

Geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg Samenwonen of een LAT-relatie

Frieda Matthys, MD, PhD

Historiek 19^{de} eeuw



Gezondheids
zorg

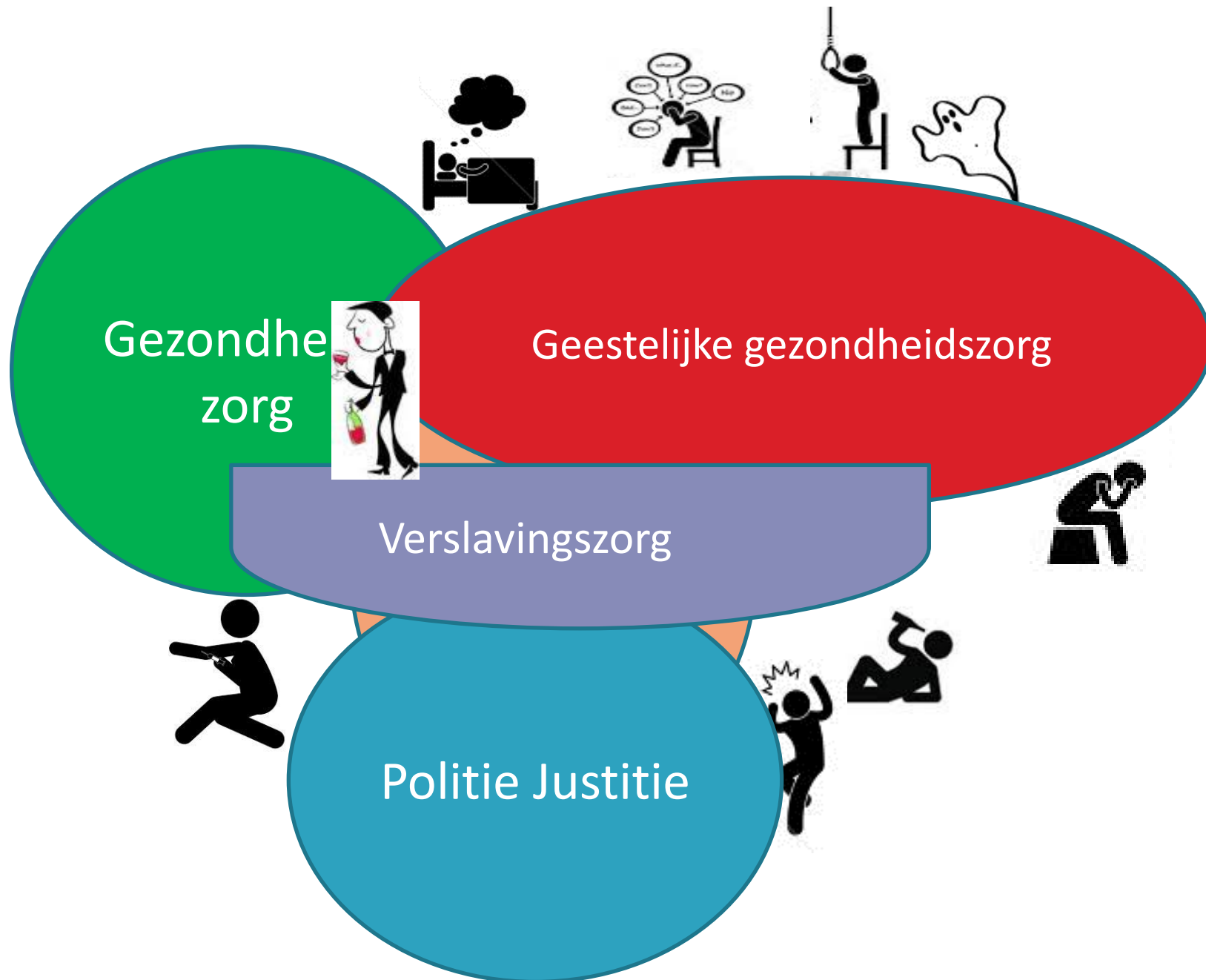
Liefdadigheid

Politie
Justitie

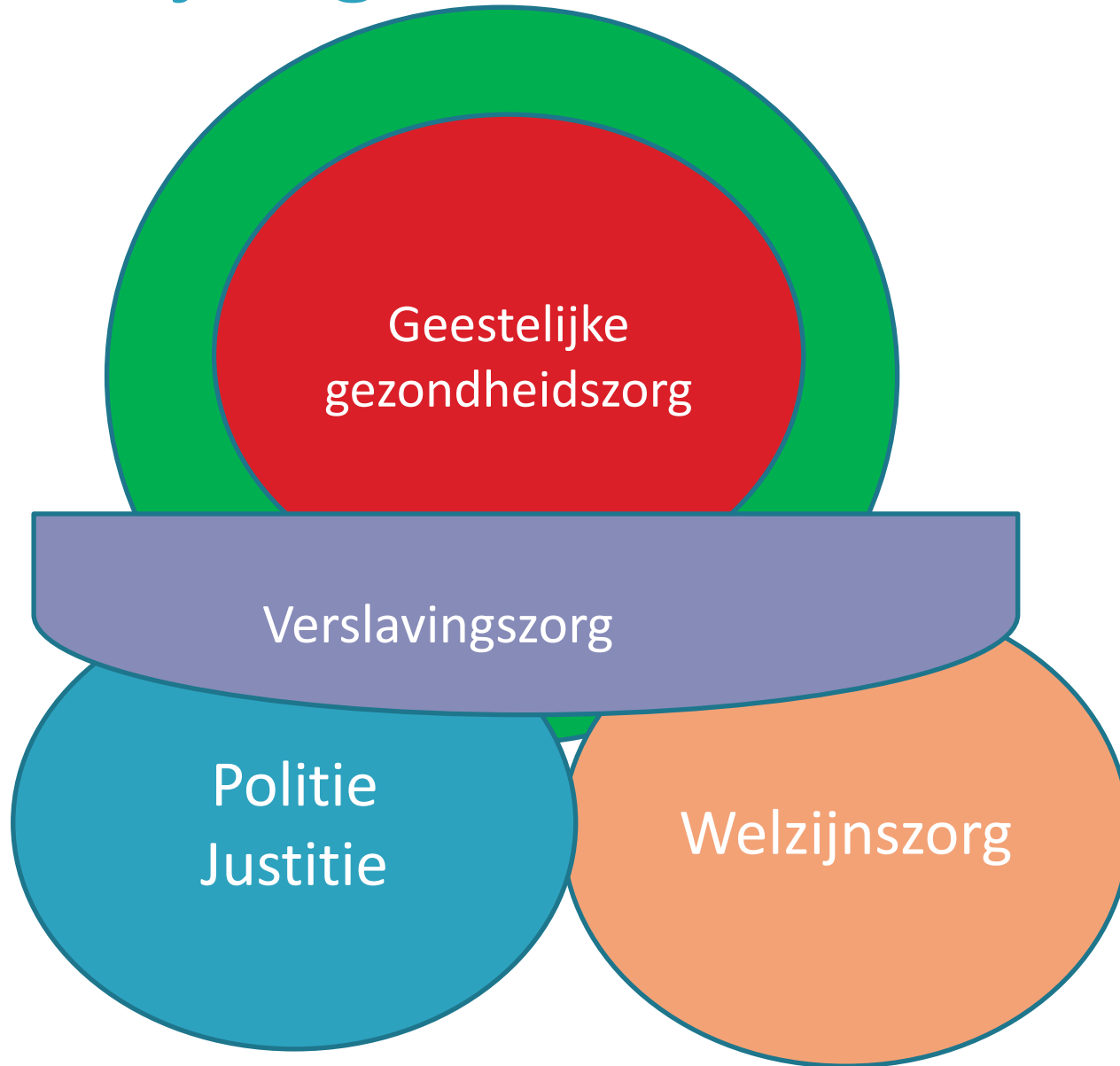




Historiek 20ste eeuw



Bij beginnen van scratch



Wat brengt de 21^{ste} eeuw



GGZ en middelenmisbruik

- De geschiedenis leert ons dat stoornissen in het gebruik van roesmiddelen voor veel GGZ-medewerkers onbekend en onbemind is.
- In de nieuwe netwerken is dat niet anders
- De verschillen zijn groot en hangen af van specifieke hulpverleners met affiniteit en deskundigheid
- De negatieve associaties zijn hardnekkig:
“verslaafden zijn ongemotiveerd, onbetrouwbaar, crimineel, recidiverend, hopeloos...”

