

---

# DE SPV IN DE ALLEDAAGSE PRAKTIJK VAN DE VERSLAVINGSZORG

## Inleiding

Dit artikel is een pleidooi voor de verbetering van zorg bij duo problematiek. Al negen jaar werk ik in de verslavingszorg en doe dit nog steeds met veel plezier. Toen ik begon in 1990, wist ik nog zeer weinig van de verslavingszorg. In zowel de B-opleiding alswel de MGZ opleiding is dit onderwerp erg summier aan bod geweest. Ik vind dit een behoorlijk gemis. Ik heb de stoute schoenen aangetrokken en hoop hiermee een aandeel te leveren aan de verbetering van de zorg en het aanvullen van het "gemis" van collegae.

Aan de hand van de volgende stelling wil ik mijn pleidooi verduidelijken.

*Cliënten met psychiatrische stoornissen, die verslaafd zijn worden onthouden van goede zorg.*

*De verslavingszorg schiet ernstig te kort op het gebied van medisch psychiatrische kennis en de rest van de GGZ schiet ernstig te kort op het gebied van kennis over middelen, misbruik en afhankelijkheid.*

Om deze stelling enige onderbouwing te geven zal ik eerst in vogelvlucht iets over de geschiedenis van de verslavingszorg vertellen. Vervolgens zal de huidige hulpverlening binnen de verslavingszorg aan de orde komen en hoe in grote lijnen een ambulante behandeling er uit kan zien. Uiteindelijk belicht ik de positie van de SPV in de verslavingszorg en de samenwerking met de andere GGZ-instellingen, ten einde **mijn** visie te geven op de bestaande scheiding tussen de psychiatrie en de verslavingszorg.

## De geschiedenis

Alcohol en andere drugs (alcohol wordt altijd apart genoemd, terwijl het de drug is die de meeste problemen geeft) stammen al uit het begin van de geschiedenis van de mens. In de vroegst geschreven historische bron van de Griekse dichter Homerus in de 8<sup>e</sup> eeuw voor Christus komen reeds allerlei problemen voor die wij ook nu kennen zo ook problemen met alcohol en drugs. Ook in oude Egyptische

### **Dhr. Albert Wolters,**

Auteur is sociaal psychiatrisch verpleegkundige en sinds 1990 werkzaam bij het Consultatiebureau Alcohol en Drugs (CAD) te Hoorn

teksten en in de bijbel komt alcoholproblematiek voor. Tevens zie je al voorlichtende en waarschuwend teksten. Door de geschiedenis heen zie je verschillende benaderingen, belerend en waarschuwend, helpend, danwel medisch of sociaal. Aan het einde van de 19<sup>e</sup> eeuw deed de geheelonthouding zijn intrede, zowel op kerkelijk terrein als bij beroepsorganisaties. Hierdoor werd er ook meer aandacht aan de hulpverlening besteedt. Vooral kort na de eeuwwisseling begonnen de bestaande drankbestrijdingsorganisaties aan een veel omvattend hulpverleningsprogram. Dit werd ook sterk beïnvloed door de

humanisering van de rechtspraak. Waar de reclassering, ontstaan in de 19<sup>e</sup> eeuw, één van de stimulerende factoren was. Het werd namelijk mogelijk om een deel van een opgelegde straf kwijtgescholden te krijgen. Vooral daar waar het gedrag het gevolg was van overmatige alcohol-gebruik, en strafbare feiten vaak werden gepleegd onder invloed, leek, dat juist aan een verslaafde bijvoorbeeld een voorwaardelijke invrijheidstelling goed besteed was. In deze tijd waren het veelal vrijwilligers van de geheelonthoudersorganisaties die toezagen op naleving van de gestelde voorwaarden en hielpen ze de cliënt om aan de gestelde voorwaarden te kunnen voldoen; Zoals bijvoorbeeld bij het zoeken naar werk, huisvesting, hulp bij relationele problemen etc.. Hiernaast werd getracht om de gestrafte tot geheelonthouding te krijgen. Door verschillende oorzaken waaronder ook financiële ontstond er in de twintiger en dertiger jaren een sterke koppeling tussen de hulpverlening en het reclasseringswerk. Pas in de jaren vijftig is er sterk voor gepleit bij de overheid om tot subsidie van de toen al bestaande Consultatiebureaus voor Alcohol te komen. Tot op heden is het reclasseringswerk een belangrijk onderdeel binnen de verslavingszorg en is dus Justitie een belangrijke financier. In 1968 werd er een overkoepelend orgaan de Federatie van Instellingen voor de Zorg voor Alcoholisten en andere Verslavingsziekten (FZA) opgericht. Ook werden in die tijd de eerste klinische voorzieningen door bestaande consultatiebureaus ontwikkeld. Eerst in Amsterdam later in Rotterdam en Haarlem. Na 1965 werden de instellingen steeds meer geconfronteerd met het gebruik

