
MEDIAAN

Jeugdigen en middelenmisbruik in de jeugd GGZ

Dax Groenland, afstudeerartikel MGZ-GGZ Amsterdam, juni 2006. Dax is als SPV werkzaam bij de GGZ Westfriesland.

Inleiding

Tijdens mijn opleiding tot Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV) heb ik stage gelopen op een afdeling jeugd binnen een GGZ instelling.

Gedurende deze stage heb ik in de media (kranten) regelmatig gelezen over middelenmisbruik bij jeugdigen. Er zou heel veel gebruikt worden, in grote hoeveelheden en met significante problematiek voor de volksgezondheid en jeugdgezondheid (Nederlands Dagblad, 2005).

Navraag bij een verslavingszorginstelling leerde mij dat zij weinig aanmeldingen van de afdeling jeugd krijgen en geen jongerenafdeling hebben.

Voorgaande prikkelde mij om een artikel te schrijven als eindopdracht voor de opleiding SPV over middelenmisbruik bij jeugdigen in zorg binnen de GGZ. Voor dit artikel wilde ik globaal onderzoeken hoe groot het probleem van middelenmisbruik bij jongeren is, die onder behandeling zijn van de jeugd GGZ. Hiernaast wilde ik onderzoeken welke screening methoden er zijn om middelenmisbruik te diagnosticeren. Tevens wilde ik collega's een hulpmiddel aanreiken waarmee zij jeugdigen snel kunnen screenen op middelenmisbruik. Met dit artikel wil ik bereiken dat collega's en medestudenten aandacht krijgen voor middelengebruik en misbruik bij jeugdigen in de GGZ en de potentiële gevaren voor het heden en de toekomst bij de behandeling van jeugdigen.

Eerst geef ik een korte beschrijving over de jeugd GGZ, hierna ga ik het thema middelengebruik en misbruik verder uitdiepen. Verder zal ik bespreken welke risicogroepen en risicofactoren er zijn ten aanzien van middelenmisbruik en het belang van screening.

Vervolgens zal ik globaal iets vertellen over methoden om middelenmisbruik te screenen en een aanbeveling hierover doen. Ik zal dit artikel beëindigen met conclusies en verdere aanbevelingen voor de SPV.

Doelgroep

De jongeren bedoeld in dit artikel zijn jeugdigen (jongens en meisjes) van 10 tot 18 jaar. Ik heb deze leeftijd gekozen omdat uit onderzoek blijkt dat op 10 jarige leeftijd het eerste gebruik al kan optreden (Nationale Drugmonitor, 2004). De bovengrens (18 jaar) heb ik genomen omdat dat de leeftijdsgrens is die gehanteerd wordt binnen de jeugd GGZ.

De jongeren waar mijn artikel zich op richt zijn cliënten van de ambulante jeugd GGZ, een onderdeel van de Geestelijke Gezondheidszorg.

Voorkomende psychiatrische ziektebeelden zijn onder andere ADHD, autisme spectrum stoornissen, depressie, psychose, beginnende as II persoonlijkheidsstoornissen en oppositionele gedragsstoornissen. De jongeren in zorg binnen de GGZ zijn vaak kwetsbare en op meerdere levens- gebieden vastlopen (school, sociale contacten, gezin).

Middelengebruik

In dit artikel bedoel ik met middelengebruik alle middelen die een bewustzijnsverandering tot gevolg hebben. Middelengebruik is heel gebruikelijk

bij jongeren in de puberteit en adolescentie. Het drinken van alcohol, roken en het gebruik van cannabis is voor veel jongeren een symbool van de overgang naar de volwassenheid. Ter Bogt et al., (2003) zeggen hierover het volgende: Ondanks het feit dat deze middelen schade kunnen opleveren voor de gezondheid, gebruiken grote groepen jongeren alcohol, sigaretten en cannabis. Zij roken of drinken niet alleen omdat consumptie van deze genotmiddelen op zich aangenaam kan zijn, maar ook om een nieuwe positie in het leven te markeren.

De adolescentie is op velerlei terreinen een experimenteerperiode. Een van de zaken die jongeren moeten leren, is op min of meer verantwoorde wijze om te gaan met onder andere genotmiddelen. Overigens slaagt de overgrote meerderheid daarin. Excessief alcohol-, sigaretten- en drugsgebruik blijft beperkt tot een kleine minderheid. De meeste jongeren voegen zich in hun gebruik naar wat als 'normaal' gezien wordt binnen hun sociale groep (vrienden, familie, schoolgenoten). Dat wordt in de verslavingszorg 'sociaal gebruiken' of recreatief gebruiken genoemd (Jellinek jeugdnet, 2005). De consumptie van deze middelen is niet in alle opzichten schadelijk. Jongeren die roken en drinken (en daarin een zekere maat aan de dag leggen) zijn sociaal beter geïntegreerd dan zij die niets of bovenmatig consumeren. Genotmiddelen horen onlosmakelijk bij het sociale leven van de jeugd (Ter Bogt et al., 2003).

Dat middelengebruik normaal is blijkt ook uit verschillende onderzoeken. In onderstaande tabel staan een aantal cijfers om middelengebruik in de totale populatie jeugdigen inzichtelijk te maken.

Tabel 1: Percentage druggebruikers in het voortgezet onderwijs (12 tot 19 jaar) in 1999 (6) landelijk gemeten.

