

---

# REDACTIONEEL

Bij het lezen van de artikelen voor deze SP bleef de vraag door mijn hoofd dolen, hoe de twee circuits van geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg waren ontstaan. Is **dubbeldiagnose** het effect van de **dubbele** cultuur in de geestelijke gezondheidszorg?

Albert Wolters beschrijft in zijn bijdrage in het kort dat de verslavingszorg vanuit de reclassering is ontstaan. In de begin jaren tachtig bij de opkomst van de Riagg was de opzet, dat de verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg op zouden gaan in de Riagg. Vele beleidsmakers en werkers waren het daar helemaal niet mee eens. Ik herinner mij de stelling van de Ggz-werkers dat de cultuur zo anders was en dat het nooit samen zou kunnen gaan. Wel ontmoeten werkers van de diverse velden elkaar in deskundigheidstrajecten. Ook werken dezelfde disciplines in beide werkvelden. Zij kunnen veel ervaringen delen en de geleerde deskundigheid op beide groepen toepassen. Dat beide velden elkaar raken en overlappen wordt duidelijke uit onderzoek waaruit blijkt dat 70 % van de cliënten in de verslavingszorg psychische problemen hebben en 50 % van de GGZ- cliënten verslavingsproblemen. Zou het toch mogelijk zijn de cultuurverschillen te overbruggen?

Zoals iedere SPV heb ik mee mogen maken hoe cliënten van het kastje naar de muur werden gestuurd. Velen van ons ergerden zich aan het gezeul met mensen, maar zoals Hans Kroon ook beschrijft samenwerkingsprojecten liepen vaak stroef. Gelukkige kunnen we in deze editie van SP andere ontwikkelingen constateren.

De laatste jaren zijn er in heel Nederland zorgprojecten ontwikkeld ten behoeve van mensen met dubbeldiagnostiek.

**Hans Kroon** laat in zijn artikel "van fragmentatie naar integratie" zien dat deze ontwikkelingen ontstaan zijn vanuit de casemanagementprojecten voor cliënten met chronische klachten. Binnen deze projecten werden werkers geconfronteerd met cliënten, met dubbeldiagnostiek, waarbij zij merkten dat de ontwikkelde methoden niet toepasbaar waren.

Er ontstonden nieuwe projecten. Uit deze projecten en ook uit literatuuronderzoek blijkt dat samenwerking vanuit de verschillende velden tot een betere kwaliteit van zorg kan leiden. De twee culturen integreren meer en ontwikkelen nieuwe methoden. Welke methoden ontwikkeld zijn, wordt gepresenteerd in de andere bijdragen.

**Deborah Cohen** zelf werkzaam geweest in de verslavingszorg pretendeert in haar artikel "De junk in het systeem <-> het systeem van de junk" dat het sociaal psychiatrisch gedachtegoed als visie en theorie toegepast dient te worden bij het zorgaanbod voor de verslaafde cliënt. Zoals steeds vaker blijkt het eclectische uitgangspunt van de sociaal psychiatrische verpleegkunde aan te sluiten bij de multi-problematiek van de junk. Aansluiten en contact maken is toch vaak de sleutel om het hulpverleningsproces te effectueren.

De titel van het artikel van **Gerard Lohuis en Ronald Schilperoot** "hulpverleningscontact met dubbeldiagnose klanten", weerspiegelt deze sleutel en de medemenselijkheid die voorop staat. Bij het lezen van het artikel zult u verrast zijn hoe de

“benarde realiteit” van de klant ingang biedt tot beweging en hoe de “vanzelfsprekende realiteit” van de hulpverleners valkuilen creëert en het proces stagneert.

Een andere valkuil van hulpverleners beschrijft **Albert Wolters** in zijn artikel “De alledaagse praktijk van de spv in de verslavingszorg”. Zijn artikel begint met de stelling dat de zorg aan cliënten met dubbeldiagnostiek in beide circuits tekort schiet. Hij houdt een pleidooi voor

betere samenwerking en deskundigheidsbevruchting wederzijds, waarbij de SPV een spil kan zijn in het opzetten van samenwerkingsprojecten. Zo mogen wij de cliënt met dubbeldiagnostiek bedanken voor de ontwikkeling van de dubbelcultuur van de Geestelijke Gezondheidszorg tot een meer veelzijdige cultuur.

Marjon Arends