

VRAAG - AANBOD



Het productverslag

J.L.H. Luijkenaar – A. van der Meer

**Sociaal Pedagogische Hulpverlening
2005**

**Projectbegeleidster B. Fontaine
Medebeoordelaar S. Rosenbaum**

VRAAG — AANBOD

Het productverslag

J.L.H. Luijkenaar
SPH-dt 4b
Studentnummer: 20020948

A. van der Meer
SPH-dt 4b
Studentnummer: 20024567

Sociaal Pedagogische Hulpverlening
2005

Projectbegeleidster B. Fontaine
Medebeoordelaar S. Rosenbaum

Voorwoord

Persoonlijke interesse en professionele betrokkenheid en een vraag van het management van de Emiliehoeve zijn de uitgangspunten geweest voor het schrijven van dit productverslag. Het schrijven van dit productverslag en het hier uit voortvloeiende product heeft voor ons af en toe het karakter gehad van een marathon. Net als bij een marathon zijn er tijdens het schrijven van dit verslag een aantal momenten geweest waarop “de man met de hamer langs kwam”. Als vanuit het niets werd de cadans van het schrijven onderbroken en kwamen wij niet meer vooruit. Door elkaar op te vangen en elkaar te motiveren waren wij telkens in staat om weer op gang te komen en het ritme van het schrijven weer op te pakken.

Behalve wij elkaar hebben velen ons gesteund door commentaar te geven, informatie aan te dragen en belangstelling te tonen.

Onze dank gaat uit naar onze partners die ons steunden en ons de ruimte boden om aan dit verslag te werken.

Het management en de behandelmedewerkers van de Emiliehoeve maakten het mogelijk dat wij ons op gezette tijden konden terugtrekken om ongestoord aan ons verslag te werken.

De diverse cliënten, binnen en buiten onze afdeling, die ons op een open en eerlijke manier van materiaal voorzagen en zo een waardevolle bijdrage leverden aan ons uiteindelijke product.

De diverse collega's van de Toeleiding Verslavingszorg die ons antwoord gaven op onze vragen en ons een kijkje lieten nemen in het traject van doorverwijzing.

Britt Fontaine en Saskia Rosenbaum, die als projectbegeleidster en medebeoordelaar ons verslag met een kritische blik onder de loep namen en het voorzagen van commentaar.

En tot slot diegenen bij wij in gesprekken onze denkbeelden en ideeën konden toetsen en ventileren.

Jaap Luijkenaar, Arie van der Meer, Den Haag, april 2005

Inhoudsopgave

	<i>Pagina</i>
Inleiding	7
➤ Het beoogde product	9
➤ De probleemstelling	9
➤ Onze doelstelling	9
➤ De deelvragen	9
 1. De Emiliehoeve	 11
1.1 Ontstaansgeschiedenis van de therapeutische gemeenschap	11
➤ De Emiliehoeve als alternatief	11
1.2 De Emiliehoeve en haar mogelijkheden	12
➤ Evaluatieonderzoek	13
➤ Vervolg evaluatieonderzoek	14
1.3 Beperkingen van de afdeling	15
➤ Succesrate	15
➤ Groepsbehandeling	15
➤ Het management	16
➤ Scholing	16
➤ Samenstelling cliëntengroep	16
➤ Personele bezetting	17
1.4 Contra-indicaties voor opname	17
 2. De doelgroep	 20
2.1 De algemene kenmerken van de doelgroep	20
➤ Verslavingsgedrag	20
2.2 De specifieke kenmerken van de cliëntengroep	21
2.3 Beperkingen van de doelgroep	22
➤ Lichamelijk gebied	22
➤ Psychisch/emotioneel gebied	22
➤ Sociaal gebied	23
2.4 Is er sprake van een veranderende doelgroep?	24
➤ De doelgroep	24
➤ De hulpverlening	24
2.5 Relatie tussen afbreken van de behandeling en de draagkracht van de cliënt	25
 3. Betrokken afdelingen	 29
3.1 De Toeleiding Verslavingszorg	29
➤ Centrale intake	29
➤ Opnamebureau	30
➤ Crisisdienst	30
3.2 Klinische voorzieningen	30
➤ Klinische Detox	30
➤ Klinische Vervolgbehandeling	30
➤ Intramuraal Motivatiecentrum	30
➤ Intensieve Zorg Alcohol	30
➤ Mistral	31
➤ Triple-ex	31
➤ Project 4	31
3.3 Externe doorverwijzingen	31

3.4 De cijfers	31
➤ Aan- afmeldlijst 2004	32
➤ Drop-out 2004	32
➤ Afdeling van herkomst 2004	33
➤ Afbreken behandeling – afdeling van herkomst 2004	33
4. Veranderingen en diagnostische instrumenten	35
4.1 Van aanbodgericht naar vraaggerichte zorg	35
4.2 De ASI	36
➤ Wat is nu precies de ASI?	36
4.3 Motiverende gespreksvoering	38
5. Cliënten en collega's	40
5.1 De cliënten	40
5.2 De intake medewerkers	41
6. Samenvatting en eindconclusies	43
6.1 De deelvragen	43
6.2 De eindconclusie	45
6.3 Het product	46
7. Werkwijze en planning	47
7.1 De werkwijze	47
7.2 De planning	48
7.3 De samenwerking	49
8. Evaluatie eindproduct	50
8.1 Visie beroep	
8.2 Ons project in het licht van opleidingskwalificaties	50
Bijlagen	
Bijlage: Opdracht AMT	53
Geraadpleegde literatuur en bronnen	55

Inleiding

Werkzaam op de Therapeutische Gemeenschap de Emiliehoeve worden wij regelmatig geconfronteerd met cliënten die voortijdig de behandeling beëindigen.

Helaas is dit niet altijd te vermijden en kan het zelfs zo zijn dat het voortijdig beëindigen van een behandeling een onderdeel is van een proces in de richting van langdurige abstinentie.

Een reden om ons in hierin te verdiepen is de discussie die met betrekking tot dit onderwerp op de afdeling gevoerd wordt. Kern van deze discussie is het idee dat wij als team steeds vaker geconfronteerd lijken te worden met cliënten waarvan wij ons afvragen of deze op de voor hen juiste behandelafdeling opgenomen zijn. In het team wordt dan ook regelmatig de vraag gesteld of er een relatie is tussen een “verkeerde” doorverwijzing van cliënten en het voortijdig beëindigen van de behandeling.