Drug	Ooit gebruikt (%)		Actueel gebruik ^a (%)	
	jongens	meisjes	jongens	meisjes
Cannabis	23,4	15,8	12,4	6,5
XTC	4,7	2,8	2,1	0,7
Cocaine	4,0	1,7	1,8	0,5
Amfetamine	3,8	1,7	1,3	0,7
paddo's ^b	5,4	2,3	1,8	0,5
Heroïne	1,0	0,6	0,5	0,2
enige harddrug ^c	6,8	3,9	3,0	1,3

a Gebruik in laatste maand voorafgaand aan de peiling

b Hallucinogene paddestoelen

c Cocaine, amfetamine, XTC of heroïne

Alcohol

In een onderzoek uit 2002 onder 7556 Nederlandse scholieren in de leeftijd van 11 tot en met 17 jaar komt naar voren, dat van de 16-17-jarigen 71,2 % van de jongens en bijna 58,6% van de meisjes maandelijks ten minste een keer alcohol gedronken heeft (Ter Bogt et al., 2003).

Het alcoholgebruik onder scholieren is tussen 1999 en 2003 toegenomen, met name onder jonge meisjes tussen de 12 en 14 jaar (Nationale Drug Monitor, 2004).

Vanaf 14 jaar is tenminste de helft van de jongeren een keer dronken geweest (De Zwart et al., 2000).

Duidelijk is te zien dat het percentage jongens dat middelen gebruikt een stuk hoger is dan het percentage meisjes.

Zoals hiervoor genoemd is het gebruik van middelen normaal in de adolescentie. Het gevaar is dat adolescenten veel willen proberen en ook snel kunnen doorschieten in gebruik en de hoeveelheden die gebruikt worden (Dom & Bogaerts, 2004).

Stadia van gebruik

Het eerste gebruik van een middel leidt niet direct tot middelenmisbruik of een verslaving.

Er zijn een aantal stadia van gebruik te herkennen (Jellinek Jeugdnet, 2005):

- 1) Het stadium kennis maken spreekt voor zich. Een jongere komt voor het eerst in aanraking met een middel en gaat het voor de eerste keer gebruiken.
- 2) In het stadium recreatief gebruik leggen jongeren grenzen ten aanzien van het gebruik. De basis voor deze grenzen ligt in de eigen ervaring, informatie uit de media of school, vrienden en ouders. Dit stadium kan overgaan in gewoonte of functioneel gebruik.
- 3) Bij gewoonte of functioneel middelengebruik is er sprake van riskant gebruik. Typisch voor dit stadium is dat het middel gebruikt wordt om lastige situaties te ontvluchten en dat de prettige effecten van het middel aan kan zetten tot meer gebruik.
- 4) Het volgende stadium is excessief gebruik. Dit wordt gekenmerkt doordat de jongere vanuit functioneel oogpunt of gewoonte, langdurig en veel gaat gebruiken met negatief effect op andere levensgebieden
- 5) Het laatste stadium is verslaving. Het middel heeft nu de overhand in het leven. Alles draait om het middel. De jongere beseft dat het gebruik hem grote problemen oplevert maar dat hij/ zij er niet toe in staat is het gebruik, zonder ingrijpen van buitenaf, onder controle te krijgen.

Zoals gezegd beginnen jongeren hun middelengebruik met een kennismaking met het middel en de keuze ga ik het wel of niet gebruiken. Om dit te kunnen is een zekere mate van 'gezondheid' nodig om kritisch te kunnen kijken naar het eigen gedrag, het gebruik en de voor en nadelen van gebruik. Kritisch houdt in, telkens de voor en nadelen van het gebruik afwegen en besluiten ga ik verder met gebruik van het middel en welke hoeveelheid gebruik ik. Bij cliënten binnen de GGZ jeugd met psychiatrische aandoeningen kan deze kritische blik verstoord zijn. Zij zouden bijvoorbeeld veel baat kunnen hebben van een bepaald middel doordat het gebruik de last van hun psychiatrische aandoening vermindert, waardoor ze minder kritisch worden voor de gevolgen van het gebruik. In het Nemesis onderzoek (Vollebergh et al., 2003) staat hiervoor de volgende aanwijzing beschreven: *Jeugdtrauma's kunnen leiden tot middelenmisbruik als zelfmedicatie. Gevoelens en herinneringen kunnen zo sterk zijn dat mensen manieren zoeken om die gedachten, al is het maar voor even, kwijt te zijn: ze vluchten in alcohol, drugs, of vreetbuien.*

Zelfmedicatie is vaak een belangrijke factor rond middelenmisbruik. Jeugdigen zijn vaak jong begonnen met middelengebruik om problemen toe te dekken (Jellinek Jeugdnet, 2006).

Middelenmisbruik

Volgens Gunning (2001) is het bij jongeren geen handige benadering om de DSM-IV te gebruiken om na te gaan of er sprake is van misbruik of afhankelijkheid. Zij gebruiken vaak verschillende middelen tegelijk en onderscheid maken is dan niet mogelijk per middel. Vaak gebruikte combinaties zijn bijvoorbeeld alcohol en cannabis. Hij stelt dat, op basis van een onderzoek (Harrison et al., 1999) het beter is de criteria van afhankelijkheid en misbruik te combineren in een schaal. De schaal bestaat dan uit 11 criteria waarop gescoord kan worden. Een of twee criteria wijst op misbruik, drie of vier op ernstig misbruik met kans op afhankelijkheid en vijf of meer staat voor afhankelijkheid.

Tabel 2: DSM IV criteria voor misbruik/afhankelijkheid van middelen bij jeugdigen

1	Tolerantie
2	Onthoudingsverschijnselen
3	Meer gebruik dan de bedoeling was
4	Wens of pogingen om het gebruik te minderen (controleverlies)
5	Groot deel van de tijd besteed aan het verkrijgen,gebruiken of herstellen van de effecten.
6	Belangrijke bezigheden opgeven vanwege gebruik
7	Middel wordt gecontinueerd ondanks gezondheidsproblemen door het middel
8	Het lukt niet meer om aan verplichtingen te voldoen door herhaaldelijk gebruik
9	Gebruik in fysiek gevaarlijke situaties
10	Herhaaldelijk justitiecontacten in samenhang met gebruik
11	Gebruik ondanks de problemen die het geeft op sociaal intermenselijk terrein

Prevalentie van middelenmisbruik

De cijfers die te vinden zijn, komen van verslavingszorginstellingen en de jongeren die daar genoemd worden zijn in zorg bij die instellingen. Andere onderzoeken hebben het gebruik van middelen onderzocht maar zeggen niets over middelenmisbruik.

