (Bezug zur Sozialhilfe)
Bezüglich Mandatierung von Indikationsstellen: Wer entscheidet bis wohin?
- . Einbettung in Sozialhilfesystem: Gemeinden bezahlen / Neue Kantonale Modelle: Wer entscheidet, was wäre idealerweise der Teil, der von der Indikationsstelle abgedeckt wird.

Wichtig ist es auch, Rückkoppelungsschlaufen zu haben. D.h. die Indikationsstellen müssen über den Therapieverlauf informiert werden. Bei Abbrüchen etc. ebenfalls, berichtsmässig beliefert und in die Netzgruppengespräche einbezogen werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Rückmeldungen und Entscheide Einfluss finden in die Gesamtsicht, welche die Indikationsstelle in jedem Fall haben muss. Insbesondere auch für zukünftige Entscheide.

Dienstleistungen der KOSTE : Wünsche, Vorschläge

Was erwarten die Kantone von KOSTE? Was könnte KOSTE anbieten, was wäre gewünscht?

- . Daten sollten zentral gespiesen werden
- . Die FiSu-Leistungs- und Institutionsprofile müssten nutzbar gemacht werden
- . SODK soll Steuerungsrolle übernehmen
- . Die Erweiterung der Instrumente und Tätigkeiten für den ambulanten Bereich
- . Tätigkeit von KOSTE müsste sich mehr auf die politische Ebene verschieben. Auf Ebene der Regierungsräte soll vermehrt eingewirkt werden
- . Fachlichkeit / Instrumente / Datenbanken müssen von KOSTE / BAG weiterhin zentral bereitgestellt werden
- . Collaboration avec COSTE doit se faire différemment: keine fertigen Konzepte, sondern Überlegungen und Austausch mit den Kantonen Leistungsbeschreibungen und eine Datenbank mit allen Institutionen ist gefragt. Wichtig ist auch die Synergie der Datenbanken
- . Gemeinsame Datenbanken und andere Informationsgrundlagen
- . Instrumentarien
- . Politischen Willen schaffen
- . Regelmässige Nutzung von Austauschgefässen auf interkantonaler Ebene

Idee der KOSTE: Datenbank der Indikationsstellen

- . Erfassung aller zuständiger / ernannten Stellen (Beschreibung der Inhalte)
- . Evt. Erhebungsinstrumente abrufbar
- . Indikationshilfen wie z.B. das Ressourcenmodell
- . Zuordnungskriterien EDV gestützt (Qualität und Indikation: Kriterien könnten z.B. auch sein, dass Institutionen über ein fachspezifisches QMS verfügen müssen etc).

Mit der Profilierung der stationären Institutionen gibt es auch schon eine existierende einheitliche Beschreibung der Angebote auf der anderen Seite. Müsste natürlich noch ausgeweitet werden auf weitere Bereiche, doch ist schon einiges an Vorarbeit geleistet worden.



Clôture

Nicolas Dietrich
COSTE, Berne

Si on se pose toutes ces questions aujourd'hui c'est bien que personne n'a encore trouvé la solution idéale en matière d'indication dans un domaine où les problématiques des personnes toxico-dépendantes sont très hétérogènes et complexes. Vos contributions d'aujourd'hui sont l'illustration de ce besoin de trouver des manières de faire qui soient pragmatiques et réalistes. Tant les conférences que les ateliers ont fourni beaucoup de matière et je vous remercie toutes et tous pour vos contributions.

Nous avons fait le constat que les travaux sur le processus d'indication ont connu des développements cantonaux et institutionnels très importants depuis notre dernière journée nationale du 31 octobre 2003, à des vitesses et des degrés divers certes. En même temps, des pratiques mettant en difficulté les thérapies résidentielles ont été confirmées durant cette même période, comme l'imposition, « en absolu » et quelle que soit l'indication professionnelle, de durées de thérapies limitées dans le temps par exemple.

Dans ce contexte-là, la contribution du Dr. Zullino mettant le doigt sur un certain nombre de questions, dont on ne pourra faire l'économie, constitue un apport très précieux et qui va, je pense, nous guider durant les mois à venir. En matière d'indication et d'instrument psychosociométriques, il faut en effet se poser la question : « Que veut-on mesurer exactement et de quelle manière ? » Une prise en compte à la juste mesure des différents indicateurs et l'élaboration d'un consensus professionnel qui permette une bonne pratique doit clarifier la question des objectifs thérapeutiques à atteindre par les différentes offres. Cette question concerne autant les professionnels que les financeurs et les instances cantonales de planification des offres. L'avenir nous montrera que ce processus est indispensable et qu'il prendra du temps.

