

Een visie op verslaving en verslavingszorg: focus op preventie en herstel



04	Voorwoord	22	Hoofdstuk 2
			Visie op verslavingszorg
	Verslavingszorg: hoofdlijnen en perspectieven	22	Inleiding
05	Inleiding	23	Innovatie verslavingszorg
06	Terugblik	25	Kennisbronnen en kennistoepassing
07	Stand van zaken	25	Realistische behandelresultaten
10	Blik vooruit	26	Belang van stagering en profilering
13	Agenda voor de komende jaren		
15	Hoofdstuk 1	27	Hoofdstuk 3
	Visie op verslaving en herstel		Verslavingszorg in toekomst perspectief
15	Inleiding	27	Inleiding
15	Psychische functies en zelfregulatie	28	Ambulantisering
16	Achtergronden	29	Generalistische basis-ggz en POH-ggz
16	Gelaagdheid	29	Focus op kwetsbare groepen
17	Veranderbaarheid	31	Preventie bij kwetsbare groepen
18	Ontstaan van hulpvragen	31	Meer onderzoek nodig
18	Wie kan herstellen?	32	Kwaliteitsprogramma
19	Vormen van herstel	33	Investeren in effectief hulpverlenerschap
20	Herstel komt voort uit persoonlijk initiatief	33	Professionalisering
20	Motorfunctie	34	Herinrichting van opleidings- en werkprocessen
21	Onderlinge samenhang	34	Betere opleidingsmogelijkheden
		36	Verantwoording
		38	Bijlage: kerncijfers verslavingszorg

Vormgeving

Case Communicatie, Ede

Copyrights

© GGZ Nederland 2013

Overname van teksten

is toegestaan

met bronvermelding.

Publicatienummer

2013/392

Voorwoord

Toen de verslavingszorg in september 2011 besloot om het vorige visiedocument uit 2006 te actualiseren was nog niet bekend dat er een half jaar later een breed gedragen bestuurlijk akkoord over de toekomst van de ggz zou liggen. In het akkoord werd afgesproken de inrichting van de zorg drastisch te veranderen door de klinische capaciteit om te bouwen naar ambulante zorg en de patiëntenstromen te verleggen van specialistisch ggz naar generalistische basis ggz en huisartsenzorg met ondersteuning.

Hoewel op zich ingrijpend, had met alleen deze veranderingen in petto een *actualisatie* van het vorige document kunnen volstaan. Door de fundamentele keuze in het akkoord dat cliënten voortaan zelf de regie voeren over hun eigen hulp was echter snel duidelijk dat het nieuwe visiedocument aanzienlijk meer moest inhouden dan een actualisatie van het oude. De verslavingszorg moest haar bestaande opvattingen over verslaving en de zorg aan mensen met verslavingsproblemen *herijken*.

Door de cliënt in de zorg centraal te stellen, was het bovendien vanzelfsprekend dat het visiedocument op een breed draagvlak bij met name de cliëntenbeweging moest kunnen rekenen. En ook was het daarom logisch dat de cliëntenbeweging betrokken zou worden bij de totstandkoming van het visiedocument.

Intensief overleg met de cliëntenbeweging heeft in het nieuwe visiedocument tot de gedeelde visie geleid dat 'herstel(ondersteunende zorg)' bij verslaving het leidend beginsel moet zijn om de uitdagingen van het bestuurlijk akkoord het hoofd te bieden. In het visiedocument is de afspraak opgenomen dat verslavingszorg en cliëntenbeweging in overleg zullen blijven over de implementatie van deze visie.

Het visiedocument dat voor u ligt begint met een korte historische terugblik, een beschrijving van de stand van zaken en een blik vooruit, gevolgd door een concrete beleidsagenda van de verslavingszorg voor de komende jaren. Daarna volgt in hoofdstuk 1 de visie op verslaving en herstel, in hoofdstuk 2 de visie op wat dit betekent voor de zorg aan mensen met verslavingsproblemen en in hoofdstuk 3 tenslotte wat de ambities van de verslavingszorg voor de komende jaren zijn.

Amersfoort, mei 2013

Verslavingszorg: hoofdlijnen en perspectieven

INLEIDING

Verslaving heeft veel gezichten. Het meest beeldbepalend zijn de mensen die door hun jarenlange middelengebruik kampen met een kluwen aan bijkomende problemen. Daarnaast zijn er echter tal van andere groepen die gebukt gaan onder minder zichtbare vormen van verslavingsproblemen. Dat hun problematiek minder opvalt, wil niet zeggen dat die minder ingrijpend is.

Ook de verslavingszorg zelf heeft vele gezichten. Het is een sector die gezondheidszorg biedt vanuit gespecialiseerde instellingen en vanuit gespecialiseerde onderdelen in geïntegreerde ggz-organisaties. Verslavingszorginstellingen zijn netwerkorganisaties die behalve het uitvoerende werk in de zorgketen ook ondersteuning bieden aan partners in de jeugdzorg, het onderwijs, het uitgaansleven, de strafrechtketen, etc. Deze brede maatschappelijke aanwezigheid in combinatie met de focus op één specialisme kenmerkt de verslavingszorg.

Medewerkers in de verslavingszorg hebben veel kennis over gebruik van middelen, verslaving en daaraan gerelateerd gedrag en zijn goed in staat differentiaties aan te brengen in de groepen gebruikers die kwetsbaar zijn voor verslaving en/of verslaafd zijn geraakt. Als gespecialiseerde sector is de verslavingszorg er bij uitstek op gericht om haar kennis en kunde in te zetten daar waar mensen zelf, of met steun van hun omgeving, niet meer in staat zijn hun problemen op te lossen.

De verslavingszorg richt zich niet op gebruikers van middelen en ook niet op verslaafden op zich, maar uitdrukkelijk op diegenen die vanwege hun gebruik of verslaving in ernstige problemen zijn gekomen (of daarin verzeild kunnen raken) en/of degenen in hun directe omgeving die hierdoor ernstige schade (dreigen te) ondervinden. Die gezondheidszorg levert de samenleving veel op. Het beperkt verlies van productiviteit, beperkt overlast en criminaliteit of andere (sociale) schade die aan gebruik van middelen en verslaving gerelateerd is.

In de verslavingszorg wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende gradaties van middelengebruik. Van alcohol- of drugsmisbruik is sprake als iemand ondanks de problemen die dat veroorzaakt veel alcohol of drugs blijft gebruiken, maar er (nog) niet verslaafd aan is. Van verslaving (of afhankelijkheid) is sprake als iemand veelvuldig alcohol en/of drugs gebruikt, en er bovendien

sprake is van andere symptomen zoals meer en langer gebruiken dan men van plan was, weinig succesvolle pogingen om te minderen of te stoppen, en onthoudingsverschijnselen. Tot slot zijn er diverse andere vormen van overmatig of problematisch gebruik, zoals dronkenschap en binge drinken.

Verslaving is nog altijd omgeven door ontkenning, bagatellisering, taboe en schaamte. Veel mensen met verslavingsproblemen mijden hierdoor de hulpverlening of zoeken pas hulp op het moment dat zij werkelijk vastlopen. Het gevolg hiervan is dat het merendeel van de cliënten in de verslavingszorg kampt met langdurige verslavingsproblemen (en vaak een reeks aan hiermee samenhangende problemen), die alleen met een intensief behandeltraject onder controle zijn te krijgen. De afgelopen tien jaar zijn diverse initiatieven genomen om de toegankelijkheid van de verslavingszorg te verbeteren, vooral voor mensen met complexe problematiek. Hierdoor loopt de sector nu voorop in het aanbieden van e-health-interventies, de ambulante aanpak van zeer complexe en chronische problematiek, en het bieden van consultatie aan andere sectoren, binnen en buiten de zorg.

De verslavingszorg heeft daarmee een belangrijk voor-schot genomen op de ingrijpende gevolgen die voortvloeien uit de afspraken in het bestuurlijk akkoord

toekomst ggz 2013-2014, zoals over ‘ambulantisering’, de invloed van cliënten, de inbreng van ervaringskennis en een focus op herstel en zelfregulatie.

Er is echter meer nodig om klaar te zijn voor de ingrijpende transitie waarmee de verslavingszorg net als de rest van de ggz de komende jaren te maken krijgt. Daarvoor zullen de bestaande opvattingen over verslaving en over de gezondheidszorg aan mensen met verslavingsproblemen herijkt moeten worden.

In de volgende drie paragrafen gaan we in op de resultaten van de verslavingszorg in de afgelopen jaren, maken we een balans op en richten we vervolgens het vizier op de toekomst.

TERUGBLIK

De verslavingszorg bestaat ruim honderd jaar en is er telkens opnieuw in geslaagd zich aan te passen aan veranderingen in de samenleving, nieuwe vormen van gebruik en andere risicoprofielen van gebruikers. De wetenschappelijke basis van de werkzaamheden is steeds steviger en mede hierdoor gaan de resultaten die binnen de sector worden geboekt sterk vooruit. Onder de vlag van verslavingspsychiatrie is de afgelopen jaren ook de samenwerking met algemene ggz-voorzieningen versterkt. Dit heeft ertoe geleid dat in de

verslavingszorg ook comorbide psychische stoornissen worden behandeld, en omgekeerd in de algemene ggz verslavingsproblemen de nodige aandacht krijgen. De verslavingszorg is een onvervreemdbaar onderdeel van de geestelijke gezondheidszorg.

De gevolgen van het misbruik van alcohol en drugs, het roken van sigaretten of excessief gokken en andere aan gedrag gerelateerde verslavingen zijn aanzienlijk. Mensen raken hierdoor in ernstige lichamelijke, psychische en sociale problemen, gezinnen raken ontwricht, opleidingen worden niet afgemaakt, en de hersenen van jonge mensen raken (soms duurzaam) beschadigd. Dat de kosten voor de zorg, justitie en politie en de economie (verzuim, verlies productiviteit) groot zijn is evident. Hiernaast is er veel schade en overlast door de productie en verkoop van drugs. Ook het milieu lijdt eronder (zoals door het dumpen van reststoffen bij de productie van synthetische drugs).

De verslavingszorg heeft de samenleving in de afgelopen jaren veel geboden. Er zijn successen geboekt in de opvang en begeleiding van groepen cliënten met heel ingewikkelde problematiek. Het is niet alleen gelukt bij hen meer stabiliteit aan te brengen in hun leven maar ook hen te ondersteunen in het vergroten van hun autonomie. Zelfs al is dat niet altijd mogelijk: het streven is er op gericht bij alle cliënten de zelfredzaamheid

zodanig te vergroten dat de betrokkenen weer een veilig en kwalitatief goed leven tegemoet gaan. Vaker dan voorheen wordt hierbij gebruik gemaakt van ervaringsdeskundigen en ervaringsdeskundigheid. Dit draagt ertoe bij cliënten aan te spreken op hun ‘eigen kracht’ en weer de regie te nemen over hun leven.