Naar ons idee is een juiste afstemming van de behandelvraag van de cliënt versus het behandelaanbod van de afdeling een essentieel onderdeel van een succesvolle behandeling. Het niet in overeenstemming zijn van vraag en aanbod kan niet alleen een reden zijn om een behandeling voortijdig te beëindigen maar kan bovendien het negatieve zelfbeeld van de cliënt (*zie je wel, het is mij weer niet gelukt*) versterken met als uiteindelijk gevolg een verminderd vertrouwen in de hulpverlening.

Ook al kan het voortijdig beëindigen van een behandeling dus een onderdeel zijn van een proces, lijkt het ons toch van belang om vraag en aanbod dusdanig op elkaar af te stemmen zodat de cliënt succesvol een behandeling kan afronden of in ieder geval voldoende vertrouwen in de hulpverlening houdt om een volgende (behandel) poging te overwegen.

Behalve onze eigen interesse en de op de afdeling gevoerde discussie is een vraag van het management van de Emiliehoeve ook een belangrijke factor geweest om ons bezig te houden met het vraagstuk: *“is de behandelvraag van de cliënt en het behandelaanbod van de Emiliehoeve voldoende op elkaar afgestemd”?*

De vraag die het management ons stelde was: *“onderzoek en ontwikkel een intakeprocedure volgens de richtlijnen die opgesteld zijn door het verslavingscircuit van Parnassia”.*

Of onze zoektocht uiteindelijk zal leiden tot een intakeprocedure is iets wat wij in eerste instantie nog open willen houden. Wel zullen wij ons in onze zoektocht gaan richten op een product dat een bijdrage levert aan een (nog) betere afstemming van vraag en aanbod.

Om echter een zo breed mogelijk beeld te krijgen betreffende de factoren die een rol spelen bij een juiste afstemming van de behandelvraag en het behandelaanbod nemen wij zowel de afdeling als ook de doelgroep onder de loep. Bovendien besteden wij aandacht aan diagnostische instrumenten en gaan wij in op maatschappelijke en politieke ontwikkelingen.

Met behulp van relevante literatuur en meningen van collega's en cliënten proberen wij in ons productverslag antwoord te geven op de vraag: *“is de behandelvraag van de cliënt en het behandelaanbod van de Emiliehoeve voldoende op elkaar afgestemd”?*

De uiteindelijke conclusie zal de basis zijn voor het door ons te ontwikkelen product.

In dit productverslag zult u de belangrijkste overwegingen en bevindingen terugvinden die hebben geleid tot ons uiteindelijke product.

Wij beginnen in *hoofdstuk 1* met een beschrijving van de afdeling en brengen de indicaties en contra-indicaties voor een opname op de Emiliehoeve in kaart.

In *hoofdstuk 2* richten wij ons op de doelgroep van de Emiliehoeve. Mogelijkheden en beperkingen van de doelgroep worden geïnterviewd. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een analyse en een daaraan verbonden conclusie.

In *hoofdstuk 3* brengen wij de afdelingen in kaart die betrokken zijn bij de doorverwijzing van de cliënten voor de Emiliehoeve. In dit hoofdstuk worden ook de in- en uitstroom van cliënten in kaart gebracht. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een voorlopige conclusie.

In *hoofdstuk 4* richten wij ons op de politieke en maatschappelijke veranderingen en besteden wij aandacht aan het diagnostische instrument van het circuit verslavingszorg: de ASI (Addiction Severity Index).

In *hoofdstuk 5* besteden wij aandacht aan de meningen en ideeën van cliënten en medewerkers van de Toeleiding Verslavingszorg. Met behulp van onderzoeksmateriaal en interviews proberen wij zicht te krijgen op mogelijke hiaten in het traject van doorverwijzing.

In *hoofdstuk 6* formuleren wij onze conclusies die leiden tot het uiteindelijke product.

In *hoofdstuk 7* lichten wij onze werkwijze en planning toe en in *hoofdstuk 8* evalueren we, tot slot, ons product in het licht van de opleidingskwalificaties en de visie op het beroep SPH.

Het beoogde product:

Een product dat bijdraagt aan een optimale afstemming tussen behandelvraag en behandelaanbod.

De probleemstelling:

Is er in het huidige systeem van doorverwijzing en toeleiding een “missing link”?

Onze doelstelling:

Het bewerkstelligen van een (nog) betere afstemming tussen de behandelvraag van cliënten en het behandelaanbod op de Emiliehoeve. Wij hopen dat ons product een preventieve werking heeft. Met preventief doelen wij op het voorkomen van problemen die kunnen ontstaan door doorverwijzingen waarbij vraag en aanbod, mogelijkheden en beperkingen niet voldoende op elkaar zijn afgestemd. Je kunt hierbij denken aan cliënten die voortijdig de behandeling afbreken omdat zij niet in staat zijn behandeldoelen te realiseren.

De deelvragen:

- Wat zijn de mogelijkheden en/of de beperkingen van de afdeling?
- In hoeverre zijn de huidige (contra)indicaties voor een opname op de Emiliehoeve geformuleerd?
- Wat zijn de beperkingen van de cliënt?
- Is er sprake van een veranderende doelgroep?
- Wat is de relatie tussen het onderbreken/afbreken van de behandeling en de draagkracht van de cliënt?
- Wat is de rol van de Toeleiding Verslavingszorg in het traject van doorverwijzing?
- Van welke afdelingen zijn de cliënten van de Emiliehoeve afkomstig?
- Op en in welke wijze en mate wordt de draagkracht van de cliënt getoetst tijdens het traject Toeleiding?
- In hoeverre is de ASI een ondersteunend instrument om de cliënten door te verwijzen?
- In hoeverre zijn cliënten voorgelicht over de diverse aspecten van de behandeling op de Emiliehoeve?

Hoofdstuk 1. De Emiliehoeve

Uitgegaan van onze doelstelling, het bewerkstelligen van een (nog) betere afstemming tussen de behandelvraag van cliënten en het behandelaanbod op de Emiliehoeve, is de aanleiding om het behandelaanbod van de TG¹ de Emiliehoeve te beschrijven.

