

Expertise naar de huisarts gebracht

Praktijkondersteuner voor verslavingszorg

Sommige patiënten in de huisartsenpraktijk hebben een klacht die verband houdt met verslavingsproblematiek. Zeven Noord-Brabantse huisartsenorganisaties doen dan ook een beroep op poh's-ggz-verslavingszorg van Novadic-Kentron.

TEKST: GERBEN STOLK FOTO: MARKUS SPISKE / PIXABAY

“Geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. De cliënt die het ene nodig heeft, heeft vrijwel altijd ook behoefte aan het andere. Daarom hebben onze poh's de naam poh-ggz-verslavingszorg.” Dat zegt Peter van Rijsbergen. Hij is accountmanager bij Novadic-Kentron, een instelling voor verslavingszorg in Noord-Brabant. De organisatie heeft huisartsen twee diensten te bieden. Eén: verslavingsartsen voor overleg op afstand – samen een patiënt zien – en deelname aan een multidisciplinair overleg. Twee: poh's-ggz-verslavingszorg voor in de praktijk. Met die laatste service begon Novadic-Kentron een jaar of acht geleden. Inmiddels zijn er ongeveer vijftien poh's-ggz-verslavingszorg. Zeven huisartsenorganisaties, waaronder PoZoB, maken gebruik van hun expertise.

'De cliënt blijft zo lang mogelijk in zijn eigen omgeving'

Wat zijn voorbeelden van verslavingsproblematiek in de huisartsenpraktijk?

Van Rijsbergen: “Een moeder met een zoon die verslaafd is aan gamen. Hij sluit zich op zijn kamer op, weigert te eten en drinken, slaapt slecht en ziet zijn schoolprestaties hard achteruitgaan. Of een echtpaar waarvan de vrouw de wanhoop nabij is omdat haar man dagelijks een kratje bier en fles wodka drinkt. Meneer ziet niet in dat hij moet minderen, begrijpt niet dat anders zijn gezin naar de haaien gaat. Of een jongeman die aanleg heeft voor psychotisch decompenseren en besluit: in plaats van mijn medicatie hiertegen gebruik ik voortaan cannabis. Dat heeft inderdaad een tijdje een goed effect, maar kan ook voor decompensatie zorgen, waardoor hij nu psychoses heeft. Maar denk ook aan minder voor de hand liggende

casussen, zoals de man die zegt dat hij zijn ledematen heeft gebroken na een val van de ladder. Misschien is het ook goed zijn leverfunctie te controleren om na te gaan of hij geen alcoholverslaving heeft.”

In de afgelopen jaren hebben zich steeds meer patiënten met verslavingsproblematiek gemeld in de huisartsenpraktijk. Wat zijn de oorzaken?

“Bezuinigingen op verslavingszorg en de daaruit voortvloeiende ambulantisering. Zorgverzekeraars hebben bijvoorbeeld gestuurd op lagere kosten voor klinische behandeling. Als iemand voorheen een complexe behandeling nodig had, kon hij voor drie tot negen maanden, soms zelfs twáálf maanden, terecht in een kliniek. Nu is de maximale klinische behandelduur drie tot vier maanden. Daarna kan de patiënt naar de huisartsenpraktijk gaan; er is een enorme verzwaring van de ambulante zorg ontstaan. Kijk ook naar mensen uit de licht verstandelijk gehandicapten-populatie die middelen gebruiken en voor veel overlast zorgen in eigen kring en de maatschappij. Hun zorg is vaak verschoven naar de eerste lijn. Voor onze organisatie was dit alles reden verslavingszorg-expertise naar de huisarts te brengen. We hadden de tijd mee, want in die periode zag je de opkomst van de poh-ggz, ook bij de huisarts. Onze poh's hebben minimaal een hbo-opleiding, bijvoorbeeld hbo-verpleegkunde, en moeten minstens vier jaar in de verslavingszorg hebben gewerkt. Zij functioneren in elk geval op het niveau van een poh-ggz. Zo niet, dan gaan ze een opleiding tot poh-ggz volgen.”

Wat doet de poh-ggz-verslavingszorg?

