

Algemeen

De periode van de Coronacrisis is weliswaar nog relatief kort, maar de intelligente lock-down heeft ingrijpende gevolgen voor de verslavingszorg, zowel wat betreft mogelijkheden in aanbod als de impact op de gezondheid van onze cliënten.

Niet alle vormen van diagnostiek en behandelingen kunnen plaatsvinden. Ambulante contacten worden omgezet naar digitale of telefonische contacten en alle niet noodzakelijke zorg die op deze manier niet kan plaatsvinden wordt uitgesteld. Behandelingen vinden zoveel mogelijk digitaal plaats. Voor veel cliënten én voor onderdelen van de behandeling geldt, dat digitaal behandelen niet of beperkt mogelijk is, o.a. voor een aantal cliënten met een verstandelijke beperking en een verslaving.. Behandelaars noemen dat in veel gevallen ingezet wordt op contact houden, maar dat de behandeling stilstaat. Noodzakelijke zorg zoals medicatieverstrekking vindt in aangepaste vorm plaats met in achtname van alle preventieve maatregelen conform RIVM advies.

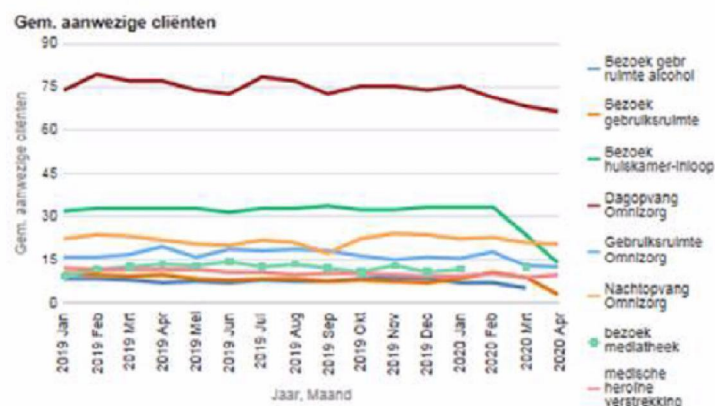
Dagbesteding is gestopt en inloopvoorzieningen of andere voorzieningen voor laagdrempelig contact of ondersteuning zijn gesloten voor iedereen die ook thuis of elders kan verblijven. We zien bij cliënten een stijging in middelengebruik/terugvallen, behandelcontacten verslechteren en crisissituaties toenemen.

De huidige cijfers laten een beeld zien dat er sprake is van daling van instroom (belangrijke verwijzers als huisarts, veelplegersoverleg, Veiligheidshuis en wijkteams hebben andere prioriteiten of zijn niet of minder actief), maar laten nog geen significante effecten zien op de ontwikkelingen in de DBC's. De aantallen gestarte DBC's, het aantal uren op de DBC en het aantal verpleegdagen verlopen volgens de begroting. Door de DBC systematiek (alle metingen hebben betrekking op al eerder geopende DBC's) zal er sprake zijn van een na-ijl-effect.

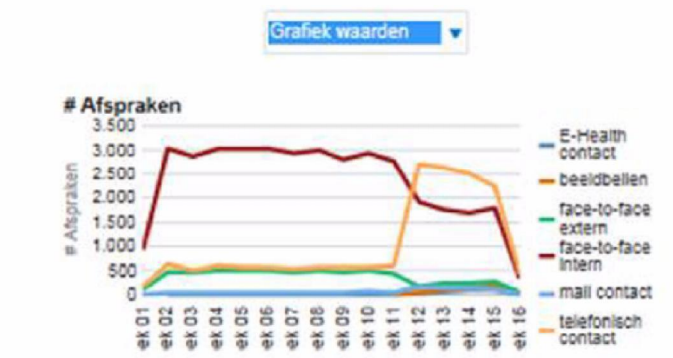
verblijfsdagen Tactus verslavingszorg 2020

maand	DBBC	DBC	Jeugd	LGGZ	aantal dagen
januari	2.228	3.494	79	188	5.889
februari	2.388	3.319	110	211	6.028
maart	2.553	3.350	124	192	6.219
april	1.297	1.580	51	70	2.998
eindtotaal	8.466	11.743	364	661	21.234