Hoe groot de prevalentie is van middelenmisbruik onder jongeren binnen de algemene bevolking in Nederland, in termen van DSM, is onbekend.

De hierna volgende tabel geeft een overzicht van het percentage cliënten tussen de 12 en 17 jaar binnen ambulante verslavingszorginstellingen van het totaal aan cliënten in zorg binnen die instellingen (Nationale Drugmonitor, 2004):

Tabel 3: percentage jeugdigen binnen ambulante verslavingszorginstellingen

alcohol	cannabis	Cocaine	XTC/ amfetamine	Heroïne
1 %	14 %	3%	onbekend	onbekend

De prevalentie van middelenmisbruik onder jongeren in behandeling binnen de GGZ is onduidelijk.

De prevalentie van middelenmisbruik bij volwassenen met een psychiatrische stoornis is wel bekend. In het Nemesis onderzoek (Vollebergh et al., 2003) wordt gezegd dat ongeveer 25% van de respondenten met een middelenstoornis in het afgelopen jaar daarnaast een andere stoornis had. Dit geldt dan voor de bevolking boven de 18 jaar. In het onderzoek 'Resultaten Scoren' wordt op basis van een Amerikaans onderzoek gevonden dat 16% van de algemene bevolking te kampen heeft met middelenmisbruik of afhankelijkheid en voor mensen met een psychiatrische stoornis is dit 29%.

In een ander onderzoek wordt beschreven dat een hoog percentage druggebruikers te maken heeft gehad met ernstige gezinsproblemen in hun kindertijd en jeugd. Zeventig procent heeft leer- en gedragsproblemen op school gehad, terwijl 38% gepest werd en 21% tijdens de kindertijd of adolescentie in psychiatrische behandeling was geweest. Vrouwelijke druggebruikers met een psychiatrische co-morbiditeit zijn vaak slachtoffer geweest van traumatisch seksueel misbruik (Vollebergh et al., 2003).

Risico's van middelenmisbruik en de invloed op psychiatrische stoornissen

In de literatuur worden een aantal gevaren en invloeden van middelenmisbruik beschreven.

Middelenmisbruik heeft invloed op de ontwikkeling van de persoonlijkheid. Er kan een ontwikkelingsachterstand ontstaan. Door veel middelengebruik worden de emoties verdoofd waar adolescenten mee om moeten leren gaan. Door emoties niet te voelen leren zij onvoldoende bepaalde situaties die emoties oproepen te hanteren. Zij leren niet het probleem oplossen maar de emotie (Jellinek Jeugdnet, 2005). Hiernaast geeft de combinatie middelenmisbruik en een psychiatrische stoornis een groter risico op suicide. Gebruik op jonge leeftijd geeft een grote kans om op latere leeftijd verslaafd te raken aan middelen.

Daarnaast is er bij 55% van de jongeren in penitentiaire inrichtingen sprake van middelenmisbruik of verslaving (Kelly et al., 2004; Dom & Bogaerts, 2004; Vreugdehil, 2004).

Tevens is in de volwassenenzorg bekend dat voor dubbele diagnose problematiek geldt dat de psychiatrische aandoening en het middelengebruik (of andersom) elkaar negatief beïnvloeden. Hoe ernstiger het gebruik en/of de psychiatrische ziekte hoe slechter de prognose.

Ook kan het gebruik van middelen naast voorgeschreven medicatie een gevaarlijke werking hebben. Bekend is bijvoorbeeld dat gebruik van amfetamineachtige middelen naast een ssri (selective serotonine heropname remmers) een serotonine vergiftiging op kan leveren. Ook kan blowen naast het gebruik van antidepressiva de werking van de medicatie verminderen en depressieve en angstgevoelens juist oproepen en tot slot kan langdurig gebruik van een middel leiden tot psychische problemen (Rigter, 2004; Drugsinfoteam De Brijder).

Samenvattend kan gesteld worden dat middelenmisbruik negatieve consequenties kan hebben voor de ontwikkeling en het functioneren van de jeugdige. Dit kan een goede behandeling binnen de GGZ negatief beïnvloeden en rechtvaardigt mijns inziens de aandacht voor middelenmisbruik.

Psychiatrische stoornissen met meer risico op middelenmisbruik en risicofactoren

Uit onderzoeken blijkt dat het hebben van een psychiatrische stoornis een belangrijk risico vormt voor middelenmisbruik. Hiernaast worden belangrijke andere risicofactoren genoemd die tevens een verhoogd risico geven op middelenmisbruik.

Risicofactoren voor middelenmisbruik

- Defiant peers (criminele/sociaal afwijkende sociale voorbeelden) en bepaalde karakteristieken van de gezin/familieomgeving zoals voorbeeldgedrag van de ouders (middelengebruik van de ouders), geen grenzen stellen t.a.v. middelengebruik, het pedagogische klimaat, mishandeling en misbruik (Silberg et al., 2003).
- Kinderen die in hoge mate externaliserend gedrag en gedragstoornissen vertonen (Dom & Bogaerts, 2004; Gunning, 2001).
- Sommige bevolkingsgroepen zoals leerlingen van speciale scholen, spijbelaars, gedetineerden, dak- en thuislozen of anderszins kwetsbare en gemarginaliseerde mensen (Nationale Drug Monitor, 2004).