Aan de andere kant van het spectrum is er de afgelopen jaren fors ingezet op het signaleren en terugdringen van de hoge risico’s op misbruik en verslaving bij groepen jongeren die – vanwege hun achtergronden – extra kwetsbaar zijn. De ervaring leert dat problemen de neiging hebben van generatie op generatie te worden overgedragen – dat kan door genetische of sociale overdracht plaatsvinden. Genetische kwetsbaarheid kan niet worden voorkomen, maar wel de mate waarin dit tot expressie komt. Daarom zijn bijvoorbeeld diverse samenwerkingsprojecten tot stand gebracht met instellingen voor jeugdhulpverlening of jeugd-ggz en scholen waar naar verhouding veel jongeren met een hoog risicoprofiel verblijven.

Door haar werk en het onderzoek dat daarmee verband houdt heeft de sector nu een diepgaand inzicht in de gezondheids- en sociale risico’s die met gebruik en verslaving samenhangen. Ook weet de sector beter dan ooit hoe schade kan worden beperkt. Deze kennis is van groot belang voor de komende periode.

STAND VAN ZAKEN

De ervaringen van de afgelopen periode kunnen in enkele ‘waarden’ worden samengevat:

- **ER IS ALTIJD KANS OP POSITIEVE VERANDERING** » De ervaring met ‘moeilijke groepen’ heeft geleerd dat er altijd en bij iedereen een kans is op herstel – hoe klein deze in het begin ook lijkt. De ervaring met de diverse groepen problematische gebruikers of verslaafden heeft geleerd dat het mogelijk is de progressie van een ongunstige ontwikkeling te stoppen. Mensen hoeven niet eerst een ‘eindstadium’ bereikt te hebben voordat positieve verandering plaats kan vinden. Door de focus te richten op ontwikkelingsfasen (stagering) en individuele kenmerken (profilering) neemt de kans toe dat in de toekomst veel effectiever de zorg geboden wordt die het beste past bij deze persoon, in dit stadium, gezien de actuele mogelijkheden van de verslavingszorg. De ervaring heeft geleerd dat de bejegening van cliënten, de manier waarop met hen werkrelaties worden aangegaan en de wijze waarop rekening wordt gehouden met hun persoonlijke kenmerken (waaronder de fase van hun veranderingsproces) de kans op verandering sterk verhogen.
- **HERSTEL IS EEN BREED CONCEPT** » In de zorgverlening, vooral door de integratie van ervaringsdeskundigen en het benutten van hun

kennis, is ook het idee over wat goede en effectieve zorg is verdiept en verbreed. Het concept herstel omvat nu meer dan een geslaagde klinische behandeling. Het gaat er uitdrukkelijk ook om of (ex) verslaafden weer in staat zijn hun psychische functies te ontplooien (in staat zijn tot zelfregulatie), sociale en maatschappelijke rollen kunnen vervullen (en de samenleving hen die kansen ook biedt). In het bijzonder is er meer oog voor de persoonlijke ontwikkeling van de betrokkenen. Uiteindelijk is het hun leven, zijn zij – met steun vanuit de sector – aan zet.

De verslavingszorg ondersteunt hun persoonlijke herstelproces dat zich onder andere richt op het ontwikkelen van een positieve identiteit, het vestigen van hoop op verandering en een betere toekomst, het reflecteren op persoonlijke waarden en het onder ogen zien van het eigen levensverhaal. Het bevorderen of ondersteunen van zelfzorg, eigen regie én zelfregulatie en het voorkomen van zelfstigmatisering spelen hierbij een cruciale rol. Deze positieve ervaringen wil de verslavingszorg de komende jaren benutten en daarom staat herstel centraal in de visie op zorg. De verwachting is dat dit leidt tot het vergroten van de autonomie en de processen van zelfregulatie die daaraan ten grondslag liggen.

Herstel is ook niet gebonden aan een fase in het verslavingsproces. De kansen op herstel zijn meestal

groter als problemen nog niet heel ernstig zijn en juist een brede benadering van herstel (integratie van klinisch, functioneel, maatschappelijk én persoonlijk, zie hoofdstuk 1) draagt ertoe bij dat een ernstig beloop kan worden voorkomen.

Herstel baseert zich op een mensvisie die de nadruk legt op de mogelijkheden die mensen hebben om eigen regie te nemen over het verloop van de zorgverlening, door zelfzorg een deel van de zorg over te nemen en – door training, therapie en externe steun – hun zelfregulatie te verbeteren. Gedeelde besluitvorming en samenwerking met cliëntenorganisaties in de ontwikkeling van het beleid staan daarbij centraal.

- **ONTSTAAN VAN PROBLEMEN KAN WORDEN VOORKOMEN** » Herstel richt zich op mensen die al cliënt zijn bij de verslavingszorg. In al die situaties waarin er sprake is van hoge risico’s in relatie tot middelengebruik (risicogroepen, risicogebieden) gaat het er om te voorkomen dat herstel nodig is. Kernwoorden hierbij zijn het beperken van kwetsbaarheid en het vergroten van de veerkracht, in combinatie met het versterken van externe steun voor mensen die niet op eigen kracht (zelfhulp of anderszins) in staat zijn hun kansen op een kwalitatief goed leven te benutten.

- **GOEDE ZORG IS GOEDKOPERE ZORG** » De verslavingszorg heeft geleerd dat lichte, preventieve hulp voor veel mensen voldoende is om een meer gezonde koers in te slaan. Maar voor andere cliëntengroepen, in het bijzonder die waar de sector mee te maken heeft of krijgt is een stapsgewijze hulpverlening funest. In de algemene of generalistische zorg mist men de expertise om mensen met een grote kans op een ernstig beloop eruit te halen en direct door te verwijzen naar een gespecialiseerde instelling. Goede zorg is matched care, geen stepped care. Matched care is door de bank genomen goedkoper.
- **EEN ASSERTIEVE, NIET PERMISSIEVE HOUDING IS GEBODEN** » Een afwachtende en permissieve houding kan verstandig zijn daar en wanneer dwang en drang niet helpen of niet mogelijk zijn om met een persoon in contact te komen of het contact vast te houden. Maar los daarvan kan en moet de verslavingszorg duidelijker stelling nemen en initiatieven ontplooien in al die gevallen waarin personen, groepen of de samenleving in zijn geheel te grote risico’s nemen en de zaak op hun beloop laten. Eigen verantwoordelijkheid is in morele zin een groot goed maar daar waar dit mensen zelf of hun omgeving ernstig schaadt is het kwetsief. De enorme schade als gevolg van jarenlang (mee)roken is in de ogen van de verslavingszorg onacceptabel en effectief te voorkomen. Ook bij

de preventie van het gebruik van alcohol of drugs tijdens de zwangerschap of het binge drinken door adolescenten is een assertieve houding gewenst. De grenzen van wat wel/niet acceptabel is moeten duidelijker worden gemarkeerd.

Deze, hier als waarden geformuleerde ervaringen die de verslavingszorg heeft opgedaan in de afgelopen periode staan centraal in de voor ons liggende jaren. Hierbij speelt de vraag hoe, ondanks krappere middelen en door beleidswijzigingen afgedwongen organisatorische veranderingen, er toch op het inhoudelijke vlak meer en betere resultaten kunnen worden geboekt.

BLIK VOORUIT

In de komende periode vinden veranderingen plaats in de structuur en werking van de ggz en verslavingszorg overeenkomstig het in 2012 gesloten bestuurlijk akkoord toekomst ggz 2013-2014. Dit heeft gevolgen voor de plaatsen en de momenten waarop de verslavingszorg in beeld komt respectievelijk de expertise van de medewerkers kan worden ingezet. De sector streeft naar een werkwijze waarop, ondanks beperking van de middelen, meer mensen kunnen worden bereikt en de resultaten (voorkomen van verslaving; voorkomen van een ernstig beloop; bevorderen van herstel) verbeteren.

Dat kan onder andere door de aandacht te richten op de volgende vijf thema's aan de hand waarvan goed kan worden verduidelijkt welke toegevoegde waarde de verslavingszorg heeft voor de samenleving:

- **PREVENTIE GEBRUIK EN MISBRUIK** » De verslavingszorg heeft een lange staat van dienst in het ontwikkelen en uitvoeren van projecten die erop zijn gericht gebruik van middelen onder jongeren te voorkomen. Er zijn meer dan genoeg redenen deze traditie voort te zetten. Roken is voor iedereen schadelijk, maar als door 'gezond opvoeden' het lukt om jonge mensen tot en met hun 25e levensjaar van het roken af te houden, is de kans klein dat ze daar ooit nog mee beginnen. De kennis over de schadelijke effecten van alcohol, cannabis en andere middelen op de hersenen neemt toe en motiveert tot een assertieve houding, gericht op preventie van het gebruik bij kinderen en jongeren.
- **JEUGD EN TRANSGENERATIONELE PROBLEMATIEK** » Wat geldt in de gehele geneeskunde en bij alle aandoeningen geldt zeker ook voor het misbruik en afhankelijkheid van middelen: hoe eerderesignaleerd en naar bevind van zaken gehandeld, hoe groter de kans op succes en hoe minder intensief respectievelijk hoe goedkoper de interventie.

De verslavingszorg wil daarom het aantal projecten gericht op jongeren en multi-probleemgezinnen die kwetsbaar zijn voor misbruik en verslaving uitbreiden en meer middelen vrijmaken voor op jeugd en gezinnen gerichte vroeghulp.

Door genetische en sociale overdracht van risico's zien we aan middelenmisbruik en verslaving gerelateerde problemen in opeenvolgende generaties terugkomen. Gebrekkige registratie maakt het zicht hierop lastig, maar in de sector is het inzicht gegroeid dat dit een onderschat verschijnsel is dat ten onrechte te weinig aandacht heeft gekregen. De verslavingszorg wil daarom zijn verantwoordelijkheid nemen bij de aanpak van dit probleem.

- **RISICO'S EN RISICOGROEPEN** » Het gebruik van middelen brengt altijd risico's met zich mee. Bij een middel als alcohol geldt dat matig gebruik, door volwassenen, op een veilige wijze kan plaatsvinden indien de betrokkenen de veiligheidsregels in acht nemen zoals die gelden in het verkeer of op het werk. Bij diverse drugs is 'op zich' veilig gebruik mogelijk. De context waarin het gebruik plaatsvindt en de illegaliteit die aan productie en handel kleeft brengt voor de gebruikers echter vaak onaanvaardbare risico's met zich mee. De verslavingszorg wil zich

stelliger dan voorheen uitspreken tegen de permissieve houding die – ook door de Nederlandse overheid – de afgelopen decennia is ten toon gespreid. Dat geldt ook voor het altijd schadelijk gebruik van tabak en het (veelal onvrijwillig) meeroken.

Het kan zo zijn dat veel mensen van alcohol en sommige drugs redelijk beheerst gebruik maken. Hiernaast zijn er echter grote groepen mensen, in het algemeen jongeren, in het bijzonder kinderen van verslaafde ouders of jeugdigen met gezins- en opvoedingsproblemen, en verder volwassenen met ernstige psychische en sociale problemen die in de ogen van de verslavingszorg door gebruik van middelen onaanvaardbare risico's lopen. De sector gaat zich er hard voor maken op dit vlak nieuwe initiatieven te ontplooiën en zichtbare resultaten te boeken. De verslavingszorg is in staat een substantiële bijdrage te leveren aan het beperken van schadelast (overlast, criminaliteit, verlies van productiviteit, e.d.).