Bij openstellingen van gebruikersruimten, huiskamer, nachtopvang, medische heroïneverstrekking, zien we het volgende beeld voor 2019 en 2020:



Het aantal afspraken voor de eerste 16 weken in 2020 ziet er als volgt uit:



1. Diagnostiek:

a. *Terugval in diagnoses (type en aantal diagnoses, vergelijkingscijfers met voorgaande jaren, eventueel geprioriteerd naar de belangrijkste diagnoses in de GGZ of naar de diagnoses met het grootste gezondheidsverlies door latere diagnose)*

Er is sprake van een terugloop in alle aanmeldingen (BGGZ, SGGZ, bemoeizorg en crisisaanmeldingen). Het aantal verwijzingen vanuit huisartsen is in week 12 t/m 15 met ongeveer 36% gedaald (met name op het terrein van de BGGZ) ten opzichte van de voorgaande periode van week 2 t/m 11.

aantal verwijzingen 2020	soort		
weeknummer	BGGZ	SGGZ	Eindtotaal
2	40	49	89
3	37	51	88
4	33	39	72
5	32	47	79
6	35	53	88
7	32	46	78
8	30	57	87
9	28	38	66
10	38	43	81
11	41	61	102
12	20	41	61
13	14	36	50
14	16	36	52
15	10	41	51
Totaal	406	638	1044

- Het vermoeden bestaat dat verslavingsproblematiek onvoldoende in beeld komt bij huisartsen, wijkteams of organisaties als woningbouwverenigingen (deze laatste zijn niet meegenomen in deze cijfers).

- Cliënten zijn uit angst voor besmetting terughoudend zich bij hun huisarts te melden. Huisartsen doen veel consulten telefonisch op of afstand. Signalen voor verslaving kunnen daarbij gemakkelijk gemist worden.
- Er wordt geen testdiagnostiek verricht naar co morbide psychiatrische aandoeningen of cognitieve problemen naast verslaving. Wanneer er geen diagnostiek wordt verricht is, kan er geen behandeling worden gestart en wordt het middelengebruik in stand gehouden.
- Er is een terugval te constateren van 40% in de aanmeldingen voor zvw zorg en jeugd (-18).
- Omdat de scholen gesloten zijn en medewerkers ook bij collega instellingen letterlijk niet meer naar binnen kunnen, heeft dit gevolgen voor de preventieactiviteiten.
- Het is voor de medewerkers bemoeizorg een stuk lastiger en soms onmogelijk geworden de juiste cliënten te bezoeken en 'in zorg te hengelen'. Hier ligt een groot risico voor zowel de cliënt als omgeving.
- Cliënten die wel gesproken worden, kunnen slechts een beperkt aanbod krijgen (de huiskamerfunctie heeft in deze tijd een beperkte bereikbaarheid en is zeker niet langer meer drempelloos).

b. Gezondheidsverlies door uitstel diagnose (korte termijn, lange termijn), voor welke diagnoses is snelle(re) diagnostiek echt van belang / heeft snellere diagnostiek impact op gezondheidsuitkomsten?