We zullen de mogelijkheden en de beperkingen van de afdeling in kaart brengen en een inventarisatie maken van de (huidige) indicaties en contra-indicaties voor opname.

Hiermee hopen we een zo duidelijk mogelijk beeld te kunnen schetsen van de draaglast van de behandeling. In hoofdstuk 2 komen we hier nog op terug in de vorm van het vergelijken van de draaglast van de behandeling tegenover de draagkracht van de cliënt.

Allereerst schetsen wij een beeld van het ontstaan van de Therapeutische Gemeenschap. Wij doen dit omdat de therapeutische gemeenschap erg aan ontwikkelingen onderhevig is. We proberen de lezer een indruk te geven van de dynamiek en de strijd die gevoerd is, en wordt, om het voortbestaan van de therapeutische gemeenschap, en de vaak onorthodoxe manier van behandeling, veilig te stellen. Verder wordt aangegeven, wat onze doelstellingen zijn gedurende de behandeling en wat onze visie is op verslaving. Een visie die onder invloed van de veranderingen die plaats hebben gevonden ook aan verandering onderhevig is.

1.1 Ontstaansgeschiedenis van de therapeutische gemeenschap

De in New York werkzame psychiater Daniel Casriël deed onderzoek naar oplossingen voor het drugprobleem en stuitte op Synanon.² Synanon was in de eerste plaats een sociale en religieuze beweging. Van de leden werd verwacht dat zij een blijvend verbond sloten. De beweging isoleerde zich steeds meer van de bestaande wereld en kreeg zeer sektarische kenmerken. Het bleef enige tijd goed gaan, maar eind de jaren '70 ontaardde de beweging tot een verwarde en gewelddadige sekte.

Casriël ging verder op zoek naar antwoorden op het verslavingsprobleem en ontwikkelde uiteindelijk, samen met ex-bewoners van Synanon, een behandelingsmethode die verslaafden voorbereidde op een volwaardige terugkeer in de maatschappij. Zo ontstond de eerste therapeutische gemeenschap onder de naam Daytop, later gevolgd door Phoenix House. Vanuit deze organisaties verspreidde het model zich onder andere naar Europa.

De eerste Europese TG's ontstonden omstreeks 1968. De eerste in Londen, de tweede in Nederland (de nog bestaande "Emiliehoeve"). Beide TG's waren Phoenixhuizen.

Later kwamen er in de rest van Europa nog andere bij. Sommigen waren "democratische", andere dan weer "hiërarchische" TG's, naargelang de ideologie die leefde bij desbetreffende directie en teams. Beide modellen hadden het leven in gemeenschap en het leren zelfstandig worden via zelfhulp als gemeenschappelijke kenmerken.

In de loop der jaren schakelden de meeste Europese TG's over naar het hiërarchische model. Hierdoor verliep de werking aanvankelijk nogal krampachtig en rigide, maar geleidelijk aan werd er gewerkt aan een meer menselijke en soepele aanpak, aangepast aan de Europese situatie.

De Emiliehoeve als alternatief

Eind jaren zestig, begin jaren zeventig werd de hulpverlening in Nederland plotseling geconfronteerd met een geheel nieuwe groep verslaafden. Junkies of speedfreaks zoals ze al snel werden genoemd, zorgden met hun ongrijpbare gedrag in korte tijd voor een sterk groeiend probleem. Met het gebruikelijke gesprek van één uur in de week kon je hen niet bereiken. Op afspraken kwamen ze niet. Een al dan niet gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis leidde meestal tot chaos voor verplegers en patiënten. De alternatieve hulpverlening probeerde daarom op verschillende manieren drugsverslaafden te bereiken en opvangmogelijkheden aan te bieden. Martien Kooyman werkte in die tijd als psychiater in psychiatrisch centrum Bloemendaal. Tevens was hij als arts verbonden aan het

¹ TG = Therapeutische Gemeenschap.

² Synanon, een leefgemeenschap van ex-alcohol- en ex-drugverslaafden die in 1958 in Californië was ontstaan rond de ex-alcoholist Charles Dederich.

Consultatiebureau voor Alcoholisme in Den Haag. In die functie verstrekte hij methadon aan een kleine groep harddrugverslaafden. Ontevreden over het voortdurende bijgebruik van de deelnemers, begon hij met een alternatieve hulpverlening in een oude boerderij op het terrein van Bloemendaal: de Emiliehoeve, een therapeutische gemeenschap. De effectiviteit van de behandeling heeft ertoe geleid dat de Emiliehoeve model heeft gestaan voor verschillende therapeutische gemeenschappen zoals in België, Italië, Duitsland, Zweden, Zuid Afrika, Oostenrijk en Griekenland.

Gedurende de jaren heeft de Emiliehoeve zich ontwikkeld tot een moderne therapeutische gemeenschap onderhevig aan constante verandering door middel van zelfreflectie, evaluatie en aanpassing waarbij getracht is om de “pijlers” van de TG niet te veranderen.

Minder extreem qua maatregelen en vrijheidsbeperkingen, minder opvallend in de uiterlijke attributen van de behandeling. Tekstborden, overalls en het beruchte “haarknippen”³ werden afgeschaft.

Privacy werd geleidelijk aan een minder vies woord. Er ontstond meer aandacht voor de individuele behoeften van cliënten, later uitmondend in individuele behandelplannen. De slaapzalen werden aangepast in de richting van twee- persoonskamers.

De motivatie om te veranderen lijkt te zijn gestoeld op zelfreflectie en evaluatie maar de harde realiteit leert ons ook dat veranderingen nodig waren, en zijn, om het voortbestaan van de therapeutische gemeenschap veilig te stellen. Het ontstaan van meer gedifferentieerd aanbod, welke gekenmerkt werd door laagdrempeligheid, is één van de externe bedreigingen geweest. De keuze tussen een langdurige behandeling, waar de behandeldruk hoog ligt, of een kortdurend behandeling met meer individuele begeleiding deed de beddenbezetting op de Emiliehoeve schrikbarend dalen. Dit heeft er tijdens de jaren negentig toe geleid dat het voortbestaan van de Emiliehoeve onderdeel van discussie werd. Een bezoek van de directie aan de afdeling waarbij ons de vraag gesteld werd of wij konden motiveren waarom wij als afdeling bestaansrecht hadden, deed ons beseffen dat we snel in actie moesten komen. De stroomversnelling qua veranderingen hebben tot nu toe vruchten afgeworpen. We zijn ons er echter terdege bewust van dat we er nog lang niet zijn.