- **RISICOGEBIEDEN** » Risico's en de groepen die de ze dragen zijn meer dan gemiddeld te vinden in bepaalde risicogebieden: plaatsen in ruimte en tijd die extra aandacht behoeven. Dat kunnen scholen

zijn, klinische afdelingen van zorginstellingen, gezinnen waar veel huiselijk geweld plaatsvindt of anderszins veel problemen naast elkaar voorkomen, illegale gebruikslocaties (alcohol en drugs), arbeids-situaties, (tijdelijke) verblijfplaatsen van migranten of bepaalde uitgaansgelegenheden en festivals. Kennis hieromtrent is aanwezig in de verslavingszorg en deze wordt regelmatig bijgesteld. De sector gaat de komende jaren met verhoogde intensiteit deze gebieden in kaart brengen en werken aan oplossingen. Vaak zal een beroep worden gedaan op andere organisaties, politie en justitie én de overheid.

• **HULP BIJ & VERHINDEREN VAN CHRONICITEIT »**

In de benadering van chronische verslavingsproblemen heeft de verslavingszorg de afgelopen jaren veel ervaring opgedaan. Ze gaat ermee door, mede geïnspireerd door een nieuwe visie op herstel en door de hulp effectiever te brengen waar deze nodig is (thuis, in wijken, op het werk, in scholen e.d.). Tegelijk is de sector zich ervan bewust dat het nog beter is het ontstaan van chronische problemen te verhinderen of – wanneer dat niet lukt – te koersen op een minder ernstig beloop. Dit kan door nadrukkelijker, gesteund door klinisch epidemiologisch onderzoek en longitudinale studies, beter de fasen van verslavingstrajecten op het spoor te komen, en daarbij individuele profielen te ontwikkelen.

De meeste richtlijnen en behandelprogramma's missen nog een focus op stadia en profielen – de verwachting is dat wanneer dat wel gebeurt veel preciezer behandelingen kunnen worden ingezet die aansluiten op de toestand van het desbetreffende individu. Dat verhoogt de effectiviteit en bespaart overbodige kosten die vaak gemoeid zijn met standaardbehandelingen.

Hiernaast staat in enkele punten verwoord welke activiteiten de sector de komende jaren, gezien de bovenstaande vijf thema's, gaat ondernemen.

AGENDA VOOR DE KOMENDE JAREN

JEUGD

- De verslavingszorg ondersteunt de lopende initiatieven om de aandacht voor kwetsbare groepen jongeren te verbeteren.
- Naast de uitvoering van gerichte preventieve programma's worden vroeghulpprojecten voortgezet en waar nodig versterkt.

TRANSGENERATIONELE PROBLEMATIEK

- De verslavingszorg gaat een strategie ontwikkelen om transgenerationale problematiek zo gedetailleerd mogelijk in beeld te krijgen.
- In samenspraak met organisaties voor eerstelijnsgezondheidszorg, basisonderwijs en jeugdzorg worden systemen ontwikkeld om vroegtijdig problemen op dit vlak op te sporen.
- In samenwerking met universiteiten, hogescholen, Trimbos-instituut en Resultaten Scoren worden interventies ontwikkeld om – samen met de direct betrokkenen – de keten van overdracht te verbreken.

RISICO'S EN RISICOGROEPEN

- De verslavingszorg maakt zich er sterk voor dat de geïndiceerde preventieve interventies uit het Basispakket Verslavingspreventie standaard deel uitmaken van de werkzaamheden van de POH-ggz.
- Via Resultaten Scoren wordt gestreefd naar standaardisering en erkenning van preventieve interventies uit het Basispakket Verslavingspreventie. Dit bevordert de mogelijkheden van gemeentelijke financiering.
- Gebruikers van GHB vallen na een detoxificatie vaak/snel terug. Er wordt gewerkt aan de ontwikkeling van methoden voor terugval-preventie en vervolgbehandeling.

RISICOGEBIEDEN

- De verspreiding van actuele informatie over (het ontstaan van) verslaving houdt prioriteit. De focus is gericht op plaatsen waar meer dan gemiddeld risico's bestaan.
- Er wordt een criterialijst opgesteld aan de hand waarvan (potentiële) risicogebieden in kaart worden gebracht en waarmee een inschatting kan worden gemaakt van de ernst en omvang van aan gebruik en verslaving gerelateerde problemen.
- Er komt een overzicht van de wijze waarop vanuit de verslavingszorg – samen met anderen én de direct betrokkenen – risico's kunnen worden beperkt of weggenomen.

HULP BIJ & VERHINDEREN VAN CHRONICITEIT

- De verslavingszorg sluit met zijn specialistische mogelijkheden naadloos aan bij wijkgerichte initiatieven waar een deel van de cliënten met langdurende ondersteuningsbehoefte terecht komt.
- Rekening houdend met de regionale context, neemt de verslavingszorg de verantwoordelijkheid op zich voor de organisatie van een keten van relevante voorzieningen (toeleiding wonen, werk, sociale integratie).
- De verslavingszorg gaat in de generalistische (basis) verslavingszorg de kwalificatie van de professionals (i.h.b. de POG-ggz) verhogen. De systemen voor triage worden versterkt om matched care te faciliteren.
- Er wordt geïnvesteerd in de ontwikkeling van nieuwe behandelrichtlijnen zoals op het terrein van gedragsverslaving, chroniciteit, kwetsbare jeugd en problemen bij mensen met een licht verstandelijke beperking.
- De verslavingszorg gaat door met het ontwikkelen van een gezamenlijk visie op herstel. In overleg met stakeholders (vooral cliënten) wordt de herstelgedachte in praktijk gebracht.
- In het kader van ROM worden de vorderingen van de verslavingszorg in de herstelondersteunende zorg geregistreerd.

- De verslavingszorg brengt vanuit haar commitment aan het programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ) haar deskundigheid in de forensische zorg in ten behoeve van de kwaliteitsverbetering van de behandeling van verslavingsproblemen.
- Om stagering en profilering te bevorderen wordt longitudinaal onderzoek gestimuleerd en worden grote databanken aangelegd om profielen van cliëntengroepen (en bij wie welk type zorg werkt) te kunnen samenstellen.
- De verslavingszorg streeft er naar het onderzoek, dat nu versnipperd en vaak zonder voldoende afstemming in verschillende instituten wordt verricht, te bundelen.
- Voor de diverse disciplines wordt verder gewerkt aan de professionalisering en verbetering van de formele opleidingen.
- De verslavingszorg gaat actief werken aan realistische beeldvorming over verslaving, verslaafden en verslavingszorg. Dit is belangrijk om stigmatisering en discriminatie tegen te gaan. En om het maatschappelijk en politiek draagvlak voor de sector te versterken.

01 Visie op verslaving en herstel

INLEIDING

Verslaving betreft een ernstige aandoening (psychische stoornis) met biologische, psychologische, sociale en culturele componenten. Het treedt op bij mensen die afhankelijk zijn geworden van een psychoactieve stof, en die daar niet gemakkelijk mee kunnen stoppen uit zichzelf. Het voortduren van deze vorm van afhankelijkheid heeft schadelijke gevolgen voor de persoon (lichamelijk, psychisch en sociaal) en zijn of haar omgeving.

Verslaving is een reactie op lichamelijke, psychische en sociale aanpassingen die optreden na geregeld en/of excessief gebruik van een psychoactieve stof (of geregelde en excessieve uitvoering van gedragingen) met niet-functionele en schadelijke gevolgen. Dat hersenprocessen hierbij ernstig ontregeld raken is evident.

Er zijn altijd kansen op herstel. Dat neemt niet weg dat verslaving gepaard gaat met het verlies van het gevoel autonoom (uit eigen wil) te kunnen handelen.

Dit verlies kan beperkt blijven tot wel of niet gebruiken of stoppen. Ernstiger is de situatie wanneer het gedrag en het denken zich geleidelijk fixeren op het gebruik. Dit gaat onherroepelijk ten koste van het sociale en psychische functioneren. Tevens kan het gepaard gaan met een grotere kans op – en/of verergering van reeds bestaande – andere psychische stoornissen.

PSYCHISCHE FUNCTIES EN ZELFREGULATIE

De diverse vormen van verslaving hebben enkele processen met elkaar gemeen. Bij verslaving ontstaan tekorten in specifieke psychische functies zoals de beheersing van impulsen, het geheugen, het leren of het maken van plannen. Stress, prikkels in de omgeving of innerlijke onrust kunnen de aanleiding vormen om – vaak tegen beter weten en eigen wil in – telkens opnieuw te gebruiken. In beginsel kan men ook aan bepaald gedrag verslaafd raken, zoals gokken of het gebruik van games. Ook overmatig eten wordt wel in verband gebracht met verslavingsprocessen.

Centraal staat een andere afstelling van het beloningsstelsel in de hersenen. De hersenen gaan zodanig anders reageren op middelen en signalen die daarmee verband houden dat het genieten verandert in moeten.

Hierdoor verandert de reactie op het middel en daaraan gerelateerde verschijnselen in de omgeving. Belangrijk is

verder een tekort en/of een voortgaande achteruitgang van de executieve functies van het brein die mensen normaliter in staat stellen tot zelfregulatie of zelfsturing. Er zijn ook processen die specifiek zijn voor het type verslaving: de psychoactieve effecten van middelen verschillen en de schade voor lichaam en geest is typisch voor een bepaald middel. Ook de kans dat regulier gebruik verslavend werkt, en tot blijvende schade leidt, varieert. Hiernaast verschillen de effecten van middelen per individu (mannen en vrouwen, jongeren en ouderen), groep of samenleving.

ACHTERGRONDEN

Er bestaat niet één oorzaak van verslaving of van het ('experimentele') gedrag dat daaraan vooraf gaat. Verslaving is niet een ziekte die spontaan in het brein ontstaat. Er zijn genetische risico's bekend en somatische of psychische aandoeningen kunnen de kans op verslaving vergroten. Verder kunnen ongunstige sociale en culturele omstandigheden (zoals intolerantie tegenover drugsgebruik of stressvolle ervaringen) leiden tot een verhoogd risico. Toch worden de meeste mensen ongeacht de diverse risico's niet verslaafd. Ook het gebruik van middelen leidt niet automatisch tot verslaving.

Uiteindelijk is het een voor elk individu bijzondere constellatie van determinanten en mechanismen

waardoor bij de een wel verslaving ontstaat, en bij de ander niet. Wel zijn er statistische verbanden ontdekt waardoor over groepen mensen en/of specifieke risicofactoren uitspraken kunnen worden gedaan. Die zijn relevant voor de preventie.

