



Een visie op verslaving en verslavingszorg

# Aanpak op meerdere fronten





Een visie op verslaving en verslavingszorg

# Aanpak op meerdere fronten



## VOORWOORD

Als voorzitter van GGZ Nederland, de brancheorganisatie voor instellingen in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg, heb ik de verslavingszorg van dichtbij aan het werk gezien en daarom weet ik wat een verslaving met iemand kan doen. Ik heb ook gezien hoeveel duwen, trekken, geduld en soms dwingen nodig is om zorg en behandeling te bieden aan verslaafden. Veel gebeurt achter gesloten deuren. Een groot deel van de samenleving weet dan ook niet wat de verslavingszorg doet. Als het waar is dat onbekend onbemind maakt, is het de hoogste tijd aan die onbekendheid iets te veranderen. De verslavingszorg heeft zich de afgelopen jaren immers enorm ontwikkeld. Er is in de afgelopen tien jaar meer onderzocht en beproefd dan in alle jaren daarvoor.

Naast de ‘maatschappelijke spiegel’ die de verslavingszorg zich elke dag nog steeds voorhoudt, waarbij het accent ligt op het verlenen van psychosociale hulp en overlastbeperking is er sprake van een dynamische wetenschappelijke ontwikkeling van de medische kennis. De biologische én de psychosociale kant van deze specifieke tak van gezondheidszorg krijgt daarin de aandacht.

Ik ben dan ook blij dat GGZ Nederland erin is geslaagd de beide werelden te verenigen in het voorliggend visiedocument. Ik hoop dat dit document de verslavingszorg kan stimuleren wetenschap en praktijk te blijven combineren. Ik hoop ook dat het kan helpen de samenleving een beter beeld te geven waar de verslavingszorg voor staat en wat er gebeurt in dit specifieke en weerbarstige domein van de geestelijke gezondheidszorg.

Tot slot wil ik iedereen hartelijk bedanken voor zijn of haar bijdrage aan dit document.

Namen noemen van hen die direct betrokken waren zou tekort doen aan anderen die niet genoemd worden, want ook zonder hen was het voorliggende resultaat niet mogelijk geweest!

Andrée Ch. van Es,  
voorzitter GGZ Nederland

## INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	
Inleiding	5
1 Verslaving: omvang en maatschappelijke impact van het probleem	6
1.1 Omvang van middelengebruik	6
1.2 Maatschappelijke impact van verslaving	9
2 Ontstaan van verslaving: meerdere oorzaken	11
2.1 Naar een biopsychosociaal model	11
2.2 Handvatten voor ontwikkeling van de verslavingszorg	12
3 Verdere ontwikkeling van de verslavingszorg	14
3.1 Inrichting van de verslavingszorg	14
3.2 Rol van de maatschappelijke context	16
3.3 Kerncompetenties van de verslavingszorg	17
3.4 Kwaliteitsbeleid: verbetering van de verslavingszorg	17
3.5 Financiering: samenwerking op verschillende terreine	19
3.6 Toekomstagenda verslavingszorg	20
4 Verslavingszorg en GGZ	22
4.1 Preventie	22
4.2 Genezing	22
4.3 Vermaatschappelijking	22
4.4 Bemoeizorg	23
Bijlagen	25
• Wat houdt het biopsychosociaal model in?	25
• Literatuur	28

## INLEIDING

De verslavingszorg neemt een aparte plaats in binnen de gezondheidszorg. Verslavingszorg is een gespecialiseerde vorm van geestelijke en lichamelijke gezondheidszorg tezamen, die bovendien sterke wortels in de maatschappij heeft. GGZ Nederland wil in dit document haar visie geven op wat verslaving is en wat, hieruit volgend, de uitgangspunten voor de organisatie van de verslavingszorg moeten zijn. In dit document zijn tevens de onderwerpen benoemd, waaraan de verslavingszorg de komende jaren prioriteit geeft. Deze toekomstagenda is wat betreft opzet en inhoud afgestemd op de agenda in het visiedocument 'De krachten gebundeld. Ambities van de GGZ', dat GGZ Nederland voor de gehele ggz heeft uitgebracht.

Verslavingszorg is een 'vak apart'. Verslavingszorg onderscheidt zich van de rest van de gezondheidszorg door zeer specifieke competenties. Zonder een sterke representatie van de verslavingszorg gaat dit vak apart verloren of boet het aan kwaliteit in. Mensen met verslavingsproblemen worden behandeld in zowel ggz-instellingen als in gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg.

In dit document wordt uitdrukkelijk niet gepoogd een blauwdruk te geven voor de organisatie van de verslavingszorg; dat is de verantwoordelijkheid van de afzonderlijke instellingen en de financiers. In de visie die hier wordt gepresenteerd wordt aansluiting gezocht bij de actuele stand van zaken in de wetenschap. Aan de hand van een model dat zich richt op zowel biologische als psychosociale componenten wordt een kader gegeven voor de verdere ontwikkeling en professionalisering van de verslavingszorg. Verschillende aspecten die hierbij een rol spelen zijn voorzien van commentaar door directeuren van verslavingszorginstellingen. De unieke kerncompetenties van de verslavingszorg kunnen zo door middel van een wetenschappelijk gefundeerd kwaliteitsbeleid verder worden uitgebouwd, zodat de verslavingszorg nog beter in staat is adequate hulp te bieden. En daar zijn zowel de cliënten als de maatschappij bij gebaat.

Amersfoort, mei 2006

# Verslaving:

## omvang en maatschappelijke impact van het probleem

*Voordat we onze visie op verslaving en verslavingszorg uiteenzetten gaan we eerst in op de omvang van verslaving in Nederland. We schetsen enkele kenmerken van (problematische) gebruikers en hun behoefte aan zorg. Vervolgens bespreken we de maatschappelijke impact van verslaving.*

### 1.1

#### OMVANG VAN MIDDELENGEBRUIK

De verslavingszorg in Nederland richt zich op het gebruik en misbruik van - en de verslaving aan - de volgende middelen: nicotine, alcohol, drugs en slaap- en kalmeringstabletten. Ook gokverslaving valt onder de verslavingszorg. Eerst geven we per middel enkele gegevens over het gebruik weer, die merendeels ontleend zijn aan het Jaarbericht 2005 van de Nationale Drugmonitor van het Trimbos-instituut.

#### TABAK

##### AANTALLEN

Van de bevolking ouder dan 12 jaar heeft 28% de laatste maand gerookt. In totaal zijn er bijna vier miljoen mensen die roken. Er lijkt een dalende tendens te zijn. De meeste rokers zijn tussen de 35 en 49 jaar oud. 9% van de leerlingen in het voortgezet onderwijs rookt elke dag. Verder roken jongeren die veel uitgaan en jongvolwassenen aanzienlijk meer dan (andere) scholieren.

##### STOPPEN

Volgens cijfers van Stivoro zei in 2004 10% van de rokers binnen een half jaar te willen stoppen en nog eens 8% wil dat binnen een jaar doen. 14% zegt ooit te willen stoppen. Eenderde van de rokers die een stoppoging doet zoekt daarbij hulp. Deze hulp kan variëren van medicatie via de huisarts tot deelname aan trainingen en het verkrijgen van individuele adviezen bij gespecialiseerde organisaties.

##### ZIEKTE EN STERFTE

Begin jaren negentig van de vorige eeuw werden jaarlijks bijna 100.000 mensen in ziekenhuizen opgenomen in verband met aan roken gerelateerde klachten. Roken is de belangrijkste oorzaak van vroegtijdige sterfte. In 2003 overleden 20.000 mensen direct ten gevolge van roken, dat is 14% van alle sterfgevallen in dat jaar.

#### CANNABIS

##### AANTALLEN

In 2001 heeft 1 op de 6 mensen ouder dan 12 jaar ooit cannabis gebruikt en 1 op de 33 deed dit de laatste maand. Er zijn momenteel 408.000 gebruikers van cannabis. Ongeveer 20% van hen gebruikt dagelijks; dat zijn bijna 78.000 mensen. Cannabis wordt vooral door jongeren en jongvolwassenen gebruikt. Vergeleken met de algemene bevolking gebruiken cannabisgebruikers vaker tabak, alcohol en andere drugs. De cannabis wordt overwegend via vrienden of in coffeeshops gekocht. Onder thuis- en daklozen en gedetineerden zijn relatief veel cannabisgebruikers; hetzelfde lijkt te gelden voor psychiatrische patiënten. Geschat wordt dat dertig- tot tachtigduizend mensen afhankelijk zijn van cannabis, waarvan het merendeel niet ouder is dan 22 jaar.

#### **ZIEKTE EN STERFTE**

Volgens cijfers van de stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ) deden in 2004 bijna 5.500 personen een beroep op de verslavingszorg voor cannabisproblemen. Voor nog eens 4.600 cliënten van de verslavingszorg was cannabisgebruik een probleem naast een ander hoofdprobleem.

Cannabis vormt zelden de aanleiding voor een opname in een algemeen ziekenhuis. In de afgelopen tien jaar kon geen enkel sterfgeval direct in verband gebracht worden met het gebruik van cannabis.

### **HEROÏNE**

#### **AANTALLEN**

0,4% van de bevolking heeft in 2001 ervaring met het gebruik van heroïne; één op de duizend mensen is momenteel gebruiker. Dagelijks heroïnegebruik komt veel voor onder dak- en thuislozen en gedetineerden. Heroïne is niet populair onder scholieren en wordt dan nog het meest gebruikt door leerlingen van het speciaal onderwijs en deelnemers aan spijbelprojecten.

