



Artikel 107 van de ziekenhuiswet kondigt een aantal ontwikkelingen binnen de Geestelijke Gezondheidszorg aan. Naast de omzetting van bedden in stoelen en vooral in mobiele teams, hebben die aanpassingen een vermaatschappelijking van de zorg voor ogen.

Die doelstelling is voor het gespecialiseerd aanbod inzake middelenmisbruik niet nieuw. Herstelgericht werken en het ontwikkelen van activiteiten zo dicht mogelijk bij of in de leefomgeving van de patiënt, gebeurt bij ons al langer.

Wij doen nu al aan outreach in straathoekwerk en harm reduction. We betrekken ervaringsdeskundigen. We zijn actief via preventie-initiatieven in gemeentes, van scholen tot in dancings. We hebben initiatieven die het hele continuüm beslaan van vroeginterventie, online en telefonische hulp tot crisisinterventie, langdurige behandelprogramma's en dubbeldiagnoseklinieken. We hebben initiatieven voor kinderen van verslaafde ouders en voor verslaafde ouders met kinderen, we zijn aanwezig in gevangenissen, enzovoort.

Onderling overleg, coördinatie en samenwerking -ook met sectoren buiten de Geestelijke Gezondheidszorg- kennen we al jaren. Onze initiatieven werden enkel beperkt door krimpende budgetten, tijdelijkheid van projectsubsidie en onzekerheid door versnippering van subsidiërende – federaal of regionaal - overheden.

1 Vermaatschappelijking van de zorg

1.1 Onderschrijving

Het gespecialiseerd aanbod verslavingszorg onderschrijft het streven om de zorg te vermaatschappelijken, zorgfuncties nog meer in of nabij de leefwereld van de cliënt te brengen.

1.2 Alcohol- en drugproblematiek in de samenleving

De alcohol- en drugproblematiek is wijdverspreid in de samenleving.

Universele preventie is nodig om de middelenproblematiek in de samenleving bespreekbaar te stellen. Selectieve en geïndiceerde preventiestrategieën zijn nodig om kwetsbare groepen te bereiken en om de overgang van preventie naar vroeginterventie mogelijk te maken. De alcohol- en drugsector heeft in het ontwikkelen van innovatieve vroeginterventieconcepten altijd een voortrekkersrol gespeeld. Een verdere verspreiding en implementatie van methodieken zoals een alcohol- en drugbeleid in de verschillende sectoren, verspreiding en implementatie van screeningsinstrumenten zoals de SEM-J of de ASSIST (met toolbox), online interventies, ... zijn noodzakelijk. Net zoals bij de huidige projecten 'vroeginterventie naar jongeren' hebben alcohol- en drugspecifieke diensten hierin een dubbele rol: enerzijds kunnen zij zelf een motiverend (groeps)aanbod organiseren, anderzijds hebben zij een consultfunctie naar de eerstelijns.

De alcohol- en drugproblematiek is omvangrijker dan wat er door het gespecialiseerd aanbod verslavingszorg wordt afgedekt. Er is de zogenaamde 'treatment gap', het verschil tussen het aantal mensen dat een behandeling nodig heeft, en zij die er één krijgen.

De alcohol- en druggerelateerde problematiek is ook veel breder dan wat in het gespecialiseerde aanbod kan worden opgevangen. Alcohol- of druggebruik kan ook aan de basis liggen van lichamelijke gezondheidsproblemen, ongevallen, werkverzuim en prestatieverlies, werkloosheid en armoede, opvoedingsdeficits, relatieproblemen en criminaliteit.

De vermaatschappelijkte verslavingszorg moet zich dus ook breder kunnen inzetten.

1.3 Herstelgericht werken

Bij een hoge lifetimeprevalentie voor alcoholgerelateerde stoornissen worden veel meer mensen doorheen hun leven met een problematiek geconfronteerd waarvoor ze niet meteen specialistische hulp zoeken of krijgen. Veel mensen slagen er dan ook in om, samen met hun leefomgeving, hieraan in zekere mate het hoofd te bieden. Al kan dat wel jaren aanslepen.

Daarom is er ook een continuüm van maatregelen nodig om de cliënt handvatten te bieden om problemen te voorkomen of herstel mogelijk te maken. Dat continuüm omvat normering en reglementering van beschikbaarheid van middelen, leeftijdsnormen en gezondheidsnormen, beeldvorming en preventie, vroegdetectie/vroeginterventie, outreachend werk voor specifieke doelgroepen, harm-reduction-initiatieven, online hulpverlening, laagdrempelige en meer intensieve hulpverlening, residentiele hulpverlening en nazorg, beschuttende woonvormen, enzovoort.

Hierbij is er ook aandacht nodig voor de leefomgeving, voor kinderen van verslaafde ouders en voor ouders en partners van mensen met een verslavingsprobleem.