Naast risico's die de kwetsbaarheid voor verslaving vergroten is het belangrijk oog te hebben voor beschermende factoren, die zowel bij het individu gelegen zijn als in de omgeving. Er is bijvoorbeeld veel kennis over de individuele veerkracht bij kinderen en volwassenen. Het biedt een verklaring waardoor ongunstige omstandigheden, die een verhoogd risico op verslaving impliceren, bij de een wel en de ander geen ongewenste gevolgen hebben. Aandacht hiervoor is belangrijk voor het beperken van het risico op verslaving en bij het bevorderen van herstel.

GELAAGDHEID

Mensen en het sociale verband waarin zij zich bevinden, zijn te beschouwen als een dynamisch systeem waarin diverse niveaus kunnen worden onderscheiden. Waar het mensen met problemen in verband met middelengebruik betreft, geldt uiteraard hetzelfde. De aandacht moet uitgaan naar de biologische, psychologische, sociale en culturele niveaus en de processen die zich daarop afspelen. In uitspraken als 'verslaving is een hersenaandoening' of 'verslaving is een cultureel

probleem' zit een kern van waarheid, maar als een omschrijving van de problematiek schieten ze tekort. De essentie van het verslavingsprobleem is juist dat het zich op diverse niveaus van het leven manifesteert. Dat heeft consequenties voor de benadering ervan.

VERANDERBAARHEID

Verslaving is een ernstige aandoening die bij veel mensen neigt naar een chronisch beloop. Een realistische benadering is terecht gezien de ernst van de aandoening, – maar optimisme en hoop op verandering bieden houvast voor herstel. En in de praktijk zijn velen in staat goedgevoel zonder professionele hulp hun gedrag en daarmee hun verslaving te veranderen. Bijna alle verslaafde rokers die zijn gestopt, hebben dat op eigen kracht gedaan en meer dan de helft van het aantal verslaafde drinkers stopt door eigen toedoen.

Een zwart-wit-benadering van verslaving werkt averechts. In de eerste plaats is het beloop geleidelijk en kunnen overgangen worden onderscheiden – van normaal gebruik, via allerlei tussenstappen, naar ernstig en schadelijk gebruik. Verslaving is daarop een uiteindelijke reactie. Door beter de diverse tussenstadia in kaart te brengen en na te gaan welke mogelijkheden er zijn om vroegtijdig te handelen, worden kansen gecreëerd om een ernstig beloop te voorkomen.

In de tweede plaats is er – hoe ernstig de situatie ook is – altijd kans op herstel. Deze kans neemt toe als mensen in de omgeving van de betrokkene – familie, vrienden, hulpverleners – het contact met de persoon leggen en/of in stand houden. Bij voorkeur gebeurt dit vanuit een niet-veroordelende of stigmatiserende houding. Gewenst is een houding die blijk geeft van empathie en compassie. Ook is de uitstraling van hoop op verandering essentieel. Maar, hoe tegenstrijdig dat ook kan lijken, iedereen moet zich realiseren dat bij ernstig verslavingsgedrag uiteindelijk alleen de persoon zelf een duurzame verandering kan bewerkstelligen. Dit betekent niet dat anderen er niet toe doen of dat mensen niet geholpen kunnen worden bij hun beslissing tot verandering. Integendeel: externe steun en hulp bij de ontwikkeling van motivatie tot verandering is belangrijk, vaak zelfs bij momenten onmisbaar. Een extrinsieke motivatie en/of extern ingrijpen kan in een crisissituatie levens redden.

Cruciaal is wel dat dit gebeurt vanuit een onvoorwaardelijk respect voor de autonomie van het individu en vanuit het fundamentele inzicht dat zelfbepaling en vrije wil inherent zijn aan het menselijk bestaan.

Modern hersenonderzoek geeft steun aan de, in de hulpverlening al lang heersende, gedachte dat verslaving niet chronisch hoeft te blijven. Langdurend gebruik kan structuren in de hersenen blijvend beschadigen; door jarenlange verslaving kunnen hersencircuits en de relaties die daartussen bestaan duurzaam veranderen. Maar de hersenen vertonen ook een opmerkelijke plasticiteit, waardoor ook veranderingen ten goede mogelijk blijken. Dit is de achtergrond van het idee van herstel.

ONTSTAAN VAN HULPVragen

Hulp werkt het beste als mensen daar zelf om vragen. Bij psychische stoornissen, waaronder verslaving, kan de motivatie tot zoeken en vragen om hulp echter nagenoeg afwezig zijn, of zijn er in dat opzicht andere obstakels. De neiging bestaat om mensen voor het blok te zetten of te dwingen tot het aanvaarden van een behandeling. Er zijn situaties waarin dit onvermijdelijk is, zoals wanneer de betrokkene een ernstig en acuut gevaar is voor zichzelf of anderen. Dit is toegestaan zolang het wettelijk kader daarvoor de mogelijkheden biedt en het medisch-ethisch verantwoord is. En wanneer de focus erop gericht is om, zodra dat mogelijk is, zo'n uitzonderingssituatie op te heffen. De noodzaak tot dwang en drang kan worden gereduceerd als mensen vroegtijdig geholpen worden bij het herstel van hun autonomen zelfregulatie.

Hierdoor groeit de intrinsieke motivatie en kan het belang van externe motivatie en de noodzaak van openlijke dwang en drang worden teruggedrongen.

WIE KAN HERSTELLEN?

De eerste ervaringen met een andere manier van denken en handelen op dit vlak zijn opgedaan bij mensen met een chronisch verslavingsprobleem. Het denken over herstel is mede daardoor lange tijd gedomineerd door de gedachte dat herstel vooral iets is voor mensen met een langdurige verslavingsgeschiedenis. Dit is achterhaald: in elke fase van het proces waarin mensen misbruik maken van middelen of van het verslavingsproces liggen kansen voor herstel. Om dit te verduidelijken wordt hieronder een onderscheid gemaakt tussen vier typen herstel, met de kanttekening dat er niet één route is waarop een herstelproces plaatsvindt.

Veel mensen zullen al na een korte periode van misbruik van bijvoorbeeld alcohol of drugs *zelf* besluiten dat ze er mee op moeten houden. Een groot deel doet dat zonder hulp. Een kleinere groep heeft hulp nodig en ook nog stimulering tot het vragen of accepteren daarvan. Verder zijn er grote groepen mensen die door zelfhulp (bijvoorbeeld aangeboden via e-health-programma's of zelfhulpgroepen) zichzelf goed kunnen redden. Dit pleit ervoor veel beter dan voorheen de diverse fasen of stadia in beeld te krijgen (stagering) en de

verschillen tussen groepen en individuen op te sporen (profilering) die voorspellen wie wel en wie niet hulp nodig heeft en welk type zorg (en type herstelondersteuning) hiervoor nodig is. Het spreekt voor zich dat bij mensen met slechts een *hoog risico* op geregeld misbruik of verslaving de term 'herstel' niet voldoet. Bij degenen die door hun sociale omstandigheden of psychische problemen evenwel kwetsbaar zijn voor misbruik of verslaving is het wel belangrijk te bevorderen dat ze de regie over hun leven niet kwijtraken. Dat laatste kan door aandacht te geven aan hun vermogens tot zelfregulatie, en deze zo mogelijk te versterken of deze bij tekorten aan de mogelijkheid daartoe (bij kinderen of mensen met een beperking) door externe steun te compenseren.

VORMEN VAN HERSTEL

Om helderheid te verschaffen in de diverse visies op herstel, en niet bij voorbaat een positie te kiezen voor de ene of de andere visie, wordt uitgegaan van vier vormen van herstel.¹ Tezamen kan daarmee het gehele spectrum van herstelwerkzaamheden in de ggz beschreven worden en zijn ze voorwaarden voor verhoging van de kwaliteit van leven.

Bij de zorg voor mensen met een psychische (maar ook lichamelijke) aandoening gaat het in essentie om deze vier vragen:

- 1 **KLINISCH** » Lukt het om de betrokkene te vrijwaren van symptomen van ziekte of de progressie daarvan te stoppen? Dit is de vraag naar *klinisch herstel*, met genezing als de meest ideale variant daarvan. Het is de taakstelling van degenen die een behandelings taak hebben.
- 2 **FUNCTIONEEL** » Lukt het om het door de aandoening opgelopen functieverlies te verhelpen of tenminste te compenseren. Dit is de vraag naar het *functioneel herstel*. Het gaat hier om het lichamelijke, psychische en sociale functioneren opdat de betrokkene weer de voor hem of haar relevante rollen kan spelen. In de geneeskunde komt dit overeen met revalidatie. Programma's voor rehabilitatie in de ggz omvatten over het algemeen elementen van functioneel en maatschappelijk herstel.
- 3 **MAATSCHAPPELIJK** » Lukt het om de door de aandoening niet verkregen en/of verloren maatschappelijke positie alsnog te bereiken of weer terug te krijgen? Dit is de vraag naar *maatschappelijk herstel*. Voor een belangrijk deel is deze vorm van herstel afhankelijk van de inzet van personen en organisaties buiten de zorg in engere zin. Het vereist een zorgvuldig reïntegratietraject en plekken (wonen, arbeid, dagbesteding) waar dit mogelijk is. Het veronderstelt ook destigmatisering en dat de betrokkenen bij voorkeur met open armen worden ontvangen.

¹ J. van der Stel (2012): Focus op persoonlijk herstel bij psychische problemen. Den Haag: Boom/Lemma.

4 PERSOONLIJK » Lukt het om de persoonlijke voorwaarden voor herstel te optimaliseren opdat de betrokkene in staat is zijn of haar herstel zelf ter hand te nemen? Dit is de vraag naar het *persoonlijk herstel*. Het betreft een voor elk individu specifiek proces, het veronderstelt een geschikte sociale en culturele context, maar het is het minst door ‘interventies’ te beïnvloeden. Persoonlijk herstel heeft betrekking op de voor de betrokkene essentiële waarden en doelen. Het gaat om zelfvertrouwen en hoop op verandering. Het houdt verband met de ontwikkeling van de motivatie tot verandering van het gedrag. En het hangt samen met de vraag of en hoe de meer of minder verplichte identiteiten en rollen die voor de betrokkene in het geding zijn (zoals de rol van ‘patiënt’ of de identiteit [het etiket] van ‘verslaafde’ of ‘autist’) stroken of botsen met ‘het ware zelf’. Zelfwaardering, positieve emoties en intrinsieke motivatie zijn bij persoonlijk herstel drijvende krachten. Ook een toenemend inzicht in en relativering van de betekenis van de ziekte of stoornis, versterkt het persoonlijk vermogen om persoon en ziekte als aparte dingen te kunnen zien.

Deze vier vormen van herstel omvatten het gehele spectrum van herstel, respectievelijk van de op verbetering van de kwaliteit van leven gerichte zorg. Het is belangrijk de samenhang tussen deze vormen van herstel nader toe te lichten.

