

---

# MEDIAAN

## Gezondheidsmarkt voor Noord Afrikaanse mannen Amsterdam: GGZ-Buitenamstel

**Mw. A.C. Schrier**, psychiater, werkt bij het zorgprogramma Stemningsstoornissen en als onderzoeker bij Altrecht in Utrecht. Tijdens de ontwikkeling van de Gezondheidsmarkt werkzaam bij locatie Osdorpplein van GGZ Buitenamstel te Amsterdam.

**Dhr. J. Smits**, SPV, werkzaam bij het ambulante wijkteam Osdorp van GGZ Buitenamstel, te Amsterdam.

### العنوان: المجتمع الصحي

---

#### ***U kent ze wel:***

De Marokkaanse mannen die zich bij de GGZ melden met psychische en/of psychiatrische klachten. Vaak komen ze pas in beeld als op talloze levensgebieden problemen zijn ontstaan. Op het gebied van financiën, huisvesting, werk, relaties, opvoeding van kinderen. Ze zijn volledig vastgelopen. Ze melden zich voor behandeling maar hebben een passieve houding. Daarnaast presenteren ze hun klachten op lichamelijke wijze.

#### ***U kent dat wel:***

Vanuit uw empathie kunt u goed meevoelen hoe groot de lijdensdruk is. U begint met een inventarisatie van alle problemen en start de individuele behandeling. Omdat u begrijpt dat de bestaande problemen de psychische klachten verergeren of in stand houden doet u een omvattend hulpaanbod. U regelt aanvullende behandeling elders. Voor de financiën adviseert u de sociaal raadslieden of schuldhulpverlening. Voor de spanningklachten vraagt u psychomotore- of fysiotherapie aan. Natuurlijk krijgen ook medicijnen een aandeel in het behandelplan. En dan gaat het mis: na één, twee of drie keer haken ze af bij de co-behandelaars. Te weinig energie, te ver weg of wat de reden ook is. De beklemming in de spreekkamer neemt toe. U motiveert en redeneert en de cliënt hoort u aan, maar kan helaas niet voldoen aan uw verzoeken.

#### ***U weet het niet:***

Als behandelaar raakt u gefrustreerd en u kiest uit twee opties. Ofwel nog harder er tegenaan en de cliënt overtuigen, of een therapiepauze inlassen omdat de cliënt niet voldoende meewerkt. Ook de cliënt raakt gefrustreerd van al deze adviezen. Hij voelt de druk toenemen maar kan er niet aan voldoen. Als hij ziet dat u hem niet beter kan maken zinkt zijn motivatie nog verder. Wat doen we verkeerd? Waarom werkt de cliënt niet mee?

Om deze redenen hebben we gemeend de hulpverlening aan deze mannen anders te moeten organiseren. Grotendeels binnen de bestaande middelen, met een klein budget voor apparatuur, een netwerk van collega's en externe betrokkenen en veel enthousiasme.

In onderstaande evaluatie kijken we uiteen wat voor soort groep het betreft en wat onze ervaringen zijn.

#### **Inleiding**

Op de afdeling Volwassenen van locatie Osdorpplein van GGZ Buitenamstel ontstond in de loop van 2002 het idee om een behandelgroep op te zetten voor Marokkaanse mannen met chronische psychiatrische klachten.

Het idee werd geboren uit onvrede. Tot nog toe waren deze patiënten steeds individueel behandeld, maar dat had slechts zeer beperkt resultaat. Januari 2004 namen Agnes Schrier en Jan Smits het initiatief voor een behandelgroep, onder de naam "Gezondheidsmarkt".

### **Achtergrond**

In de Amsterdamse GGZ regio Nieuw West wonen veel etnische minderheden. De helft van de inwoners van de stadsdelen Westpoort, Geuzenveld/Slotermeer, Osdorp en Slotervaart/Overtoomse veld is van niet-Nederlandse afkomst (gegevens gemeente Amsterdam 2002). Ook deze inwoners doen een beroep op de GGZ met een verscheidenheid aan hulpvragen. De afdeling Volwassenen van het Ambulant WijkTeam (AWT) Osdorplein heeft circa 110 Marokkaanse mannen en vrouwen in behandeling (laatste peiling november 2001). Van de mannen is het grootste deel (42%) in behandeling wegens een psychotische stoornis. Ook de diagnoses depressieve stoornis en angststoornis werden vaak gesteld (samen 46%).

De behandelaars constateren dat individuele behandeling van Noord-Afrikaanse mannen vaak een beperkt effect heeft wat betreft symptoomvermindering, reactivering en resocialisatie. Navraag bij andere afdelingen van GGZ Buitenamstel leerde dat deze cliëntengroep ook daar vaak weinig herstelt gedurende de behandeling. Problematisch in het individuele behandelcontact is de werkrelatie, waarin cliënten vaak een afwachtende rol innemen ten opzichte van de behandelaar. Adviezen om meer activiteiten te ondernemen belevden de cliënten als niet passend bij hun ziekenrol en worden daarom niet opgevolgd. Verwijzing naar aanvullende behandelactiviteiten, zoals psychomotorische therapie (PMT), of naar maatschappelijke instanties zoals AMW komen vaak niet tot stand. Uit onbegrip en onbekendheid gaan cliënten daar niet heen. Daarom werd voorgesteld een project te starten waarin een aanvullend behandel-, informatie- en activeringsaanbod wordt gecreëerd. Vanuit verschillende afdelingen en disciplines (psychiater, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, psychomotorisch therapeut, ergotherapeut) bleek enthousiasme om mee te denken over en deel te nemen aan dit aanbod.

### **Doel**

Het doel van dit project is om verschillende soorten hulp op een centrale plaats aan te bieden, opdat deelnemers gestimuleerd worden om:

1. meer gebruik te maken van aanvullende behandel mogelijkheden;
2. meer taken op zich te nemen binnen hun gezin, zoals het regelen van een uitkering, saneren van schulden;
3. het verminderen van het sociale isolement door meer deel te nemen aan sociale en maatschappelijke activiteiten;
4. het verbeteren van de fysieke fitheid en het beter leren omgaan met somatische klachten zoals hoofdpijn, rugpijn en duizeligheid met als neveneffect het verhogen van de draagkracht.

### **Doelgroep**

De doelgroep waar dit project zich op richt zijn Noord-Afrikaanse mannen, die zich met ernstige klachten gemeld hebben bij het AWT Osdorp. Veelal gaat het om een combinatie van:

- psychiatrische klachten, vaak depressieve-, boze of angstige stemming; prikkelbaarheid; vergeetachtigheid of verwardheid; slapstoornissen;
- somatische klachten, zoals hoofdpijn, rugpijn en duizeligheid, hyperventilatie en spanningsspierpijn;
- en maatschappelijke problemen, zoals werkloosheid en/of WAO, financiële problemen en/of schulden;

- sociale problemen, soms is het tengevolge van deze klachten moeilijk om nog een goede echtgenoot en vader te zijn en raken zij in sociaal isolement. Er is sprake van verlies van rollen en status.