Van alle bevolkingsgroepen komt heroïnegebruik het meest onder zwerfjongeren voor, waarvan één op de tien actuele gebruiker is. Van de bevolking van 15 tot 64 jaar is 3 op de 1.000 mensen probleemgebruiker. In 2001 ging het naar schatting in totaal om ongeveer 33.500 personen.

#### **ZIEKTE EN STERFTE**

Volgens de IVZ deden zo'n 14.000 heroïnegebruikers in 2004 een beroep op de hulpverlening; bovendien hadden nog een kleine 2.300 cliënten een heroïneprobleem naast een ander hoofdprobleem. Aan bijna 12.500 personen werd in 2004 het vervangingsmiddel methadon verstrekt.

Heroïnegebruik is zelden de hoofdreden voor opname in een algemeen ziekenhuis; in 2004 gebeurt dat slechts 57 keer. Vaker komt het voor als diagnose naast andere problemen, zoals klachten aan de luchtwegen, abscessen, problemen met de spijsvertering, breuken door ongevallen, enzovoort. In 2004 sterven 52 mensen door een overdosering heroïne.

### **COCAÏNE**

#### **AANTALLEN**

In 2001 heeft 2,9% van de bevolking ooit cocaïne gebruikt; in 1997 was dat nog 2,1%. Het percentage van hen dat 25 keer of meer keer cocaïne heeft gebruikt steeg van 23% in 1997 naar 29% in 2001. Het percentage actuele gebruikers in de bevolking verdubbelde in dezelfde periode maar blijft ruim onder de 1%: het gaat om 28.000 mensen in 1997 en 55.000 in 2001. Hierbij moet wel rekening gehouden worden met een onderrapportage.

Gebruik van cocaïne komt het meest voor in de leeftijdsgroep 20-24 jaar. Vergeleken met de rest van de bevolking gebruiken cocaïnegebruikers vaker tabak, alcohol en andere drugs. Cocaïnegebruik komt veel voor onder thuis- en daklozen en gedetineerden. Onder jongeren gebruiken zwerfjongeren het meest cocaïne.

Van de heroïneverslaafden gebruikt zeventig tot negentig procent ook cocaïne, meestal in de vorm van basecoke, een middel dat sneller tot verslaving leidt. Harddrugverslaafden die ook cocaïne gebruiken zijn vooral te vinden onder straatprostituees, allochtonen en (jonge) daklozen.

Voor veel problematische harddruggebruikers is cocaïne het belangrijkste middel geworden. Bijna 10 tot 15% van de problematische cocaïnegebruikers gebruikt daarnaast geen ander middel.

#### **ZIEKTE EN STERFTE**

Het roken van cocaïne kan leiden tot verschillende ernstige gezondheidsklachten. Zware cocaïnegebruikers hebben verder moeite hun agressie onder controle te houden. Het beroep dat cocaïnegebruikers op de verslavingszorg doen neemt toe. In 2004 werd in algemene ziekenhuizen bijna negentig keer cocaïnemisbruik of -

afhankelijkheid gediagnosticeerd. Cocaïneproblematiek is vaker aanwezig naast een andere diagnose, zoals problemen met de luchtwegen, spijsvertering, hart- en vaatstelsel, alcoholmisbruik en -afhankelijkheid, enzovoort.

Het aantal sterfgevallen dat direct het gevolg is van cocaïnegebruik is zeer gering maar neemt wel toe: van 1995 tot en met 2004 waren dat 163 personen.

## ALCOHOL

### AANTALLEN

In 2004 heeft 81% van de bevolking van 12 jaar en ouder ooit wel eens alcohol gedronken; 75% nog gedurende de laatste maand en van hen drinkt 20% (bijna) dagelijks. Het aantal jongeren dat alcohol drinkt is in de periode 1989-2003 toegenomen.

In 2004 is 12% van de bevolking van 12 jaar en ouder zware drinker (ten minste een dag per week waarop zes of meer glazen worden gedronken). Bij de zware drinkers zitten vier keer zo veel mannen als vrouwen en de groep van 18 tot 24 jaar is met 23% relatief het meest vertegenwoordigd.

### ZIEKTE EN STERFTE

Naar schatting voldoet 8% van de Nederlanders van 15 jaar en ouder aan de diagnostische criteria voor alcoholafhankelijkheid of -misbruik. Dit gaat in totaal om 880.000 mensen. Van de mannen van 18 tot 35 jaar voldoet 31% aan deze diagnostische criteria.

Alcoholproblemen gaan vaak samen met stemmings- en angststoornissen. Naar schatting komt tien procent van de mensen die alcoholafhankelijk zijn uiteindelijk bij de hulpverlening (waaronder de verslavingszorg) terecht. Van de mensen met een alcoholprobleem die zich in 2002 bij de verslavingszorg meldden kampt 43% al ten minste tien jaar met het probleem. In 2004 vonden 4.501 opnames in algemene ziekenhuizen plaats met als hoofddiagnose alcoholmisbruik. Daarnaast was alcoholmisbruik 11.991 keer nevendiagnose. De hoofddiagnoses zijn in die gevallen onder andere letsel door ongevallen en vergiftigingen, problemen met het spijsverteringsstelsel en psychische stoornissen.

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) schat het jaarlijks aantal doden door het gebruik van alcohol op 2.500 en het aantal verkeersslachtoffers waarbij alcohol een rol speelde op 250.

## GOKKEN

### AANTALLEN

Bij de verslavingszorg werden in 2004 3.056 personen behandeld met als voornaamste problematiek gokken (IVZ, 2005). Het Centrum voor Verslavingsonderzoek (CVO) schat dat er momenteel 40.000 gokverslaafden en 60.000 problematische spelers in Nederland zijn.

## SLAAP- EN KALMERINGS- MIDDELEN

### AANTALLEN

Volgens cijfers van het Trimbos-instituut heeft Nederland zo'n 650.000 chronische gebruikers van benzodiazepines, de groep medicijnen waartoe de meest gebruikte slaap- en kalmeringsmiddelen behoren. In 2004 stonden 652 personen ingeschreven bij de verslavingszorg met als primaire problematiek het gebruik van medicijnen (IVZ, 2005).

## 1.2

### MAATSCHAPPELIJKE IMPACT VAN VERSLAVING

#### ALCOHOL

De kosten van excessief alcoholgebruik voor de maatschappij zijn door de KPMG geschat op jaarlijks ruim 2,5 miljard euro. Dit bedrag is onderverdeeld in 68 miljoen euro voor de zorg voor en behandeling van verslaafden, 115 miljoen euro voor de algemene gezondheidszorg, 1,5 miljard euro voor verlies aan arbeidsprestaties en uitkeringen en 840 miljoen euro voor de geleden schade door misdrijven en overtreddingen (KPMG, 2001).

'De verslavingszorg heeft zich de afgelopen jaren ontwikkeld van een vooral maatschappelijk georiënteerde sector met het accent op psychosociale hulpverlening en overlastbeperking tot een sector waarin het biologische aspect ook meer aandacht krijgt en waarbij enkele instellingen zich vooral zijn gaan profileren op het vlak van de verslavingspsychiatrie.

De financiering is substantieel gewijzigd: de ambulante *cure* is vrijwel geheel overgebracht naar de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de gemeentelijke gelden zijn meer dan voorheen ingezet voor overlastbeperkende lokale voorzieningen. Ook is het proces van schaalvergroting doorgegaan. Er is een beperkt aantal grote instellingen voor verslavingszorg ontstaan en de kleinere zijn opgegaan in de grotere GGZ-organisaties.

Belangrijk is een rapport van de Gezondheidsraad, waarin verslaving als een tot chroniciteit neigend ziektebeeld is neergezet. Dit rapport sluit naadloos aan bij ontwikkelingen binnen de sector. Zo zijn er projecten gestart die gericht zijn op het verder professionaliseren van de medische en farmacologische interventies.

De positie van de verslavingszorg is de laatste jaren absoluut verbeterd; zowel in termen van professionaliteit en imago als wat betreft de financiën. Meer samenwerking tussen de instellingen zou de positie verder kunnen verbeteren. Het zou ook goed zijn als verslavingszorg binnen het departement een steviger verankering zou krijgen. Een eigen beleidsafdeling zou te prefereren zijn boven de huidige situatie waarbij de sector is ondergebracht bij de beleidsdirectie Voeding Gezondheidsbescherming en Preventie (VGP) van het ministerie van VWS!

#### DRUGS

Mede door het drugsverbod brengen harddrugs grote kosten met zich mee voor de opsporing, vervolging en veroordeling van daders van drugs- en drugsgerelateerde delicten. In 1999 zat 21% van de gedetineerden in penitentiaire inrichtingen wegens overtredingen van de opiumwet. In 2002 was dat percentage toegenomen tot 27%, om in 2004 weer af te nemen tot 22%. Het aandeel van drugsgerelateerde delicten op het totaal aantal opgelegde jaren gevangenisstraf nam van 2001 tot 2004 toe: van 23% tot 28%. Overtreders van de opiumwet recidiveren ook vaker dan overtreders van andere wetten.