HERSTEL KOMT UITEINDELIJK VOORT UIT PERSOONLIJK INITIATIEF

Ook al wordt in de praktijk het klinisch herstel, en de aandring tot het accepteren van hulp, gezien als voorafgaande aan functioneel, maatschappelijk of persoonlijk herstel, het is verstandig de dynamiek van deze vormen van herstel als relatief zelfstandig van elkaar te concipiëren. Onderzoek en praktijkervaring ondersteunen dit idee. Wel kan per individu een specifieke volgorde meer voor de hand liggen (of hebben gelegen).

De uitspraak dat herstel voortkomt uit persoonlijk initiatief lijkt in strijd met de benarde en uitzichtloze positie waarin veel mensen met ernstige psychische problemen zich bevinden. Toch is het een feit dat het initiatief tot herstel zelden of wellicht wel nooit het directe resultaat is van een interventie, maar dat het uiteindelijk voortkomt uit eigen initiatief van de direct betrokkenen. Gebeurtenissen in hun omgeving kunnen daartoe zeker de trigger vormen. Maar ook dan ligt het aan de persoon zelf of zo’n gebeurtenis voor hem of haar de doorslag geeft tot verandering.

MOTORFUNCTIE

Het is aannemelijk, maar onderzoek moet hier nog meer duidelijkheid over verschaffen, dat persoonlijk herstel de, of in ieder geval een belangrijke, motor is van klinisch

herstel is en mutatis mutandis ook van de andere vormen van herstel. Dit betekent niet dat volgtijdelijk eerst sprake moet zijn van persoonlijk herstel voordat bijvoorbeeld klinisch herstel mogelijk is. Wel suggereert de uitspraak dat persoonlijk herstel sterk bijdraagt aan de participatie aan en de *werkzaamheid* en *duurzaamheid* van klinisch, functioneel en maatschappelijk herstel. Omgekeerd voorspelt gebrek aan persoonlijk herstel geringe bereidheid tot deelname aan programma’s voor klinisch, functioneel en maatschappelijk herstel en/of beperkte en tijdelijke effecten van interventies.

De herstelbeweging (en we zien dat ook terug in het bestuurlijk akkoord) benadrukt het belang van maatschappelijk herstel. Maar, of dat nu wel of niet met zoveel woorden wordt benadrukt: de kern van alle herstel ligt in het persoonlijke herstel. De aandacht voor persoonlijk herstel relativeert niet de betekenis van de andere vormen van herstel, en in zoverre is het ook geen ‘kritiek’ of ‘alternatief’ voor bijvoorbeeld klinisch herstel. Wel is het de belangrijkste motor van de diverse andere vormen van herstel: het persoonlijke herstel is de bron van motivatie om aan programma's deel te nemen, hier vindt de persoon de kracht om de bakens te verzetten, zichzelf weer te vinden en de ervaringen uit het verleden te verwerken in het eigen levensverhaal. Hoop en optimisme, geloof hebben in jezelf moeten mensen uiteindelijk zelf genereren. Niemand kan jouw *zelf* voor jou reguleren.

ONDERLINGE SAMENHANG

Het is niet productief om het onderscheid tussen deze vier vormen van herstel op te vatten als een voorstel tot functiescheiding in de zorg. Deze vier hersteltypen zijn van elkaar afhankelijk en (behaalde resultaten) beïnvloeden elkaar. In het denken over klinisch herstel kan dus worden nagegaan hoe dit, naast remissie van symptomen, kan bijdragen aan de vooruitgang op het gebied van de andere vormen van herstel en omgekeerd. Zo kunnen de op mindfulness gebaseerde behandelingen worden opgevat als bijdragen aan klinisch herstel (minder symptomen), functioneel herstel (beter executief functioneren) én persoonlijk herstel (betere geestelijke gezondheid en welzijn). Dit kan vervolgens een belangrijke voorwaarde zijn voor succesvol maatschappelijk herstel.

02 Visie op zorg aan mensen met verslavingsproblemen

INLEIDING

Herstel is impliciet vanaf het begin van de verslavingszorg het doel geweest van de inspanningen. Herstel betekende 100 jaar geleden en vele decennia daarna vooral abstinentie of geheelonthouding, van alcohol wel te verstaan. Toch was er al vanaf het begin ook aandacht voor de sociale integratie. In de jaren zeventig begon het massale gebruik van drugs en was de overheid er alles aan gelegen om de problemen van verslaafden te ‘normaliseren’ en de gebruikers zoveel als mogelijk maatschappelijk te re-integreren. De term maatschappelijk herstel was de titel waarmee het toenmalige ministerie van CRM welzijnsinstellingen subsidieerde.

Toen bleek dat abstinentie in combinatie met projecten voor wonen en werken niet voor iedereen voldoende soelaas boden en de drugsproblematiek zich verergerde, was *harm reduction* (schade beperking) het te bereiken doel. Dit werd versterkt door de opkomst van aids/hiv waardoor het voorkomen van de verspreiding daarvan

het abstinentiedoel overschaduwde. Het inruilen van spuiten was daarvan een belangrijk onderdeel. Parallel hieraan kwam voor alcoholgebruikers in deze tijd het leren *gecontroleerd* te gebruiken in zwang.

In de loop van de jaren negentig van de vorige en het eerste decennium van deze eeuw is de drugsproblematiek geleidelijk beheersbaar geworden. Het was ook de tijd dat de verslavingszorg zich langzamerhand kon richten op verbetering van haar werkwijzen en de kwaliteit van de zorgverlening. Dat moest ook wel want de vraag naar de effectiviteit van deze sector werd alom gesteld. Het project Resultaten Scoren is bijna vijftien jaar geleden ontstaan om daar een belangrijke bijdrage aan te leveren: door het entameren van praktijkgericht onderzoek, het ontwikkelen van protocollen, richtlijnen en handleidingen en het bevorderen van de kwalificaties van nieuwe en reeds in dienst genomen medewerkers.

Van groot belang voor de recente agendering van herstel is de input van de cliëntenbeweging. Het belangrijkste verschil met kritiekbewegingen uit het verleden is dat het niet is gebleven bij kritiek op ‘het systeem’ maar dat het idee van herstel *stoelt op* of in ieder geval *strookt met* inzichten uit modern wetenschappelijk onderzoek en theorievorming. Bijvoorbeeld over de ontwikkeling van motivatie, identiteit, zelfvertrouwen of de betekenis van optimisme en hoop.

INNOVATIE VERSLAVINGSZORG

De verslavingszorg is gespecialiseerd in het behandelen van verslaving, vaak in combinatie met andere ernstige psychische stoornissen, somatische aandoeningen en sociale problemen. Zo’n tien jaar geleden is de verslavingszorg begonnen met het aanbieden van internetbehandeling en met de opbouw van ambulante zorgprogramma’s aan mensen met complexe verslavingsproblemen. De sector is daardoor goed voorbereid op de voorgenomen ambulantisering. Datzelfde kan gezegd worden van de ambitie in het bestuurlijk akkoord om te investeren in een kwaliteitsprogramma. De sector beschikt over het succesvolle innovatieproject Resultaten Scoren. Er zijn inmiddels meer dan 50 op wetenschappelijke basis ontwikkelde protocollen, richtlijnen en interventies op de werkvloer ingevoerd.²

Herstel, impliceert echter meer: verhoging van de kwaliteit van leven en het gevoel van welzijn. Als de voorwaarden voor de verhoging van de kwaliteit van leven afwezig zijn is de bijdrage van de ggz zeer beperkt. Daarom is het belangrijk de op persoonlijke verandering gerichte zorg te combineren met verbetering van het sociaal functioneren. Huisvesting, werk (of het volgen van een opleiding) en sociale relaties zijn daarbij essentieel. Los hiervan is het discutabel om psychische symptomen louter in termen van pathologie te beschrijven of te

duiden. Ervaringsdeskundigen, ook al vormen zij een minderheid, wijzen ook op ‘positieve’ ervaringen in verband met bijvoorbeeld een psychose, bijvoorbeeld een intense creativiteit. Mensen zijn niet hun ziekte en de rol van patiënt is maar één van hun mogelijke rollen. Om (weer) mee te kunnen doen aan de samenleving – hoe beperkt dat in onze ogen wellicht is – moeten we mensen allereerst benaderen als ‘burger’ of, hoe vaag dat ook klinkt, als ‘mens’. Herstel betekent juist emancipatie van de stoornis en van de rol als patiënt. Dit betekent dat de benaming ‘patiënt’ slechts relevant is voor zover er uitdrukkelijk medische handelingen worden verricht.

Herstel is de term waarmee we vooral de uitkomsten van zorgverlening en allerlei vormen van eigen activiteit van de cliënt mee samenvatten. Van groot belang is dat we meer weten van het mechanismen ervan: wat gebeurt er als we spreken over herstel en dan in het bijzonder over *persoonlijk* herstel dat we opvatten als de ‘motor’ van andere vormen van herstel? De focus moet in ieder geval hierop gericht worden:

1 FOCUS OP HET DAGELIJKS LEVEN » Het nut van de verslavingszorg is afhankelijk van de mate waarin en de wijze waarop het werk ertoe bijdraagt dat mensen zelfstandiger zijn in het dagelijks leven, of dat er in hun sociale omgeving een ‘steiger’ is gebouwd die hen steun biedt. Dit wordt des te meer van belang

² Kijk voor meer resultaten op www.resultatenscoren.nl.

wanneer klinische voorzieningen gesloten worden en ambulant straks inhoudt: thuis en wijkgericht werken. Het werk van de verslavingszorg wordt er niet eenvoudiger op omdat er met diverse andere ‘partijen’ moet worden samengewerkt. Het impliceert in het bijzonder ook vaardigheden om op verschillende niveaus systemisch te kunnen denken én handelen.

- 2 **MOTIVATIE** » Herstel impliceert de ontwikkeling van de motivatie om zelf invloed uit te oefenen op de eigen situatie en de voorwaarden te scheppen voor behoeften bevrediging. Universele basisbehoeften zijn in psychologische zin: de behoefte je te ontwikkelen, de behoefte te leven in verbondenheid met andere mensen én de behoefte aan autonome bepaling van de wijze waarop je leeft en wat je wilt doen. De hoogste vorm van motivatie is intrinsiek, maar daar is niemand mee geboren: intrinsieke motivatie is het resultaat van het leven dat je leidt en is ook niet vanzelfsprekend.

Motivatietoewikkeling vindt plaats in een continuüm van a-motivatie (geen zin of niet kunnen), via verschillende vormen van extern gereguleerde of extern geïnitieerde motivatie, tot en met intrinsieke motivatie waarin het handelen voortkomt uit de behoefte aan autonome zelfbepaling. Het verhogen van de kwaliteit van de motivatie doen mensen

uiteindelijk zelf, maar een adequate context en eventueel toepassing van vormen van motivationele gespreksvoering, kunnen daarbij behulpzaam zijn.