### **Aandachtspunten voor de opzet van de groep**

Vooraf stelden de initiatiefnemers enkele aandachtspunten vast voor het welslagen van de groep. De instroom zou laagdrempelig moeten zijn, omdat motivering tot deelname aan elke activiteit moeilijk is bij deze doelgroep. De deelnemers moeten kunnen spreken in het Arabisch en Berbers, waartoe een 'gastheer' aangetrokken zal worden. Het programma moet niet teveel dwingend en verplichtend zijn, omdat dat deelnemers afschrikt. Het aanbod kan beter omschreven worden als 'een markt waar ieder haalt wat hem past'. De naam 'Gezondheidsmarkt' weerspiegelt dit idee. In het behandelaanbod zal plaats zijn voor psycho-educatie over (psychiatrische) ziekten en voorlichting over maatschappelijke thema's (financiën, voorzieningen etc). Daarnaast staan excursies op het programma, om mensen daadwerkelijk te begeleiden naar o.a. educatieve en maatschappelijke voorzieningen. Sport en bewegen moeten een vast onderdeel van het aanbod vormen. Enerzijds vanwege de frequent voorkomende somatische klachten, anderzijds om mensen direct en letterlijk in beweging te brengen.

### **Verslag van de gezondheidsmarkt**

#### **Betrokken personen**

Vanuit verschillende afdelingen van GGZ Buitenamstel nemen mensen deel aan de uitvoering en ondersteuning van de Gezondheidsmarkt. Met het maatschappelijk werk in de regio, Stichting EerstelijnsZorg Osdorp (SEZO), is vooraf uitgebreid overleg geweest over een gezamenlijke mannengroep. De SEZO organiseert al enkele jaren een groepsbehandeling voor Marokkaanse en Turkse vrouwen met psychosomatische klachten, waarin gedurende enkele maanden tweewekelijks fysiotherapie wordt aangeboden, gecombineerd met groeps gesprekken onder leiding van een maatschappelijk werkende. Uit de voorbesprekingen bleek toch dat de psychische problemen van de mannen die behandeld worden in de GGZ, zo ernstige zijn dat deelname aan een behandeling zoals georganiseerd door de SEZO onhaalbaar is. Concentratieproblemen, interesseverlies, demotivatie, prikkelbaarheid belemmeren de cliënten in hun participatie aan bijvoorbeeld een cursus van de SEZO. Wel werd de mogelijkheid geopperd om te zijner tijd gezamenlijk een meer preventieve groep te starten. De SEZO is wel als samenwerkingspartner beschikbaar om sprekers te leveren en advies te geven in de klankbordgroep.

#### **Verslag in feiten en aantallen**

Wekelijks zijn groeps gesprekbijeenkomsten gehouden, begeleid door twee hulpverleners, of door één van hen bij afwezigheid (vakantie) van één van hen. Bij alle gesprekken is een vaste tolk Berber-Noord/Marokkaans-Arabisch aanwezig. Na vier maanden is het programma onderdeel groepspsychomotorische therapie toegevoegd aan de bijeenkomsten. Op verzoek van de deelnemers zijn de groepsbijeenkomsten gecontinueerd tijdens de zomervakantie en de Ramadan (november).

#### **Werving**

In totaal zijn 25 mannen verwezen.

In eerste instantie werden alleen verwijzingen van een van de afdelingen van GGZ-Buitenamstel geaccepteerd, om goed overzicht over de verwijzingen te kunnen behouden. Vanaf 1 juli is de aanmelding opengesteld voor alle afdelingen van GGZ Buitenamstel. De afdelingen zijn hiervan op de hoogte gesteld door

telefonisch contact met afdelingshoofden/teamleiders. Ook werden cliëntenfolders naar de afdelingen gestuurd.

Binnen de Marokkaanse gemeenschap is de gezondheidsmarkt mond op mond doorgegeven. Patiënten nemen anderen op sleeptouw of vragen zelf om verwijzing naar de groep.

### ***Deelnemers***

Gemiddeld namen tot de zomervakantie zeven mannen deel aan het gespreksgedeelte en vijf aan de groepspsychomotorische therapie. Tijdens de zomervakantie was dit lager, gemiddeld drie mannen. Na de zomervakantie steeg het aantal deelnemers geleidelijk verder tot maximaal twaalf per keer. Een vaste groep mannen komt zo vaak mogelijk, mist bijna nooit en altijd met een goede reden. Een andere groep komt niet wekelijks, maar komt wel steeds terug. Een deel van de verwezen mannen kwam nooit opdagen of haakte na éénmaal af.

### **Beschrijving groepsbehandeling**

#### ***Gespreksbijeenkomsten: beloop***

Al vanaf de eerste paar gespreksbijeenkomsten valt op dat de mannen zich in de groep anders gedragen dan in hun individuele behandelcontacten. Ze vertellen over hun achtergrond, migratiegeschiedenis, kinderen. Er wordt gelachen. Lichamelijk contact zoals een schouderklop of het schudden van elkaars hand helpt om mensen op hun gemak te stellen. De mannen beschrijven ook hun klachten, vooral veel lichamelijke klachten, en de problemen die daaraan ten grondslag liggen, veelal een werkconflict. Meer dan vooraf was verwacht ontwikkelt zich een echt gesprek over ervaren problemen. Er is veel herkenning en erkenning: vooral boosheid, gevoelens van onmacht en een gevoel van miskenning/aangedaan onrecht worden vaak geuit. De hulpverleners fungeren als gespreksleiders bij het groepsgebesprek. Zij letten erop dat zware, emotionele onderwerpen worden afgewisseld met lichte onderwerpen. Ook proberen ze de meer stille aanwezigen bij het gesprek te betrekken, met beperkt succes. Niemand wordt gedwongen zich uit te spreken en het initiatief om onderwerpen aan te dragen ligt bij de deelnemers. Pas na geruime tijd kristalliseerden zich thema's uit. Pas na meerdere malen voorbespreken werd een gast spreker uitgenodigd. Onderling maken de deelnemers toenemend contact, en praten rechtstreeks met elkaar en niet alleen via de groepsleiding. Ze blijven zitten tijdens de pauze om met elkaar verder te praten. Recent worden voorstellen gedaan voor het uitwisselen van telefoonnummers, bezoek aan de woning van een van de deelnemers en om gezamenlijke activiteiten te ondernemen buiten de groep om.