1.4 Stigma wegwerken

Wat zich in de ganse Geestelijke Gezondheid afspeelt, geldt ook voor mensen met een verslavingsprobleem. Het maatschappelijk stigma werkt uitsluiting in de hand en belemmert de toegang tot de hulpverlening. Anderzijds is er de dubbelzinnige maatschappelijke acceptatie van drankgebruik, en in sommige kringen van druggebruik. Dit werkt problemen in de hand en negeert negatieve gevolgen. De verslaafde wordt dan zelf verantwoordelijk geacht voor zijn toestand. Van mededogen is dan geen sprake meer.

Om het maatschappelijk draagvlak voor de alcohol- en drugproblematiek te versterken, is het nodig de algemene bevolking en alle betrokken actoren te sensibiliseren/bewust te maken. Dit creëert de nodige 'sense of urgency' om rond het thema alcohol en drugs te werken. De laatste jaren zijn binnen GGZ heel wat initiatieven (Te Gek?, Fit in je hoofd e.a.) rond beeldvorming over geestelijke gezondheid ontwikkeld. Maar de samenleving kijkt naar verslaving (meer dan naar andere geestelijke gezondheidsproblemen) nog te stigmatiserend, beschuldigend vanuit een veiligheidsdenken en een moreel model. Daarom is het nodig de bewustwording van problematisch middelengebruik als welzijns- en gezondheidsprobleem te vergroten eerder dan te werken vanuit reactie op incidenten.

Maar ook binnen de Geestelijke Gezondheidszorg zijn de mensen met een verslavingsprobleem het minst populair. We stellen vast dat mensen met een problematiek van middelengebruik moeilijker dan andere patiënten in de generalistische zorg een plaats krijgen, tenzij er specifieke afdelingen voor zijn, of voldoende grote equipes in plaats van éénmansposten. Het is dus essentieel dat de Geestelijke Gezondheidszorg een behandelingsaanbod voor mensen met een alcohol- en illegaaldrugprobleem en andere gedragsverslavingen (gokken, gamen) in hun missie opneemt, om zo proactief aan de inclusie van verslaafden in de Geestelijke Gezondheidszorg te werken.

2 Functieverdeling

2.1 Verslavingszorg is aanwezig in de 5 functies maar niet alleen daar

Voor de Geestelijke Gezondheidszorg werd een organisatiemodel in 5 functies voorgesteld:

- Functie 1: GGZ-promotie, preventie, vroegdetectie en vroeginterventie
- Functie 2: Mobiele behandelingsteams voor (a) acute en (b) chronische problematiek
- Functie 3: Rehabilitatieteams die werken aan herstel en sociale inclusie
- Functie 4: Intensieve residentiële behandelingsunits
- Functie 5: Specifieke woonvormen en verblijfsformules.

Dit is een model waar het gespecialiseerde aanbod verslaving zich in terugvindt. De gespecialiseerde verslavingszorg is met een grote verscheidenheid aan initiatieven en werkvormen aanwezig in elk van deze 5 functies. Toch is er nog nood aan verdere uitbouw en een beter articuleren van de opdrachten.

De behandelingscentra en ontwenningprogramma's die van het federale RIZIV worden overgeheveld naar de Vlaamse Gemeenschap hebben nog geen duidelijke plaats gekregen binnen de voorgestelde functies en zitten verspreid over verschillende functies. Afstemming tussen dit Vlaams aanbod en de intensieve residentiële programma's in ziekenhuizen die tot de Federale Gezondheidszorg behoren zijn essentieel. Deze laatsten kunnen bijvoorbeeld participeren in Initiatieven Beschut Wonen (Vlaamse materie) wat de gewezen RIZIV-centra nog altijd niet kunnen.

2.2 Regie bij de cliënt

Middelenverslaving wordt gekenmerkt door herhaalderval. Een terugval in ongecontroleerd middelengebruik werkt sterk demotiverend, zowel voor de betrokkene als voor zijn omgeving. Dat heeft als gevolg dat onze cliënten in verschillende, soms weerkerende fasen van hun problematiek, hulp nodig hebben. Ze moeten dan beroep kunnen doen op verschillende functies binnen het gespecialiseerd aanbod die op alle niveaus voor hen toegankelijk moet zijn.

2.3 Mobiele en outreachende functies

De gespecialiseerde verslavingszorg vindt het nodig om over specifieke outreachende mogelijkheden te beschikken in de functie 2b: mobiele intensieve behandelingsteams voor chronische psychische problemen. Mensen met een chronisch verslavingsprobleem moeten in de thuisomgeving kunnen worden opgezocht wanneer ze op een begeleiding te lang afwezig blijven. Dat kan het best gebeuren door personeel dat verbonden is aan ambulante of residentiële verslavingszorg waar men de chronische patiënt al kent. Bestaande ambulante of residentiële teams moeten daarom outreachend kunnen werken.