- 3 **IDENTITEIT** » Herstel impliceert ontwikkeling van *positief* ervaren identiteit of beter gezegd identiteiten, want niemand heeft maar één identiteit: zoveel rollen als we spelen (van werknemer, patiënt/cliënt, vader/moeder, et cetera), en zoveel aspecten aan onze persoonlijkheid we kunnen onderscheiden (zoals ons morele zelf, of ons zelf als Nederlander, of als man/vrouw, et cetera), zoveel onderscheidingen in onze verzameling van identiteiten kunnen worden aangebracht. Al deze identiteiten staan met elkaar in een soort hiërarchisch verband en sturen elkaar als het ware aan.
- 4 **ZELFREGULATIE** » Alle mensen ontwikkelen in de loop van hun leven een zelf, dat ze ervaren als object én als subject. Het subjectkarakter betekent dat mensen zich ervan bewust worden dat zij zelf invloed kunnen uitoefenen op wie ze zijn en wat ze doen, in het bijzonder ook dat aspect van de psyche die we ervaren als ‘ons zelf’. De psychische functies die betrekking hebben op het ontwikkelen en beïnvloeden van het zelf kunnen we aanduiden als de executieve functies. Door de stapsgewijze

ontwikkeling van de executieve functies zijn mensen in staat – via de beïnvloeding van hun cognities, emoties, motivaties en hun gedrag – steeds beter, met andere mensen samen, hun doelen te bereiken. De ontwikkeling van de executieve functies verhoogt het niveau van zelfregulatie.

Mensen met ernstige psychische problemen vertonen, wat de oorzaak daarvan ook is, vroeg of laat (ernstige) tekorten in een of meer dimensies van hun executief functioneren, of ze zijn niet of niet meer in staat het niveau van executief functioneren te bereiken of te handhaven dat gezien hun leeftijd of andere vergelijkingscriteria mag worden verwacht. Herstel impliceert dus herstel van de zelfregulatie: doordat mensen beter in staat zijn zichzelf te reguleren zijn ze ook beter in staat zelf dingen te doen.

KENNISBRONNEN EN KENNISTOEPASSING

Naast professionele kennis en wetenschappelijke kennis is het belang van ervaringskennis, als bouwsteen voor het denken in de ggz gegroeid. Dat hier op meer structurele basis ruimte voor is, is nog van relatief recente datum. Het zal echter, net als dat bij professionaliseringsprocessen of de komst van de evidence based-medicine is geweest, een tijd duren

voordat in de uitwisseling en afstemming van deze kennisbronnen een juiste balans is gevonden.

Historisch gezien is men in de geestelijke gezondheidszorg gewend in ‘andere’ termen te denken over cliënten dan over ‘onszelf’, werkers en leidinggevenden. Dat is niet juist: onheus, niet efficiënt en het getuigt van een sluimerend, misplaatst gevoel van superioriteit. De kennis over de ontwikkeling van motivatie, de mechanismen over de ontwikkeling van identiteit of (autonome) zelfregulatie die hierboven is aangeduid is universeel.

REALISTISCHE BEHANDELRESULTATEN

De hamvraag die velen aan de sector stellen is in hoeverre de verslavingszorg bijdraagt aan duurzame genezing of abstinentie. Gezien het tot chroniciteit neigende karakter van verslaving is het niet reëel om de effectiviteit van de verslavingszorg uitsluitend af te meten aan het aantal cliënten dat volledig stopt met gebruik. Dat 50 tot 70% van de cliënten die binnen een jaar na behandeling in de verslavingszorg terugvalt in gebruik, zegt vooral iets over het chronische karakter van verslaving. Dit terugvalpercentage is vergelijkbaar met dat van andere chronische of chronisch-recidiverende aandoeningen, zoals diabetes, hypertensie en astma, en psychische stoornissen zoals depressie, bipolaire stoornis en schizofrenie.

Waar mag de verslavingszorg dan wel op worden ‘afgerekend’ als duurzame genezing voor veel cliënten geen realistische optie is? Van de verslavingszorg mag worden verwacht dat interventies – en zeker wanneer die herhaaldelijk worden aangeboden – leiden tot een substantiële vermindering van het alcohol- en drugsgebruik, in combinatie met een verbetering van de gezondheidstoestand, herstel van het sociaal-maatschappelijk functioneren en een verhoging van de kwaliteit van leven. Bij een klein deel van de cliënten kan in dit verband ook worden gekeken naar een afname van risicovol gedrag (zoals het verspreiden van infectieziekten) en/of crimineel gedrag. Meerdere onderzoeken tonen aan dat de verslavingszorg hierin slaagt.

FOCUS OP KWETSBARE GROEPEN

Bij de preventie en behandeling van risicogroepen fungeert de verslavingszorg als specialist en samenwerkingspartner bij

- het stellen van de juiste diagnose;
- het inschatten van de ernst van het middelengebruik;
- het bepalen van de gewenste behandelintensiteit;
- het in kaart brengen van specifieke kenmerken die voorspellend kunnen zijn voor het beloop van het middelengebruik.

Op basis hiervan worden bij risicogroepen interventies ingezet die de meeste kans van slagen hebben.

BELANG STAGERING EN PROFILERING

In de praktijk heeft de verslavingszorg te maken met een enorme verscheidenheid aan doelgroepen: ‘de verslaafde’ bestaat niet. Om daarin structuur aan te brengen en beter te kunnen aangeven welke middelen of werkwijzen daarvoor kunnen of moeten worden ingezet zal de verslavingszorg systemen en werkwijzen voor stagering en profilering ontwikkelen. Met *stagering* wordt bedoeld op een techniek om duidelijk te markeren in welk stadium iemand zich in het verslavingsproces bevindt. Het doel van stagering is door werkwijzen fase specifiek toe te passen op meer effectieve wijze kan worden voorkomen dat de problematiek verergert (en mensen in een ernstiger stadium verzeild raken). Het veronderstelt een gedegen diagnostiek en in staat zijn een zo exact mogelijke prognose te doen van de situatie als er niets wordt gedaan versus als hulp wordt geboden. Een vereiste daarvoor is dat het individuele profiel van het desbetreffende individu zo goed mogelijk in kaart wordt gebracht opdat verwachtingen over de respons op behandeling of op ondersteuning bij het herstelproces gebaseerd zijn op feiten en wetenschappelijke kennis. Dit wordt aangeduid als *profilering*.

03 Verslavingszorg in toekomstperspectief

INLEIDING

De afspraken in het bestuurlijk akkoord ggz bepalen voor de komende jaren de inrichting van de zorg in de ggz en verslavingszorg. Centraal uitgangspunt is dat de zorg naar de patiënt toekomt en niet omgekeerd. De patiënt is er zelf mede verantwoordelijk voor om de juiste hulp om zich heen te organiseren. In principe wordt alle hulp in de thuissituatie aangeboden. De redenering hiervoor is dat patiënten die ambulante hulp krijgen, deel uit blijven maken van de samenleving waardoor hun perspectief op (vol) waardig burgerschap groter is dan wanneer ze in de kliniek behandeld worden. Voor begeleid afkicken en drugsvrij houden voor een beperkte tijd zullen klinische opnamen nog steeds geïndiceerd zijn. Maar in zijn algemeenheid zullen klinische voorzieningen in de verslavingszorg zich gaan toespitsen op cliënten die gedwongen worden opgenomen en/of geplaatst moeten worden in een gesloten kader.

Zoals gezegd is de verslavingszorg al zo’n tien jaar geleden begonnen met het integreren van e-health in behandelingen en met de introductie van ambulante zorgprogramma’s voor mensen met complexe verslavingsproblemen. Ook ‘Resultaten Scoren’ is succesvol als innovatieproject. Minder zelfverzekerd mag de verslavingszorg zijn over de betrokkenheid bij een ander speerpunt van het bestuurlijk akkoord: de verschuiving van patiëntenstromen van specialistische ggz naar generalistische basis ggz en naar de huisartsenzorg met ondersteuning (POH-ggz). De verslavingszorg zal een inhaalslag maken wat betreft de participatie in de generalistische basis ggz door extra te investeren in zowel de generalistische ggz als in de POH-ggz.

Niet alleen het bestuurlijk akkoord zorgt voor ingrijpende veranderingen. De vergaande bezuinigingen dwingen de verslavingszorg tot een selectief beleid. Daarin zal de expertise die de sector de afgelopen jaren heeft ontwikkeld vooral worden ingezet voor de zorg aan kwetsbare groepen. Dit gebeurt ook wanneer die in andere zorgvelden zoals de jeugdzorg, forensische psychiatrie of de lvg-sector zitten.

AMBULANTISERING

De kerntaak van de verslavingszorg is het behandelen en begeleiden van mensen met verslavingsproblemen.

In het voorafgaande is duidelijk gemaakt dat de verslavingszorg dat op zo'n wijze wil doen dat dit het individuele herstelproces optimaal faciliteert. De cliënt of patiënt is er hierbij zelf verantwoordelijk voor dat hij in de thuissituatie de juiste hulp krijgt – dat is voor alle duidelijkheid ook het uitgangspunt in het bestuurlijk akkoord. Het is echter niet vanzelfsprekend dat iedereen (zeker degenen met langdurende problemen) daadwerkelijk in staat is tot eigen regievoering. In de verslavingszorg is het van oudsher gebruikelijk om hier alert op te zijn en na te gaan of de familie (in de brede betekenis van woord) in zo'n geval kan/wil helpen.

De mate waarin en de wijze waarop de verslavingszorginstellingen verantwoordelijkheid nemen voor de organisatie van de totale keten van relevante voorzieningen (toeleiding wonen, werk, sociale integratie) hangt af van de regionale context waarin wordt gewerkt. Globaal gaat het erom dat de verslavingszorg met zijn specialistische mogelijkheden naadloos aansluit bij de wijkgerichte initiatieven, waar op termijn een deel van de cliënten met langdurende ondersteuningsbehoefte terecht zullen komen. Eerder is gezegd, dat de verslavingszorg hierbij uitgaat van drie kennisbronnen: ervaringskennis, professionele kennis en wetenschappelijke kennis. Het spreekt ³ vanzelf dat de verslavingszorg bij haar keuzes omtrent de ambulantisering leunt op het

visiedocument *Naar Herstel en Gelijkwaardig Burgerschap* en het voor de sector in dit verband zo belangrijke document *Handvest van Maastricht*.

In het bestuurlijk akkoord is afgesproken dat een derde van de klinische bedden tot 2020 wordt omgezet naar vormen van ambulante zorg.⁴ Verzekeraars en zorgaanbieders maken op regionaal niveau afspraken over het tempo en de inhoud van de afbouw. De sector vindt dat bij dat laatste rekening moet worden gehouden met het feit dat verslavingszorg specialistische zorg is waarvoor in iedere regio een zekere schaalgrootte nodig is. Bovendien moet het historische gegeven onderkend worden dat de verslavingszorg voortkomt uit ambulante voorzieningen (CAD's) en daardoor pas vanaf de jaren 90 klinische capaciteit van enige omvang heeft opgebouwd. Deze ontwikkeling is nog steeds bepalend voor de verhouding klinisch/ambulant in de verslavingszorg en is 'omgekeerd' ten opzichte van de psychiatrie, waarvan de oorsprong in de klinische setting ligt. Voor alle duidelijkheid: dit gegeven doet voor de verslavingszorginstellingen zelf niets af aan het streven om het uitgangspunt 'ambulant waar het kan en klinisch als het moet' waar te maken. Dit houdt onder andere in dat chronische cliënten in de verslavingszorg bijna geheel ambulante worden behandeld, in tegenstelling tot in de rest van de ggz.