#### ***Gespreksbijeenkomsten: thema's***

- Lichamelijke klachten zijn frequent onderwerp van gesprek. Zo nodig vragen de gespreksleiders informatie op bij huisarts en behandelaars en leggen zij deze informatie uit aan de deelnemers.
- Ook worden er veel vragen gesteld over ziektebeelden als depressie, overspannenheid of over hopeloosheid of zelfs suicidaliteit. Twee keer werd i.v.m. suicidaliteit overlegd met de eigen behandelaar van de deelnemer en werd Kortdurende Intensieve Thuiszorg ingezet. Deze intensieve begeleiding, ook op materieel vlak, gaf verlichting en bracht perspectief.
- Regelmatig krijgen deelnemers feedback en advies over omgaan met autochtone hulpverleners, zoals de huisarts of de individuele behandelaar. De gespreksleiders leggen de deelnemers voor dat zij 'passief' hulp vragen, terwijl autochtone hulpverleners juist een actieve houding verwachten. Ook worden de deelnemers geholpen om met gerichte vragen naar hun individuele behandelaar te gaan, in plaats van daar al hun problemen te presenteren.

- Verder zijn de psychomotore therapeuten in het gespreksgedeelte uitleg komen geven over conditieopbouw (zie verder).

#### ***Gespreksbijeenkomsten: gastsprekers***

- Het is de bedoeling dat de deelnemers zelf met vragen komen en zodoende zelf de onderwerpen bepalen waarover voorlichting gegeven wordt. Hierdoor sluiten we beter aan bij de behoeften van de cliënten dan wanneer hulpverleners de agenda bepalen.
- Onverwacht was de eerste wens voor een gastspreker iemand die informatie kon geven over Nederlandse taallessen. Een ambtenaar van het Stadsdeel Osdorp is de taalcursussen voor oudkomers komen toelichten. Vier deelnemers hebben zich in de weken daarop ook daadwerkelijk opgegeven voor taallessen.
- De tweede gastspreker, medewerker van de Immigratie- en Naturalisatie Dienst (IND), heeft toelichting gegeven over verblijfsdocumenten. De deelnemers zijn tevreden over de uitleg.
- Plannen voor volgende gastsprekers: sociaalraadsleden van SEZO over financiële problemen, medewerker AGIS over ziektekostenverzekering en medewerker UWV over 'passend werk'.

#### ***Groepspsychomotorische therapie: programma en begeleiders***

In de sportzaal van een der locaties wisselen de mannen hun schoenen. Zij krijgen attributen aangereikt uit het voorraadhok. Sommigen gaan voetballen, anderen basketballen, weer anderen badmintonnen. Na dit 'vrije deel' worden in een kring op gestructureerde wijze rek- en strekoefeningen gedaan. Daarbij is veel individuele instructie en correctie noodzakelijk. Van dit onderdeel kunnen ook spierontspanningsoefeningen deel uit maken. Vervolgens is er een gezamenlijk spel, zoals voetbal, badminton of volleybal. Het laatste onderdeel is individuele fitnessoefeningen op fitnessapparaten.

De programmaonderdelen worden afwisselend geleid door één van de twee psychomotorische therapeuten. Bij elk onderdeel worden frequent deelnemers terzijde genomen om nadere instructies te geven of om aandacht te schenken aan lichamelijke klachten die geuit worden. De stagiair Oefentherapie Mensendieck geeft deelnemers ook individuele houdingsadviezen of massage, uitgezonderd tijdens het rek- en strekonderdeel van de PMT. Zo mogelijk sporten de twee begeleiders van het voorafgaande groepsgesprek mee en een enkele keer blijft ook de tolk tot het eind aanwezig.

#### ***Groepspsychomotorische therapie: observaties***

Voor de start van de groep was de verwachting dat het moeite zou kosten de mannen aan het bewegen en sporten te krijgen. In praktijk blijkt integendeel dat ze bijna allemaal afgeremd moeten worden. Veel mannen hebben pijn- of slijtageklachten en gaan dan te hard aan de slag tijdens het bewegingsgedeelte in de sportzaal. Met tot gevolg dat ze enkele dagen flink spierpijn hebben. Een aantal mannen ging daarna enkele weken niet naar het bewegingsgedeelte uit angst voor nieuwe spierpijn. Het werkt positief dat deelnemers herkennen dat anderen ook spierpijn hebben, en dat het ook weer weg gaat. De focus is daarom gericht om de deelnemers met mate te leren bewegen en sporten. De begeleiders maken daarom grapjes: "Met een auto van de sloop kun je niet hard werken". En zij complimenteren de mannen als ze uit zichzelf even aan de kant gaan zitten. Een ander belangrijk leerpunt is het verkrijgen van een betere lichamelijke conditie. Het blijkt nodig uitleg te geven over de werking van het lichaam en over het feit dat conditieopbouw een zaak van beleid is. De les die wordt herhaald: Beweeg niet te veel en niet te weinig en houdt dat een tijdje vol. Dit en andere onderwerpen rondom lichamelijke conditie, pijnklachten en omgaan met spanning worden van tijd tot tijd door de psychomotorisch therapeuten ook besproken tijdens het gespreksgedeelte.

Deelnemers blijken in weinig sport- en bewegingsvaardigheden te hebben.

Waarschijnlijk heeft dit te maken met beperkte oefening en training op dit gebied als kind. Velen hebben alleen in militaire dienst aan sport gedaan. Dat interesse wel groeiende is blijkt uit de vraag van deelnemers om aanvullend fietsles en zwemles.

Wat van belang blijkt bij deze populatie is een consequente individuele benadering in de zin van aandacht voor pijn- en gezondheidsklachten, actieve ondersteuning in het nemen van time-outs ("Gaat het wel; moet je niet even gaan zitten?"), deelnemers ondersteunen in het betrokken blijven bij het groepsgebeuren en ze – indien noodzakelijk - weer ondersteunen in weer actief deel te nemen aan het bewegingsdeel.

## Evaluatie

### Evaluatie aandachtspunten

Zijn de vooraf geformuleerde aandachtspunten voor de opzet en uitvoering van de groep inderdaad in praktijk gebracht? Grotendeels wel: De instroom is laagdrempelig, een korte kennismaking met één van de groepsleden voldoet. De Marokkaans-Arabisch sprekende behandelaar en de aanwezigheid van de tolk maken dat de deelnemers vrijuit kunnen spreken in hun eigen taal. De onderdelen voorlichting en bewegen zijn goed van de grond gekomen. Excursies zijn echter niet uitgevoerd, omdat er geen budget voor was.