1.2 De Emiliehoeve en haar mogelijkheden.

De Emiliehoeve is een therapeutische gemeenschap waar langdurig verslaafden vrijwillig opgenomen kunnen worden. De maximale groepsgrootte is 35 cliënten. De verhouding man/vrouw is gemiddeld 30:5 (uitgegaan van een volledige beddenbezetting).

Opnameduur is ongeveer 12 maanden en van residentiële aard. De Emiliehoeve fungeert als een minisamenleving. Alle cliënten hebben een plaats in de structuur die bepaalt welke taken iemand heeft en hoeveel verantwoordelijkheid hij of zij draagt. Bij goede inzet en klinische vooruitgang klimt betrokkene op in de structuur; de hoogste structuurplaats is die van coördinator. Deze is verantwoordelijk voor het goede reilen en zeilen van de heel therapeutische gemeenschap.

“Degradatie” volgt op “negatief” gedrag. De structuur dient zowel de gemeenschap als haar leden: de bewoner leert in verschillende rollen om te gaan met verantwoording, frustraties, tekorten in sociale vaardigheden en in zelfrespect.

De structuur bestaat uit regels, privileges, sancties, hiërarchie en fasering welke duidelijke grenzen stelt aan isolement, destructiviteit, acting-out gedrag.

De Emiliehoeve gaat er vanuit dat verslaafden in staat zijn om zelf een groot aandeel te kunnen hebben in het overwinnen van hun verslavingsprobleem. Daarvandaan is het zelfhulpprincipe één van de belangrijke pijlers waarbij wordt uitgegaan van een maximale verantwoordelijkheid voor het eigen proces.

Met zelfhulp wordt bedoeld dat het belangrijkste proces in de therapeutische gemeenschap zich tussen de cliënten afspeelt. Meer elkaars “therapeut” dan als patiënt in behandeling. Cliënten zijn verantwoordelijk voor het uitvoeren van het dagprogramma met alle elementen van werk, bijeenkomsten, vrije tijd, et cetera.

³ Bij opname werd het haar afgeknipt met als doel om het weglopen te bemoeilijken en om het junkie-image te bestrijden.

De rol van de staf is initiërend, leidend en corrigerend. In psychologische zin fungeert de staf als betrokken, rechtvaardige, maar ook vaak als strenge surrogaat ouders. Filosofie, normen en waarden komen tijdens de behandeling intensief ter sprake en cliënten worden “aangemoedigd” om ernaar te leven. Geleidelijk kan er dan een internaliseringproces plaatsvinden.

Kooyman (1992) schrijft dat ouders of partners kunnen bijdragen tot het in stand houden van de verslaving doordat zij de verslaafde in de positie van “patiënt” houden. Hierdoor is het betrekken van hen in de behandeling van groot belang.

Vanuit deze gedachte werkt de Emiliehoeve met een eigen systeemwerker die zowel de cliënt als het systeem van de cliënt begeleidt.

Door het bijwonen van bijvoorbeeld ouder- of partnergroepen leert het systeem inzien dat ook zij een onderdeel van het probleem zijn.

De praktische realisatie van de zelfhulpgedachte in een gestructureerde leefgemeenschap betekent voor een medewerker van de Emiliehoeve vaak aanwezig zijn in de cliëntengroep om via observatie en overleg met de cliënt het groepsproces adequaat te kunnen bijsturen. Bovenstaande leidt tot een continu bijschaven van de diagnosestelling en een voortdurend aanpassen van het individuele behandelplan via evaluatie bij elke faseovergang en een wekelijkse teamvergadering en een driemaandelijks bespreking tijdens de klinische vergadering waar de voortgang van de cliënt wordt besproken.

Binnen deze kaders is het mogelijk voor de cliënt om gedurende een jaar gefaseerd aan zijn/haar problemen te werken.

De behandeling is verdeeld in 4 fasen, elke fase heeft zijn eigen aandachtsgebieden en kenmerken. De eerste fase is de fase van kennismaking. Hier wordt er van de cliënt verwacht dat hij zich oriënteert binnen de behandeling en kennis maakt met de verschillende behandelonderdelen. Er wordt tevens in samenwerking met één van de teamleden een probleeminventarisatie gemaakt en het behandelplan opgesteld.

De tweede fase wordt de interpersoonlijke fase genoemd. De nadruk ligt tijdens deze fase op de problematiek naast de verslaving. In het begeleiden van het totale behandelproces komt hier tijdens de behandeling het “zwaartepunt” te liggen, hier is de behandeldruk het hoogst. De duur van deze fase is ongeveer 3 maanden.

In de derde fase ligt de nadruk meer op de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt en op de volwassen participatie in zijn eigen behandeling. De begeleiding is wat meer op afstand, de interventies zijn erop gericht om de cliënt te motiveren om samen met zijn/haar peergroep op zoek te gaan naar verandering van negatieve levenshoudingen in positieve. De duur van deze fase is ongeveer 3 maanden.

De vierde en laatste fase is de resocialisatiefase. De cliënt bereid zich voor op het nazorgtraject en is steeds zelfstandiger in het maken van zijn eigen agenda en afspraken. De cliënt is meer bezig met het activiteiten buiten de afdeling. Het doen van vrijwilligerwerk/stage/opleiding en het geven van invulling aan vrije tijd (sport/hobby's) zijn standaard eisen die vanuit behandeling gesteld worden. De cliënt is steeds minder afhankelijk van de begeleiding.

Evaluatieonderzoek

Met de start van de behandeling in 1972 is besloten om bij alle cliënten van de Emiliehoeve bij de opname achtergrondgegevens en kenmerken van het druggebruik te verzamelen. In samenwerking met de Erasmus Universiteit Rotterdam werd een onderzoek ontwikkeld om de resultaten van de behandeling in kaart te kunnen brengen.