GENERALISTISCHE BASIS GGZ EN POH-GGZ

In het bestuurlijk akkoord wordt er vanuit gegaan dat de zorg goedkoper en doeltreffender wordt wanneer cliënten met lichte en matige problematiek in de generalistische ggz geholpen worden en niet meer zoals nu nog te vaak voorkomt in de specialistische ggz. Het streven is erop gericht om dit voor minimaal 20% van de doelgroep te laten gelden. Om haar positionering in de generalistische basis ggz extra kracht bij te zetten heeft de verslavingszorg voorstellen gedaan voor zorgprofielen van cliënten met verslavingsproblemen die horen bij de vier zorgproducten van de generalistische basis ggz.

Mensen met problematisch middelengebruik doen relatief weinig en in een laat stadium een beroep op professionele hulp en - dat is nog belangrijker - hulpverleners in de algemene gezondheidszorg signaleren de problematiek vaak niet. Het is daarom belangrijk dat geïnvesteerd wordt in 'screeningsdiagnostiek c.q. vroegdiagnostiek' van de POH-ggz. De verslavingszorg zal medewerkers van bestaande 'huisartsenzorg met ondersteuning' daarom scholing en consultatie aanbieden en voorzien van screeningsinstrumenten voor middelengebruik. Hierbij kan worden aangesloten bij de activiteiten van het Platform Vroegsignalering

Alcohol. Dit stelt het coördineren, initiëren en ondersteunen van vroegsignalering en het doen uitvoeren van effectieve preventie en behandeling van alcoholproblematiek als doel.

FOCUS OP KWETSBARE GROEPEN

De verslavingszorg richt haar focus op vier risicogroepen: jongeren, mensen met een licht verstandelijke handicap, ouderen en mensen met comorbide problematiek.

- **JONGEREN** » Met name bij jongeren met psychosociale problemen of een verhoogde biologische kwetsbaarheid (zoals kinderen van verslaafde ouders) kan experimenteel gebruik uitmonden in misbruik van middelen en/of verslaving. Daarom richt de verslavingszorg haar expertise vooral op specifieke vindplaatsen zoals de jeugdzorg, het speciaal onderwijs, de maatschappelijke opvang en de opvang van vrouwen. Omdat jongeren met problematisch middelengebruik vaak ook met andere problemen kampen, worden de preventie en eventuele behandeling zoveel mogelijk integraal aangeboden in samenwerking met de andere hulpverleningsinstanties.

³ Het is logisch om 'Naar Herstel en Gelijkwaardig Burgerschap' te gebruiken omdat het bestuurlijk akkoord zeker t.a.v. begrippen als zelfmanagement en herstelvermogen voortbouwt op dit visiedocument, zoals het ook logisch is om het 'Handvest van Maastricht' te gebruiken omdat het het enige officiële document over herstel ondersteunende zorg is dat de verslavingszorg (mede) ondertekend heeft.

⁴ De verslavingszorg beschikte in 2012 over 1924 bezette bedden. Dat is t.o.v. van 2008 een daling van 8.9% (vergl. de ggz voor volwassenen en ouderen: 6.3%), Nza, Marktscan ggz, 2013

- **MENSEN MET EEN LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING** » Mensen met een (licht) verstandelijke beperking lopen een verhoogd risico op middelengerelateerde problemen. Zowel gebrek aan kennis over de gevaren van gebruik, psychiatrische en somatische comorbiditeit, weerbaarheid, zelfcontrole, gebrek aan sociale steun en inbedding, en beperkte toegang tot vroegtijdige en op maat gemaakte zorg dragen hieraan bij. Naast directe preventieve interventies aan deze doelgroep, biedt de verslavingszorg ook ondersteuning aan lvg-instellingen bij het ontwikkelen van een proactief en preventief middelenbeleid.
- **OUDEREN** » Op hoge leeftijd zijn mensen lichamelijk gevoeliger voor de effecten van alcohol. Veranderende omgevingsfactoren, zoals verlies van arbeid, familie en andere dierbare naasten kunnen hierbij triggers zijn voor misbruik of verslaving. Ouderen gebruiken alcohol soms ook als pijnbestrijding. Dit kan tot andere gezondheidsrisico's leiden, zoals valincidenten door het gebruik van alcohol en slaapmedicatie. Maar de belangrijkste reden van het forse drinkgedrag van ouderen is dat de 'nieuwe' generatie ouderen is blijven drinken (i.t.t. vroeger toen men na 25 jaar ging minderen) en daar nu de gevolgen van merkt.

- **COMORBIDE PROBLEMATIEK** » In de verslavingszorg heeft naar schatting 40-65% van de cliënten zowel een verslaving als één of meer andere psychische stoornissen. In de psychiatrie ligt dit percentage op naar schatting 30-50%. Ook in andere zorgsegmenten zoals de lvg-sector, de forensische zorg, de jeugdzorg en de somatische zorg komt veel middelen- en verslavingsproblematiek voor, al dan niet onderkend. Om die reden zullen er vanuit de verslavingszorg steeds meer aangepaste of integrale behandelinterventies ontwikkeld worden die aansluiten bij de specifieke problemen en kenmerken van bepaalde cliëntengroepen. De algemene consensus is dat een geïntegreerde behandeling van verslaving en andere psychische stoornissen de voorkeur verdient boven opeenvolgende of parallelle behandelingen. Desondanks zijn er nog veel praktische vragen over de vormgeving, invulling en aansturing van geïntegreerde behandelingen. Deze hangen onder andere samen met de complexiteit van de materie, de diversiteit van overige psychische stoornissen, en de interacties tussen psychoactieve stoffen en medicatie. Tegen deze achtergrond werkt de verslavingszorg aan de verdere ontwikkeling van geïntegreerde behandelingen en de daarbij horende scholing van medewerkers.

PREVENTIE BIJ KWETSBARE GROEPEN

Omgevingsfactoren zoals het verlies van een partner of een baan kunnen bijdragen aan het ontstaan van verslaving. Daarnaast kan ook levensfaseproblematiek hierbij een rol spelen, zoals het experimenteergedrag tijdens de pubertijd en adolescentie. Beschermende factoren kunnen daarentegen bijdragen aan het tegengaan van middelenmisbruik of verslaving. Het versterken van deze factoren is een belangrijk doel van preventie. De verslavingszorg richt zich hiermee vooral op de bovengenoemde kwetsbare groepen. Bij deze groepen wordt in verschillende gradaties gewerkt aan het waar mogelijk voorkomen of stoppen van riskant gebruik of doorgeslagen experimenteergedrag. Kwetsbare groepen worden waar nodig ondersteund met intensieve hulp of behandeling om de ontwikkeling van een verslaving te voorkomen.

De verslavingszorginstellingen trekken sinds 2010 gezamenlijk op om de landelijke preventieagenda beter vorm te geven. Hierbij werken zij nauw samen met de stichting Resultaten Scoren – het Kenniscentrum Verslaving.

MEER ONDERZOEK NODIG

Zoals eerder gesteld heeft de verslavingszorg in de praktijk te maken met een verscheidenheid aan doelgroepen. Om de betrokkenen goed te behandelen is meer kennis nodig ten behoeve van *stagering* en *profilering*. Een voorwaarde hiervoor is het aanleggen en analyseren van uitgebreide dataverzamelingen en het ontwikkelen van nieuwe werkwijzen. De afgelopen vijftien jaar is er met twee onderzoeksprogramma's (met fundamenteel en toegepast onderzoek) veel nieuwe kennis ontwikkeld over de determinanten en mechanismen van verslaving, en de gevolgen daarvan. Ook is gewerkt aan de ontwikkeling en toepassing van werkzame interventies.

De wijze waarop de huidige verslavingszorg als professionele sector functioneert, is voor een belangrijk deel op deze kennis gebaseerd. Dankzij dit onderzoek en de internationale samenwerking die hierbij tot stand kwam, is een hoog kennisniveau bereikt. Toch zijn er nog belangrijke hiaten. Daarom bepleit de verslavingszorg, in lijn met de kennisagenda van VWS en de onderzoeksagenda van ZonMw, nader onderzoek naar verschillende thema's, terugval in verslavingsgedrag en zorg/preventie/monitoring. Scientist-practitioners kunnen een bijdrage leveren aan het verbeteren van de kenniscyclus, waaronder het vertalen van wetenschappelijke kennis naar de praktijk.

KWALITEITSPROGRAMMA

In het bestuurlijk akkoord is afgesproken om ROM-instrumentarium als onderdeel van het kwaliteitsprogramma verder te ontwikkelen. Het netwerk verslavingszorg van GGZ Nederland draagt de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de doorontwikkeling en implementatie van ROM in de verslavingszorg. De expertraad verslavingszorg geeft hierbij advies.

De verslavingszorginstellingen onderstrepen het nut van ROM als instrument om behandelaar en cliënt inzicht te geven in het effect van de behandeling. Vanuit de herstelgedachte is het minstens zo belangrijk dat de cliënt met ROM-gegevens feedback krijgt over zijn eigen klachtenniveau en functioneren. ROM-metingen ondersteunen daarmee het proces van gezamenlijke besluitvorming over het behandelplan (shared decision making).

ROM beoogt niet alleen de ondersteuning in de behandelkamer. Voor de komende jaren komt een leerproces op gang: alle instellingen voor verslavingszorg leveren data aan bij de Stichting Benchmark ggz (SBG); dit biedt de kans om van de data te leren. In eerste instantie bieden de data vooral de kans om de goede vragen te stellen. Op langere termijn zal de schat aan data en de analyse ervan kunnen leiden tot meer inzicht en antwoorden op de gestelde

vragen. Voor de komende jaren is het belangrijk om best practices te realiseren en hiervan te leren.

De verslavingszorg sluit hierbij aan bij het landelijke steven om via doorbraakprojecten implementatie-versnelling te realiseren en kennis te delen.

In samenwerking met de SBG wordt de expertraad verslavingszorg gecontinueerd. Het netwerk verslavingszorg en SBG zijn gezamenlijk opdrachtgever van de expertraad die een adviesfunctie voor het netwerk heeft over alle functies van ROM en SBG adviseert over benchmarken.

De expertraad werkt sinds voorjaar 2013 de ontwikkelagenda uit. De uitkomsten van de benchmark bieden zorgaanbieders en zorgverzekeraars belangrijke informatie om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

Een ander onderdeel van het kwaliteitsprogramma waarover in het bestuurlijk akkoord afspraken zijn gemaakt betreft de ontwikkeling van interventies, behandelrichtlijnen, en bijhorende instrumenten zoals zorgpaden. In de verslavingszorg sluit dit aan bij de werkzaamheden van de Stichting Resultaten Scoren. De stichting heeft sinds 1999 de taak om kwaliteit en effectiviteit van preventie, behandeling en zorg voortdurend te verbeteren. Beide onderdelen van het kwaliteitsprogramma (ROM en richtlijnen) worden onder regie van het netwerk verslavingszorg bij Resultaten Scoren in samenhang gebracht.