Psychiatrische stoornissen met een verhoogd risico

- ADHD, vaak in combinatie met een antisociale persoonlijkheidsstoornis, circa 25 % van de jeugdigen ontwikkelt alcohol of drugsmisbruik (Gunning, 2001; Van de Glind, 2001).
- Een antisociale persoonlijkheidsstoornis gaat meestal vooraf aan verslavingsproblemen (Gunning, 2001).

- Depressies ontstaan vaak voorafgaande aan of tijdens middelengebruik en de kans op suicide neemt toe (ibid; Van de Glind, 2001).
- Sociaal-fobische klachten en post-traumatische stressstoornis (Gunning, 2001; Vollebergh et al, 2003).
- Paniekaanvallen en angstklachten (Gunning, 2001).
- Boulimia nervosa (ibid; Vollebergh et al, 2003).
- Schizofrenie/ psychotische stoornis (Gunning, 2001).
- Leerstoornissen en taalontwikkelingsstoornissen (ibid).
- Conduct disorder(CD), oppositioneel opstandige gedragsstoornis(ODD) (Silberg et al., 2003; Van de Glind, 2001).

Clëntenorganisaties

Bij een aantal cliëntenorganisaties heb ik navraag gedaan naar signalen betreffende middelenmisbruik bij jeugdigen. De gedachte heerst daar dat ouders zich niet melden omdat zij de hoop hebben dat het gebruik van hun kinderen zal verminderen of stoppen (LSOVD).

Conclusie betreffende de cijfers

De gediagnosticeerde groep jongeren binnen de jeugd GGZ met middelenmisbruik lijkt te bestaan uit een kleine groep.

Binnen verslavingszorg instellingen is een groep jeugdige cliënten aanwezig. Vanuit een onderzoek wordt duidelijk dat een deel van de volwassen gebruikers op jeugdige leeftijd in zorg was bij de GGZ (Europees Waarnemingscentrum, 2004).

Wat in de volwassenenzorg aangetoond is, is dat een groot aantal middelenmisbruikers er een psychiatrische stoornis naast hebben (comorbiditeit). Opvallend is dat het verschil tussen de percentages aan 'dubbele diagnose' in de volwassenenzorg en de jeugd GGZ erg groot is.

Geconcludeerd kan worden dat prevalentie van jeugdige GGZ patiënten die middelen misbruiken niet bekend is.

Screeningsmethoden tijdens de intake

Het gaat bij een screeningsinstrument voor middelenmisbruik om het detecteren van relevant middelengebruik. Het gaat erom te onderzoeken of het waarschijnlijk is dat het middelengebruik van invloed is op het beloop van de psychiatrische behandeling en op de prognose van de behandeling (Parnassia, 2003).

De GGZ instellingen die ik bevraagd heb gebruiken geen screener om te onderzoeken of een jongere mogelijk middelen misbruikt. Bij instellingen wordt in de intakefase gevraagd naar middelengebruik (gebruik je alcohol, drugs of rookwaar). Wanneer hierop bevestigend wordt geantwoord, wordt daar verder op door gevraagd. Bijvoorbeeld hoeveel wordt er gebruikt en wanneer. Goed uitvragen en interpreteren heeft dan te maken met de ervaring van de betreffende intaker.

Bij het zoeken naar screeningsmethoden heb ik me beperkt tot de methoden die te gebruiken zijn tijdens een algemene intake binnen de jeugd GGZ. Ik vond het van belang dat de screeningsmethode weinig tijd mag gebruiken en toch een goede indicatie geeft voor mogelijk middelenmisbruik.

In 'dubbele diagnose, dubbele hulp' (Parnassia, 2003) zijn verschillende screeningsinstrumenten onderzocht die gebruikt worden in de volwassenenzorg. In dit onderzoek wordt de screener CAGE AID (Cutting down, Annoyance resulting from criticism, Guilt feeling, Eye opener Adapted to Include Drugs) als goed werkbaar en betrouwbaar gezien voor cliënten binnen de volwassenenzorg met ernstige psychopathologie en middelengebruik.

Zij benoemen naast de screener ook een 'index of suspicion' van problemen die voor kunnen komen en een aanwijzing kunnen vormen.

Het Jellinek Centrum heeft een screener voor middelengebruik bij jeugdigen ontwikkeld genaamd: 'Korte screening alcohol en drugs' (2004). Doel van deze screener is tijdens de observatieperiode een eerste inschatting maken van de ernst van het middelengebruik.

Het is een gestructureerde vragenlijst die bestaat uit twee delen. Het eerste deel is een middelenmatrix en het tweede deel een afhankelijkheidsindicatie.

In het interview met een jongere wordt als eerste het middelengebruik per middel uitgevraagd en krijgt de hulpverlener overzicht in de gebruikte middelen, startleeftijd en de hoeveelheid. De hulpverlener vult dit in, in de matrix. Hierna volgt de afhankelijkheidsindex die de afhankelijkheid meet. De vragen zijn: 'ben je meer gaan gebruiken sinds je eerste keer', 'wel eens gedacht of geprobeerd te minderen', 'wel eens in de problemen gekomen door middelengebruik'. Indien in de afhankelijkheidsindicatie een ja komt te staan is er een indicatie voor afhankelijkheid.

Van de door mij onderzochte screeners, is de screener van het Jellinek Centrum de enige specifiek voor jeugdigen.

In de volwassenenzorg is een protocol voor de intake ontwikkeld t.a.v. middelenmisbruik en een psychiatrische stoornis. In deze methode is een middelenscreener standaard bij een intake

De voordelen van standaard gebruik van een middelen screener bij de intake in de jeugd GGZ, is dat de intaker duidelijk zicht krijgt op het gebruik van middelen (ook als het geen probleem is) bij alle jeugdigen, en het geen vergeten onderwerp kan zijn. Het opent de dialoog over middelengebruik met de jeugdige maar ook binnen de instelling. Ook kan gemeten worden hoeveel jeugdigen middelen misbruiken zodat duidelijk wordt hoe groot het probleem binnen de GGZ is. Hiernaast kan de behandelaar zien of het psychiatrische probleem mogelijk nadelig beïnvloed zou kunnen worden door het gebruik van middelen bij de jeugdige.