Het aantal Opiumwetzaken bij het Openbaar Ministerie nam in 2004 met een kwart toe tot ruim 21.500 (harddrugs +17%; softdrugs +4.5%). 90% van de verdachten die verslaafd zijn aan harddrugs is al eens eerder met justitie in aanraking geweest. Geen wonder dat veel veelplegers verslaafd zijn, zoals blijkt uit een brief van de minister van justitie aan de Tweede Kamer waarin zijn visie op de *Modernisering sanctietoepassing* wordt toegelicht (juni 2004). Van de hoogfrequente veelplegers (die de laatste vijf jaar meer dan tien keer in aanraking zijn geweest met justitie) is 71,2% harddrugsverslaafde en 12,2% alcoholverslaafde.

Van alle gedetineerden is volgens verschillende bronnen ten minste 50% verslaafd. Op 1 januari 2005 had de verslavingsreclassering 10.624 cliënten (Stichting Verslavingsreclassering GGZ Nederland, 2005).

# Ontstaan van verslaving: meerdere oorzaken

Voor het ontstaan van verslaving is niet één oorzaak te geven. Verschillende factoren op biologisch, psychologisch en sociaal vlak bepalen of iemand verslaafd raakt of niet. Biologische factoren zijn bijvoorbeeld de genetische aanleg die iemand heeft om verslaafd te raken. Psychologische oorzaken zijn de disfunctionele gedachten en gedragingen die mensen hebben en sociale factoren onder meer de verstoorde relaties die ze hebben en de gebrekkige binding met de maatschappij. Om het ontstaan van verslaving te begrijpen is het van belang naar al deze factoren te kijken. En ook voor de behandeling van verslaving is een aanpak noodzakelijk die gericht is op meerdere fronten. Een model van verslaving dat rekening houdt met al deze invloeden is het zogeheten biopsychosociaal model.

## 2.1 NAAR EEN BIOPSYCHOSOCIAAL MODEL

Van oudsher wordt de ontstaangeschiedenis van verslaving beschreven in termen van een complexe samenhang tussen verschillende vicieuze cirkels. Het model van Van Dijk is in dat opzicht al jarenlang bekend en nog steeds geldig (zie figuur 1).



FIGUUR 1. ONTSTAAN VAN VERSLAVING: MODEL VAN VAN DIJK

Verslaving kent farmacologische, psychische, lichamelijke en sociale dynamiek. Bij de behandeling wordt de nadruk gelegd op een integrale benadering. Tussen de factoren bestaat een complexe onderlinge verwevenheid, waarbij uit recente onderzoeken steeds meer naar voren komt dat genetische en neurobiologische kwetsbaarheid een vooraanstaande rol lijken te spelen. Wanneer en bij wie problematisch gebruik overgaat in verslaving valt nog moeilijk te voorspellen.

*Op grond van het bovenstaande is er maar één conclusie mogelijk: voor de praktijk van de verslavingszorg is een integrerend biopsychosociaal model onvermijdelijk - ook voor de verdere ontwikkeling van kennis over dit onderwerp.*

De Gezondheidsraad huldigt dit standpunt ook. In haar advies over medicamenteuze interventies bij verslaving omschrijft De Gezondheidsraad verslaving als een 'tot chroniciteit neigende aandoening met een biopsychosociale etiologie' (juni 2002).

Een ruimere, maar hierbij aansluitende definitie vinden we in documenten van diverse instellingen: een complex voortschrijdend patroon dat biologische, psychologische, spirituele en gedragscomponenten kent, terwijl er ook een veelheid van sociale aspecten aan kleeft.

En Leshner schrijft in 1997: 'Addiction is a brain disease with an inadequate and unhealthy lifestyle', oftewel vrij vertaald: een chronische hersenziekte met een destructieve levensstijl voor de persoon die het betreft en diens omgeving.

Wij menen dat velen zich momenteel in deze definitie kunnen vinden en het belang van een biopsychosociaal model zullen onderschrijven.

#### **CO-MORBIDITEIT**

De co-morbiditeit van verslaving met andere psychiatrische stoornissen is bijzonder hoog. Epidemiologische studies tonen aan dat een zeer hoog percentage van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening, verslavingsproblemen hebben of hebben gehad.

Evenzo is de co-morbiditeit van psychiatrische stoornissen bij mensen met verslavingsproblematiek hoog. Dit is met name bekend van psychiatrische stoornissen, zoals depressie, angststoornissen, psychoses, ADHD, PTSS en persoonlijkheidsstoornissen.

De onderlinge relatie tussen verslaving, psychiatrische problematiek en andere cognitieve problemen is complex en divers. Op grond hiervan worden geïntegreerde onderzoeks- en behandelprogramma's ontwikkeld.

In de bijlage wordt het biopsychosociaal model verder uitgewerkt.

## **2.2 HANDVATTEN VOOR ONTWIKKELING VAN DE VERSLAVINGSZORG**

De vraag of het biopsychosociaal model handvatten biedt voor ontwikkeling kan zonder meer bevestigend beantwoord worden. De keuze voor deze theorie betekent dat er ten eerste afscheid kan worden genomen van de inmiddels verouderde opsplitsing in enerzijds een eenzijdig medisch-psychiatrische benadering van het verslavingssyndroom en anderzijds een eenzijdig psychosociale benadering. Om geen aspecten te missen dient er aandacht te zijn voor én biologisch én psychologisch én sociaal vlak.

*Voor de toekomst wordt daarom een claim gelegd op de in de verslavingszorg werkzame professionals om de zorg verder te ontwikkelen vanuit het biopsychosociaal model. Het model biedt een kader dat een verplichtend karakter heeft voor de verdere ontwikkeling van het vak. Dit geldt voor de ontwikkeling en de ordening van de diverse interventies op het terrein van preventie, zorg en behandeling.*

Het maakt tevens duidelijk dat het rekening houden met, en waar mogelijk beïnvloeden van, de sociale context waarin verslavingszorginstellingen opereren een onverbreekelijk onderdeel is van hun taakstelling.

# Verslavingszorg

## verdere ontwikkeling

*In deze paragraaf bespreken we de implicaties die het biopsychosociaal model heeft voor de ontwikkeling van de verslavingszorg. We gaan nader in op de kerncompetenties die verslavingszorg heeft en die haar onderscheiden van de rest van de gezondheidszorg. Ook hebben we aandacht voor het ingezette kwaliteitsbeleid dat moet leiden tot een nog beter zorgaanbod. Ten slotte komt de financiering en de brugfunctie die de verslavingszorg heeft aan de orde. Verschillende onderwerpen zijn voorzien van commentaar door directeuren van verslavingszorginstellingen.*

### 3.1 INRICHTING VAN DE VERSLAVINGSZORG

Het biopsychosociaal model heeft consequenties voor de inrichting van de verslavingszorg. De verslavingszorg dient namelijk een samenhangend pakket aan te bieden dat tegemoet komt aan de complexiteit van verslaving, zoals omschreven in het biopsychosociale model.

*De verslavingszorg is daarom multifunctioneel en wordt uitgevoerd door verschillende met elkaar samenwerkende beroepsgroepen.*

De verslavingszorg is ook een gespecialiseerde vorm van geestelijke en lichamelijke gezondheidszorg tezamen die verslaving behandelt volgens vaste methodieken en protocollen. Een geïntegreerde aanpak komt tot stand door de samenwerking van meerdere disciplines. Daarbij komt, naast de opdracht om individuele zorg te leveren en preventieve activiteiten te ontwikkelen, de sociaal-maatschappelijke opdracht vaak duidelijk naar voren. De intensieve en permanente dialoog over de maatschappelijke reactie op verslaving(sgedrag), kleurt de wijze waarop het professioneel handelen plaatsvindt in sterke mate.

#### DISEASEMANAGEMENT

Het biopsychosociaal model is gericht op de verslavingsproblematiek zelf en niet op preventie. Om de samenhang tussen preventie en de rest van de verslavingszorg goed weer te geven, wordt door veel instellingen een model van disease management gebruikt dat als volgt kan worden weergegeven.

GEEN GEBRUIK	universele & selectieve preventie
EXPERIMENTEEL GEBRUIK	universele & selectieve preventie
PROBLEMATISCH GEBRUIK	geïndiceerde preventie, korte interventie/reclassering
PROBLEMATISCH GEBRUIK MET KLACHTEN	behandeling/begeleiding/reclassering
VERSLAAFD	behandeling/begeleiding/reclassering
ERNSTIG CHRONISCH VERSLAAFD	sociale verslavingszorg/reclassering

FIGUUR 2. DISEASEMANAGEMENT VAN PREVENTIE TOT INTERVENTIE

Voor preventie zijn twee aangrijpingspunten cruciaal: risicofactoren en beschermende factoren. Risicofactoren zijn factoren die de kans op problematisch middelengebruik vergroten. Beschermende factoren verkleinen deze kans bij risicogroepen. De in het model gebruikte begrippen voor preventie worden hieronder toegelicht.

**Universele preventie** is gericht op de algemene bevolking of op een deelpopulatie die niet geïdentificeerd is op basis van individuele risicofactoren (bijvoorbeeld alle scholieren). Voorbeelden van universele preventie zijn massamediale campagnes voor de gehele bevolking of op scholen gerichte interventies waarbij alle leerlingen, ongeacht hun risicostatus, benaderd worden.