De komende jaren wordt het programma van Resultaten Scoren verder uitgebouwd om onder andere de verslavingspreventie en de palliatieve zorg een kwaliteitsimpuls te bieden. Daarnaast is de aandacht gericht op onderhoud en doorontwikkeling van reeds ontwikkelde producten. Zo is de in 2005 ontwikkelde Richtlijn Opiaatonderhouds Behandeling (RIOB) in nauwe samenwerking met de behandelpraktijk geheel herzien. Verder wordt intensief gewerkt aan een herziene uitgave van de op de cognitieve gedragstherapie gebaseerde leefstijltrainingen bij verslaving. Als onderdeel van deze herziening wordt vastgesteld aan welke competenties de behandelaars moeten voldoen.

Met het oog op de toenemende intersectorale samenwerking wordt de scope van het kwaliteitsbeleid de komende jaren verbreed. Op het gebied van jeugd, ouderen en mensen met een licht verstandelijke beperking (zie speerpunten risicogroepen-beleid) wordt een zo volledig mogelijk programma ontwikkeld voor preventie, vroegsignalering, behandeling en zorg, met de daarbij horende protocollen en richtlijnen.

INVESTEREN IN EFFECTIEF HULPVERLEENERSCHAP

Voor goede zorg zijn niet alleen goede behandelprotocollen en -richtlijnen nodig; uiteindelijk staat of valt goede zorg met de professionaliteit en

deskundigheid van hulpverleners. Zij moeten in staat zijn om in verschillende professionele rollen en binnen uiteenlopende contexten cliënten te ondersteunen in hun herstelproces. Effectief hulpverlenerschap is daarom een belangrijk kwaliteitsthema. Hierbij wordt vooral aandacht besteed aan het competentiegericht opleiden van nieuwe medewerkers, en meer specifiek aan het vertrouwd maken met en behandel-integer toepassen van erkende protocollen en richtlijnen alsook het verwerven van adequate behandelkennis. Hiermee wordt ingespeeld op de aanstaande uitstroom van oudere, ervaren hulpverleners en het verwachte tekort aan jonge zorgprofessionals.

PROFESSIONALISERING

Om nu en in de toekomst over goed gekwalificeerd personeel te beschikken, is het belangrijk een strategische personeelsplanning te hebben. Hiervoor zijn beschrijvingen nodig van recente ontwikkelingen en bijhorende (nieuwe) competenties. Transities (ambulantisering, jeugdzorg en AWBZ), e-mental health en natuurlijk herstelondersteunende zorg zijn sprekende voorbeelden van zulke ontwikkelingen.

Herstelondersteunende zorg vraagt van hulpverleners naast andere competenties ook een andere houding: de patiënt krijgt meer regie. Herstel is allereerst een persoonlijke reis die mensen met een verslaving

afleggen om weer meer controle te krijgen en hun leven zinvol in te richten. De behandeling maakt onderdeel uit van het herstelproces van diegenen die dit niet op eigen kracht kunnen realiseren. De zorgverlener richt zich in dit kader vooral op de ontwikkeling van een positieve identiteit, het bewustmaken van de eigen kracht en het bevorderen van eigen regie, zelfzorg en zelfregulatie, en ondersteuning bij het creëren van verbindingen en het herstellen van waardevolle sociale rollen.

HERINRICHTING VAN OPLEIDINGS- EN WERKPROCESSEN

Een andere belangrijke ontwikkeling is het bevorderen van effectiviteit en efficiëntie. Dit impliceert de herinrichting van opleidings- en werkprocessen. Het herinrichten van de opleidingsprocessen vereist een betere samenwerking tussen (beroeps)opleidingen en zorginstellingen en een gezamenlijke visie op competentiegericht opleiden. Dit moet de komende jaren voor een breed spectrum van basisopleidingen en specialisaties worden uitgewerkt op basis van specifieke (beroeps)competentieprofielen in de uitstroomprofielen van het (hoger)beroepsonderwijs. Het herinrichten van de werkprocessen vereist een cultuur van permanente professionele ontwikkeling, waarbij het accent ligt op duurzame leerprocessen met e-learning, supervisie en (team)intervisie.

Het is belangrijk dat hierbij wordt gewerkt met uitkomstmeting en monitoring van het behandelproces op individueel niveau, zoals ROM.

BETERE OPLEIDINGSMOGELIJKHEDEN

Met het oog op de verdere professionalisering van de verslavingszorg is de afgelopen jaren een grote slag gemaakt in het uitbreiden en vernieuwen van opleidingsmogelijkheden voor diverse disciplines, zoals agogen, verpleegkundigen, artsen en psychologen. In dit kader zijn ook beroepscompetentieprofielen (BCP) ontwikkeld voor de ggz-agoog (hbo-niveau), de agogisch medewerker ggz (mbo-niveau) en de hbo- en mbo-verpleegkundige. In deze profielen wordt vanuit de beroepscontext en recente ontwikkelingen in de ggz en verslavingszorg de vertaling gemaakt naar (kern) taken van de agoog en bijbehorende competenties. Dit moet de aansluiting van het betreffende beroeps- onderwijs op het ggz-werkveld verbeteren. Ook zijn er diverse lectoraten en opleidingsspecialisaties opgezet, zoals de Master-opleiding voor verslavingsartsen (met profielregistratie KNMG) en verslavingspsychologen.

Dankzij de verbeterde opleidingsmogelijkheden kan het kwalificatieniveau van zorgverleners in de verslavingszorg de komende jaren stijgen. Daarnaast ontstaan er kansen om de komende periode meer psychiaters, gespecialiseerde artsen,

klinisch psychologen en neuropsychologen aan te trekken. Zo ontstaat een betere mix van disciplines die gezamenlijk de integrale behandeling van verslaving kunnen vormgeven.

Verantwoording

Het laatste visiedocument van de verslavingszorg verscheen in 2006 onder de titel *Aanpak op meerdere fronten*. In september 2011 besloot het netwerk verslavingszorg van GGZ Nederland tot de actualisering van dit document. Het nieuwe visiedocument moest duidelijk maken waar de professionele zorg aan mensen met verslavingsproblemen voor staat en wat de ambitie van de verslavingszorg is voor de komende jaren. Onder leiding van Ruud Rutten,⁵ voorzitter van het netwerk verslavingszorg, werd een kernredactie van inhoudelijk deskundigen gevormd.⁶

Het eerste half jaar is besteed aan het verzamelen van informatie. In deze fase hebben velen uit het veld een mondelinge en/of schriftelijke bijdrage geleverd. Startpunt was een conceptuele beschrijving van verslaving en middelenproblematiek door professor Wim van den Brink. De tekstschrijver Wybo Vons heeft alle losse stukjes tekst verwerkt tot een goed leesbaar werkdocument. Het document is in de periode

september 2011 tot december 2012 besproken met interne stakeholders (o.a. diverse beroepsgroepen uit de verslavingszorg, de SVG en leden van cliëntenraden uit de verslavingszorg) en externe stakeholders (o.a. personen uit de sfeer van de wetenschap, verzekeraars, het Trimbos-instituut, ZonMw, de ministeries van VWS en V&J), en de cliëntenbeweging (Zwarte Gat en LPGGz)).

Vanwege de centrale plaats van de cliënt in het bestuurlijk akkoord ggz zijn later nog aanvullende gesprekken met de cliëntenorganisaties⁷ gevoerd. De uitkomsten van die laatste gesprekken, die zich toespitsten op een gedeelde visie op herstel en herstelondersteunende zorg bij verslaving, heeft Jaap van der Stel⁸ verwerkt in een discussienotitie.

In deze notitie werd een visie op herstel gepresenteerd die het netwerk verslavingszorg (als opstap) kon gebruiken om een *gezamenlijke* visie op herstel te ontwikkelen. In de periode februari – maart 2013 is het netwerk verslavingszorg met de ‘herstelnotitie’ aan de slag gegaan. Dit had als resultaat dat begin april in een afsluitend gesprek met de cliëntvertegenwoordigers een eerste versie van een geïntegreerd visiedocument kon worden gepresenteerd, bestaande uit een op herstel gebaseerde visie op verslaving en verslavingszorg, gecompleteerd door de toekomstplannen en geconcretiseerde toekomstagenda van de verslavingszorg.

Mei 2013 heeft het netwerk verslavingszorg het eindconcept van het visiedocument aan het bestuur van GGZ Nederland aangeboden. Het bestuur heeft op 24 mei 2013 met het visiedocument ingestemd.

Dank aan diegenen die met een mondelinge en/of schriftelijke inbreng hebben bijgedragen aan de totstandkoming van dit visiedocument.

⁵ Ruud Rutten is bestuurder van Tactus Verslavingszorg

⁶ Overige leden van de Kerngroep: Ilja Geudens (GGZ Nederland, projectleider visiedocument; sinds juli 2012 GGZ Eindhoven), Vincent Hendriks (Brijder), Margreet van der Meer (VNN), Udo Nabitz (Arkin) en Michèle Ruyten (Tactus)

⁷ Steven Makkink, Guus Verhoef (LPGGz) en Gert de Haan, Jos Oudebos, Reinier Schippers (Zwarte Gat)

⁸ Jaap van der Stel is tevens lector ggz bij Hogeschool Leiden en senior-onderzoeker bij GGZ inGeest/VUmc

Bijlage

VERSCHUIVINGEN IN DE HULPVRAAG NAAR MIDDEL 2002 – 2011

Het aandeel van de alcoholhulpvraag is in de verslavingszorg tussen 2002 en 2011 gestegen tot 47,1%. In dezelfde periode halveerde het percentage opiaatvragen van de klassieke harddruggebruikers van 31% naar 16,3% van de totale hulpvraag. Het cannabisaandeel verdubbelde echter van 7% naar 15%. Ook de hulpvragen van GHB- en medicijn-verslaafden nemen sterk toe. Hierbij gaat het echter om veel kleinere aantallen, waardoor die trends minder sterk zichtbaar zijn.

KERNCIJFERS OVER VERSLAVINGSZORG (2011)

Aantal hulpvragers	69.312
Man/vrouw	75/25
Gemiddelde leeftijd	41.0
Aandeel 25-	12.6%
Aandeel 55+	16%
Aantal per 100.000 inwoners	416
Aantal contacten	1.950.00
Gemiddeld aantal contacten/cliënt	28

AANTAL PERSONEN IN ZORG VERDEELD NAAR PROBLEMATIEK (2011)

Alcohol	47.1%
Opiaten	16.3%
Cannabis	15.3%
Cocaïne	10.8%
Gokken	3.7%
Amfetamine	2.2%
Medicijnen	1.2%
GHB	1.0%
Ecstasy	0.2%
Overig	2.2%

⁹ Zicht op zorg (2012): Stg Informatie Voorziening Zorg.