De behandelaar kan beleid maken en een verwijzing naar de verslavingszorg doen. Hierbij gaat de behandelaar van de GGZ samenwerking aan met de verslavingszorg (Parnassia, 2003).

Ik wil er nog aan toevoegen dat het belangrijk is, ook in het kader van de anamnese, aan de ouders/verzorgers en school te vragen naar aanwijzingen voor middelenmisbruik om een compleet plaatje te krijgen. Jeugdigen kunnen het gebruik van een middel nog experimenteel en geen probleem vinden, terwijl ouders of school zich al veel zorgen maken i.v.m. bijvoorbeeld slechte cijfers, gedragsproblemen, moeilijk uit bed komen enzovoort. Om in te kunnen schatten of gebruik riskant is, of niet, moet informatie verkregen worden over de drie variabelen: het middel, de omgeving en de persoon (Jellinek Jeugdnet). Indien een intakegesprek met de ouders en de jeugdige gedaan wordt zal de jeugdige mogelijk niet eerlijk zijn over zijn middelengebruik waar zijn ouders bij zijn. Om de jeugdige de ruimte te geven wel eerlijk te kunnen zijn over zijn gebruik is het aan te bevelen tijd te reserveren waarop alleen de jeugdige gesproken wordt.

Conclusie

Objectieve gegevens zijn niet voorhanden over de grootte van de groep jeugdigen met middelenmisbruik binnen de jeugd GGZ.

Op basis van onderzoeken genoemd onder risicogroepen vermoed ik dat de groep groter is dan er nu gediagnosticeerd is.

Een middel om middelenmisbruik snel te kunnen screenen bij een intake is die van het Jellinek jeugdnet. Deze screener geeft snel een goede indicatie van mogelijk middelenmisbruik waardoor de hulpverlener snel kan schatten of er een probleem rond middelengebruik is.

Op grond van de gegevens vind ik het van belang om middelen gebruik standaard te screenen bij een intake van jongeren boven de 10 jaar om inzicht te krijgen in het gebruik en mogelijk misbruik, om de consequenties voor het beloop van de behandeling in te kunnen schatten.

Om een goede behandeling te kunnen geven aan jeugdigen in zorg binnen de GGZ is inzicht in het gebruik en misbruik van middelen door de jeugdige noodzakelijk.

Aanbevelingen voor de SPV

De aanbevelingen zijn onderverdeeld aan de hand van de domeinen in het beroepsprofiel van de Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen.

Directe cliëntenzorg

- Tijdens de intake standaard een screening doen naar middelenmisbruik bij jeugdigen boven de 10 jaar.
- Bij uitvoering van de hulpverlening richt de SPV zich op het vergroten van de handelingscompetentie van de cliënten en het cliëntensysteem. De SPV kan tijdens de behandeling van jongeren hen leren kritisch naar hun middelengebruik te kijken en een weloverwogen beslissing te maken betreffende het gebruik en de hoeveelheid van een middel.
- Contacten en samenwerkingsverbanden aan gaan met verslavingszorg-instellingen waarbij gezamenlijk diagnostiek en behandelingen worden gedaan voor de doelgroep jeugdigen tussen de 10 en 18 jaar.

Domein Preventie

- Activiteiten ondernemen om cliënten (en ouders) individueel of in groepen psycho-educatie te geven betreffende middelengebruik en middelenmisbruik en dit een vast onderdeel van de behandeling van jeugdigen vormt.
- Met cliëntenverenigingen in gesprek gaan over middelengebruik en misbruik zodat ook zij alert worden voor signalen die wijzen op middelenmisbruik en aandacht bij hun leden vragen voor het onderwerp.

Domein innovatie, kwaliteitszorg en zorgbeleid

- Een onderzoek doen naar het voorkomen van middelenmisbruik bij jeugdigen binnen de GGZ. De SPV kan binnen zijn/haar eigen organisatie onderzoeken hoe groot het aantal jeugdigen met middelenmisbruik is.
- SPV-en vraag ik kritisch te kijken naar de manier waarop bij hen de zorgverlening is georganiseerd rond jongeren met een dubbele diagnose problematiek. Indien dit er nog niet is of mogelijk onvoldoende op elkaar afgestemd is kan de SPV het opzetten van een gezamenlijk hulpverleningsaanbod voor jongeren met dubbele diagnostiek initiëren en/of onder de aandacht brengen van het management met als doel dit te realiseren.

Domein Deskundigheidsbevordering

- Indien er onvoldoende kennis en/of kunde betreffende het diagnosticeren of behandelen van middelenmisbruik is, beveel ik aan de SPV (en andere medewerkers) te scholen betreffende kennis van middelengebruik en middelenmisbruik en het herkennen hiervan. Hiernaast zou ik aanbevelen dat de hulpverleners met elkaar in gesprek gaan over middelengebruik en misbruik en de individuele normen en waarden rond gebruik van middelen.