Er blijkt een spanningsveld te bestaan tussen drang om deel te nemen enerzijds en vrijblijvendheid anderzijds. De voorgestelde vrijwilligheid van deelname aan het programma is wel geboden bij mannen die al enige tijd aan de groep deelnemen. Zij zijn vrij om niet wekelijks te komen. In de verwijs- en aanvangsfase blijkt enige drang wel nuttig. De individuele behandelaar maakt soms deelname aan de groep een voorwaarde voor verdere individuele behandeling. Of de wekelijkse recepten worden verstrekt op de Gezondheidsmarkt. De deelnemers herkennen wel dat er op deze wijze een appèl op hen wordt gedaan, maar accepteren dit ook. Overigens adviseren professionals van Marokkaanse afkomst vaker een meer verplichtende bejegening van Marokkaanse cliënten. Deskundigen hebben tot taak om te zeggen wat een cliënt moet doen om zijn herstel te bevorderen. De mannen die deelnemen aan de groep voldoen aan het profiel zoals vooraf geschetst. Drie deelnemers hebben geen depressieve stoornis, maar schizofrenie.

### Evaluatie doelstellingen

- 1. Meer gebruik te maken van aanvullende behandelmogelijkheden van GGZ Buitenamstel:* Activering komt tot uiting in het frequent deelnemen aan de groep en het bijwonen van de het verbale en het non-verbale onderdeel (samen 2½ uur). Daarnaast hebben twee deelnemers na afstemming met hun individuele behandelaar gebruik gemaakt van aanvullende behandeling uit het overige behandelaanbod van GGZ Buitenamstel, namelijk Kortdurende Intensieve Thuiszorg (KIT). Vooralsnog ziet het er niet naar uit dat deelnemers individueel van meer therapeutisch behandelaanbod gebruik zullen gaan maken. Zij hebben de ondersteuning en motivering door het groepsaanbod nog nodig. Wel is het waarschijnlijk mogelijk om de depressie cursus 'Lichte dagen, donkere dagen' aan de deelnemers aan te bieden.
- 2. Meer taken op zich nemen binnen hun gezin, zoals het regelen van een uitkering, saneren van schulden:* Aan de belangstelling van de deelnemers voor de gastsprekers over financiën, uitkeringen, documenten en talonderwijs is te merken hoe zij meer verantwoordelijkheid voor deze onderwerpen zijn gaan nemen. Tijdens de individuele behandeling voorheen, vermeden de meeste cliënten deze onderwerpen omdat ze zich er 'te ziek'voor voelden. Vier mannen gaan deelnemen aan Nederlandse taalles.

3. *Verminderen van het sociale isolement door meer deel te nemen aan sociale en maatschappelijke activiteiten:* Het sociale isolement is duidelijk verminderd door deelname aan de groep. Zien "dat anderen ook problemen hebben" werkt steunend. Voor uitbreiding van sociale contacten buiten de behandelgroep zullen actieve interventies nodig zijn, waaronder excursies naar plaatsen waar men nieuwe contacten op kan doen.
4. *Verbeteren van de fysieke fitheid en het beter leren omgaan met somatische klachten:* Deelnemers met een lage algemene fysieke conditie vertonen vooruitgang in fitheid. Die vooruitgang is het duidelijkst bij die deelnemers die voldoende vaak aanwezig zijn. Gerichte bewegingsinstructie bij pijn- en slijtageklachten leidt tot vermindering van rugklachten.

## **Aanbevelingen**

### **Werving**

Het is wenselijk het aantal deelnemers instellingsbreed verder uit te breiden, om de continuïteit van de groep te waarborgen. Vanuit het opstarten is een betrekkelijk groot deel in behandeling bij locatie Osdorpplein. Om de groep onder de aandacht te brengen van verwijzers in heel GGZ Buitenamstel zal het aanbod op intranet geplaatst worden. De patiëntenfolders (Nederlands/Arabisch) kunnen opgevraagd worden en doen tevens dienst als folder voor de verwijzers. Medio 2005 zal zo nodig een ronde gemaakt worden langs de locaties waar ambulante of deeltijdbehandelingen worden gegeven om mondeling voorlichting te geven over het aanbod.

Nieuwe patiënten krijgen het dringende advies ten minste driemaal aan de groep deel te nemen. Daarna kunnen ze beslissen of ze er al of niet mee willen doorgaan. De eerste keer blijkt namelijk steeds veel spanning op te roepen, en daarmee de neiging om de volgende keer weg te blijven. Een vorm van drang is soms nodig om deelname vol te kunnen houden.

### **Gespreksgroep en gastsprekers**

De huidige vorm van de gespreksgroep voldoet en kan zo gecontinueerd worden. Bij afwezigheid van één van beiden wordt het gesprek door slechts één begeleid. Wegens het groeiende aantal deelnemers ontwikkelt zich meer en meer groepsdynamiek. Gezien de parttime dienstverbanden en vakanties lijkt het verstandig een derde groepsleider in te werken als vaste invaller. De tolk Berber-Noord zal zoveel mogelijk dezelfde persoon blijven. Met behoud van de ontspannen sfeer zullen de gespreksleiders wel toenemend stilstaan bij belangrijke, doch beladen onderwerpen zoals discriminatie, krenking, werkconflict, gezinsproblemen.

Gastprekers over onder andere maatschappelijke en financiële onderwerpen bieden nieuwe informatie én een stimulans om zelf met deze onderwerpen aan de slag te gaan. Maximaal één gastpreker per zes weken voldoet, omdat er nog meerdere malen nagepraat wordt over een spreker.

### **Psychomotorische therapie**

Zowel de individuele werktijd op de fitnessapparaten als het (licht competitieve) groepsspel zal worden gecontinueerd. Omdat vrijwel alle deelnemers klachten van het bewegingsapparaat hebben, is bij beide onderdelen vaak individueel advies en oefening nodig. De aanwezigheid van een Oefentherapeut Mensendieck of Fysiotherapeut van Marokkaanse origine verdient aanbeveling omdat ons inziens het bespreken van de pijnklachten in de eigen taal meerwaarde geeft en cliënten duidelijker bewegingsinstructies meekrijgen.

De aanwezigheid van de psychomotorische therapeuten bij het gesprekgedeelte voor het bespreken van thema's rondom pijnklachten, het omgaan met spanningen en het opbouwen van de fysieke fitheid dient bij voorkeur één keer in de zes weken plaats te vinden.

### **Doorstroom/uitstroom**

Een open doorlopende groep blijkt een goede opzet, omdat nieuwkomers worden voorgelicht door de oudgedienden en ook worden bemoedigd om het programma vol te houden. Een groepsgrootte van maximaal 12 deelnemers is het hoogst haalbare, vanwege de individuele aandacht bij zowel het gespreksgedeelte als de PMT. (Vanwege de onregelmatige aanwezigheid van een deel van de deelnemers kan het aantal ingeschreven deelnemers wel hoger zijn, tot maximaal 18). Geen van de vaste deelnemers heeft op dit moment de groep afgerond, bijv. vanwege herstel van klachten of werkhervatting. De inschatting is dat hiervoor ook twee tot drie jaar nodig zijn. Overigens dienen ook bij zo'n lange behandelduur de verwachtingen van behandelaars laag te blijven, leren ervaringen elders in het land (Altrecht, Bavo). Een maximale termijn aan de behandeling stellen lijkt op dit moment niet productief: onze verwachte benodigde behandelduur is immers meerdere jaren.