van andere drugs dan alcohol, eerst marihuana, vervolgens opium, amfetaminen, LSD, snuifmiddelen en heroïne. In 1969 werden de consultatiebureaus dan ook tot Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs (CAD) omgetoverd. Eind jaren tachtig begin jaren negentig zie je overal in het land dat de diverse verslavingsinstellingen gaan fuseren tot grote instellingen met een scala aan hulpverleningsmogelijkheden, soms is er ook sprake van samenwerking met andere GGZ-instellingen.

Zo is de Brijder Stichting ook een dergelijke gefuseerde instelling. De Brijder Stichting is tot stand gekomen door een fusie in 1990 van het CAD Haarlem, CAD Alkmaar en de Kliniek voor verslavingsziekten "het Spaarne" te Haarlem. Het werkgebied van de Brijder Stichting beslaat nu heel Noord Holland uitgezonderd het werkgebied van het Jellinek, namelijk Amsterdam en de Gooistreek.

De doelstelling van de Brijder Stichting luidt als volgt; de hulpverlening van de Brijder is er voor iedereen die problemen heeft of in moeilijkheden dreigt te komen door gebruik van alcohol, drugs en andere verslavende stoffen (zoals medicijnen) of vanwege problematisch gokgedrag. Preventie, het voorkomen van verslaving, is daarbij een belangrijke taak. Daarnaast kunnen ook mensen (bijvoorbeeld ouders, gezins- of familieleden, vrienden e.d.) die in hun directe omgeving geconfronteerd worden met dergelijke problemen een beroep doen op de Brijder. Dit geldt ook voor mensen die in hun beroep te maken hebben c.q. krijgen met verslavingsproblematiek, bijvoorbeeld huisartsen, maatschappelijk werk en RIAGG.

Deze hulp wordt geboden vanuit een geïntegreerd circuit. Eén verslavingszorgcentrum waarbinnen zoveel mogelijke hulpverleningsactiviteiten zijn samengebracht en op elkaar afgestemd om de taakstelling (verzorging, begeleiding en behandeling van mensen met verslavingsproblemen) efficiënt te kunnen uitvoeren. Het verslavingszorgcentrum van de Brijder bestaat uit een klinische en een ambulante sector, waarbinnen de volgende hulpverleningsmogelijkheden zijn; preventie, consultatie, veldwerk, medisch-maatschappelijke opvang en begeleiding, behandeling, nazorg, maatschappelijk herstel en reclassering in de ambulante sector en crisisopname, klinische detoxificatie, kortdurende en langerdurende behandeling, deeltijdbehandeling en begeleid wonen in de klinische sector. Zowel door de methadonverstrekkingen als wel de fusie tussen de CAD's –wat van oorsprong maatschappelijk werk instellingen waren –en de klinieken– welke wat meer medisch georiënteerd waren– zie je een langzame verschuiving in de verslavingszorg van visie en hulpaanbod. Er komen steeds meer disciplines en er komt meer aandacht voor de medische en lichamelijke aspecten en verschuiving van behandeling naar ook meer “zorgtaken”. Bij mijn start in 1990 in de verslavingszorg, was ik één van de eerste zo niet de eerste SPV die als zodanig ook een aanstelling had bij de Brijder Stichting. In de CAO van de verslavingszorg bestond de discipline nog niet eens. Inmiddels werkt er gelukkig op elke vestiging een SPV. Als je dan kijkt naar de onderzoeken naar dubbele problematiek, zie je cijfers van 40% tot 70% van de cliënten waarbij er zowel