Geraadpleegde literatuur

- Bogt, T. ter e.a., (2001) *Risicogedrag en welbevinden van Nederlandse scholieren*, Utrecht: Trimbosinstituut.
- Dom, G. & J. Bogaerts (2004) *Middelengebruik en misbruik bij adolescenten*, Antwerpen: de sleutel.
- Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving (2004) *Jaarverslag 2004: Stand van de drugsproblematiek in de Europese Unie en Noorwegen*.
- Glind, G. v.d. et al., (2001) *ADHD en verslaving*, Een literatuuronderzoek naar de samenhang tussen ADHD en verslavingsproblemen, Maandblad Geestelijke volksgezondheid, Nummer 6 - 2001
- Gunning, W.B. (2001) *Verslaving bij jongeren*, Bijblijven.
- Harrison, Fulkerson & Beebe (1999) *DSM-IV substance abuse and dependence: are there really two dimensions of substance use disorders in adolescents?* *Addiction*, April 1999
- Kelly, Thomas M., e.a. (2004) *Psychiatric disorders and attempted suicide among adolescents with substance use disorders*, Drug and Alcohol Dependence 73, Pittsburgh
- Nationale Drug Monitor (2004) *Jaarbericht 2004*, Utrecht: Trimbos-instituut.
- Nederlands Dagblad (2005) *Steeds meer jongeren met een alcoholprobleem*, Nederlands Dagblad, 2 april 2005.
- Parnassia (2003) *Dubbele Diagnose, dubbele hulp (resultaten scoren)*, Den Haag: Parnassia.
- Rigter, H. et al., (2004) *Hulp bij probleemgebruik van drugs, Stand van wetenschap voor behandelingen en andere interventies*, Achtergrondstudie Nationale Drug Monitor, Rotterdam: Erasmus Universiteit/ Utrecht: Trimbos instituut.
- Silberg, J. et al., (2003) *Genetic and environmental risk factors in adolescent substance use*, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 44:5 (2003), pp 664-676.
- Vollebergh, W. et al., (2003) *Psychische stoornissen in Nederland*, Overzicht van de resultaten van Nemesi, Utrecht: Trimbosinstituut.
- Vreugdehil, J. (2004) *Gedetineerde jongens vaak psychiatrisch gestoord*, Trouw, 8 januari 2004
- Zwart, De e.a. (2000) *Jeugd en riskant gedrag*, kerngegevens 1999, Utrecht: Trimbos instituut

Internetadressen

Brijder: www.drugsinfoteam.nl, www.alcoholinfoteam.nl

Jellinek: www.Jellinek.nl Jellinek jeugdnet

LSOVD: www.lsovd.org

Stichting Balans: www.balansdigitaal.nl

Economisering van de sociale psychiatrie

Dit artikel is met toestemming van Deviant integraal overgenomen

De Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP) is al dertig jaar werkzaam op het terrein van de (sociale) psychiatrie. In Duitsland is veel discussie over de verslechtering van veel leef- en werkpraktijken en de daarmee gepaard gaande economisering in het taalgebruik. Reden voor twee medewerkers een bijeenkomst in het Duitse Soltau te organiseren. Daar kwam een manifest, Soltauer Impulsen, uit voort. Op het manifest kwam veel respons. Een samenvatting van het Manifest.

Modernisering van de gezondheidszorg, afbouw van de verzorgingsstaat, hervormingen; wat betekenen dit beleid en de bijbehorende wetswijzigingen voor de samenleving en voor de betrokkenen, voor hun naasten en voor de mensen in het betreffende werkveld?

Een eerste stap is nadenken over de achtergronden en samenhangen. Niemand kan beweren dat de situatie eenvoudig is: de globalisering van kapitaal-, arbeids- en goederenmarkten; de ingrijpende verandering van de leeftijdsopbouw in de samenleving, de razendsnelle technologische ontwikkeling (die via 'rationalisatie' leidt tot verlies van arbeidsplaatsen); dat zijn de voornaamste factoren die aan

de huidige crisis ten grondslag liggen. De zogenaamde hervormingen van het beleid zijn een antwoord hierop; die hebben op hun beurt maatschappelijke verschuivingen tot gevolg.

Maar is het acceptabel dat hervormingen vooral betekenen: schrappen, afzien, eigen bijdragen en het terugschroeven van standaarden voor behandeling en verzorging? Is het acceptabel dat vooral daar gekort wordt, waar de zwakkeren worden getroffen: ouderen, chronisch zieken en gehandicapten, alleen levend of in instellingen? Mensen in een acute noodsituatie voelen zich in de steek gelaten en respectloos behandeld. Maar de politiek sluit in het publieke debat haar oren en wil ons doen geloven dat het enkel om modernisering gaat.

Wij vinden het tevens verontrustend dat in het publieke debat een mentaliteitsverandering hoorbaar en voelbaar wordt. Een voorbeeld: in *'Der Spiegel'* lezen we dat de kosten voor sociale voorzieningen de pan uit rijzen vanwege de uitgaven voor zwaar gehandicapten. (40/2003, p.21) Wat wil men daarmee zeggen? Welke nieuwe teloorgang van normen wil men met zulke taal voorbereiden en betreft het hier gewetenswroeging? Is dit de passende soundtrack voor het huidige beleid? Waar begint in onze praktijk de neerwaartse spiraal in de ethiek? In hoeverre kunnen en moeten we ons vanwege rationele overwegingen en loyaliteit neerleggen bij wat de bureaucratie ons voorschrijft? Zijn we gedwongen ons het nieuwe economiserende taalgebruik eigen te maken, willen we nog begrepen en serieus genomen worden? Is het mogelijk om desondanks onszelf en onze taak trouw te blijven? Zien we nog mogelijkheden om te handelen, en wat moeten we met onze woede? Deze kwesties stellen we in de *Soltauer Impulse* aan de orde.

1 Wij signaleren: het net van de solidariteit vertoont scheuren. Erosie in plaats van hervorming? Wie daar iets aan wil doen, voelt zich als een kleine, gevoelige David die de strijd aanbindt tegen de grote zelfbewuste reus Goliath. En toch houden we vol: het is en blijft de taak van de overheid individuele risico's te compenseren en een tegenwicht voor ongelijkheid te bieden. De kloof tussen degenen die delen in de welvaart en degenen die daarvan uitgesloten zijn, mag niet verder groeien. Het is de hoogste tijd de 'Davidfractie' te steunen. Wie blijft geloven dat er altijd mogelijkheden zijn om invloed uit te oefenen kan winnen van vele reuzen.