**Selectieve preventie** is gericht op individuen of subgroepen van de populatie waarbij de kans op het ontwikkelen van een verslaving aanzienlijk groter dan gemiddeld is. Hier gaat het bijvoorbeeld om kinderen van verslaafde ouders of kinderen met een gebrek aan binding met de school of de wijk.

**Geïndiceerde preventie** is gericht op probleemgebruikers. Zij hebben een verhoogd risico op een ernstige verslaving. Voorbeelden zijn cursussen om mensen die regelmatig teveel drinken of roken te helpen met stoppen.

In het model voor diseasemanagement komt impliciet tot uitdrukking dat, afhankelijk van de problematiek en omstandigheden van betrokkenen, verschillende behandeldoelen kunnen worden nagestreefd. Deze kunnen gericht zijn op:

- genezing;
- voorkomen van erger (*harm reduction*);
- rehabilitatie (leren leven met een blijvende beperking/handicap);
- palliatie (het pogen symptomen te bestrijden of te verminderen en lijden te verzachten van vaak zeer langdurig zwaar verslaafde patiënten).

Het ‘pogen mensen van hun verslaving af te helpen’ moet altijd een doelstelling blijven, maar een benadering louter gericht op het stoppen van het gebruik van middelen (afkicken) is aantoonbaar te beperkt, ontoereikend voor chronisch verslaafden en een miskening van het complexe ontstaan van de problematiek.

#### **OP WIE RICHT DE VERSLAVINGSZORG ZICH?**

**Cliënt en maatschappelijke context** Een belangrijk deel van het werk van de verslavingszorg bestaat uit het motiveren van haar cliënten tot gedragsverandering. Daarbij wordt aangesloten bij de theorie van Prochaska en Diclemente (zie ook Schippers en Van Emst).

Het beïnvloeden van de maatschappelijke context, met als doel de kansen op gedragsverandering te vergroten, vormt ook een integraal onderdeel van de opdracht van de verslavingszorg. Belangrijk zijn daarbij de maatschappelijke opvattingen over verslaving en middelengebruik en in het bijzonder: het verschil in regelgeving ten aanzien van alcohol en drugs.

**Familie en partner** Ook vindt de verslavingszorg dat zij een taak te vervullen heeft voor de omgeving van de verslaafde. Dat kan diens directe omgeving zijn, zoals partner of familie. Ook zij kunnen een beroep doen op de verslavingszorg over vraagstukken als ‘hoe om te gaan met een verslaafde in de nabije omgeving’.

**Samenleving** De samenleving kan eveneens een beroep op de verslavingszorg doen door een bijdrage te vragen aan het verminderen van overlast door verslaafden. Met haar reclasseringstaak is de verslavingszorg uitdrukkelijk bereid om mee te helpen aan

vermindering van recidive en overlast. Maar ook daarbuiten is ze bereid een bijdrage te leveren, onder andere door haar aanbod op het terrein van het *Sociale Verslavingsbeleid*. De hiervoor beschikbare voorzieningen (onder andere gebruikersruimtes en inloopvoorzieningen) en functies (onder meer outreachende- en bemoeizorg - zie hiervoor hoofdstuk 4) streven meer harm reduction dan genezing na. Harm reduction kan zowel resultaten opleveren voor de verslaafde als diens directe en wijdere omgeving.

#### KRIJN IN 'T VELD VOORZITTER RAAD VAN BESTUUR NOVADIC-KENTRON

‘In de wetenschappelijke visie op verslaving wordt de biologische kant steeds meer benadrukt. Verslaving wordt minder gezien als een keuze die de cliënt maakt, maar als een ziekte die behandeld moet worden. Lange tijd heerste in de verslavingszorg onvoldoende het besef dat aansluiting gezocht moest worden bij de algemene gezondheidszorg (en feitelijk ontbrak ook de mogelijkheid). Op dit vlak ligt de komende jaren een grote uitdaging én een mogelijkheid tot verbetering. De herziening van het zorgstelsel bevordert deze ontwikkeling. Immers: vanaf 2007 is de (geneeskundige) verslavingszorg onderdeel van de zorgverzekeringswet. Dit geeft veel kansen voor samenwerkingsverbanden met onder meer (algemene) ziekenhuizen op het gebied van effectief behandelen van lichamelijke klachten veroorzaakt door verslavingsproblemen.

Wat betreft haar cliënten krijgt de verslavingszorg de komende jaren meer te maken met het fenomeen ‘vergrijzing’: het aantal verslaafde vijftigplussers, dat wel maatschappelijk geslaagd is, groeit en er is de steeds ouder wordende groep harddrugsverslaafden. Daarvoor zullen voorzieningen getroffen moeten worden. Daarnaast ontstaan onder jongeren nieuwe riskante leefstijlen waar op een adequate manier en met de juiste interventies op in moet worden gespeeld. Ook zal de verslavingszorg steeds meer, in samenwerking met de psychiatrie, een belangrijke rol in de aanpak en behandeling van complexe mengvormen van psychiatrische en verslavingsproblematiek gaan spelen. Verslavingszorg heeft inmiddels een breed scala aan effectieve interventies opgebouwd op het vlak van zowel cure als care en kan op deelterreinen zelfs als koploper in de GGZ worden beschouwd.

Het thema ‘zorg en veiligheid’ zal eveneens de agenda van de verslavingszorg de komende jaren blijven bepalen. Dit vraagt om een verdere afstemming tussen gezondheidszorg en justitie.’

### 3.2

#### ROL VAN DE MAATSCHAPPELIJKE CONTEXT

De verslaafde en de verslavingszorg functioneren in een maatschappelijke context die het gebruik van alcohol in grote mate accepteert, maar het bezit en gebruik van drugs nauwelijks tolereert en wettelijk verbied.

Het kost de zware drinker weinig moeite zijn probleem voor de buitenwereld verborgen te houden. Ook kan hij over het algemeen langdurig zijn drankgebruik uit legale inkomsten bekostigen. De harddrugsverslaafde daarentegen wordt geconfronteerd met het drugsverbod en is daardoor aangewezen op de illegale markt waar geen controle is op prijs en kwaliteit. De kwaliteit is slecht en kan door bijmengingen extra gevaar voor de gezondheid opleveren. De prijzen zijn hoog en daardoor voor

een dagelijkse gebruiker over het algemeen niet te betalen met legaal verkregen middelen. Drugshandel en -gebruik zijn hierdoor nauw verweven met criminaliteit. Hoewel overlast en criminaliteit voor een deel ook door problematisch alcoholgebruik worden veroorzaakt kan een veel groter deel aan de harddrugsverslaafden worden toegeschreven.

Handhaving van het drugsverbod wordt deels ingegeven door overwegingen van buitenlandse politieke aard en deels vanuit morele principes. Dat laatste beïnvloedt de vormgeving van de ambulante, op care gerichte verslavingszorg. Het werkt momenteel beperkend voor het gericht toepassen van farmacotherapeutische interventies in samenhang met psychosociale beïnvloeding, zoals onder meer de tot nu toe effectief gebleken medische verstrekking van heroïne.

### 3.3 KERNCOMPETENTIES VAN DE VERSLAVINGSZORG

De verslavingszorg heeft verschillende kerncompetenties, waarop ze zich graag laat aanspreken door derden en financiers. In het kwaliteitsbeleid neemt het onderhouden en uitbouwen van de kerncompetenties een centrale plaats in. De verslavingszorg wil haar omgeving steeds het beste bieden dat beschikbaar is. Een en ander is uitgewerkt in het kwaliteitsbeleid. Dit is sturend voor verslavingszorgsinstaties als lerende organisaties (zie ook Kessels en Smit).

#### Hieronder staan de kerncompetenties van de verslavingszorg:

- 1 kennis van epidemiologie van middelengebruik en van statistieken over middelen;
- 2 kennis van verslaving(sgedrag);
- 3 kennis van effectieve interventies, van consultatie- en preventiemethodieken;
- 4 ervaring in het omgaan met verslaafden;
- 5 kennis van de samenhang tussen verslaving en tal van andere aandoeningen, gedragingen en problemen; daarbij de vaardigheden om deze methodisch te behandelen;
- 6 vaardigheden in het mensen doen aanvaarden van hulp waarvoor ze aanvankelijk geen interesse hebben;
- 7 de samenhang tussen middelenmisbruik/verslaving en criminele feiten leidde in de afgelopen decennia tot zeer specifieke kennis over een adequate inrichting van de samenwerking tussen de strafrechtsketen, de aanpak van lokale openbare-ordeproblematiek en de zorgketen. Op grond daarvan maakt Verslavingsreclassering een onvervreemdbaar onderdeel uit van de verslavingszorg.

### 3.4 KWALITEITSBELEID: VERBETERING VAN DE VERSLAVINGSZORG

Uitgangspunt is dat de verslavingszorg steeds het beste wil bieden dat beschikbaar is - en dat tegen de beste kosten-baten-verhouding.

Bij kosten moet niet alleen gekeken worden naar de inspanningen en kosten van de verslavingszorg, maar ook naar die van de klant. Steeds wordt daarbij het principe van *stepped care* gehanteerd, dat wil zeggen dat in eerste instantie een aanbod wordt gedaan dat past bij de vraag én dat de minste inspanningen en kosten vergt. Pas wanneer dat aanbod onvoldoende blijkt te werken, wordt een intensiever en daarmee kostbaarder aanbod gedaan.