verslavingsproblematiek als psychiatrische problematiek wordt geconstateerd. Ondanks dat de verslavingszorg al inmiddels een breed scala aan hulpverleningsmogelijkheden heeft is dit op het gebied van de dubbele problematiek nog zeer beperkt. Vooral als je bedenkt dat de SPV volledig zelfstandig werkt. Hij of zij heeft daar maar beperkte ondersteuning bij van een arts. Soms is er een psychiater aanwezig echter alleen op consultatieve basis. Alleen binnen de klinische voorzieningen is een behandelend psychiater aanwezig. Het moge duidelijk zijn dat de SPV zowel in functie als in persoon de belangrijkste spil is op het gebied van kennis en vaardigheden van de (sociale) psychiatrie. Er rust dan ook op de SPV een zware verantwoordelijkheid en een hoge werkdruk. Dit maakt het werk echter ook uitdagend en interessant.

### **Aandachtsgebieden in de ambulante behandeling**

Laat ik nu iets vertellen over de aandachtsgebieden in de ambulante behandeling van cliënten met verslavingsproblematiek. Allereerst is natuurlijk **diagnostiek** van belang; welke klachten zijn er, hoe lang bestaan ze al, wat zijn mogelijke oorzaken etc. Hierbij komt de gebruikersgeschiedenis natuurlijk ook uitgebreid aan de orde. Het is hierbij tevens van belang om een onderscheid te maken tussen misbruik en afhankelijkheid en deze diagnose ook duidelijk te stellen. Ik maak meestal gebruik van een **functie analyse**, oftewel wat is of wat denkt de cliënt dat de functie is van het middel of de middelen die men gebruikt. Vaak blijkt dat de cliënt het middel effecten toeschrijft die er

eigenlijk helemaal niet meer zijn of er nog maar zeer beperkt en kortstondig zijn. De ongewenste effecten worden vaak niet aan het middel toegeschreven. Tijdens de bespreking van deze functieanalyse wordt er ook **psycho-educatie** gegeven. Oftewel wat zijn de effecten van een middel, hoe werkt afhankelijkheid, wat zijn afkickverschijnselen, hoe ontstaan psychische klachten en in hoeverre kunnen deze veroorzaakt worden door het middelen gebruik etc.

Wat natuurlijk aan de orde moet komen zijn:

**de risicosituaties** in welke omstandigheden, situaties is de kans groot dat ik ga gebruiken; bijvoorbeeld geld op zak hebben, bepaalde vrienden, feestjes, alleen zijn.

**de trekmomenten** lichamelijke en geestelijke trek is een belangrijk verschijnsel bij afhankelijkheid en daarom juist een belangrijk item om als hulpverlener in te interveniëren. Het ervaren van trek werkt als de bel bij het hondje van Pavlov, met dien verstande dat men zelf voor de bekrachtiging, oftewel het middel, dus zorgt. Het hebben van trek wordt nogal vaak onderschat, maar het kan een groot psychisch lijden veroorzaken.

**de alternatieven** dit kunnen zowel alternatieven zijn voor trekmomenten dus bijvoorbeeld als ik trek heb ga ik niet naar de koffieshop maar ga ik een videospelletje doen, maar ook voor de tijd en ruimte die er vrij komt als men niet meer gebruikt. laat ik iemand de voor- en nadelen op een rijtje zetten om hem of haar uiteindelijk tot de keus te laten komen wat hij of zij met zijn gebruik wil.

Als een cliënt kiest voor stoppen, dan laat ik hem of haar een stopplan maken.

In dit plan komt alles aan de orde wat nodig is om de omstandigheden zo gunstig mogelijk te laten zijn als iemand stopt. Het stellen van haalbare doelen is de basis voor effectieve behandeling.