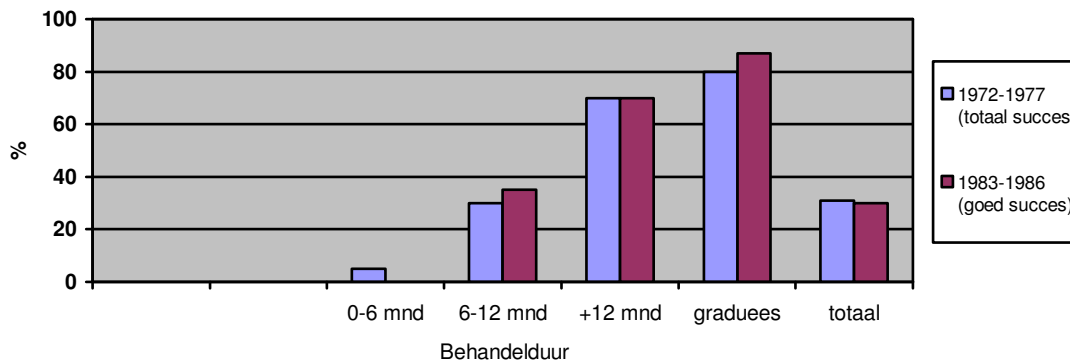
De eerste 227 personen die in de jaren 1972-1977 in de Emiliehoeve opgenomen zijn geweest, werden tenminste een jaar na het vertrek uit de behandeling benaderd voor een follow-up interview. De gemiddelde tijd dat deze cliënten uit de behandeling waren, was overigens bijna twee jaar. Van de 227 personen kon bij 172 personen (76%) daadwerkelijk een interview gehouden worden. Voor de

bepaling van het behandelresultaat werd een aantal zeer strikte “succes” criteria geformuleerd. Om succesvol te zijn, moesten cliënten sinds vertrek uit de behandeling voldoen aan onder andere de volgende criteria: geen gebruik van hard drugs; geen alcoholmisbruik; geen arrestaties of detentie; en geen behandeling voor alcohol- of drugproblemen.

Grafiek 1.1. Succespercentage Emiliehoeve

Grafiek 1.1 geeft de succespercentages van de Emiliehoeve weer gedurende de jaren 1972-1977 en gedurende de jaren 1983-1986

Grafiek 1.1: Succespercentages Emiliehoeve



Uit het onderzoek kwam naar voren dat 32% van de geïnterviewde cliënten sinds vertrek uit de Emiliehoeve aan alle succescriteria voldeed. In het half jaar voorafgaand aan het follow-up interview voldeed 49% aan alle criteria. Uit het onderzoek bleek tevens, dat hoe langer de behandeling duurt, hoe groter de kans is op baat bij de behandeling. Van degenen die korter dan dertig dagen in de Emiliehoeve bleven (32 personen), voldeed niemand aan de succescriteria. Tussen de dertig dagen en zes maanden (62 personen) bedroeg het succespercentage 10%, en tussen de zes en twaalf maanden (17 personen) 30%. Van de cliënten die langer dan twaalf maanden in de Emiliehoeve waren geweest (61 personen), voldeed 70% aan alle succescriteria.

Vervolg evaluatieonderzoek

Eind jaren tachtig werd nogmaals een evaluatieonderzoek uitgevoerd onder cliënten van de Emiliehoeve, die in de jaren 1983-1986 opgenomen waren geweest. In dit onderzoek werden alleen cliënten betrokken, die tenminste zes maanden in behandeling waren geweest. Voor dit criterium werd gekozen, omdat uit het eerste onderzoek was gebleken, dat een kortere opname dan zes maanden slechts bij weinigen (6%) succesvol was. Bovendien geldt, dat de groep die tenminste zes maanden blijft, 84% van de beschikbare “bedden” in de Emiliehoeve bezet.

Van de 214 cliënten die in de jaren 1983-1986 opgenomen waren geweest, waren 99 (46%) cliënten tenminste zes maanden in de Emiliehoeve geweest. Voor het follow-up interview, dat tenminste een jaar na vertrek uit de Emiliehoeve plaatsvond, konden 60 personen worden bereikt; 3 personen bleken te zijn overleden. Gemiddeld bedroeg de tijd sinds het vertrek uit de behandeling in de follow-up groep bijna drie jaar.

In het onderzoek werd een ex-bewoner succesvol genoemd, indien hij of zij sinds vertrek uit de Emiliehoeve voldeed aan elk van de volgende criteria:

- *Drugs*
Geen of kortdurend (< dan drie maanden) gebruik van harddrugs, medicijnen of alcohol (< dan vijf glazen per dag).
- *Justitie*
Geen veroordelingen/gevangenisstraffen of criminele activiteiten (dealen, vermogens- of geweldsdelicten).
- *Arbeid*
Tenminste 50% van de tijd sinds vertrek heeft de betrokkene gewerkt en/of een opleiding gevolgd.

- *Behandeling*

Sinds vertrek geen psychiatrische behandelingen en/of behandeling in de verslavingszorg.

Het onderzoek wijst uit dat het succes sterk wordt bepaald door de behandelduur. Van de cliënten die de behandeling afmaakt bereikt 87% duurzame abstinentie en maatschappelijk herstel. Voor de totale groep is dit 31%.

1.3 Beperkingen van de afdeling.

Succesrate

De hierboven genoemde cijfers spreken voor zich, de behandeling had zijn effectiviteit bewezen. De behandelmethode wekte veel interesse in binnen en buitenland. De Emiliehoeve stond dan ook model voor verschillende TG's binnen en buiten Europa.

Hier stuiten wij op de eerste beperking. Het bovengenoemde cijfermateriaal is ruim 18 jaar oud. Wat wordt nú gezien als succes? Als wij uitgaan van de productcatalogus Verslavingszorg (2001) heeft de Emiliehoeve als doel: het verhogen van de kwaliteit van leven, abstinentie en herstel op psychisch, sociaal en maatschappelijk gebied, dus algemene reïntegratie.

De brede interpretatie van deze doelstelling maakt dat er op het moment van schrijven van dit productverslag geen duidelijke en concrete succesrate is.

Drop-out⁴ wordt door de directie onder andere gezien als een meetlat voor resultaat. Dit zou dus betekenen dat de behandeling op de Emiliehoeve succesvol is als weinig cliënten de behandeling voortijdig verlaten.

De beleving van de cliënten sluit nog het meest aan bij de doelstelling zoals deze in de productcatalogus is verwoord. De cliënt ziet zichzelf als succesvol als hij na het afronden van de behandeling geen drugs meer (en/of alcohol) gebruikt, een huis, werk en een relatie heeft.