“Patiënten zien en ervoor zorgen dat er een behandelplan komt. Voor het behandelplan zoekt de poh voortdurend afstemming met de huisarts en eventueel andere medewerkers in de praktijk en/of met de moeder-organisatie Novadic-Kentron, want het is mogelijk dat

zij de betreffende patiënt zien voor andere kwesties. Wat zegt bijvoorbeeld de verslavingsarts als de cliënt zijn medicatie niet gebruikt of op eigen initiatief stopt met de medicatie en daardoor afkickverschijnselen krijgt?”

Wat zijn de voordelen van poh-ggz-verslavingszorg?

“Een pluspunt van ambulantisering is dat de cliënt zo lang mogelijk in zijn eigen natuurlijke omgeving blijft en dáár zorg aangeboden krijgt. Oost west thuis best. Je ondersteunt de cliënt in zijn eigen systeem en probeert ook dat systeem te ondersteunen. Ambulantisering draagt meestal bij aan kostenreductie, omdat klinisch opnames worden voorkomen of verkort. Positieve gevolgen van de poh-ggz-verslavingszorg zijn ook dat de cliënt snel kan worden geholpen – ons doel is wachttijd te vermijden – en dat de huisarts wordt ontlast. De kwaliteit van zorg in de eerste lijn stijgt. De poh-ggz-verslavingszorg heeft de gewenste expertise, kan ruggenspraak plegen met een verslavingsarts én heeft meer tijd voor de patiënt. In de ideale situatie duurt het intakegesprek ruim een uur en nemen de voortgangscontacten een half uur tot drie kwartier in beslag. Helaas mogen huisartsenorganisaties vaak maar krap inkopen bij de zorgverzekeraar, zodat de poh minder tijd heeft voor de individuele patiënt.”

Wat zou over vijf jaar moeten zijn bereikt met de poh-ggz-verslavingszorg?

“Dat nóg meer patiënten goed en verantwoord kunnen worden behandeld in hun eigen omgeving en dat de huisarts nóg beter wordt gefaciliteerd door deskundigen uit de verslavingszorg. Waar ik géén voorstander van ben, zijn commerciële bureaus die poh's wegzetten bij huisartsen. Ongeacht de zwaarte van iemands klachten, calculeren ze 20 of 25 minuten in voor een consult. Anders dan een instelling voor verslavingszorg hebben ze ook geen toegang tot het klinisch netwerk, dus noch tot een verslavingsarts noch tot de klinische capaciteit.”

Wat is voor verbetering vatbaar in de geestelijke gezondheidszorg?

“Zorginstellingen kijken vaak meer naar het eigen belang – overleven als instelling – dan naar het belang van de cliënt. Stel, een cliënt heeft een verstandelijke beperking, verslavingsproblematiek en psychiatrische problemen. En stel, er is een crisissituatie. Naar wie verwijst je dan? De instelling voor verslavingszorg zegt: dat doen we niet, omdat we crisiszorg niet vergoed krijgen. De ggz kan oordelen: wij doen het ook niet, want het is verslavingszorg en wij hebben het druk genoeg met andere crisissen. En in de zorg voor verstandelijk gehandicapten zegt men: wij hebben weliswaar een crisisopvang, maar we zijn niet geëquipeerd om deze cliënt adequate zorg te bieden. Ik ben ervan overtuigd dat winst is te boeken door beter en slimmer samen te werken.”

<<



CIJFERS

De International Classification of Primary Care (ICPC) maakt duidelijk wat de incidentie en prevalentie is van klachten, symptomen en aandoeningen in de huisartspraktijk. Incidentie staat voor: aantal nieuwe registraties per duizend patiëntjaren. Prevalentie betekent: aantal nieuwe en bestaande registraties per duizend patiëntjaren.

- Chronisch alcoholmisbruik: incidentie 2.5, prevalentie 5.1
- Drugsmisbruik: incidentie 2.3, prevalentie 4.2
- Tabaksmisbruik: incidentie 8.7, prevalentie 14.9
- Geneesmiddelenmisbruik: incidentie 1.1, prevalentie 2.3

Bron: Nivel