### **Personele inzet**

De huidige personele inzet zal in 2005 gehandhaafd moeten blijven. Voor het gespreksgedeelte is de combinatie van een Nederlandse en een Marokkaanse professional een directe invulling van de thema's en de sferen waar de patiënten mee geconfronteerd worden. Ook de emotionele lading die soms bij deelnemers naar voren komt maakt aanwezigheid van twee begeleiders noodzakelijk: scholing groepswork of inter-/supervisie over groepsdynamiek kan hierbij een bijdrage leveren. Dezelfde, en al eerder genoemde, benodigde individuele aandacht maakt ook bij de PMT de aanwezigheid van twee psychomotorische therapeuten noodzakelijk. Ook is het PMT aanbod nog in ontwikkeling voor deze groep, waardoor overleg tussen beide therapeuten nodig is. Het verdient aanbeveling financiële ruimte beschikbaar te maken zodat de psychomotorisch therapeuten meerwerk kunnen declareren.

Voor werving, contact met verwijzers, contact met overige instellingen (overleg aanbod alloctonen van SEZO), uitnodigen van gastsprekers en verslaglegging dient voor de betrokken SPV extra tijd gereserveerd te worden. Deze activiteiten gingen tot nu toe ten koste van de overige patiëntenzorg. Beperkte administratieve ondersteuning voldoet, met als belangrijkste taken: bijhouden overzicht deelnemers, organisatie en verslaglegging van overleg met klankbordgroep.

### **Positie binnen de organisatie**

Medio 2005 zullen volgens planning de zorgprogramma's ingevoerd worden in GGZ Buitenamstel. Het is belangrijk dat duidelijk wordt binnen welk zorgprogramma de Gezondheidsmarkt ingebed zal worden. Zowel binnen het zorgprogramma Stemmingsstoornissen als binnen de module dagbesteding, scholing en arbeid zal dit aanbod passen.

### **Financiering**

Vooralsnog lijkt het 't meest pragmatisch de financiering van personeel en materieel uit eigen middelen voort te zetten. Voor gastsprekers en excursies is wel budget nodig. Na de reorganisatie valt de financiering onder het betreffende zorgprogramma. Aanvullende financiering is zoals beschreven gewenst in de vorm van een geoordeeld budget. Het valt te onderzoeken of er alsnog aanvullende financiering via externe bronnen mogelijk is, specifiek voor begeleiding bij maatschappelijke integratie/ participatie.

### **Presentatie binnen en buiten GGZ Buitenamstel**

Omdat de Gezondheidsmarkt een uniek behandelaanbod is in Nederland is het belangrijk de opgedane ervaringen uit te wisselen met andere behandelaars. Hiertoe zal zowel schriftelijk (artikel in vaktijdschriften) als mondeling (Dag van de Verpleging) verslag worden gedaan van de groep.

## Conclusie

De Gezondheidsmarkt, een open, doorlopende groep voor Marokkaanse mannen met depressieve klachten, is in het eerste jaar succesvol van start gegaan. Zowel het gespreksgedeelte als de groepspsychomotorische therapie wordt gewaardeerd door de deelnemers. Tijdens de groep zijn deelnemers actiever dan verwacht; bij het bewegingsgedeelte blijkt leren met mate te sporten zelfs een van de belangrijkste aandachtspunten. Voordat de deelnemers deze activiteiten ook buiten de groep zullen ontplooiën is een langere behandelduur noodzakelijk en zijn meer outreachende interventies nodig. De Gezondheidsmarkt vraagt een grote inzet van de behandelaars.

---

## Wat heeft je geholpen?

**Herm Kisjes**, SPV Bemoeizorg Novadic-Kentron regio Helmond ([herm.kisjes@novadic-kentron.nl](mailto:herm.kisjes@novadic-kentron.nl)) en docent verpleegkunde Fontys Hogeschool Verpleegkunde te Eindhoven.

*Jaren aan één stuk drinken. Zoveel drinken dat je vrijwel alles kwijtraakt zoals je werk, je huis, je relaties en je eigenwaarde. Hoe hebben alcoholverslaafden deze tijd ervaren en bovenal wat heeft hen geholpen om het alcoholgebruik te stoppen of te minderen. Zeven mannen tussen de 38 en 66 jaar geven antwoord.*

### Inleiding

In mijn werk (bemoeizorg) begeleid ik mensen met een alcoholverslaving. Door het contact met alcoholverslaafden wilde ik graag weten wat hen heeft geholpen om te stoppen of te minderen met alcohol.

Ik heb 7 mannen geïnterviewd die minimaal 15 jaar gedronken hebben, waarvan er 6 al enige tijd gestopt zijn met alcoholgebruik.

De verslaafden vertelden verschillende redenen te hebben voor hun alcoholgebruik. Drinken uit gewoonte, vanuit een bourgondische levensstijl, als boetedoening voor wat een verslaafde zijn vrouw had aangedaan, drinken tegen het verdriet door het verlies van een dierbaar iemand. Ook werd drinken tegen de stress op het werk genoemd evenals drinken om rugpijn te verminderen en sommige gaven aan te drinken vanuit een aangeboren aanleg voor verslaving. Alle verslaafden hadden eigen motieven om aan het onderzoek mee te doen. *'Ik zie het als therapie, het onderzoek kan mensen helpen de verslaafden beter te leren begrijpen'.*

De interviews zijn afgenomen volgens de fenomenologische methode. Deze methode is geïntroduceerd door Husserl (Van Brakel 1988). Het doel van deze methode is zo objectief mogelijk te observeren vanuit een onbevagen houding: een houding van en luisteren naar wat mensen te zeggen hebben. Het is een kwalitatieve onderzoeksmethode.

In dit onderzoek zijn alle uitspraken van de verslaafden methodisch uitgewerkt en gecategoriseerd tot gemeenschappelijke onderwerpen. Deze geven antwoord op de vraag: **Wat heeft je nou geholpen om te stoppen of te minderen met alcoholgebruik?**

### De hulpverlener

In de gesprekken wordt regelmatig verwoord welke eigenschappen van een hulpverlener, partner, familielid etc. ondersteunend zijn.