2 Wij signaleren: de tolerantie en acceptatie van mensen die 'anders' zijn nemen af en de uitsluiting van randgroepen neemt toe. Als eenzijdig ideaal brengt het begrip 'autonomie' degenen die niet zelfredzaam zijn in gevaar. Ze worden in economisch opzicht gemarginaliseerd en in sociaal opzicht gestigmatiseerd. Wij vinden het belangrijk dat zulke ontwikkelingen niet als noodzakelijke neveneffecten van hervormingen geaccepteerd worden. Leuzen als 'vrijheid en autonomie' mogen niet gebruikt worden om sociale verantwoordelijkheid te ontlopen.

3 Wij signaleren: de economie is verklaard tot onfeilbare scheidsrechter tussen goed en fout. Partijen proberen om het hardst de maatschappij te veranderen in een kudde markt-bezeten atleten. Het toverwoord 'efficiëntie' domineert inmiddels ook de hele sociale en gezondheidssector. Voor de psychiatrie betekent dit dat cliënten, omwille van economische en organisatorische redenen, in een keurslijf van op meetbaarheid gerichte normering worden gedrongen. Dit gaat ten koste van hun identiteit en integriteit. Wij zijn ervan overtuigd dat het voor de psychiatrie nodig noch wenselijk is deze trend te volgen. Psychiatrisch handelen dient gebaseerd te zijn op respect voor de subjectieve ervaringen van de betrokkenen, voor hun individualiteit en hun leefwereld. De emancipatie van cliënten dient ondersteund te worden door:

- Vertaling van psychiatrische vakkennis in begrijpelijke taal.
- Medezeggenschap over de behandeling en de structuren waarbinnen behandeling, begeleiding en zorg plaatsvinden
- Informatie over hun rechtspositie
- Medezeggenschap over beleid
- Financiële ondersteuning van zelfhulpinitiatieven.

Bovendien dienen de volgende door cliënten geformuleerde kwaliteitscriteria prioriteit te krijgen:

- Op het individu afgestemde behandeling in plaats van standaardprocedures
- Tijd nemen in plaats van stress verspreiden
- Vriendelijkheid, respect, begrip, in gesprek gaan, luisteren
- Ondersteuning van een zelfbepaalde wijze om met de psychische ziekte om te gaan.

4 Wij signaleren: de dominantie van farmacologische en technisch ondersteunde therapievormen in de klinische praktijk leidt er, samen met de concurrentie op de markt, toe dat er een nieuwe tweedeling binnen de psychiatrie ontstaat. Materiële en personele middelen worden vooral ingezet voor patiënten met acute klachten, die op grond van hun diagnose aan gespecialiseerde afdelingen worden toegewezen. Vooral mensen met zware en langdurige problemen worden benadeeld. Dit leidt tot medicalisering en tot de zogenaamde draaideurpsychiatrie. Deze ontwikkelingen moeten bespreekbaar worden. Het is onacceptabel dat steeds meer cliënten ofwel als chronisch patiënt met volstrekt ontoereikende begeleiding in inrichtingen wegwijnen ofwel dakloos worden gemaakt.

5 Wij signaleren: hulpverleners voelen zich door aanwijzingen van bovenaf in het nauw gedreven. Zij staan voortdurend onder tijdsdruk en kunnen weinig invloed uitoefenen op inhoud en organisatie van hun werk. Van hulpverleners die zich niet als zelfstandig individu gerespecteerd voelen, kan nauwelijks verwacht worden dat zij zich inzetten voor een begeleiding die de eigenheid van hun cliënten respecteert. De emancipatie van cliënten dient samen te gaan met de emancipatie van hun hulpverleners. Alleen instellingen die zelf ruimte weten te behouden voor eigen invulling aan het werk kunnen deze ruimte aan hun medewerkers bieden. Dit is een van de voornaamste bronnen voor duurzame arbeidsmotivatie.

6 Wij signaleren: op het terrein van de rehabilitatie worden onder de vlag van fraaie slogans als kwaliteitsgarantie, persoonsgerichtheid, individuele hulpplannen, afspraken over de te realiseren doelstelling en persoonlijk budget, de eisen aan de hulpverleners steeds hoger, terwijl tegelijkertijd bezuinigd wordt en de tijd die men werkelijk aan cliënten kan besteden krappert. Intussen moeten zoveel gegevens vastgelegd worden dat er een databerg ontstaat die niemand meer kan overzien. Terwijl men zich voor de buitenwereld als perfecte hulpverlener moet voordoen, wordt het werk van binnenuit uitgehold en kan men de pretenties niet waarmaken. Wij eisen dat hulpverleners bevrijd worden van de enorme groei van 'secundaire activiteiten' om weer meer tijd voor hun cliënten over te houden. Nastrevenswaardige doelen mogen geen dekmantel worden voor bezuinigingen. Vooral de op zichzelf zinvolle invoering van een persoonsgebonden budget moet nauwlettend in de gaten gehouden worden om te voorkomen dat de winst op het gebied van vrijheid samengaat met een verlies van fundamentele sociale rechten waardoor de vrijheid zelf wel eens fictief zou kunnen zijn. Bij dit soort controverses moeten we ons niet wijs laten maken dat het gaat om een strijd tussen conservatieve achterblijvers en pragmatisch-optimistische vernieuwers.