In het kwaliteitsbeleid worden kwaliteitsontwikkeling en -borging onderscheiden. In dit verband zijn twee trajecten van belang.

#### KWALITEITSCERTIFICERING

GGZ Nederland is een traject gestart om instellingen door een gecertificeerde externe partij te laten toetsen op kwaliteit en op grond daarvan een erkend kwaliteitscertificaat toe te kennen. De verslavingszorg onderschrijft het uitgangspunt dat zij zichtbare, en dus extern toetsbare, kwaliteit moeten leveren.

‘Het kwaliteitsbeleid van de verslavingszorg is de afgelopen vijf jaar duidelijk ingezet. Het gaat steeds meer om de wetenschappelijke evidentie van interventies in plaats van behandelwijzen op basis van persoonlijke voorkeuren, intuïtie of een aanpak die historisch zo gegroeid is. De bewezen effectiviteit staat voorop tegenwoordig. Het project *Resultaten Scoren* stelt zich ten doel om *evidence-based* protocollen te ontwikkelen. Universiteiten en verslavingsinstellingen werken samen op dit gebied. Vaak gaat het om lokale projecten die dan later, na wetenschappelijke evaluatie, landelijk ingevoerd worden.

Een ander punt van aandacht is de opleiding. In het verleden werden artsen, psychologen, verpleegkundigen en ander personeel nooit specifiek opgeleid voor een baan in de verslavingszorg. De voorbereiding was in feite nihil, men moest het vak al doende leren. Dit kwam doordat er weinig specifieke kennis over verslavingszorg aanwezig was in het onderwijs. Nu wordt in een nauwe landelijke samenwerking gewerkt aan de opzet van gestandaardiseerde opleidingen. Zo moet de kennis over de verslavingszorg ook bij de hogescholen en universiteiten terechtkomen. Bij Hogeschool Windesheim is bijvoorbeeld al een module over verslavingszorg opgenomen in het onderwijspakket.

In feite kun je zeggen dat doordat de verslavingszorg lang buiten de officiële gezondheidszorg gesitueerd is geweest er een achterstand in professionalisering was ontstaan. Deze achterstand is nu in versneld tempo ingehaald.’

#### RESULTATEN SCOREN

De verslavingszorg heeft voor kwaliteitsontwikkeling en -borging het project *Resultaten Scoren* ingericht. Hierin worden protocollen en richtlijnen ontwikkeld die bij voorkeur *evidence-based* (bewezen effectief) zijn - en wanneer die niet beschikbaar zijn op z'n minst de best practise (algemeen geaccepteerd als best mogelijke manier) vertegenwoordigen. Bij bewezen effectiviteit wordt niet alleen gekeken naar de effecten op middelengebruik en gezondheid, maar - wanneer van toepassing - ook op het verminderen van criminaliteit. Hiermee wordt aangesloten bij een met *Resultaten Scoren* vergelijkbaar project dat het Ministerie van Justitie heeft ontwikkeld. Onder de naam *Terugdringen Recidive* wil men meer interventies toepassen die (bewezen) effectief zijn om recidive te verminderen.

Voor de ontwikkeling en borging van kwaliteit is enerzijds de relatie met *onderzoeksinstellingen* van belang en anderzijds de band met de opleidingsinstellingen.

De relatie met onderzoeksinstellingen is essentieel in verband met de ontwikkeling van nieuwe behandel- en preventiemethodieken, voor het doen van effectmetingen van de behandelingen en voor het verwerven van epidemiologische gegevens.

De banden met *opleidingsinstellingen* zijn van belang om over adequaat opgeleid personeel te kunnen beschikken. Dit laatste betreft zowel de basisopleidingen van de verschillende disciplines die in de verslavingszorg werkzaam zijn (maar ook in andere sectoren te maken krijgen met verslavingsproblematiek) en de bij- en nascholing van het personeel van de verslavingszorg.

Evenzeer is de ontwikkeling van het vak verslavingszorg door de verschillende beroepsgroepen (zoals artsen, psychologen, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen enzovoort) van belang. Voor hen, maar ook voor andere partijen, geldt nog altijd dat het aantal partijen dat over het thema verslaving praat omgekeerd

evenredig is aan het aantal dat zich als probleemhouder van de kennis erover ziet en het vakgebied verslavingszorg verder wil ontwikkelen en uitbouwen. De verslavingszorg neemt daarom een voortrekkersrol in deze kwestie.

Het project *Resultaten Scoren* heeft een belangrijke rol in het creëren van de randvoorwaarden hiervoor. Kwaliteitsbeleid komt verder in samenspraak met cliëntenvertegenwoordigingen tot stand.

### 3.5 FINANCIERING: SAMENWERKING OP VERSCHILLENDE TERREINEN

Verslavingszorg werkt op de volgende beleidsterreinen: gezondheidszorg (geestelijke en somatische zorg), openbare gezondheidszorg, welzijn en reclassering/justitie. Het heeft haar samenwerkingspartners op deze verschillende beleidsterreinen en kan fungeren als brug tussen de verschillende beleidsterreinen, bijvoorbeeld tussen gezondheidszorg en justitie.

De financiering van de verslavingszorg is afkomstig van deze verschillende beleidsterreinen. Enerzijds heeft de verslavingszorg de mogelijkheid een samenhangend pakket aan te bieden, anderzijds zijn de schotten tussen de verschillende financieringen zo groot dat een samenhangend verslavingsbeleid ontbreekt. Dit heeft negatieve gevolgen voor de effectiviteit van de verslavingszorg (zie ook het rapport van de Rekenkamer).

Uitgangspunt van de verslavingszorg is dat voor het kunnen aanbieden van een samenhangend pakket en het aanpakken van specifieke problemen en maatschappelijke vraagstukken, gezocht wordt naar de best bijpassende financiering. De verslavingszorg geeft op deze wijze al jaren invulling aan het begrip *maatschappelijk ondernemer*.

PETRA VAN DAM

VOORZITTER RAAD VAN BESTUUR JELLINEK AMSTERDAM

De laatste jaren wordt de verslavingszorg steeds meer bij de GGZ getrokken vanuit de visie dat verslaving binnen het domein van de psychiatrische stoornissen valt en als zodanig behandeld en gefinancierd moeten worden. Lastig is wel dat de verslavingszorg (evenals een deel van de GGZ) verdeeld is over vier directoraten binnen het Ministerie van VWS en daarnaast nog een sterke band met justitie heeft. Dit geeft al direct aan dat het niet makkelijk is om tot een samenhangend landelijk beleid te komen op het gebied van preventie, op genezing gerichte zorg, langdurige zorg en bemoeizorg.

Wat betreft de financiering: één financieringsstroom is administratief veel eenvoudiger en zou veel geld en energie schelen. In Nederland is er echter voor gekozen om vanuit justitie heel centraal te opereren en om vanuit de gezondheidszorg een deel neer te leggen bij de gemeenten en een deel bij de verzekeraars. Dat maakt beleidsontwikkeling en verantwoording onnodig complex. Maar voor samenwerking hoeft dit geen belemmering te zijn, sterker nog: dat mag het niet zijn!

De erkenning van het vak als een vak dat professionele zorg biedt met een medische (psychiatrische) component is heel belangrijk.

De verslavingszorg zal haar positionering en presentatie hierop moeten laten aansluiten. Daarmee bedoel ik geen medicalisering, maar wel een professionele attitude en zelfverzekerde houding ten opzichte van verzekeraars: “We weten wat we kunnen en wat we te bieden hebben. En we weten ook hoe groot de vraag is en welke kwaliteits- en service-eisen gesteld worden.”

**PREVENTIE**

Gegeven de trend in de laatste jaren tot een toename van alcoholgebruik, onder met name jongeren, zal de verslavingszorg fors investeren preventie en vroegsignalering. Meer dan tot nu toe zal dat gaan in de vorm van een integrale aanpak, gericht op een duurzame beïnvloeding van het genotmiddelengebruik via de drie leefgebieden: thuis, onderwijs en vrijetijdsbesteding. De integrale aanpak beslaat een volledig pakket aan maatregelen, bedoeld voor het algemene publiek, risicogroepen en jongeren die al problematisch gebruiken.

De specialistische verslavingszorg geeft jeugdigen met een risicovol gebruik van genotmiddelen de komende jaren de hoogste prioriteit. Vroegsignalering, korte preventieve en curatieve interventies zijn hier de kernbegrippen. Samenwerking met ketenpartners, bijvoorbeeld via consultatie aan eerste lijn, onderwijs, politie en GGD, is een voorwaarde voor een succesvolle aanpak.

**GENEZING**

Een intensivering van vroegsignalering en vroeginterventie van problematisch genotmiddelengebruik bij jeugdigen leidt in eerste instantie tot een grotere instroom in de curatie. Veel jeugdigen zullen geïndiceerd blijken te zijn voor een specialistische behandeling. Uit een inventarisatie van GGZ Nederland blijkt er voor jeugdige verslaafden een extra behandelcapaciteit nodig te zijn van ruim 300 klinische plaatsen. De verslavingszorg zal er voor zorgdragen, dat dit hulpaanbod zo spoedig mogelijk beschikbaar komt.

De verslavingszorg streeft naar 'evidence based' methodieken, waarbij de cognitieve gedragstherapie in combinatie met medicatie de basis vormt. Daarbij komt meer aandacht voor 'practise based' methoden, zoals het zogenoemde 12-stappen (Minnesota) model.