*Het gaat om kameraadschappelijke, betrokken, positieve, vriendschappelijke hulpverleners die iets van zichzelf laten zien en vanuit compassie, samen met de*

*cliënt hun werk doen. Personen die zichzelf zijn en vooral niet te beledend of schoolmeesterachtig zijn. De hulpverlener moet niet op de regels zitten en denken "ik zal ze het wel eens even leren".*

Een vriendelijke, positieve, informele hulpverlener mag een langdurige alcoholverslaafde wel confronteren waar hij mee bezig is zonder echter te dominant, te vaderlijk en te gevoelloos te zijn. Een hulpverlener confronteert door vragen te stellen over de situatie waarin de verslaafde zich bevindt, zodat de persoon zelf zegt wat er moet gebeuren. Deze manier van (door)vragen werkt confronterend. *"Wat zou je willen? Of zou je het niet prettig vinden om bezoek te kunnen ontvangen? Zou je niet in een schoon bed willen slapen?" (Frans)*

### **Karakter**

De alcoholverslaafden beschrijven hun eigen specifieke karaktereigenschappen als volgt: Alcoholverslaafden zijn vaak onmatig, perfectionistisch met een pathologische eigenwijsheid en ze hebben vaak een groot ego. Maar het zijn ook personen die moeilijk voor zichzelf op kunnen komen, weinig eigenwaarde hebben en zich op bepaalde momenten enorm schamen voor het leven dat ze leiden.

*"Ik had een salaris van 100.000 gulden, ik zat met allerlei mensen aan tafel vanuit de directie en dan sodemieter je toch een eind omlaag" (Bert).*

*"Toen ik voor de eerste keer opgenomen was in het gezelschap van 8 tot 10 mensen, vertelde ik voor het eerst dat ik alcoholist was. En zelfs in dit gezelschap was dat moeilijk om te zeggen. Mijn hele leven lang heb ik alcoholisten geassocieerd met slapjanussen. Ik had die in een inferieure categorie weg gezet. Van godverdomme trek je sokken toch eens op, tuurlijk kun je dat wel. In die categorie zit de alcoholist, slapjanussen. En dat zeg ik dan tegen mezelf" (Jan).*

Volgens een aantal personen hebben verslaafden vaak smoesjes of liegen ze over hun verslaving. *"Ik kon liegen dat het gedrukt stond. Vroeger had ik geen vader en ik kon met een stalen gezicht zijn naam noemen als iemand erom vroeg. Bij de AA zeg ik altijd, het is niet erg dat je liegt maar het is pas erg dat je ontkent dat je liegt" (Willem).*

Problemen hoe groot ze ook zijn, wil men vaak zelf oplossen. *"Ik moet m'n ego aan de kant gooien, toegeven dat ik het alleen niet kan" (Frans). "Ben ik nou zo zwak dat ik dat zelf niet in de hand kan houden, niet kan beheersen, dat is iets wat je jezelf kwalijk neemt" (Bert).*

Hoe je om kunt gaan met je karakter, wordt door de AA (anonieme alcoholisten) kort samengevat in de volgende spreuk:

*God geef me kalmte om te aanvaarden wat ik niet kan veranderen, kracht om te veranderen wat ik kan en wijsheid om tussen die twee onderscheid te maken.*

### **Dwang en drang**

Soms kunnen de problemen zo groot zijn dat iemand niet meer tot enige activiteit komt behalve het drinken. Alle personen herinneren zich zo'n moment dat ze nergens meer in geïnteresseerd waren.

*"Laat maar waaien, 'het never mind' idee". Toen ik regelmatig sherry dronk vroeg ik me echt niet af, "vind je dat normaal Bart" : daar ga je helemaal niet over nadenken. Toen ben ik op een punt gekomen dat het me niet meer interesseerde. Ik dacht ik zuip me gewoon helemaal kapot. Het enige wat belangrijk was dat ik me een beetje redelijk voelde" (Bart).*

Op deze momenten is er soms iemand nodig die zegt dat het op deze manier niet langer verder kan. Iemand die duidelijke grenzen aangeeft en dreigt met politie, scheiding of wat dan ook.

*"Toen is mijn zus langs geweest en die zei, als het nog één keer gebeurt laat ik gewoon de politie langskomen, de brandweer, het kan me niet schelen" (Frans).*

*"Toen zei m'n vrouw of je gaat er wat aan doen of we gaan scheiden" (Willem).*

*In het ziekenhuis kwam ik nie weg want d'r woaren kleren kwijt en nou goed toen*

*ik eindelijk munne kleren had stond de taxi en ging ik naar St Oedenrode waar ik een opname kreeg (Hans).*

De verslaafden zijn ook gevraagd over de mogelijkheid van een gedwongen opname om hun patroon van drinken te doorbreken. Drie van hen denken dat het dreigen of werkelijk uitvoeren van deze maatregel hen geholpen zou kunnen helpen. Vier van hen wijst deze vorm van drang en dwang af.

*"Ik weet niet hoe ik gereageerd zou hebben als iemand me gedwongen zou laten opnemen. Er zijn drie mogelijkheden. Ten eerste: dat gaat jou niet aan en ik verdwijn van het adres en wordt onvindbaar. Tweede mogelijkheid: goed als je dat persé wilt doe ik dat maar ik word een deelnemer die de procedure zoveel mogelijk probeert te torpederen. Een derde mogelijkheid is : hè eindelijk het is afgelopen, in ieder geval voorlopig. Hoe ik gereageerd zou hebben? ik denk waarschijnlijk de laatste.*

### **Gewoon praten (met iemand die hetzelfde heeft mee gemaakt)**

Alle verslaafden benoemen meerdere keren dat praten erg belangrijk is. Je verhaal kwijt kunnen aan iemand, gewoon wat kletsen wordt op prijs gesteld.

*"Ik was heel geïsoleerd, ik praatte alleen als ik had gezopen in de kroeg, ik wilde graag vertellen hoe het was gekomen"( Frans). Goeie gesprekken kunnen zijn da ge een stukske last van oe af kunt proaten, da scheelt al heul veul. Als ge nooit mè iemand kunt praten dan kunt ge het nie kwijt (Hans). Praten zorgt voor lichtpuntjes (Bert).*

Je verhaal kwijt kunnen aan iemand die hetzelfde heeft meegemaakt, wordt door alle verslaafden belangrijk gevonden. Mensen met dezelfde ervaringen begrijpen immers veel beter hoe het precies zit.

*"Het is belangrijk dat je ziet dat je nog iemand kent zoals ik. Toen ik opgenomen was kwam ik meer mensen tegen zoals ik, maar daarvoor dacht ik dat ik de enige was"*

*(Frans). Samen een stukske proaten maar da moedde wel mé iemand die da ok heeft mee gemaakt, da gaat nie mé iemand die da nie heeft meegemaakt (Hans). Als je met een groep gelijkgestemden was, met deze mensen kwam je tot hele goede gesprekken" (Bert).*

### **Praktische hulp**

Alle geïnterviewden vinden ondersteuning bij praktische zaken belangrijk.

Hieronder wordt hulp bij financiën, vervuiling, daginvulling/ werk en hulp bij een tijdelijk onderkomen verstaan.