- Bemoeizorg-aanmeldingen die verlopen via woningbouwverenigingen lopen drastische terug. Uit de sociale omgeving van zorgwekkende zorgmijders (buren, wijkagent) zijn nog wel steeds aanmeldingen voor bemoeizorg. Omdat medewerkers van de wijkteams slecht beschikbaar zijn, worden de bemoeizorgteams van Tactus eerder ingezet.
- Het zicht op kwetsbare cliënten is momenteel minder (er wordt geen actie gezet op geen huurachterstand waardoor zorgelijke situaties niet in beeld komen). Het is onwaarschijnlijk dat de problemen die een relatie hebben met verslavingsproblematiek nu opeens verdwenen zijn. Omdat er minder intensieve contacten zijn (beeldbellen kan ftf-contact maar deels vervangen), is er een grotere kans dat er later dan wenselijk actie ondernomen wordt, om zorg op te schalen.
- In hoeverre angst bij cliënten om besmet te raken een rol speelt, is niet goed in te schatten.
- Behandelaren geven aan dat cliënten waarbij er in eerste instantie wel digitaal of belcontact is, cliënten naarmate de beperkende maatregelen er langer zijn, steeds minder gemotiveerd raken om dit contact aan te houden. Motivatie tot behandeling neemt af, afstand tussen cliënt en hulpverlening neemt letterlijk toe, er is slecht zicht op hoe het met cliënten gaat, middelengebruik loopt op en het risico op uitval tijdens de behandeling neemt toe. Het is niet goed mogelijk dit nu al in kwalitatieve gegevens uit te drukken, omdat de behandeling in het systeem nog open staat, maar het contact nu wel verslechterd of ontbreekt.
- Bij huisartsen (en deels ook ziekenhuizen) is een flinke teruggang te zien in het aantal consulten, dat zal deels ook gaan om cliënten met verslavingsproblemen. Risico (niet in te schatten om welke aantallen het gaat) is hierbij o.a. dat cliënten later in zorg komen en in slechtere toestand.
- Er is een reële kans dat op een later moment dit jaar, een soort inhaalslag met betrekking tot verwijzingen en/of intensiveren van behandeling zal plaatsvinden. Verwacht wordt een toename van aanmeldingen na afloop van de lock-down, waarbij de verwachting is dat de toename groter zal zijn wanneer de lock-down langer duurt. Een plotselinge toename aan aanmeldingen zal dan tot wachttijden leiden.
- Andere gevolgen voor cliënten die nu niet in zorg komen terwijl er wel een noodzaak is kunnen uiteenlopend zijn: zoals een toename van overlijdens, middelen gerelateerde ziekenhuisopnames, maatschappelijke overlast, schulden, uithuiszettingen en criminaliteit.

c. Zijn er regionale verschillen in terugval in diagnostiek? Is het probleem groter in de regio's met grote coronabelasting in vergelijking met regio's waarbij corona minder voorkomt?

Er zijn geen significante verschillen tussen de verschillende regio's (Overijssel, Flevoland en Noord-Gelderland).

2. Behandeling:

a. *Terugval in behandelingen (type en aantal behandelingen, vergelijkingscijfers met voorgaande jaren)?*

Door de beperkingen zijn veel onderdelen van behandeling niet mogelijk. Individuele en groep-behandel-contacten kunnen niet ftf plaatsvinden. Een gedeelte is te vervangen via digitaal behandelcontact, maar dit is niet voor iedere cliënt een oplossing. Een aantal behandelingen zoals bijvoorbeeld traumabehandelingen (EMDR voor cliënten met PTSS) of schematherapie (voor cliënten met persoonlijkheidsproblematiek), gaan niet door.

Voor een aantal van de complexe cliënten is digitaal behandelen geen alternatief. Soms ontbreekt het hierbij aan begrip (bijvoorbeeld een verstandelijke beperking) en soms hebben cliënten niet de vereiste discipline of beschikbaarheid van digitale middelen (er kan uiteraard wel gebruik gemaakt worden van de apparatuur beschikbaar op de vestigingen en/of het ter beschikking stellen van digitale middelen) en veel cliënten kunnen hun motivatie voor behandeling onvoldoende vasthouden door alleen digitaal contact.

Voor een kwetsbare groep is de dagbesteding stopgezet, dit houdt een vergroting van het risico in op terugval in middelengebruik.

Opiaatafhankelijke cliënten krijgen 'thuis' medicatie geleverd. Het contact richt zich met name op het leveren van medicatie. De aanvullende zorg (medische en psychosociale zorg) die normaal gesproken bij de medicatieverstrekking behoort is minder in beeld. Dit kan ertoe leiden dat klachten later dan normaal ontdekt worden en verergeren met intensievere en duurdere zorg tot gevolg.