7 Wij signaleren: vanuit de politiek wordt grote druk uitgeoefend om ook zieken en gehandicapten als klanten te zien, hoewel duidelijk is dat zij de mogelijkheden missen zich als onafhankelijke consumenten op te stellen. Laten we dit soort boerenbedrog geen kans geven. Voor onze cliënten is het belangrijker dat ze burgerrechten verwerven. Als burger kun je je rechten tegenover de staat opeisen. Als consument kun je alleen aanspraak maken op wat je kunt betalen. Het is een teken van verval van de sociale en politieke cultuur als het economische subject belangrijker geacht wordt dan het politieke subject en alle menselijke relaties tot koopwaar verworden.

8 Wij signaleren: de politiek stimuleert onderlinge concurrentie tussen zorgaanbieders om een gezonde markt te creëren. Dat belemmert samenwerking. Wij hebben goede ervaringen opgedaan door samen te werken op basis van onderlinge solidariteit en door alleen op eerlijke en constructieve wijze te concurreren. Samenwerkingsstructuren kunnen en mogen per regio verschillen. Ten opzichte van de buitenwereld, zorgverzekeraars en politiek, is het belangrijk samen onze belangen te formuleren. Daartoe zullen we aansluiting moeten zoeken bij andere praktijkvelden zoals de gehandicaptenzorg, de ouderenzorg en het maatschappelijk werk.

9 Wij signaleren: een verwarrend mengsel van politiek gemotiveerde bezuinigingsdruk, controlebehoefte van de zorgverzekeraars, pogingen van de zorgaanbieders zich te legitimeren en aan alle kanten een bijna manische neiging de meest uiteenlopende instrumenten in te zetten om dit alles te reguleren. Een begrip als 'persoonsgericht' verkeert in het tegendeel als het gebruikt wordt als vlag voor universele normering voor hulpverlening. Eisen die financiers stellen mogen niet gebruikt worden om het gesprek met degenen die de instrumenten dienen te gebruiken en degenen die ervan zouden moeten profiteren, uit de weg te gaan. Instrumenten kunnen goede hulpmiddelen zijn. Waar nodig zouden ze samen met medewerkers en cliënten ontwikkeld moeten worden, of op zijn minst getoetst op waarde in de praktijk. Ze mogen niet door het management als reglementeringinstrument misbruikt worden. Als het gaat om de ondersteuning en de hulp die mensen nodig hebben, zijn de wettelijk verankerde rechten van de betrokkenen en gesprekken over wat in dit speciale geval nodig is, belangrijker dan nieuwe bureaucratische instrumenten.

10 Wij signaleren: de procedu-dures waarin vastgesteld wordt wie voor welke zorg- en hulpverlening in aanmerking komt, zijn nodeloos ingewikkeld en soms discriminerend. Dit is in strijd met de wet die voorschrijft dat de indicatie eenvoudig en doeltreffend geregeld wordt en waarbinnen een specifieke vorm niet vereist is. Wij pleiten voor een procedure die zich aan de geest van deze wet houdt; die zegt dat hulp verleend moet worden zodra die nodig is, hulp die niet van een besluit van een indicatiecommissie afhankelijk gemaakt is.

11 Wij signaleren: toenemende bureaucrativering, mede veroorzaakt door nieuwe lagen van bestuurders en beleidsmedewerkers, blokkeert noodzakelijke communicatie. Formeel en normerend beleid staat steeds verder af van de behoeften van de mensen. Bijvoorbeeld: iedere managementlaag wil een stempel drukken op het traject dat de cliënt geboden wordt en probeert zijn bestaansrecht te legitimeren door steeds nieuwe vragenlijsten en verdeelsleutels te ontwikkelen en op te leggen; méér naarmate men over minder inhoudelijke vakkennis beschikt.

Dit leidt tot wantrouwen tussen alle betrokkenen. Het is de hoogste tijd deze welig tierende bureaucrativering een halt toe te roepen en de geldverspilling op

dit niveau te beëindigen. Ten minste 40% van de middelen gaat volgens een schatting van E. Huber naar zulke bureaucratische schijnoplossingen. Formulierenfetisjisme en standaardiseringmanie zijn persoonlijke afweerstrategieën, maar niet het juiste antwoord. Het zijn vaak ook pogingen het onbeheersbare te beheersen. Sociale psychiatrie mag niet ontaarden in een dwangmatige productie van afvinklijsten.

12 Wij signaleren: veel initiatieven die tijdens de hervormingen van de psychiatrie zijn ontstaan gaan door de toenemende institutionalisering en bureaucratisering en onder druk van bestuurlijke verplichtingen ter ziele. We willen weer aansluiten bij het eigenlijke doel van sociaal-psychiatrisch werk: het verlaten van de instellingen en de instituties en binnentreden bij families en in de arbeids- en woonwereld van betrokkenen. Daarbij hoort ook het begeleiden van culturele- en vrijetijdsactiviteiten en scholingsprogramma's. Dit moet prioriteit krijgen boven de vloedgolf van secundaire, niet op de cliënt gerichte activiteiten. Daarbij hoort ook inmenging in de lokale politiek, bijvoorbeeld door ronde-tafel-gesprekken te organiseren waar alle betrokkenen samen naar oplossingen kunnen zoeken.

Tot slot

Initiatiefnemers en ondertekenaars hopen dat de Soltauer Impulsen een stimulans vormen om samen met collega's ervaringen uit te wisselen. Deze uitwisseling kan bijzonder vruchtbaar zijn als het lukt mensen die verschillende hiërarchische posities innemen, of mensen die in verschillende praktijkvelden werkzaam zijn erbij te betrekken. Uiteraard is het Soltauer Initiatief ook benieuwd naar ideeën, suggesties en reacties.

Renate Schernus & Fritz Bremer

Vertaling: Michi Almer

In juni 2007 wordt een Europese workshop georganiseerd over de economisering van de sociaal-psychiatrische hulpverlening.

Informatie: DGSP-Geschäftsstelle, Zeltinger-Str. 9, 50969 Köln, Tel: 0049221 511002 www.psychiatrie.de/DGSP