



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Wat is zinvolle eerstelijnszorg aan verslaafde patiënten?

Hendriks, A.C.; Vries, M.C. de

Citation

Hendriks, A. C., & Vries, M. C. de. (2024). Wat is zinvolle eerstelijnszorg aan verslaafde patiënten? *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 168. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/3763834>

Version: Publisher's Version

License: [Leiden University Non-exclusive license](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3763834>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTvG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTvG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

Wat is zinvolle eerstelijnszorg aan verslaafde patiënten?

A.C. (Aart) Hendriks en Martine C. de Vries

Het bieden van zinvolle zorg aan een verslaafde patiënt vraagt om gerichte handelingen. Een huisarts kan een verslaafde patiënt doorverwijzen naar specialisten in de tweede lijn. Maar welke zinvolle zorg kan een eerstelijnsbehandelaar zelf bieden?

Vraag

Wat is zinvolle zorg aan verslaafde patiënten in de eerste lijn?

Juridische achtergrond

In Nederland zijn rond de 2 miljoen personen verslaafd.¹ Weinig patiënten lukt het om zelfstandig, al dan niet na dit met de eigen huisarts te hebben besproken, van hun verslaving af te komen. Begeleiding en hulp van anderen, in het bijzonder gespecialiseerde behandelaren in de tweede lijn, zijn haast altijd vereist. Maar ook dan lukt het vaak niet om de verslaving blijvend te beëindigen. Een verslaving aan alcohol of middelen is volgens de DSM-5 een psychische stoornis. Dat betekent dat er bij gevaar voor de betrokkene zelf of een ander op grond van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz)² kan worden overgegaan tot verplichte zorg. Volgens de Hoge Raad komt verplichte zorg in aanmerking als sprake is van een psychische stoornis van zodanige ernst dat het denken, voelen, willen, oordelen en doelgericht handelen van de betrokkene daardoor zo ingrijpend worden beïnvloed dat de betrokkene het veroorzaakte gevaar niet kan worden toegerekend.³ Het is goed te weten dat tuchtklachten tegen (huis)artsen over de behandeling en een verplichte opname van verslaafde patiënten in de regel worden afgewezen door de tuchtcolleges. Dat biedt wellicht enig comfort aan de individuele (huis)arts die een verslaafde patiënt wil helpen en bij wie dat via gesprekken niet lukt.

Maar wat is bij verslaafde patiënten de rol van een individuele arts in de eerste lijn? Wij schetsen hieronder een juridisch en praktisch kader voor artsen in de eerste lijn, waarbij we aannemen dat deze artsen doorgaans minder kennis en ervaring hebben over verslavingszorg dan specialisten in de tweede lijn.

Wat is zinvolle zorg?

Onder zinvolle zorg verstaan we zorg die voldoet aan de professionele standaard, die is afgestemd op de individuele patiënt en die effectief is. Het bieden van zorg mag in beginsel volgens de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) alleen als een patiënt om behandeling vraagt.⁴ Soms lukt het een huisarts om een verslaafde patiënt via psycho-educatie of motivationele gespreksvoering in behandeling te houden. Een huisarts kan een verslaafde patiënt ook doorverwijzen naar verslavingsspecialisten in de tweede lijn.⁵ Dat alles lukt helaas niet altijd. Ondertussen blijft de patiënt dan wel regelmatig een beroep doen op de huisarts, ook voor andere gezondheidsvragen. En soms verwijst een tweedelijnszorgverlener een patiënt terug naar de huisarts omdat de patiënt en de tweedelijnszorgverleners het niet eens worden over de behandeling.⁶ Wat moet de huisarts dan juridisch en praktisch doen?

Wij zijn van mening dat de huisarts hierbij een eigen, moreel gefundeerde, afweging moet maken. Daarbij moet de huisarts rekening houden met verschillende omstandigheden. Het bieden van zinvolle zorg vraagt namelijk, zeker bij verslavingsproblematiek, doorgaans niet alleen om de medewerking van de patiënt zelf maar ook die van zijn naasten. Als de verslaafde patiënt werkt, is ook de medewerking van de werkgever nodig. De patiënt zal tijdens bepaalde tijden niet of verminderd zijn werk kunnen verrichten, bijvoorbeeld tijdens een detox.

Vaak lukt het niet om zonder enige vorm van drang of dwang via motivationele gesprekken de verslaving te beëindigen.⁶ Dat kan te maken hebben met de omstandigheid dat een verslaving doorgaans samenhangt met andere problemen, bijvoorbeeld schulden, werkloosheid, gebrekkige huisvesting en relaties met anderen. Als gevolg van deze omstandigheden heeft het bestrijden van een verslaving voor patiënten niet altijd de hoogste prioriteit. Het lukt een huisarts dan niet om zinvolle zorg te bieden, zeker zolang de patiënt niet gemotiveerd is om de verslaving te beëindigen en er geen oplossing is voor zaken als schulden, geen werk en dreigende

dakloosheid. Behandeling van de verslaving is dan niet effectief en niet zinvol.