Medische controles vinden nu minder plaats, wat bijvoorbeeld bij ambulante detox (met name alcohol) het risico van mislukken vergroot. Deels wordt dit opgevangen door specifieke meetapparatuur in bruikleen te geven aan een thuiswonende cliënt.

Cliënten moeten voor de start van een detox gezien (ftf) en onderzocht worden. Onderzoek kan alleen in nabijheid van cliënt gebeuren. De 1,5 meter gepaste afstand tussen medewerkers en cliënten maakt dat cliënten alleen een afspraak kunnen maken wanneer het contact strikt noodzakelijk is, dit beperkt de ftf-contactmogelijkheid.

De verwachting is dat meer cliënten zullen terugvallen in middelengebruik, behandelaren geven hier inmiddels ook melding van en zien het aantal crises toenemen. Bij veel cliënten is er stress en angst om besmet te raken, wat kan resulteren in toename van middelengebruik om angst en stress te dempen. Er is minder contact met behandelaren. Monitoring en controles door bijvoorbeeld contactmomenten, blazen of urine onderzoeken vallen weg.

Ook maatschappelijk zijn veel sociale contacten weggevallen is de structuur ingrijpend gewijzigd door het sluiten van scholen, voorzieningen en veranderingen in – of wegvallen van werk of dagbesteding. De inzet van gezonde gedragingen als alternatief voor middelengebruik staan enorm onder druk of zijn beperkt mogelijk, denk aan sporten of contact met anderen. Cliënten vereenzamen en/of raken ontregeld door wegvallende structuur. Er is zorg over toename van gespannen thuissituaties waarbij huiselijk geweld kan ontstaan.

Het ontstaan van crisissituaties zal toenemen bij cliënten door excessief middelengebruik, verwaarlozing en somatische achteruitgang waardoor risicovol gedrag voor zichzelf en/of anderen het gevolg zal zijn. Er is sprake van een toename van crisisaanmeldingen in de verslavingsklinieken van Tactus. Er is op dit moment een wachttijd voor crisisopnames die oploopt tot twee weken (in recente verleden was er geen sprake van wachttijd of hooguit één of twee dagen).

Bij keten-instellingen wordt op dit moment veel zorg uitgesteld. Dit levert op dit moment beperkingen op voor onze cliënten, wachttijden lopen daardoor nog verder op. De wachtlijsten binnen de GGZ, VG-GGZ en Beschermd Wonen waren al zorgelijk lang, waardoor er al ernstige doorstroomproblemen bestonden. Deze wachttijden worden op dit moment zeker niet korter.

b. Gezondheidsverlies door uitgestelde behandeling (korte termijn, lange termijn)?

Cliënten die wachten op diagnostiek vallen terug omdat het té lang duurt; diagnostiek is nu minder mogelijk, behandeling kan daardoor niet worden ingezet, klachten houden aan of verergeren en vormen een reden om terug te vallen in middelengebruik met alle gevolgen van dien.

De angst bij cliënten om besmet te raken is groot, waardoor noodzakelijke zorg zoals opname in de kliniek, door sommige cliënten afgewezen wordt. Soms zijn redenen om zorg af te wijzen ook de preventieve maatregelen in de vorm van beperkingen op gebied van verlof of bezoek. Cliënten blijven thuis ondanks dat de situatie daar uit de hand loopt.

Andere gevolgen voor cliënten die nu niet in zorg komen terwijl er wel een noodzaak is kunnen uiteenlopend zijn zoals een toename van overlijdens, middelen gerelateerde ziekenhuisopnames, maatschappelijke overlast, schulden, uithuiszettingen en criminaliteit.

c. Zijn er regionale verschillen in terugval in behandelingen? Is het probleem groter in de regio's met grote coronabelasting in vergelijking met regio's waarbij corona minder voorkomt?

Er zijn geen significante verschillen tussen de verschillende regio's (Overijssel, Flevoland en Noord-Gelderland).

casuïstiek

1.

2.

5.1.2e