Voor de individuele werker op de afdeling is *succes* van de behandeling veelal iets wat sterk bepaald wordt door de persoonlijke opvatting. Waar de ene werker vasthoudt aan het volledig abtinent zijn kan dit voor de andere werker gecontroleerd gebruik van middelen zijn.

Het management van de afdeling geeft helaas geen duidelijk antwoord op de vraag: *wanneer is de behandeling succesvol?* Het management en de directie van het circuit verslavingszorg lijken een uniforme visie te hebben op de definitie van een succesvolle behandeling. Een continue beddenbezetting wordt gelabeld als positief, een hoge drop-out als negatief.

Groepsbehandeling

De Emiliehoeve werkt met een groepsbehandeling, de meeste interventies en groepen zijn hierop gericht met als gevolg dat het individuele belang soms plaats moet maken voor het groepsbelang. Dit heeft als consequenties dat er minder tijd en begeleiding voor het individu is, terwijl de doelgroep zich kenmerkt door verschillende traumatische ervaringen zoals incest, mishandeling, verkrachting, verwaarlozing op lichamelijk en emotioneel gebied. Consequentie hiervan is dat door het beperkte individuele behandelaanbod er weinig ruimte is om met individuele traumaverwerking aan de slag te gaan. Onze ervaring is dat het verwerken van of leren omgaan met trauma's juist onderdeel is van de hulpvraag van de cliënt bij opname.

De behandeling in een therapeutische gemeenschap is in principe voor elke cliënt dezelfde. Dit geeft op zichzelf al een beperking aan. De behandeling heeft een vrij statisch karakter. Iedere cliënt wordt geacht het hele behandelaanbod te doorlopen ongeacht de fase van herstel waar iemand zich in bevindt. Je kunt bijvoorbeeld denken aan iemand met een hoge scholing en langdurige werkervaring die toch geacht wordt binnen de werkstructuur werkervaring te moeten opdoen. Onze ervaring is dat dit frustrerend kan zijn voor de cliënt. Niet elke verslaafde is gebaat bij dezelfde behandeling.

Maatschappelijk (nog) goed geïntegreerde verslaafden hebben bijvoorbeeld een minder intensieve behandeling nodig dan die in een therapeutische gemeenschap en kunnen beter behandeld worden in een dag- of avondbehandeling, in ambulante groepen of met gezintherapie.

⁴ Het voortijdig beëindigen van de behandeling.

Het management

Ten gevolg van maatschappelijke en politieke ontwikkelingen (zie hoofdstuk 4) is de zorgverzekeraar steeds meer geïnteresseerd in kostenbesparende, kortdurende behandelingen, waarin de nadruk wordt gelegd op een taakgerichte en individuele aanpak. De Emiliehoeve hanteert echter nog steeds het “wij” oftewel het “familie” concept. Het uitgangspunt van dit concept is dat men sociaal leert te zijn door de interacties met je medemens, en het zich geleidelijk weer verbonden gaan voelen met een groter geheel, waardoor een veilig en geborgen (vaak voor het eerst in hun leven) thuisbesef gerealiseerd wordt. Hier ontstaat dan ook een spanningveld. Het management van de Emiliehoeve probeert binnen de kaders van de Emiliehoeve aan de eisen van de zorgverzekeraar te voldoen. In de praktijk betekent dit dat de medewerker van de afdeling zich niet alleen bezig kan houden met de procesmatige aspecten van de behandeling. Dossiervorming, aandacht voor het individu, verantwoording van taken en werkzaamheden zijn ontwikkelingen die ten koste gaan van het traditionele “groepswork”.

Waar aan de ene kant aanwezigheid bij de cliëntengroep essentieel is om het groepsdynamische proces te sturen, maken ontwikkelingen van buitenaf dit steeds moeilijker.

Scholing

Professionalisering van de medewerkers op de Emiliehoeve is een essentieel onderdeel van het personeelsbeleid. Over het algemeen bestond het personeel uit uiterst gemotiveerde mensen waarvan de meeste ervaringsdeskundigen waren. Het werken op de Emiliehoeve werd niet gezien als werk maar als een manier van leven en collega's niet gezien als collega's maar als vrienden. Deze dunne lijn tussen privé en werk verkleinde de afstand die je nodig hebt als professional om zo objectief mogelijk te kunnen werken. Alle stafleden die als ervaringsdeskundigen aan werden genomen op de Emiliehoeve dienden minstens een MBO opleiding te volgen.

Het nadeel van het scholen van mensen tijdens werktijd vraagt om een tijdsinvestering. Het gevolg hiervan is dat er minder mensen op de werkvloer aanwezig zijn wat direct gevolgen heeft voor de cliënten.

Samenstelling cliëntengroep

Het is steeds zo geweest dat er in verhouding minder vrouwen dan mannen opgenomen worden in de behandeling⁵. Een vrouw in een “mannengroep” kan geconfronteerd worden met andere problemen of zelf problemen veroorzaken. Er kan rivaliteit ontstaan om in haar gunst te komen, de cliënten kunnen zich plots anders gaan gedragen, cliënten kunnen elkaar verleiden, enzovoort. Het zou zeker niet de eerste keer zijn dat dergelijke situaties ontstaan in een cliëntengroep. Dit zorgt telkens voor spanningen en conflicten en vooral voor afleiding van de behandeling.

De behandeling binnen de Emiliehoeve is westers georiënteerd. De hiërarchische werkstructuur als programmaonderdeel is hier een kenmerk van. Binnen deze structuur kun je als bewoner oefenen en experimenteren met thema's zoals leiding geven en krijgen, autoriteitsconflicten, verantwoordelijkheid et cetera. Binnen sommige culturen levert dit een aantal paradoxen op welke beperkend zijn voor de behandeling. Onze ervaring is dat sommige interventies averechts werken, hieronder een voorbeeld;

M is een Marokkaanse man van 30 jaar, hij is al een half jaar opgenomen op de Emiliehoeve. M kenmerkt zich als een man die subassertief is, hij komt nauwelijks op voor zijn eigen behoeften en is een harde werker. Als iedereen al koffie drinkt is M nog aan het werk. M stelt zich ten opzichte van medecliënten met hogere functies gediensig op. Hierdoor is het makkelijk om M de lastige klusjes te laten doen. Als dit ter sprake komt binnen één van de gespreksgroepen geeft M toe dat hij het eigenlijk wel een beetje zat is om altijd de rotkarweitjes te doen. M krijgt van ons (de behandelaars) de opdracht om dit eens rechtstreeks tegen zijn medecliënten te zeggen. ‘Je moet leren je grenzen aan te geven’ is het advies. Onder enige druk probeert M te doen wat er van hem wordt verwacht. Als gauw komen we tot de conclusie dat dit niet werkt, M raakt steeds meer gefrustreerd en lijkt niet te begrijpen wat wij van hem verlangen. Een maand later breekt M de behandeling af.