In veel gevallen is het nodig om de cliënt met medicatie te ondersteunen. In eerste instantie medicatie om de afkick door te komen, vervolgens medicatie om eventuele klachten die overblijven te behandelen en een derde mogelijkheid zijn de zogenaamde antitrek middelen (met name bij alcohol).

Nadat iemand gestopt is, is **terugval-preventie** altijd een gesprekstema.

Terugval op zich is niet erg en komt zelfs in circa 90% van de gevallen voor. Het is juist van belang om de terugvalsituatie goed te evalueren, en er van te leren.

Na dat iemand gestopt is, wordt opnieuw naar het klachtenpatroon gekeken om de diagnostiek bij te stellen. Diagnostiek bij cliënten met middelengebruik is namelijk nogal ingewikkeld en niet goed uitvoerbaar. Het gebruik c.q. misbruik van middelen kan allerlei psychische klachten geven. Ook de afkick zowel de lichamelijke afkick zoals bij alcohol en heroïne, maar ook de geestelijke afkick geeft een scala aan psychische klachten te zien. Zoals depressieve klachten, angstklachten, slaapstoornissen, concentratiestoornissen, maar ook bijvoorbeeld psychoses. Onderzoek over de periode voordat iemand gebruikte geeft zicht of er sprake is van zelfmedicatie en te kijken naar de periode dat iemand abstinente van het middel geeft zicht welke klachten er blijven bestaan.

Doordat het bij gebruik van middelen vaak onduidelijk is waar bepaalde klachten vandaan komen is het risico

van onder- maar ook over-diagnostiek nogal groot.

*Een simpel praktijkvoorbeeld:*

*Een man van rond de veertig had zich bij ons aangemeld en was na het intakegesprek aan mij toegewezen. Er was sprake van meer dan tien jaar valium gebruik. In zijn jeugd waren er de nodige problemen geweest en na een traumatische ervaring op het werk, was cliënt angstklachten gaan ontwikkelen waarvoor hij benzo's kreeg voorgeschreven. Ondanks dat cliënt nog wel wat klachten bleef behouden functioneerde hij na van loop van tijd weer redelijk. Om verschillende redenen was hij na meer dan 10 jaar valiumgebruik van de éne op de andere dag gestopt met valiumgebruik. Kort hierna kreeg hij een paniekaanval en zijn angsten namen weer toe. De huisarts had hem inmiddels een anti- depressivum voorgeschreven om zijn veronderstelde angst- en paniekstoornis te behandelen.*

*Na cliënt een tweetal malen gesproken te hebben vertelde ik hem mijn hypothese omtrent het klachtenpatroon. Het gaat om een man die vanuit zijn opvoeding weinig zelfvertrouwen mee had gekregen en altijd de buffer in het gezin geweest was. In een situatie op het werk werd zijn vertrouwen nogal beschaamd wat voor hem een ernstige traumatische ervaring bleek te zijn. Hierdoor ontwikkelde hij posttraumatisch stress klachten. Deze klachten werden door de huisarts met benzo's bestreden. Na verloop van tijd heeft cliënt zijn*

*leven weer opgepakt. Daarbij had hij wel de gedachte dat hij niet zonder benzo's kon en is ze altijd in ruime mate blijven slikken. Door het plotselinge stoppen heeft hij een paniekaanval gekregen en kreeg hij weer angstklachten. Gevolg hiervan was dat hij het vertrouwen in zichzelf weer geheel kwijt was. Mijn hypothese was dat de klachten veroorzaakt werden door het plotselinge stoppen met het gebruik van valium, oftewel er was sprake van afkickverschijnselen die van voorbijgaande aard zijn. Ik adviseerde cliënt om te stoppen met het antidepressivum dit wel in overleg met de huisarts. Na een aantal gesprekken waarin ik veel uitleg en ondersteuning gaf verdwenen de meeste klachten en keerde zijn zelfvertrouwen, die hij in de loop der jaren had opgebouwd weer terug. Het contact is al meer dan een jaar geleden afgesloten, maar bij toeval zie ik cliënt nog regelmatig, het gaat hem nog steeds goed zelfs beter dan in de tijd dat hij valium gebruikte. Uit voorgaande casus blijkt dat er door de huisarts en de cliënt te snel de conclusie werd getrokken dat de klachten van meer als 10 jaar geleden nog steeds aanwezig waren en cliënt niet zonder medicatie kon.*