Een smerig huis waar je niemand kunt ontvangen, allerlei brieven van incassobureau's en uiteindelijk je woning kwijtraken zorgen voor de nodige stress.

*"Niet alleen maar met drank bezig zijn want daar krijg ik alleen maar dorst van. Eigenlijk de bouwstenen van het leven hoeven niet op en top te zijn maar meer en meer van hetzelfde level zodat je niet het ene hoeft op te beuren met het andere" (Erik). Bijna alle ondervraagden hadden problemen met financiën. "Ik zoop alles op, kwam altijd tekort, kreeg allerlei aanslagen. Dat is een enorme stress iedere keer" (Frans). " De rekeningen bleven zich maar opstapelen, zodat je niet meer weet waar je moet beginnen" (Erik).*

Bijna iedereen had te maken met vervuiling of rommel waardoor er geen bezoek meer uitgenodigd kon worden. Frans geeft aan dat het met enige humor bespreekbaar gemaakt kan worden: *"Als je bij mij was binnengekomen dan had je een puinhoop gezien. Wanneer je dan zou zeggen: " goh gezellig, een beetje rommelig hier" dan was ik in de lach geschoten. Een beetje rommelig? Het is hier gewoon een puinhoop.*

*Bij vervuiling is het belangrijk om een eerste begin te maken en te werken in kleine haalbare stappen. Deze week het aanrecht schoonmaken en volgende week nieuwe afspraken maken".*

Een aantal verslaafden erkent dat het ontbreken van activiteiten het drinken heeft vergroot. Anderen brengen dit in verband met teveel vrijheid zoals Frans.

*"Het was iets te veel want ik kon gaan zuipen wanneer ik wou en gaan werken wanneer ik wou. 's Nachts op de weg want dan kon je je eigen uren maken.*

### **Laagdrempelige opvang**

Alle verslaafden geven aan dat ze momenten hadden waarop ze verlangden naar een onderkomen met een schoon bed, een douche, goed eten en drinken .

*"Voor zo'n opname zou je me stimuleren door te zeggen dat er schone lakens zijn, goed te eten, een goed gevulde koelkast. Je moet iets te bieden hebben want alleen met praten kom ik niet verder"(Frans).*

*"Van die straat af, ge kunt een paar dagen hier blijven en de derde dag naaide dur uit totdat ge een keer de smaak te pakken het. Het inleveren van oer vrijheid, het zich moeten aanpassen aan regels en structuren bij anderen kost echter de nodige moeite. Het liefste had ik wat koffie of wa te eten want bij onderdak had ik weer verplichtingen, liever geen verplichtingen"(Hans).*

Hans heeft als suggestie dat er een inloop moet komen voor alcoholverslaafden.

Een laagdrempelige opvang waar mensen aandacht, eten en een warm bed krijgen: *"moar nie te veul in de watten worden gelegd. Opvang regelen voor al die mensen en een paar uurkes per dag over oer problemen proaten, een stukske verwerking binnen de opvang. Een inloop maken woar ge wel een borreltje mag vatten, wel met mate natuurlijk, moar wel bij de les zijn en genoeg vitamine. Moar ok nie te veul want dan goan ze het als een vakantie-oord zien. Nee ge moet het gewoon simpel houwen net als hier, een bietje proaten en meer vertrouwen in mensen proberen te krijgen".*

### **Clíentgerichte zorg**

Bijna iedereen heeft geruime ervaring met diverse hulpverlenende instanties. Er is hen de vraag gesteld wat ze zouden doen wanneer ze zelf directeur van een instelling zouden zijn.

Willem zou zich richten op de visie van de verslavingszorg. Een visie die verslaving ziet als een ongeneeslijke ziekte.

*"Er wordt in de professionele hulpverlening veel aandacht besteed aan gedragsveranderingen en therapieën en daar los je volgens ons het hele verslavingsprobleem niet mee op, als het überhaupt op te lossen is. Verslaving zien wij als een ziekte die wel te herstellen is maar niet te genezen. Het moeilijkste van een verslaving is niet om van die verslaving af te komen, dat lukt meestal wel maar om een nuchter leven te leiden. Als je lang verslaafd bent, treedt er een deformatie op in je karakter. Als je stopt, duurt het best een tijd voordat je dat nuchtere leven te pakken hebt" (Willem).*

De verslavingszorg is volgens Bert en Willem teveel bezig met de organisatie waardoor er minder aandacht is voor de cliënt. Aandacht die door wachtlijsten nog meer in het geding komt.

*"Waar een cliënt nou nadrukkelijk beter van wordt, is niet waar het management binnen de verslavingszorg mee bezig is. Die is met de organisatie bezig, de verschillende nota's waar de cliënt verder niet in voorkomt behalve als lijdend voorwerp" (Bert).*

*"Op bepaalde afdelingen moeten zelfs de praktikanten nog bij de overdracht zitten om met een wetenschappelijk gezicht uit te maken wat er allemaal gebeurt is in de nacht waarin iedereen geslapen heeft. Dit soort vergaderculturen, nou daar word je gewoon kotsmisselijk van als je er naar kijkt. Laten ze op die afdeling rondlopen dan weten ze tenminste wat er gebeurt"(Bert).*

*"De klacht van mensen die ik hoor is dat ze het idee hebben dat er veel aandacht is voor allerlei programma's en dat de cliënten aandacht tekort komen. Dat hoor ik als een rode draad, dat hoor ik veel. Het middel moet niet belangrijker worden dan het doel" (Willem).*

*“Je krijgt een intake en dan wordt je ingedeeld. Ik hoor wel verhalen van mensen die in augustus komen en tot december op de wachtlijst staan. Radicaal verkeerd want een verslaafde die gaat bellen moet je gelijk pakken”. (Willem).*

Erik zegt iets over zijn beeld van hulpverleningsinstanties. *“De drempel is hoog doordat je geen idee hebt wat er achter de deuren van kantoren allemaal afspeelt.*

*Aan een slagerij zie je aan de buitenkant wat er te koop is, hier zie je niet wat je krijgt. Mensen weten de weg niet en durven niet. Ze weten niet wat er te koop is”.*

## **Conclusies**

Alcoholverslaafden vragen vaak niet om hulp, de onzekerheid en schaamte is groot om een gebouw met hulpverleners binnen te stappen. Het zijn niet de voorbeeldige cliënten met prachtig geformuleerde hulpvragen. Vaak zijn het vragen die in eerste instantie weinig met de verslaving te maken hebben. *“Ik wil niet scheiden van mijn vrouw, ik wil mijn baan en huis niet kwijtraken of ik kan dingen niet meer onthouden”.*

Wat heeft je geholpen? De uitkomsten lijken op het eerste gezicht voor de hand liggend maar gezien de praktijk is dit niet vanzelfsprekend. ‘Gewoon praten’ past moeilijk in de huidige trend van geprotocolleerde cognitieve gesprekken. ‘Gewoon praten’ maakte het mogelijk dat zeven personen hun verhaal vertelden tijdens de interviews. Alcoholverslaafden zijn gedeeltes van hun levensverhaal kwijt. Het vertellen en herhalen van hun verhalen geeft een stuk verwerking en herconstrueert hun leven (narratieve therapie).