Globalement, j'ai entendu aujourd'hui un « oui » clair quant au besoin d'une meilleure indication, d'une certaine standardisation et au développement d'instruments, mais un « non » clair à un modèle qui serait idéal et non applicable.

Depuis longtemps, je n'avais pas entendu de manière si forte le besoin d'échange entre les professionnels et entre différentes disciplines pour répondre à un réel besoin d'information. Une condition pour pouvoir faire exister ce processus de standardisation et de clarification semble résider dans l'élaboration d'un langage commun entre les disciplines. Certaines choses ont déjà été faites dans ce sens-là durant les dernières années (comme QuaThéDA ou FiDé), mais l'étude de S. Schaaf fait apparaître que ce besoin d'information dans le processus d'indication est non seulement important mais figure en tête de liste. Il est intéressant d'avoir entendu grâce à l'exemple valaisan, que le travail d'élaboration d'un instrument pouvait servir à développer une culture et un langage commun et donc une réelle plus-value en terme de communication entre les différents professionnels. L'exemple du CODA à



Berne nous montre aussi qu'une base légale peut être un élément facilitateur pour créer un concept interdisciplinaire et des bases communes, mais qu'il doit être incarné par des êtres humains qui donnent vie de manière concrète à ce travail.

Enfin, la coordination de ce qui existe semble être un maître mot, et un des buts de cette journée était pour nous la transmission d'information sur ce qui est en train de se faire actuellement de part et d'autre de notre pays.

Changements il y a et changements il y aura encore !

Les professionnels du terrain n'ont pas toujours autant d'emprise qu'ils souhaiteraient sur les évolutions politiques et financières, mais l'élaboration des critères professionnels pour l'indication vers leurs traitements, l'élaboration des procédures de collaboration entre les disciplines professionnelles et des instruments appropriés représentent des enjeux qui parviendront, j'espère, à les mobiliser.

Les cantons quant à eux sont en train de réfléchir à l'intégration du processus d'indication au sein de la gestion et la planification des offres de thérapies et de traitements dans le domaine des dépendances, pour certains d'entre eux de commencer à le mettre en œuvre, sans que les indicateurs de mesure ou les objectifs à long terme n'aient toujours été clairement posés, ni harmonisés. S'il faut parfois accélérer, je crois qu'en la matière il vaut mieux prendre le temps nécessaire pour qu'un canton ne s'engage pas tête baissée dans l'application des critères ou de mesures dont la validité et les conséquences n'aient pas été soigneusement mesurées, notamment de manière inter-cantonale.

Ceci nous incite à envisager certaines perspectives. Sans aucun doute, nous allons continuer à travailler sur ce thème et sur l'instrument que nous vous avons présenté. Pour ce faire, nous allons très certainement vous impliquer dans ce processus et solliciter la collaboration, notamment des associations professionnelles et des cantons. L'opportunité d'une troisième journée est encore à examiner, mais n'est pas exclue. La journée d'aujourd'hui a été axée en priorité sur les services placeurs et, si prochaine fois il y a, l'attention sera portée davantage sur la pratique des prestataires de services du domaine des traitements dépendances eux-mêmes, tant ambulatoires (par exemple les traitements méthadone) que résidentiels.

Ce processus de l'indication est source d'espoir, car s'il est un domaine où la transversalité entre les différents segments et disciplines du domaine des dépendances n'est pas un vain mot c'est bien celui-ci. Il prend ici un sens très concret. Les clients ne se trouvent plus dans une « chaîne thérapeutique », mais davantage dans un réseau ou une mosaïque, où ils ne suivent pas un parcours linéaire tout tracé mais recherchent les prestations dont ils ont besoin à tel et tel moment. Ceci contraint les professionnels à pouvoir assurer tantôt la suite soit le début du traitement du professionnel voisin. Dans ce sens-là l'interdisciplinarité est non seulement un concept, mais aussi une responsabilité que les professionnels doivent endosser. Il est important que le client ne reste pas sur le carreau pour des raisons de manque de lien entre les différents professionnels. Essayons donc de tisser ensemble ce réseau et d'en resserrer les liens car *il n'y a pas plus coûteux que la gestion des laissés pour-comptes.*



Comme de coutume, nous pouvons d'ores et déjà vous promettre la publication du rapport de cette journée avec l'ensemble des textes des conférences et des contributions des ateliers.