⁵ Uit gegevens over de opgenomen cliënten in 2004 blijkt de verhouding 85% mannen tegenover 15% vrouwen.

De interventie waarbij het uitgangspunt was dat M zijn grens moest leren aangeven werkte hier niet, binnen de cultuur van M is het niet gebruikelijk om op te staan tegen je “meerdere”, terwijl wij als westers georiënteerde mensen dit bijna als een recht zien. Dit is één voorbeeld van vele waarbij cultuurverschillen binnen de behandeling botsen.

Er wordt een grote mate van zelfstandigheid van de cliënten verwacht. Het is belangrijk dat de cliënt de behandeling begrijpt, een groot deel van de behandeling bestaat uit “lesgeven” in de vorm van seminars en voorlichting. Dit betekent dat de cliënt een zekere mate van intelligentieniveau moet hebben om de behandeling te kunnen begrijpen.

Door het gebruik van symbolen, rituelen en een normen- en waarden systeem kun je spreken van een hoog abstractieniveau binnen de behandeling. Als je als cliënt moeite hebt met het leggen van verbanden tussen de verschillende behandelonderdelen dan kan het zijn dat je de draad van je eigen behandeling kwijtraakt. Het gevolg hiervan kan zijn dat de behandeling stagneert en in het ergste geval de cliënt dusdanig gefrustreerd raakt dat deze de behandeling vroegtijdig stopt; onze ervaring leert ons dat ook.

Personele bezetting

De Emiliehoeve kent geen 24 uur-diensten waardoor er alleen personeel aanwezig is van half negen tot vijf uur. Na deze tijd is de cliëntengroep op zichzelf aangewezen. In het weekend is er ook geen begeleiding op de afdeling aanwezig, wel wordt er gewerkt met een telefonische achterwacht. Een beperkte aanwezigheid van personeel waarbij er beroep wordt gedaan op de verantwoordelijkheid van de cliënten doet bij menig buitenstaander de wenkbrauwen fronsen. De ervaring leert ons dat de aanwezige onderlinge sociale controle en het duidelijke normen- en waarde systeem over het algemeen afdoende is om onderlinge conflicten en problemen het hoofd te bieden. Dit kent uiteraard ook zijn grenzen, bij crisissituaties zoals geweld, het gebruik van alcohol of drugs, suïcidepogingen of bij psychosen kun je van de cliënten niet verwachten dat zij hier op een adequate manier op reageren. Het is dus niet wenselijk om cliënten met ernstige psychiatrische problemen waarbij onvoldoende zelfregulerende eigenschappen aanwezig zijn op te nemen. Speciale groepen van verslaafden, zoals cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis en adolescenten, hebben een aparte setting nodig die tegemoet komt aan hun behoeften.

Een conclusie is dat als wij de mogelijkheden en de beperkingen van de afdeling naast elkaar leggen, de balans lijkt te verschuiven. Deze visie wordt ondersteund door de vraag van de directie of de TG in zijn huidige vorm nog wel van deze tijd is. Door de medewerkers op de afdeling wordt door middel van trial en error⁶ geprobeerd om de beperkingen van deze tijd in te passen binnen de mogelijkheden van de afdeling, waarbij geprobeerd wordt zo weinig mogelijk afbreuk te doen aan de basis van de TG. Voornamelijk deze wijze van trial en error kan er debet aan zijn dat cliënten voortijdig de behandeling beëindigen. Teveel veranderingen in een te korte tijd kunnen ertoe leiden dat er teveel aan de identiteit van de behandeling wordt gesleuteld. Dit veroorzaakt onrust onder zowel de cliëntengroep als onder de medewerkers.

1.4 Contra-indicaties voor opname.

Therapeutische gemeenschappen zoals de Emiliehoeve kunnen voor sommige verslaafden de juiste keuze van behandeling zijn. Voor anderen verslaafden is het geen oplossing of kan het zelfs een contra-indicatie vormen. Verslaafden welke langdurig drugs gebruiken waarbij verslavingsgedrag en de leefstijl van verslaafde diepgeworteld zitten, kan een intensieve 24- uurs behandeling helpen om hun leven te herstructureren en nieuwe persoonlijke waarden te verwerven welke noodzakelijk zijn om een leven te leiden vrij van drugs en misdaad. Verslaafden die nog een positief sociaal leven hebben kunnen behouden, nog steeds een baan hebben en een gezond familiesysteem, hebben geen uitgebreide behandeling zoals op de Emiliehoeve nodig.

⁶ Vallen en opstaan en weer proberen.

Zoals eerder aangegeven in hoofdstuk 1.2 is de behandeling binnen de therapeutische gemeenschap de Emiliehoeve is in principe hetzelfde voor alle cliënten. Dit beperkt op zich al de therapeutische mogelijkheden. Niet alle cliënten hebben dezelfde behandeling nodig en niet alle verslaafden passen in één type van behandelingsvorm. Voor sommige speciale groepen van verslaafden, zijn speciale behandelvormen gecreëerd.

Met bovenstaande denken we aangetoond te hebben dat een behandeling op de Emiliehoeve zorgvuldig overwogen moet worden door zowel de cliënt, de verwijzende instantie en het personeel van de Emiliehoeve zelf. Het zou dus logisch zijn dat er duidelijke geformuleerde richtlijnen zoals indicaties en contra-indicaties voor opname voorhanden zijn voor de cliënt, de verwijzende instanties en het personeel van de Emiliehoeve.

Vanuit dit perspectief zijn we op zoek gegaan naar richtlijnen voor het wel of niet opnemen van een cliënt op de Emiliehoeve.