Volgens de geïnterviewden besteden organisaties teveel tijd aan andere dingen dan direct contact met een cliënt. Hulpverleners zijn veel tijd kwijt met het volgen van richtlijnen, protocollen en het registreren, rapporteren en vergaderen. De verslaafden geven aan dat ze behoefte hebben aan *kameraadschappelijke, betrokken, positieve, vriendschappelijke hulpverleners die iets van zichzelf laten zien*. Hulpverleners die niet alleen een gesprek hebben op afspraak maar ook eens tussentijds bellen hoe het met iemand gaat. Hulpverleners die je gemakkelijk kunt bereiken. Hulpverleners die naast praten ook praktische hulp geven. Hulpverleners die op een gegeven moment zeggen nou is het genoeg en voor alcoholverslaafden een opname regelen.

Gezien de ervaringen vanuit de interviews is het belangrijk om cliëntenorganisaties bij de verslavingszorg te betrekken goed met hen samen te werken. Hun ervaringen helpen het inzicht van hulpverleners te vergroten waardoor men beter aansluit bij de belevingswereld van de alcoholverslaafde. Uiteindelijk zou dit voor langdurige alcoholverslaafden moeten leiden tot een meer laagdrempelige, eenvoudiger en direct betrokken zorg .

De namen van betrokkenen zijn in dit artikel om reden van privacy veranderd.

---

## **Bronvermelding**

- Lohuis, G., Schilperoort, R.&Schout, G. (2002) Van bemoei- naar groeizorg, Wolters Noordhoff: Groningen/ Houten.
- Jong, de A., Vandenbroele, van H., Glorieux, M., Maesschalck, de L., Visser, M., (2001) Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs, Elsevier gezondheidszorg, Maarssen.
- Met dank aan Hans, Erik, Bert, Jan, Willem, Bart en Frans die bereid waren mij te woord te staan en mij de mogelijkheid gaven dit artikel te schrijven.

## Reactie op het artikel 'Wat heeft je geholpen'

**Peter Braem**

Er zijn in de loop der tijd verschillende antwoorden geformuleerd op de vraag wat een verslaafde helpt om van zijn verslaving af te komen. Nog niet zo lang geleden ging men er van uit dat het begrip 'motivatie' hierbij een centrale rol speelde. De verslaving werd gezien als aangeleerd gedrag en het succes van de behandeling was afhankelijk van de motivatie van de cliënt. Tegenwoordig is er een sterke tendens om verslaving te beschouwen als een psychiatrische ziekte. De patiënt is, vanuit genetische aanleg gezien, meer of minder vatbaar voor verslaving. Natuurlijk spelen persoonlijke- en omgevingsfactoren een rol; "c'est le grain, et le terrain".

Stoppen met drinken hangt van veel factoren af; Hoe lang drinkt iemand al? Hoeveel drinkt hij? Hoe gevoelig is een persoon om verslaafd te worden? Is er sprake van comorbiditeit? Hoe is zijn sociaal-maatschappelijke positie? En zo meer. De eigenschappen van een hulpverlener zijn, zoals de geïnterviewden benadrukken, natuurlijk belangrijk, maar enige relativering is op zijn plaats; De professionele hulp is één van de variabelen die invloed heeft op het al dan niet stoppen met drinken.

Kisjes benoemt dat zes van de zeven geïnterviewden al langere tijd met drinken gestopt zijn. Ik vraag mij af in hoeverre dit met de in het artikel genoemde factoren, zoals attitude van de hulpverlener, het stellen van grenzen en laagdrempelige opvang, te maken heeft. Het artikel leert ons in die zin helaas niets over hoe het deze alcoholisten gelukt is hun alcoholgebruik te staken.

In de bemoeizorg is stoppen met drinken voor de verslaafden geen realistisch behandeldoel. Althans: zolang zij nog zwerven of thuis wonen. Dan heeft het aanpakken van sociaal-maatschappelijke problematiek zoals het regelen van huisvesting of behoud hiervan, tegengaan van vervuiling of de vaak ernstige financiële problematiek prioriteit; Met een juiste, grenzenstellende attitude van een hulpverlener en laagdrempelige opvang zoals de verslaafden van Kisjes graag zien, zijn hun wezenlijke, diepgaande problemen niet verholpen. Hiertoe zijn ook andere zaken van belang. Om er enkele te noemen: meewerkende schuldeisers, flexibele woningstichtingen, voldoende klinische opvangmogelijkheden, eindeloos veel geduld van patient, diens sociale omgeving en hulpverlener, en kundigheid en creativiteit bij de hulpverleners. Om deze patienten, duidelijk te onderscheiden van patiënten die zelf de keuze maken iets aan hun middelen- of alcoholgebruik te gaan doen en die zich in betere sociaal-maatschappelijke omstandigheden bevinden, daadwerkelijk te helpen met het doorbreken van hun verslaving is een klinische opname, al dan niet onder dwang, vaak de enige oplossing.

Uit de antwoorden van de geïnterviewden valt geen algemene uitspraak, over hoe een alcoholverslaafde van zijn verslaving afkomt, te herleiden. Wel geven de geïnterviewden weer hoe zij graag door een hulpverlener benaderd worden. De omschrijving hiervan bevestigt dat de attitude, zoals wij die kennen uit de bemoeizorg, zinvol is bij de behandeling van ernstig verslaafden die zich in een marginale sociaal-maatschappelijke toestand bevinden.

In de verslavingszorg ontwikkelt zich langzamerhand bemoeizorg en casemanagement. Het besef is gegroeid dat een pro-actieve houding van hulpverleners ten opzichte van deze, zich in ernstig problematische omstandigheden bevindende patiënten, gewenst is. Waar nog niet zolang geleden patiënten die niet op kwamen dagen werden uitgeschreven, worden deze nu actief benaderd om te pogen hen de nodige zorg te verschaffen. Het besef dat het de patiënten die verslaafd zijn aan middelen en die telkens weer terugvallen in

gebruik niet zozeer ontbreekt aan motivatie, maar dat genetische factoren die een bepaalde gevoeligheid voor verslaving veroorzaken een evidente rol spelen, is bij deze veranderende visie omtrent de behandeling van verslaving van groot belang geweest.

Herm Kisjes zegt niet zozeer iets over de behandeling van verslaving als wel over de houding die een hulpverlener zich eigen moet maken om hierin succesvol te zijn. Hij illustreert met zijn artikel het belang van bemoeizorg in de verslavingszorg.