Ook de somatische en psychiatrische co-morbiditeit dient beter onderkend te worden. Hierdoor worden de kansen op een langdurend behandelresultaat aanmerkelijk verhoogd. De verslavingszorg zal de komende jaren investeren in samenwerkingsprojecten met de ggz en somatische gezondheidszorg op het terrein van deskundigheidsbevordering, screening en geïntegreerde behandelprogramma's.

**VERMAATSCHAPPELIJKING**

In de verslavingszorg is een beperkt aantal plaatsen in beschermende woonvormen voor verslaafden beschikbaar. Meer capaciteit is niet alleen nodig om continuïteit van zorg te bieden aan patiënten voor wie curatieve klinische verslavingszorg geen soelaas meer biedt, omdat ze hoofdzakelijk zijn aangewezen op ondersteunende contacten. Beschermende woonvormen moeten ook beschikbaar komen voor oudere, chronisch verslaafden, die behoefte hebben aan onderdak, psychosociale ondersteuning en medische zorg. GGZ Nederland heeft in september vorig jaar geïnventariseerd, dat er inmiddels aanvragen zijn ingediend voor 80 plaatsen en plannen bestaan voor nog eens 430 plaatsen. De verslavingszorg zal er voor zorgdragen, dat er de komende jaren, al dan niet in samenwerking met andere partijen, voldoende beschermende woonvoorzieningen voor mensen met verslavingsproblemen beschikbaar komen.

**BEMOEIZORG**

Maatschappij, politiek en financieel richten zich momenteel met name op de (verslavings)zorg aan 'verloederden'. De inbreng van de verslavingszorg is voor de bemoeizorg onmisbaar. Bij geen van de andere domeinen is de kerncompetentie van de verslavingszorg, om 'mensen hulp te laten aanvaarden waarvoor ze geen interesse hebben' zo in het geding als bij de bemoeizorg. Het betreft hier 20% (20 – 80 regel) van de doelgroep van de verslavingszorg. 80% van de cliënten is niet verloederd,

veroorzaakt geen overlast en kan geholpen worden met relatief kortdurende behandelprogramma's. De verslavingszorg blijft investeren beide doelgroepen. Door de toenemende vergrijzing van (ook) de populatie van langdurig verslaafden geeft de verslavingszorg de onderkenning en behandeling van de somatische co-morbiditeit de komende jaren extra aandacht. Dit impliceert, dat er met de somatisch zorg geïntegreerde behandelprogramma's worden ontwikkeld.

#### **IMAGO**

Het imago van de verslavingszorg is niet sterk genoeg. De maatschappelijke bijdrage en rendement zijn veel sterker dan algemeen wordt erkend. De verslavingszorg wil door betere communicatie het beeld van haar werk en rendement versterken.

#### **VEILIGHEID**

Het overgrote deel van de veelplegers bestaat uit verslaafden. De verslavingszorg levert een substantiële bijdrage aan het reduceren van verslavingsgerelateerde criminaliteit en overlast, omdat de sector een dominante rol heeft in de gehele keten: preventie, toeleiding vanuit justitie naar zorg, het reclasseringstoezicht op de justitiabelen en op de geleverde zorg, het aanbieden van cure- en caretrajecten en het leveren van resocialisatiemodules. De verslavingszorg stelt zich ten doel om de komende periode de werkzame methodieken op het terrein van criminaliteitsreductie regionaal en landelijk beschikbaar te stellen, alsmede om de forensische verslavingszorg verder te ontwikkelen en uit te bouwen.

#### **CLIËNTENBELEID**

De WMCZ verplicht (ook) verslavingszorginstellingen tot het instellen van een cliëntenraad. De participatie van cliënten in de verslavingszorg is in vergelijking met de rest van de ggz achtergebleven. Dit heeft deels te maken met de cliëntenpopulatie, deels met ontbrekende kennis bij instellingen over de implementatie van de WMCZ. De LPR constateert, dat de WMCZ in zijn algemeenheid steeds vaker wordt toegepast, zij het lang niet altijd volledig. Vooral in kleinere instellingen functioneert nog geen cliëntenraad. De verslavingszorginstellingen verplichten zich om management en medewerkers voldoende te laten bijscholen/voorlichten over medezeggenschap van cliënten en toepassing van de WMCZ, alsmede om het Modelreglement cliëntenraad in de ggz (waarnaar in het HKZ-certificatieschema wordt verwezen) te implementeren.

#### **PROFESSIONALISERING**

De kwaliteit van behandeling en zorg in de verslavingszorginstellingen zal de komende jaren een krachtige impuls krijgen door een proces van professionalisering onder de primaire beroepsgroepen in de verslavingszorg te stimuleren. Voor 'zittende' medewerkers moet onder andere de afstemming en samenwerking op de werkvloer tussen de verschillende beroepsgroepen worden verbeterd. Voor instromend personeel moet bewerkstelligd worden, dat die voortaan beschikt over actuele wetenschappelijk gefundeerde kennis over verslavingsproblematiek. De minor verslavingskunde voor agogen en verpleegkundigen, die kenniscentrum Windesheim met verschillende verslavingszorginstellingen heeft ontwikkeld, kan hierin op korte termijn voorzien. Daarnaast hebben de eerste geneeskundigen in de verslavingszorg het initiatief genomen om samen met de universiteit van Nijmegen een interdisciplinaire postnitiële Master in Addiction voor artsen en psychologen te ontwikkelen. De opleiding zal in september 2007 van start gaan. De verslavingszorginstellingen hebben zich geïnteresseerd aan dit initiatief.

#### **KENNISONTWIKKELING VERSLAVING**

Verslaving is het gevolg van een complex samenspel tussen verschillende biologische, psychologische en sociale factoren. Hierbij lijkt genetische en neurobiolo-

gische kwetsbaarheid een prominente rol te spelen. Volgens de huidige wetenschappelijke inzichten biedt het dynamisch kwetsbaarheidsmodel inzicht in dit samenspel. Het model brengt een ordening aan in het biopsychosociale model, dat het referentiekader is voor de diagnostiek en behandeling van psychiatrische ziekten, waaronder verslaving.

Het komt de aanpak van verslaafden ten goede, wanneer deze thematiek verder inhoudelijk wordt uitgediept. De verslavingszorg zal hiervoor binnen de komende anderhalf jaar een interne discussie voeren tussen de verschillende beroepsgroepen in de verslavingszorg, zoals artsen en psychologen. Hierbij ligt het voor de hand ook de co-morbiditeit van verslaving met andere psychische stoornissen te betrekken. De co-morbiditeit varieert tussen de 50 en 80% en ook hier is de onderlinge relatie tussen verslaving en andere psychiatrische problematiek complex en divers.

# Verslavingszorg en GGZ

GGZ Nederland heeft in november 2004 haar visie gepresenteerd in *De krachten gebundeld. Ambities van de GGZ*. In dit onderhavige document wordt een uitwerking gepresenteerd van de visie van GGZ Nederland op het specifieke terrein van de verslavingszorg.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de betekenis van de vier domeinen die GGZ Nederland in *De krachten gebundeld* beschrijft voor de verslavingszorg.

## 4.1

### PREVENTIE

‘Psychische problemen veroorzaken een enorme sociale en economische last. Een goede manier om deze last te beperken is preventie. (...) Willen we de GGZ toegankelijk en betaalbaar houden, dan is het bittere noodzaak GGZ-preventie te versterken.’ (GGZ Nederland, november 2004, p. 15).

Deze uitgangspunten gelden ook voor de verslavingszorg. De verslavingszorg wil investeren in het vergroten van de mogelijkheden van huisartsen en andere beroepsbeoefenaren in de eerste lijn om verslavingsproblemen vroegtijdig te herkennen en te behandelen, alsmede afspraken maken over het doorverwijzen van meer complexe problemen.

Omdat preventie vooral effectief is als ze deel uitmaakt van een geïntegreerde aanpak op locatie (buurt, werk, enzovoort) wordt de samenwerking met andere voorzieningen verder versterkt. Preventie blijft een belangrijke plek houden in de verslavingszorg. Dit komt tot uitdrukking in het aandeel van het totale budget dat aan preventie wordt besteed en dat waar mogelijk zal worden vergroot.

## 4.2

### GENEZING

‘De GGZ behandelt psychische stoornissen waardoor patiënten geheel of gedeeltelijk genezen. Door het vakmanschap van de behandelaars blijft er naast evidence-based behandelen ook aandacht voor de a-specifieke aspecten van de hulpvraag.’ (GGZ Nederland, november 2004, p. 18).

Dit statement geldt ook voor de verslavingszorg. *De krachten gebundeld* beschrijft een nieuwe markt oriëntatie, wijzigende verhoudingen met zorgverzekeraars, nieuwe toetreders en professionals die nieuwe mogelijkheden gaan zoeken in nieuwe ondernemingsverbanden. De ambitie van de GGZ om in te zetten op een meer specialistisch profiel gericht op specifieke stoornissen, met de bijbehorende ontwikkeling naar een meer specialistische inzet van professionals, wordt ook door verslavingszorg onderkend en op zijn consequenties beoordeeld.