Het mobiel crisisteam voor acute zorg in de thuisomgeving 2a blijft best generalistisch van aard. Het moet wel over de competenties beschikken om met de problematiek van middelengebruik om te gaan of om door te verwijzen

3 Samenwerking

3.1 Verbreden

Er bestaat al heel wat samenwerking tussen de generalistische Geestelijke Gezondheidszorg en het specialistisch aanbod verslavingszorg. Dat is zeker het geval daar waar beiden tot eenzelfde organisatie behoren, zoals in de Centra Geestelijke Gezondheidszorg en in de psychiatrische klinieken. Maar ook met bijvoorbeeld Riziv-voorzieningen, PAAZ en EPSI, is er al langer onderlinge samenwerking destijds gecoördineerd door de provinciale coördinator middelengebruik.

Er is ook samenwerking met andere spelers buiten de Geestelijke Gezondheidszorg, al verloopt dat misschien minder gestructureerd en niet overal even intensief. Er zijn samenwerkingsverbanden en werkafspraken met CAW en OCMW, VDAB (GTB) en de sociale economie, met justitiehuisen en integrale jeugdzorg. Er zijn expertise-uitwisselingen met de gehandicapensector, enzovoort. Deze verbreding moet ook de treatment gap verkleinen.

In de evolutie naar vermaatschappelijking van zorg is het noodzakelijk te investeren in structurele vormen van deskundigheidsbevordering waarbij informatie-uitwisseling en overleg, samenwerking tussen vormingsinitiatieven vanuit GGZ, A&D-sector en belendende sectoren, intervisie en supervisie voor een vruchtbare kruisbestuiving kunnen zorgen en de dagelijkse samenwerking inzake gedeelde cliënten versterken.

3.2 Liaison en Middelenmisbruik Expertiseteam (MMET)

In grotere ziekenhuizen staan verbindingspersonen, bijvoorbeeld de liaison psychiater, in voor de inbreng van specialistische zorg in de generalistische afdeling. Zo is het ook wenselijk dat het specialistisch aanbod verslavingszorg bijvoorbeeld via een zogenaamd Middelenmisbruik Expertiseteam haar kennis en ervaring makkelijk toegankelijk ter beschikking stelt van de meer generalistische Geestelijke Gezondheidszorg.

4 Coördinatie

4.1 Netwerkoeverleg

Het aanbod specialistische verslavingszorg moet een volwaardige plaats krijgen binnen het GGZ netwerkoeverleg 107. Dat is op heden niet overal in gelijke mate gerealiseerd, met als gevolg dat de specialistische verslavingszorg niet altijd wordt betrokken of dat men zich beperkt tot de alcoholzorg.

4.2 Netwerkoeverleg Verslavingszorg

Gezien de specialistische verslavingszorg zeer veel verschillende modules aanbiedt, vraagt dit een zorgcircuit met een eigen, specifieke aansturing. We ijveren voor het behoud van de huidige coördinatie van de specialistische verslavingszorg op regionaal/provinciaal vlak met een gesubsidieerde subnetwerk coördinator verslavingszorg.

Dit subnetwerk moet kunnen beschikken over werkingsmiddelen, in analogie met subnetwerken internering of kinderen en jongeren. Zo kunnen noden in kaart gebracht worden en instellingsoverschrijdende initiatieven genomen worden om leemtes op te vangen, acute probleemsituaties te beheersen of service te bieden aan het ruimere netwerk Geestelijke Gezondheidszorg.

Om een goede wisselwerking tussen het subnetwerk verslaving en het grote netwerk 107 te kunnen realiseren, maakt de netwerkcoördinator 107 deel uit van het subnetwerkoverleg.

4.3 Afstemming overheden

De versnippering blijft. Sommige onderdelen van het aanbod specialistische zorg inzake middelenmisbruik binnen de Geestelijke Gezondheidszorg worden regionaal en anderen federaal gefinancierd en aangestuurd. Dat vraagt ook tussen die niveaus een vlotte en loyale samenwerking.

Colofon

Deze tekst werd, in opdracht van de Raad van Bestuur van VAD, opgemaakt door de Adviesgroep 'Samenwerken met de GGZ binnen de 107 ontwikkelingen' van de VAD met als leden Paul Van Deun, Jurgen Maegerman, Jan Theuwen, Dirk Vandevelde, Geert Vanham, Frieda Matthys, Lieve Jordens, Tino Ruyters, Dominique Coopman, Lieselot Philips, Geert Verstuyf en Gilles Geeraerts.

Deze tekst werd op 20 november 2015 door de Raad van Bestuur goedgekeurd.

Redactie VAD en toevoeging paragrafen uit tekst 1 goedgekeurd op DB 02/12/2015.

© 2015

VAD, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | vad@vad.be | www.vad.be