Bovenstaande casus is een simpel voorbeeld van verkeerde diagnostiek, voor betreffende cliënt had het echter grote gevolgen kunnen hebben. Uit bovenstaande kan afgeleid worden dat afhankelijkheid een op zichzelf staand probleem is of kan worden. Ik wil hiermee zeggen dat misbruik van middelen vaak voortkomt uit

achterliggende problematiek en b.v. als zelfmedicatie of vlucht kan dienen. Door alleen de achterliggende problematiek te behandelen zou in veel gevallen het gebruik van middelen niet vanzelf op houden te bestaan.

Nog sterker is dit aanwezig als er sprake is van een bepaalde aanleg voor afhankelijkheid of de aanwezigheid van biologische factoren voor afhankelijkheid zoals je met name bij alcohol kunt zien.

Onder de groep van mensen waarbij er sprake is van alcoholafhankelijkheid zie je een groep die ondanks dat er geen echte problemen meer zijn toch voortdurend weer terugvalt in afhankelijkheid. Zo heb ik meerdere cliënten in mijn caseload, die soms na een periode van zelfs maanden van abstinentie, weer volledig terugvallen in alcoholafhankelijkheid zonder dat hier nu een directe aanleiding toe was. Ik kom hiermee direct op hetgeen mijns inziens één van de grootste misverstanden is die er bestaan over verslaafden; namelijk ze *willen* met nadruk op *willen* niet anders, of ze zijn niet gemotiveerd om te stoppen. Natuurlijk kan dit, en speelt motivatie een belangrijke rol en zijn motivatietechnieken erg van belang. Maar hoe vaak hoor ik niet de omgeving van de cliënt zeggen "als je maar wilt" of "hij wil niet anders". En dan bedoel ik niet alleen familie e.d. maar ook professionele hulpverleners. Hoe vaak heb ik een huisarts niet uitspraken horen doen in de trant van 'Hij/zij wil niet anders, daar besteed ik geen aandacht meer aan, hij/zij kan maar beter het IJsselmeer in lopen'.

Een voorbeeld hiervan kwam ik vorige week nog tegen. Ik ging op verzoek van

familie en thuiszorg op bezoek bij een 62-jarige vrouw die sinds het overlijden van haar man stevig was gaan drinken. Ze was slecht ter been, incontinent, hilde veelvuldig, uitte zich frequent suïcidaal en drinkt circa 3 flessen sherry per dag. Tevens is er sprake van forse geheugenstoornissen.

Waarschijnlijk heeft zich al het syndroom van korsakow ontwikkeld. Toen ik aan de familie naar de bemoeienis van de huisarts vroeg, was het antwoord dat deze al jaren eigenlijk niets meer wil doen omdat mevrouw toch niet anders wil. Wat mij betreft is er meer sprake van niet anders kunnen. Naast motivatie en de wil om te veranderen en om te stoppen met een middel zijn er nog meerdere factoren die hierin een rol spelen. Zo zijn de eventueel aanwezige aanleg voor afhankelijkheid, de biologische factoren, de achterliggende problematiek, het psychiatrisch beeld, en de mogelijkheden en de onmogelijkheden die iemand heeft natuurlijk van belang, maar ook de werking van het middel en de afhankelijkheid op zichzelf speelt natuurlijk een grote rol.

Ook bij een schizofreen zijn zoveelste psychose of bij de zoveelste manische episode van een manisch-depressieve kijk je hier genuanceerd naar en probeer je hem of haar adequaat te helpen en zeg je niet "óh hij of zij wil niet anders".