Bij patiënten die de zorg mijden kan de huisarts trachten contact te leggen met de patiënt, bijvoorbeeld door te bellen, langs te gaan of een van de praktijkmedewerkers in te schakelen. Als dat niet lukt kan de huisarts eventueel contact leggen met andere behandelaren om anderszins de patiënt te benaderen. Zo kan de huisarts zijn zorgen over een verslaafde patiënt delen met deskundigen van bijvoorbeeld het wijkteam, het maatschappelijk werk of het Meldpunt Zorgwekkend Gedrag.

Afhankelijk van de situatie kan de huisarts overwegen om ambulante behandelaren in te schakelen – als die er zijn – of, in geval van een noodsituatie, het crisisteam te vragen om de patiënt te beoordelen. Ook kan er zorg thuis of via een zo nodig gedwongen opname in een instelling worden geboden. De rol van de huisarts bestaat dan uit het leggen van contacten met personen die mogelijk wel in contact kunnen treden met de patiënt en zinvolle zorg kunnen leveren.

Geen zinvolle zorg

Zeker als de patiënt niet gemotiveerd is om zijn verslaving te beëindigen, is het niet zinvol en niet effectief om keer op keer aan te dringen op zorg. Motivationale gesprekken, zoals de standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap voorschrijft,⁵ hebben dan evenmin zin. De huisarts moet ook zijn grenzen kennen. Zo oordeelde de tuchtrechter dat het begrijpelijk en verdedigbaar was dat hij een uit een instelling ontslagen verslaafde patiënt geen niet-medisch geïndiceerde benzodiazepines voorschreef.⁶ Daar komt bij dat de patiënt zich vrij moet voelen om zich met andere gezondheidsvragen tot de huisarts te richten, zonder altijd op zijn verslaving te worden aangesproken. Het spreekt voor zich dat de huisarts al zijn handelingen richting de patiënt in het medisch dossier noteert.

Het zal niet eenvoudig zijn voor een huisarts om de gezondheid van een patiënt te zien verslechteren. Als de huisarts evenwel zinvolle zorg getracht heeft te bieden, maar de patiënt dit keer op keer weigert, dan resteren er voor een huisarts weinig mogelijkheden. Dat betekent bijvoorbeeld dat een huisarts met lede ogen zal moeten toezien dat hij weinig voor een verslaafde patiënt kan betekenen. Dat geldt ook als de patiënt thuis vervuilt. Er zijn grenzen aan de verantwoordelijkheid van de huisarts. De huisarts zal dan uiteindelijk de behandelrelatie met de patiënt moeten beëindigen, althans met betrekking tot het bieden van zorg aan de verslaving.⁷

Antwoord

Het bieden van zinvolle zorg aan een verslaafde patiënt vraagt om gerichte handelingen van de huisarts en andere eerstelijnsbehandelaren. Wat zinvol is hangt af van de wensen en motivatie van de patiënt, maar ook van de behandel mogelijkheden in de eerste lijn. Een niet gemotiveerde verslaafde patiënt of een patiënt die bovenal andere zorgen aan zijn hoofd heeft kan moeilijk aan zijn verslaving worden geholpen, ook niet via doorverwijzing naar de tweede lijn. Behandelen is dan al snel zinloos. Dit is hooguit anders indien verplichte zorg nodig is om gevaar voor betrokkene of anderen te voorkomen. Soms kan de behandeling worden gestimuleerd, na motivationale gesprekken met de patiënt zelf, via bemoeizorg of verplichte zorg op grond van de Wvvgz. Een huisarts kan een belangrijke rol spelen, maar succes – in de zin van het stoppen van de verslaving – is helaas niet verzekerd.

- Online artikel en reageren op nvtg.nl/D7987
- Universiteit Leiden, Faculteit der Rechtsgeleerdheid, departement Publiekrecht, Leiden: prof.mr.dr. A.C. Hendriks, jurist. LUMC, afd. Ethiek en Recht, Leiden: prof.dr. M.C. de Vries, kinderarts en ethicus.
- Contact: A.C. Hendriks (a.c.hendriks@law.leidenuniv.nl)
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.
- Aanvaard op 21 februari 2024
- Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2024;168:D7987

Literatuur

1. 1. Jellinek C. mei 2023, <https://www.jellinek.nl/vraag-antwoord/hoeveel-mensen-zijn-verslaafd-en-hoeveel-zijn-er-in-behandeling>, geraadpleegd op 4 maart 2024.
2. 2. Wet verplichte geestelijke gezondheid. <https://wetten.overheid.nl/BWBR0040635/2022-01-01>, geraadpleegd op 20 februari 2024.
3. 3. Vaste rechtspraak sinds Hoge Raad 23 september 2005, [ECLI:NL:HR:2005:AU037223](https://www.eclinet.nl/HR/2005/AU037223).
4. 4. Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, art. 7:446-7:465 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek. <https://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/2023-07-01>, geraadpleegd op 20 februari 2024.
5. 5. NHG-standaard. Problematisch alcoholgebruik (april 2021), <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/problematisch-alcoholgebruik#volledige-tekst-begrippen>, geraadpleegd op 4 maart 2024.

6. 6. RTG Zwolle 16 februari 2022, [ECLI:NL:TGZRZWO:2024:24](#).
7. 7. Hendriks AC, Verhagen CFB. [Is agressie een reden om de behandelrelatie met een patiënt te beëindigen?](#) Ned Tijdschr Geneeskd. 2024;168:D7914.