## 4.3

### VERMAATSCHAPPELIJKING

De groep patiënten met een chronische psychische stoornis wil zo gewoon mogelijk deelnemen aan de samenleving. Voorheen was een langdurig verblijf in een intramurale voorziening aan de orde van de dag voor deze populatie. Nu is voor een grote groep een zelfstandig leven in de maatschappij mogelijk geworden. Dit proces heet *vermaatschappelijking*.

‘Alleen met een samenhangend pakket van behandeling én ondersteuning bij wonen, dagbesteding en sociale relaties kunnen deze patiënten daadwerkelijk deelnemen aan de samenleving. Met zowel alleen behandelen als alleen ondersteunen is de vermaatschappelijking mislukt.’ (GGZ Nederland, november 2004, p. 21).

Belangrijk is de verdere ontwikkeling van ketenzorg en methodieken als *casemanagement* (intensieve persoonlijke begeleiding van cliënten die niet zelfstandig kunnen functioneren door coaches) en *assertive community treatment* (een multidisciplinair behandelteam dat intensieve, outreachende zorg biedt). Met behulp van de opgedane ervaring is een eerste handleiding casemanagement in de verslavingszorg opgesteld. Er zal geïnvesteerd moeten worden in het vergroten van de acceptatie van verslaafden door de samenleving.

#### 4.2 BEMOEIZORG

Er zijn in Nederland bijna 100.000 mensen met een ernstige psychische stoornis, veelal in combinatie met ongecontroleerd middelengebruik. Zij zijn in de war en vertonen soms bizar, agressief of anderszins onaangepast gedrag. Een kwart van hen, ongeveer 24.000 mensen, heeft geen of slechts incidenteel contact met de hulpverlening. Deze mensen hebben als gemeenschappelijk kenmerk dat ze geen zorg ontvangen, daar ook niet om vragen, maar die wel erg nodig hebben. Ze worden daarom ook wel aangeduid als zorgwekkende zorgmijders. Achtduizend van hen verkeren regelmatig in acute nood.

Op aangeven van de omgeving probeert ook de verslavingszorg door middel van bemoeizorg betrokkenen naar de zorg te leiden. Met behulp van de reeds opgedane ervaringen is een eerste beschrijving van deze aanpak opgesteld. De verslavingszorg

GERRIT JAN HOOGELAND  
DIRECTEUR VERSLAVINGSZORG PARNASSIA

‘Tegenwoordig is er in de verslavingszorg zeker meer aandacht voor bemoeizorg en vermaatschappelijking dan vroeger. De verslavingszorg wil dan ook haar steentje bijdragen aan het oplossen van de ellende van de straat.

Maar het heeft geen zin om veelplegers alleen op te sluiten en weer vrij te laten. Onze stelling is dat je juist met zorg heel veel overlast kunt reduceren.

De echte bemoeizorg richt zich op ‘de mensen onder de bruggen’, dit is ook een vorm van harm reduction. Deze mensen zijn daar ontvankelijk voor - want niemand slaapt voor zijn lol op straat - maar het is een stap verder om ze in een behandelsetting te krijgen. Vaak gaat het om verslaafden met zeer zware psychische en sociale problematiek. Om die over de streep te trekken en binnen de zorg te krijgen werken we steeds meer met zogeheten act-teams (assertive community treatment). Deze teams proberen vertrouwen te winnen en de problemen van verslaafden aan te pakken.

Bij de aanpak van verslaving moet ook naar de omliggende problematiek worden gekeken. Mensen moeten in redelijke sociale omstandigheden verkeren om hun problemen te kunnen oplossen. Huisvesting en reïntegratie zijn daarom van groot belang. De verslavingszorg gaat daarom uit van een meerfrontenaanpak. Wij hebben samenwerkingsverbanden met veel andere instanties om te helpen bij de maatschappelijke integratie van verslaafden. Zo zijn er leer/werk-projecten opgezet en werken wij samen met onder andere woningbouwverenigingen voor de huisvesting van cliënten. Maar ook de Maatschappelijke Juridische Dienstverlening is een belangrijke partner: soms komen er cliënten met twee tassen vol rekeningen en papieren die dan allemaal uitgezocht moeten worden.’

zal een bijdrage leveren aan de verdere ontwikkeling van bemoezorg en aan de door GGZ Nederland geformuleerde ambities om jaarlijks 10% van de *zorgwerkende zorgmijders* in zorg te krijgen en ze over vijf jaar allemaal in beeld te hebben. Daarmee wordt geprobeerd een duidelijke bijdrage te leveren aan hun gezondheid én een veiliger samenleving.



# Bijlagen

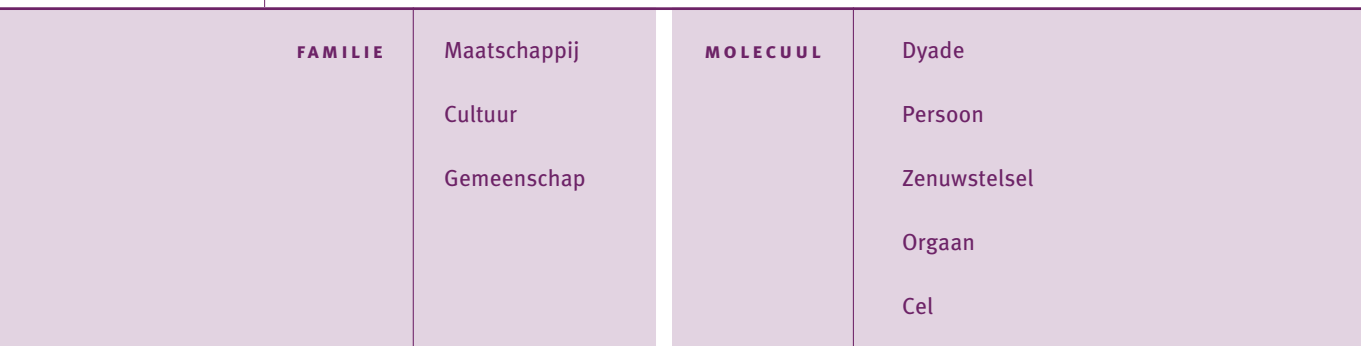
## WAT HOUDT HET BIOPSYCHOSOCIAAL MODEL IN?

Uit paragraaf 2.1 zou ten onrechte kunnen worden afgeleid, dat een biopsychosociale oriëntatie een onduidelijke mix zou kunnen opleveren van verschillende theorieën. Engel heeft in zijn publicaties vanaf 1980 de stap gemaakt naar het biopsychosociaal model als een theorie die gebruikmaakt van een complex en meervoudig perspectief op geestelijke ziekte en gezondheid. Het model van Engel vindt zijn oorsprong in eerste aanleg niet in de verslavingszorg, maar in de somatische gezondheidszorg in de interne geneeskunde.

Hoewel het te ver gaat hier de hele theorie uit de doeken te doen, lichten we enkele kernaspecten toe.

## NIVEAUS

Het biopsychosociaal (BPS) model gaat uit van een continuüm van niveaus (zie figuur 3).

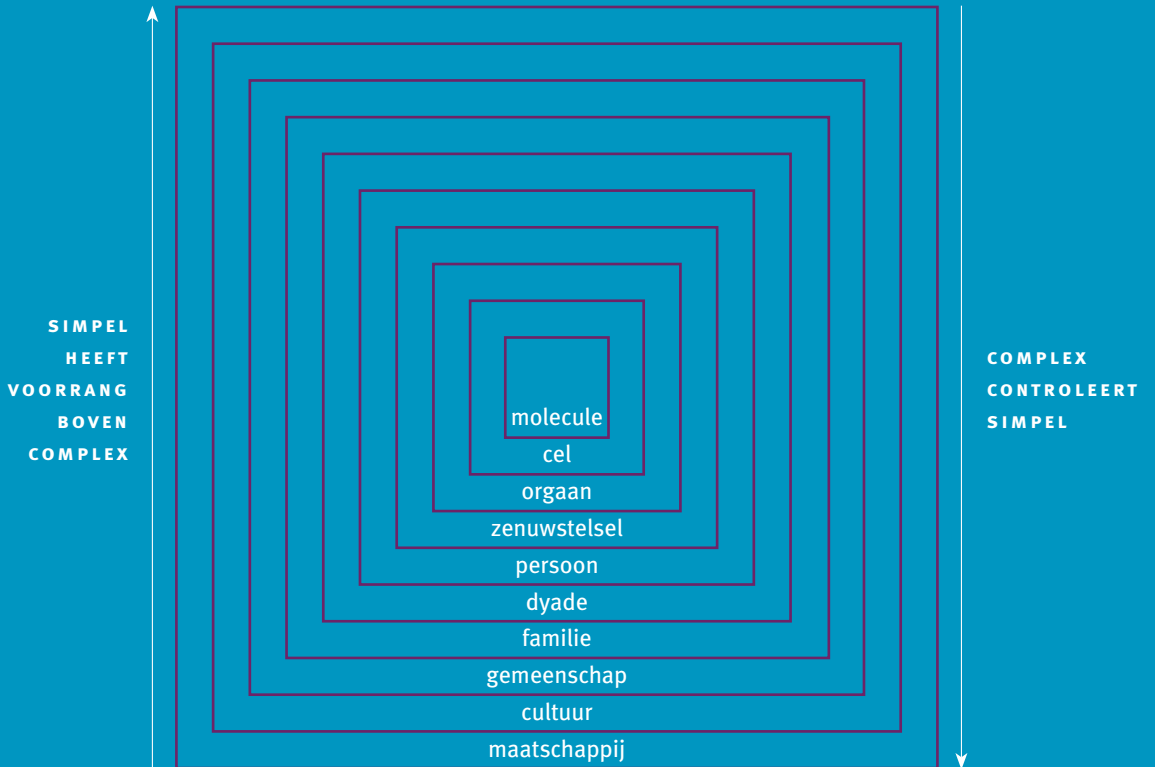


**FIGUUR 3. VERSCHILLENDE NIVEAUS OM TE KIJKEN NAAR VERSLAVING**

## ORDENENDE PRINCIPES

Engel geeft ook ordenende principes aan die behulpzaam zijn voor het ontwikkelen van zorg en interventies op grond van het BPS-model. Hij omschrijft een proces van uitwisseling tussen subsystemen op de diverse niveaus. Dat proces voldoet aan twee regels: 'Simpel heeft voorrang boven complex' (hierbij is het moleculaire niveau het simpelste en de maatschappij het meest complexe). De redenering is logisch: een verstoring op celniveau beïnvloedt alle bovenliggende niveaus. De tweede regel is: 'complex controleert simpel'.