Tot slot wil ik het nog over de samenwerking met andere GGZ-instellingen hebben. Jarenlang vielen cliënten met dubbele problematiek tussen wal en schip. De psychiatrie stuurde alles wat verslaafd (en dus lastig) was naar de verslavingszorg en de verslavingszorg stuurde alles wat als te psychiatrisch (en dus lastig) gezien

werd, richting psychiatrie. Gelukkig komt er steeds meer verbetering in de samenwerking. Met name is er meer overleg tussen instellingen als bijvoorbeeld het CAD en het RIAGG. Binnen de Brijder Stichting zie ik dat, door de komst van de SPV, er meer overleg is en mogelijk is met de andere GGZ-instellingen. Ikzelf heb bijvoorbeeld sinds een aantal jaren een maandelijks overleg met een arts van het RIAGG. In dit overleg worden eventuele verwijzingen besproken en kan gebruik gemaakt worden van wederzijdse expertise. Ik vind dat een dergelijk overleg wel het minimum is wat er aan samenwerking moet zijn. Hiernaast ben ik nog contactpersoon voor de andere GGZ instellingen. Ook voer ik duo behandelingen uit samen met het RIAGG. Door domweg tijdgebrek van mijn kant is er vaak weinig overleg mogelijk over deze cliënten. Daarnaast is het vaak nogal gekunsteld dat de éne instantie de afhankelijkheid of het misbruik behandelt en de andere instantie de psychiatrische problematiek behandelt. Vaak is het moeilijk het één gescheiden van het andere te behandelen. Helaas is het op dit moment toch nog de beste oplossing. Het CAD of de verslavingskliniek heeft de tijd (geld) en de mogelijkheden niet om het geheel te behandelen en het RIAGG of het Psychiatrisch Ziekenhuis heeft niet de kennis en de vaardigheden om de verslavingskant adequaat te behandelen. Naast de komst van de SPV binnen de verslavingszorg zijn door de zogenaamde zorgvernieuwingsgelden diverse projecten voor de dubbele problematiek in het leven geroepen, veelal samenwerkingsverbanden tussen

het CAD en het RIAGG.

Een andere factor is dat, zoals de eerder genoemde cijfers betreffende de aanwezigheid van psychiatrische problematiek bij onze doelgroep aangeven, de verslavingszorg niet om deze problematiek heen kan. De cijfers van onderzoeken naar het voorkomen van misbruik en afhankelijkheid bij de cliënten bij de andere GGZ-instellingen zoals het RIAGG en het Psychiatrisch Ziekenhuis laten dezelfde percentages zien. Het wordt wel geconstateerd maar vooralsnog wordt er nog zeer weinig beleid op ontwikkeld.

Uiteindelijk kom ik dan op mijn visie op de bestaande scheiding tussen de psychiatrie en de verslavingszorg. Als ik terugga naar de stelling dat zowel de verslavingszorg als de rest van de GGZ tekort schieten op het gebied van cliënten met duo problematiek, hoop ik dat ik dit met mijn verhaal voldoende heb kunnen aantonen.

Willen we onze cliënten met zowel misbruik of afhankelijkheid van middelen als psychiatrische problemen adequaat en zorgvuldig kunnen helpen dan zou de samenwerking geïntensiveerd moeten worden. De verslavingszorg zal meer aansluiting moeten vinden bij de GGZ- centra die overal in het land geformeerd worden of inmiddels geformeerd zijn. Aan de ene kant moet dit op beleidsniveau gebeuren, maar daar kunnen wij zoals we hier zitten alleen maar signalen voor afgeven aan onze directies. Aan de andere kant zouden er signalen moeten worden afgegeven aan de opleidingen om meer aandacht voor deze problematiek te geven. Ik denk dat het net zo belangrijk is dat wij SPV-en ons meer open zullen moeten stellen en

moeten verdiepen in deze problematiek en ons zelf meer vaardigheden moeten aanleren. Gezien de eerder genoemde cijfers is er volgens mij geen enkele SPV die kan zeggen deze problematiek komt niet in mijn caseload voor en dit

geldt dus niet voor mij. Ik weet zeker dat elke verslavingszorginstelling bereid is tot nadere samenwerking en ook dat zij gaarne bereid zijn mee te werken aan bijvoorbeeld een bijscholingsprogramma.