Je vous invite également à remplir l'évaluation de la journée et vous en remercie vivement.

Je tiens également à remercier l'OFSP pour son soutien, tous les intervenants, les animateurs/-trice et co-animateurs/-trices des ateliers nos deux interprètes, ainsi que chacun d'entre vous.



Schlusswort

Nicolas Dietrich
KOSTE, Bern

Wenn wir uns heute all diese Fragen stellen, bedeutet dies, dass die ideale Lösung im Bereich der Indikation für suchtabhängige Menschen mit ihren sehr heterogenen und komplexen Problematiken noch nicht gefunden worden ist. Die Beiträge des heutigen Tages sind ein Ausdruck des Bedürfnisses, pragmatische und realistische Wege zu finden. Die Referate ebenso wie die Workshops haben viel Material dazu geliefert, und ich danke Ihnen allen für Ihre Beiträge.

Wir haben festgestellt, dass die Arbeiten zum Indikationsprozess auf kantonaler und institutioneller Ebene seit unserer letzten Tagung vom 31. Oktober 2003 wichtige Fortschritte gemacht haben, wenn auch in unterschiedlichem Tempo und Ausmass. Gleichzeitig haben sich aber auch die Tendenzen bestätigt, welche die stationäre Therapie gefährden, wie z. B. die Auflage zu zeitlich beschränkten Therapien, welches auch immer die fachliche Indikation sein mag.

In diesem Zusammenhang wirft der Beitrag von Dr. Zullino eine Reihe von Fragen auf, die nicht unbeantwortet bleiben dürfen, und er gibt uns wertvolle Hinweise, die in den kommenden Monaten wohl richtungweisend sein werden. Wenn über Indikation und psycho-soziometrische Instrumente diskutiert wird, so muss man sich in der Tat fragen: "Was genau soll eigentlich gemessen werden und auf welche Weise?". Die angemessene Berücksichtigung der verschiedenen Indikatoren und der fachliche Konsens über die richtige Praxis sollten klären, welche therapeutischen Ziele die verschiedenen Angebote erreichen sollten. Diese Frage betrifft die Fachleute ebenso wie die Kostenträger und die kantonalen Planungsstellen. Die Zukunft wird uns zeigen, dass dieser Klärungsprozess unerlässlich ist und dass er Zeit brauchen wird.

Allgemein habe ich heute ein klares "Ja" zur Notwendigkeit einer besseren Indikation, einer gewissen Standardisierung und der Entwicklung von Instrumenten gehört, aber auch ein klares "Nein" zu einem in der Realität nicht umsetzbaren Idealmodell.

Das Bedürfnis für einen Informationsaustausch zwischen Fachleuten aus verschiedenen Bereichen war wohl schon lange nicht mehr so stark und real. Ausschlaggebend für den Erfolg dieses Klärungs- und Standardisierungsprozesses scheint dabei die Entwicklung einer Disziplinen übergreifenden gemeinsamen Sprache zu sein. Während der letzten Jahre wurde in diesem Sinne schon einiges geleistet (wie QuaTheDA oder FiSu), aber die Studie von S. Schaaf hat gezeigt, dass dieses Informationsbedürfnis im Indikationsprozess mehr als nur wichtig ist, es steht an oberster Stelle. Hier ist das Walliser Beispiel interessant, das gezeigt hat, dass die Erarbeitung eines Instruments auch dazu dienen konnte, eine gemeinsame Kultur und Sprache zu entwickeln, womit ein reeller Mehrwert in Sachen Kommunikation zwischen den verschiedenen Fachleuten erzeugt wurde. Das Beispiel von KODA Bern zeigt uns, dass eine legale Basis die Schaffung eines interdisziplinären Konzepts und von gemeinsamen Grundlagen erleichtern kann, dass dies alles aber von den Menschen getragen werden muss, die diese Arbeit konkret in die Tat umsetzen.



Schliesslich scheint die Koordination des bereits Vorhandenen ein Schlüsselwort zu sein, und es war für uns eines der Ziele dieser Tagung, darüber zu informieren, was in den verschiedenen Landesteilen aktuell vorhanden ist und geschieht.

Es gibt Veränderungen, und es wird sie auch weiterhin geben!