We lichten dit in figuur 4 toe.



**FIGUUR 4. REGELS VOOR BEÏNVLOEDING TUSSEN VERSCHILLENDE NIVEAUS**

**OVERBRUGGEN VAN VERSCHILLEN**

Beide regels zijn relevant voor het inrichten van de zorg. Een complicerende factor daarbij is het verschil in taalgebruik en redeneerwijzen tussen wetenschappen op biologisch niveau en sociale wetenschappen. Dit is een logisch gevolg van het verschil in onderzoeksobject (sociale wetenschappen kijken meer op het niveau van mens en maatschappij, medische en natuurwetenschappen richten zich meer op niveau van zenuwstelsel en cel) en van de wijze waarop subsystemen elkaar op de lagere en hogere niveaus beïnvloeden.

Als gevolg hiervan worden doelstellingen van zorg vaak op een verschillende manier geformuleerd. Een onvoldoende erkennen en herkennen van deze verschillen leidt vaak tot ongewenst dichotoom denken. De verslavingszorg heeft hier last van gehad. Werken vanuit het BPS-model vereist echter dat deze verschillen overbrugd worden.

We geven de onderscheiden niveaus weer in figuur 5.

NIVEAU	PLAATS	DOELEN VAN ZORG	DOELEN VAN ZORG
Biologisch	Brein	Oorzaken Gevolgen	Stabiele biologische basis voorstemming en cognitie
Psychosociaal	Geest	Invloeden Onrijpheden	Persoonlijke relaties, gewaardeerd worden, bij een groep horen, evenwicht privé- maatschappij
Moreel-existentieel	Ziel	Waarden Integriteit als persoon	Heelwording

**FIGUUR 5. NIVEAUS EN DOELEN VAN ZORG**

Wanneer we wat nader kijken naar de huidige aandachtsvelden van onderzoek, dan zien we dat er een sterke opleving is geweest van onderzoek op biologisch niveau. Er wordt ook steeds meer bekend over de effecten van verslaving op het brein. Zo is duidelijk geworden hoe sterk de invloed van inslijping is op het mesolimbisch systeem (een diepergelegen hersenstructuur die een rol speelt bij verslaving). Ook op het terrein van de oordeelsvorming worden heel sterke effecten gevonden - die niet alleen door cognitieve theorieën te verklaren zijn. Deze effecten duren veel langer dan tot voor kort bekend was en zijn mogelijk op sommige onderdelen onomkeerbaar. Biologische verklaringen zijn dus van belang.

Daarnaast is echter ook duidelijk dat alle interventies die op dit moment evidence-based zijn (dat wil zeggen: gebaseerd op wetenschappelijk bewijs) zich vooral op het psychosociale vlak bewegen. En laten we wel wezen, ook in de somatische geneeskunde zijn interventies vaak lang niet zo biologisch georiënteerd als we in eerste instantie wel eens geneigd zijn te denken.

*Een nadruk op alléén biologisch of alléén psychosociaal vlak is dus niet wenselijk. Wij pleiten voor een combinatie gebaseerd op het biopsychosociaal model, omdat alleen dan recht wordt gedaan aan de complexiteit van de problematiek.*

#### **IS HET BIOPSYCHOSOCIAAL MODEL COMPLEET?**

Het antwoord op deze vraag is als volgt te formuleren: het model is in zoverre compleet dat het geen samenraapsel is van meerdere theorieën, maar een theorie over een complex en meervoudig perspectief op (geestelijke) gezondheid. De theorie is niet specifiek voor verslaving ontwikkeld (maar juist voor de algemene gezondheidszorg). Het blijft dus van belang om de specifieke elementen en kerncompetenties, die kenmerkend voor verslaving zijn, te benoemen. Deze competenties zijn beschreven in paragraaf 3.3.

*De theorie is in zoverre compleet, dat die in afdoende mate ordening kan aanbrengen in het professionele debat over de inrichting van de zorg en over de wijze waarop specifieke kennis en interventies van de diverse professionals met elkaar in optimale samenhang kunnen worden gebracht.*

# Literatuur

- Algemene rekenkamer. *Verslavingszorg aan verslaafden met meervoudige problematiek*. Den Haag, 2004.
- Engel, G.L., The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 1980; 137: 535-544.
- Engel, G.L., From Biomedical to Biopsychosocial: Being Scientific in the Human Domain. *Psychosomatics*, 1997; 38: 521-528.
- Es, M. van, *Resultaten Scoren. Eindverslag eerste fase 1998-2003*. Utrecht, GGZ Nederland, 2004.
- Gezondheidsraad. *Medicamenteuze interventies bij drugverslaving*. Den Haag: 2002. Gezondheidsraad, nr. 2002/08.
- GGZ Nederland. *Verslavingspreventie; voor een betere gezondheid en meer veiligheid*. Utrecht: april 2004.
- GGZ Nederland. *De krachten gebundeld. Ambities van de GGZ*. Amersfoort: november 2004.
- IVZ. *Kerncijfers verslavingszorg 2003*. Houten: oktober 2004.
- Trimbos-instituut. *Jaarbericht 2005 Nationale Drugmonitor*. Utrecht: 2006.
- Jong, C.A.J. de, *Verslaving, verslavingszorg en het biopsychosociaal model*.
- R. Hermanides, K. in 't Veld & C.A.J. de Jong (red.). *Lerend Veranderen: Op weg naar een vraaggerichte organisatie*. Novadic, Sint Oedenrode: 2003.
- Kessels & Smit. *Ontwikkeling van kennis en bekwaamheid in de verslavingszorg; naar een dynamische infrastructuur*. GGZ Nederland, Utrecht: 2001.
- KPMG. *Excessive alcohol consumption in the Netherlands: trends and social costs*. Hoofddorp: februari 2001.
- Leshner, A.I., Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 1997; 278(5335): 45-7.
- *Resultaten Scoren. Handreiking bemoeizorg*. GGZ Nederland. Utrecht: 2004.
- *Resultaten Scoren. Handreiking voor casemanagers in de sociale verslavingszorg*. GGZ Nederland. Utrecht: 2004.
- STIVORO.-rookvrij. *Roken de harde feiten: volwassenen 2004*. Den Haag: 2005.
- Schippers, G.M. & Emst, A. van, *Zelfcontrole en verslaving*. Handboek Verslaving maart 2000.
- Stichting Verslavingsreclassering GGZ Nederland. *Interventies voor verslaafde justitiabelen*. Utrecht: 2004.
- Stichting Verslavingsreclassering GGZ Nederland. *Verslavingsreclassering: visie en uitgangspunten*. Intern stuk zonder plaats en jaar van uitgifte.
- Visiebrief *Modernisering sanctietoepassing*. Brief van de Minister van Justitie aan de Tweede Kamer. Den Haag: 7 juni 2004.
- Wolf, J. et al. *Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen*. Een systematisch overzicht van interventie en effect. Resultaten Scoren. GGZ Nederland/Trimbos-instituut: Utrecht, 2002.

**COLOFON**

GGZ Nederland is verantwoordelijk voor het opstellen van dit document.

GGZ Nederland dankt de instellingen voor de verslavingszorg zeer voor hun inbreng en hoopt dat de uiteindelijke inhoud zal bijdragen aan herkenbaarheid van het vak van de verslavingszorg.

GGZ Nederland dankt een ieder door wiens inspiratie de inhoud van *Een visie op verslaving en verslavingszorg, Aanpak op meerdere fronten* mede tot stand is gekomen.

**UITGAVE**

GGZ Nederland, Amersfoort

**TEKST**

GGZ Nederland

**OPDRACHTGEVER**

GGZ Nederland

**ONTWERP**

[www.taluut.nl](http://www.taluut.nl)

**DRUKWERK**

Océ

**OPLAGE**

800

**PUBLICATIENUMMER**

2006-308L

**REDACTIE**

Matthijs Conradi Tekstbureau, Groningen

**BESTELLEN**

Deze publicatie is te bestellen bij GGZ Nederland, Amersfoort o.v.v. publicatienummer en aantal.

e-mail: [info@ggz nederland.nl](mailto:info@ggz nederland.nl)

fax: 033 460 8999

Amersfoort, mei 2006