Compliance and relapse

Chronic Medical Illness	Compliance	Relapse in 1 year
Diabetes	<60%	30-50%
Hypertension	<40%	50-70%
Asthma	<40%	50-70%
Dieet of gedragsverandering	<30%	

McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD;
Drug Dependence, A Chronic Medical Illness, JAMA, Oct 4, 2000

Risico op alcoholafhankelijkheid

Stoornissen	Odds
Angststoornissen	2.6x
Stemmingsstoornissen (Depressie)	4.1x
Persoonlijkheidsstoornissen	4.0x
Antisociale P.S.	7.1x
Drugafhankelijkheid	36.9x
Nicotineafhankelijkheid	6.4x

NIAAA National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, 2004.

Verslavingszorg is vragende partij voor samenwerking met GGZ

- Doorverwijzing van patiënten met comorbide stoornissen naar psychiatrie blijft moeilijk, ook in de nieuwe netwerken van art.107
- Provinciale projecten zorgcoördinatie was meerwaarde voor de patiënten maar is gesneuveld
- Continuïteit van zorg (bvb bij substitutie-cliënten) is in veel regio's moeilijk te realiseren

Verslavingszorg vergt echter meer en gedifferentieerde netwerken

- Met algemene gezondheidszorg (eerste lijn, derde lijn, betrokken in veel onderzoek)
- Met justitie (AGM, CAP, drugkamer)
- Met welzijn (wonen, werken, activering)
- Met lokaal beleid (straathoekwerk, overlastpreventie, veiligheid)
- Met allerlei actoren in kader van preventie: werk, onderwijs, Kind en Gezin, jeugdbeweging, horeca, uitgangssector, enz...

Knelpunten binnen art.107

Wat met de gespecialiseerd zorg ?

- Gespecialiseerde zorg is er nog in functie 1 en 4 maar niet in functie 2
- Mobiele teams (2B) bieden gegeneraliseerde zorg samen met de huisarts: medicatietrouw, suïcidepreventie, sociale en administratieve ondersteuning, counseling, basiszorg
- Dit kan voldoende zijn voor bvb. psychose of bipolaire stoornis; het is te beperkt voor o.m. persoonlijkheidsstoornis en verslaving
- De basis is voortdurend proberen patiënten te motiveren om een intensieve behandeling (ambulant of residentieel) vol te houden of op te starten
- Medicatie speelt hier een zeer beperkte rol

Knelpunten binnen art.107

Wat met de gespecialiseerd zorg ?

- Motiverende gesprekstherapie inclusief het inschatten van de motivatie fase, cognitieve gedragstherapie, werkgeheugen-training, CRA zijn maar enkele van de methodieken die aangewezen (kunnen) zijn.
- Als gespecialiseerde zorg naar huis gebracht wordt, zijn er gespecialiseerde mobiele teams nodig (cfr. NL en Birmingham)
- Er zal ernstig moeten geïnvesteerd worden in de deskundigheidsbevordering
- In functie 3 (revalidatieprogramma's lijkt er geen plaats te zijn voor verslaving !

Knelpunten binnen art.107

Wat met de differentiatie vlg regio en nieuwe noden ?

- Verslavingszorg is altijd inventief en initiatiefrijk geweest om problemen te detecteren en nieuwe methodieken te ontwikkelen: verslaafde zwangeren (Bubbels en Babbels, KDO) outreaching bij crisissen in thuissituatie (Kompas), opvoedingsondersteuning van ouders met drugproblemen (MaPa, KIDO)
- Dat gebeurt met diverse financieringen... en soms met eigen middelen
- Overleg binnen de eigen categoriale sector blijft ook noodzakelijk om gebrancheerd te blijven, het aanbod te kunnen differentiëren, de regionale noden in kaart te brengen en initiatieven op te starten (GHB in de Kempen, jonge heroïnegebruikers in Denderleeuw)

Meerwaarde zou kunnen zijn

- Betere doorstroming van en naar de GGZ
- Verhoogde deskundigheid op gebied van verslaving binnen de psychiatrie
- Attitudewijziging in de GGZ wat de verslaafde patiënt betreft
- Verslavingszorg heeft een geschiedenis van het ontwikkelen van een aanbod voor uitzichtloze situaties en “hopeloze” gevallen en kan hierin inspirerend zijn voor de GGZ
- Daarvoor is wel enige lokale/regionale autonomie noodzakelijk en een categoriale overlegstructuur