Die Fachleute im Feld haben nicht immer so viel Einfluss auf die politischen und finanziellen Entwicklungen, wie sie sich dies wünschen, ich hoffe aber, dass sie sich für so entscheidende Aufgaben wie die Erarbeitung von fachlichen Kriterien für die Indikation, von Abläufen der interdisziplinären Zusammenarbeit und von geeigneten Instrumenten mobilisieren lassen werden.

Die Kantone ihrerseits machen sich zur Zeit Gedanken über die Integration des Indikationsprozesses in die Verwaltung und Planung der Therapie- und Behandlungsangebote im Suchtbereich; einige unter ihnen haben mit der konkreten Umsetzung begonnen, ohne dass aber die Messindikatoren oder die langfristigen Ziele immer klar gesetzt oder harmonisiert worden wären.

Ein rasches Vorgehen mag manchmal nötig sein, ich glaube aber, dass es sich in diesem Falle für die Kantone lohnt, nichts zu überstürzen, sondern sich die nötige Zeit zu nehmen, um Kriterien oder Massnahmen sorgfältig auf ihre Wirksamkeit und Folgen hin zu prüfen, und dies vor allem auch in einer interkantonalen Perspektive.

Das bringt uns zum Blick nach vorn. Wir werden an dem Thema und an dem Instrument, das wir ihnen vorgestellt haben, weiterarbeiten, wobei wir Sie sicher in den Prozess mit einbeziehen werden. Namentlich die Mitarbeit der Fachverbände und der Kantone wird dabei gefragt sein.

Ob eine dritte Tagung zum Thema angebracht ist, wird sich zeigen. Die heutige Tagung war in erster Linie auf die zuweisenden Stellen ausgerichtet; bei einer allfälligen weiteren Tagung läge der Schwerpunkt mehr auf der Praxis der Leistungserbringer in der Suchtbehandlung selber, der ambulanten (z.B. Methadonbehandlungen) als auch der stationären.

Der Indikationsprozess birgt auch Hoffnung, denn wenn es ein Gebiet im Suchtbereich gibt, in dem der Begriff der Querschnittaufgabe über die verschiedenen Segmente und Disziplinen hinweg kein leeres Wort ist, so dieses. Er erhält hier eine ganz konkrete Bedeutung. Die KlientInnen befinden sich nicht mehr in einer "Behandlungskette", sondern vielmehr in einem Netzwerk oder einem Mosaik, wo sie nicht mehr einem linearen, fest vorgezeichneten Weg folgen, sondern wo sie jeweils die Leistungen suchen, die sie zu einem bestimmten Zeitpunkt nötig haben. Das verlangt von den Fachleuten die Fähigkeit, die Fortführung bzw. den Beginn der Behandlung der benachbarten Fachperson sicherstellen zu können. In diesem Sinn ist Interdisziplinarität nicht nur ein Konzept, sondern eine von den Fachleuten zu übernehmende Verantwortung. Ein Klient darf nicht auf der Strecke bleiben, nur weil die Verbindungen zwischen den verschiedenen Fachleuten mangelhaft sind. Versuchen wir also, gemeinsam dieses Netzwerk zu weben und die Verbindungen zu verstärken, denn „es gibt nichts Aufwändigeres als die Verwaltung des Stehen gebliebenen.“



Wir können Ihnen jetzt schon die Publikation des Tagungsberichts mit den Texten der Vorträge und den Beiträgen aus den Workshops in Aussicht stellen. Ich lade Sie auch ein, den Fragebogen zur Evaluation der Tagung auszufüllen, und danke Ihnen bestens dafür. Ich möchte hier auch allen Beteiligten danken, den ReferentInnen, den ModeratorInnen und Ko-ModeratorInnen der Workshops, den zwei Dolmetscherinnen wie auch Euch allen.

**Herausgeberin/ Editeur**

KOSTE

Schweizerische Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich

COSTE

Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogue

Redaktion / Rédaction

Nicolas Dietrich

Franziska Eckmann

Marianne König

Ueli Simmel

Protokoll Workshops / Procès-verbal Ateliers

Ursula Hofmann

Christine Schmidhalter

Giuseppina Pagano

Pascal Roduit

Übersetzung / Traduction

Dominique H. Jenni, français

Marianne König / Giuseppina Pagano, deutsch

Layout

Roberto da Pozzo

Version Internet

www.koste.ch

www.coste.ch

© KOSTE/COSTE 2004

Bestelladresse / Adresse de commande

KOSTE/COSTE, Eigerplatz 5, Postfach 460, 3000 Bern 14, office@koste-coste.ch