Allereerst zijn we op onderzoek gegaan naar wat de literatuur ons hierover verteld.

Schaap (1987) zegt dat de contra-indicaties voor de behandeling binnen een therapeutische gemeenschap kan worden verdeeld in absoluut en relatief

Opname in een therapeutische gemeenschap is absoluut een contra-indicatie bij de volgende soort verslaafden:

- *cliënten met hersenbeschadigingen* of het gebrek aan intelligentie waardoor het te moeilijk voor hen wordt om de concepten van de behandeling te begrijpen. Een cliënt hoeft echter niet bovengemiddeld intelligent te zijn. De meeste verslaafden die op straat weten te overleven hebben voldoende intelligentie om de behandeling in een therapeutische gemeenschap te doorlopen.
- *cliënten met een psychose*, zoals schizofrenie, paranoïde of een angststoornis of manisch depressieve psychosen. Er moeten genoeg realiteitszin zijn en de cliënt moet verantwoordelijk voor zijn eigen gedrag kunnen worden gehouden.

Relatieve contra-indicaties voor opname zijn:

- *extreem asociaal gedrag*
 - personen die na voltooiing van de behandeling zijn teruggevallen. Zij kunnen meer baat hebben bij een andere behandeling. Voor dergelijke personen is het moeilijk om het gevoel van tekortkoming en falen te overwinnen wanneer zij zijn teruggevallen na voltooiing van de behandeling.
 - ernstig fysieke beperkingen zodat participatie in bepaalde activiteiten van het dagprogramma onmogelijk zijn.
 - opname bij gebrek aan alternatieven voor behandeling zoals dagbehandeling of andere kortdurende behandeling.
- *leeftijd*
 - als de leeftijdsgroep hoofdzakelijk tussen 18 en 35 ligt is het voor personen ouder en jonger moeilijk om zich te identificeren met voldoende medecliënten en zich aan te sluiten bij een peergroep.
- *taal*
 - in de meeste gevallen kan het spreken van een verschillende taal slechts een tijdelijk probleem zijn. De therapeutische gemeenschap is een milieu waarin de talen gemakkelijk kunnen worden geleerd en worden geoefend.

Behalve speciale therapeutische gemeenschappen voor speciale doelgroepen zoals vrouwen, adolescenten, alcoholisten, minderheidsgroepen, kunnen er weinig welomlijnde antwoorden worden gegeven op de vragen welk type verslaafden het best wordt geholpen door welk type van therapeutische gemeenschap of voor welk type van verslaafden het volgen van een behandeling op een therapeutische gemeenschap de beste behandeling zou zijn.

Naast de bovengenoemde psychiatrische voorwaarden, zijn er weinig contra-indicaties voor opname binnen de therapeutische gemeenschap vastgelegd.

Zelfs zelfmoordgedachten of neigingen tot automutilatie worden in de literatuur niet aangegeven als contra-indicatie (Kooyman, 1992).

Na het bestuderen van de literatuur zijn we binnen de instelling op zoek gegaan naar (contra) indicaties voor opname.

Na lang zoeken hebben we uiteindelijk deze (contra)indicaties gevonden op de site van Parnassia. Wat ons verbaasde is dat we deze (contra)indicaties niet hebben teruggevonden binnen de protocollen op de afdeling. Je zou denken dat binnen een langdurige behandelsetting waar zulke hoge eisen worden gesteld aan de cliëntengroep de indicaties voor opname duidelijk en toegankelijk zijn voor het personeel. Zeker als je bedenkt dat één van de kerntaken van het personeel van de Emiliehoeve het geven van advies en voorlichting aan verwijzende instanties is.

Onderstaande geeft aan wat Parnassia psycho-medisch centrum verstaat onder contra-indicaties voor opname op de Emiliehoeve⁷:

<i>Cognitieve stoornissen</i>	: dementie; delirium; korsakov
<i>Psychosen</i>	: schizofrenie
<i>Verslaving/misbruik</i>	: alle acute psychosen.
<i>Stemmingsstoornissen</i>	: bipolair/manie
<i>Sociale problemen</i>	: somatische (lichamelijke) problemen; behoefte aan verpleging
<i>Dissociatieve stoornissen</i>	: dissociatie
<i>Eerdere behandelingen</i>	: geen
<i>Overige variabelen</i>	: indicatie voor gesloten opname; niet groepsgeschikt; illegaliteit

Het volgende wat wij ons toen afvroegen was in hoeverre het personeel van de Emiliehoeve op de hoogte is van de (contra) indicaties voor opname.

Tijdens gesprekken met collega's kwamen we erachter dat ieder een eigen interpretatie had van deze (contra)indicaties. Niemand van onze collega's was op de hoogte van de (contra)indicaties op de site van Parnassia. Voor ons was dit een verontrustende uitkomst.

Een conclusie is dat de contra-indicaties zoals gedefinieerd door Parnassia summier zijn weergegeven en geen duidelijke richtlijn geven. Vooral voor een buitenstaander, die niet de vertaalslag naar de inhoud van het behandel aanbod kan maken (zoals een cliënt en/of verwijzer) zijn de contra-indicaties niet duidelijk genoeg. Dit zou dus al een antwoord kunnen zijn op de vraag of er steeds meer sprake is van “verkeerde doorverwijzingen”. In het verlengde hiervan blijkt het zo te zijn dat de medewerkers van de afdeling ook een persoonlijke interpretatie hebben van indicaties en contra-indicaties.

⁷ http://www.parnassia.nl/verwijzers/aanbod_zorg/Behandel_aanbod

Hoofdstuk 2. De doelgroep

Als vervolg op hoofdstuk 1 gaan we na het onder de loep nemen van het behandelaanbod de doelgroep in kaart brengen. We richten ons hierbij op de kenmerken van de doelgroep en laten de beperkingen en mogelijkheden van de doelgroep aan bod komen.

2.1 De algemene kenmerken van de doelgroep

Een harddruggebruiker leeft voornamelijk in het hier en nu. Er wordt niet stil gestaan bij het verleden en de toekomst is niet aan de orde. Het moment van de dag is het voornaamste uitgangspunt, de drang naar behoeftebevrediging op korte termijn bepaalt het gedrag van de verslaafde.

De sociale leefwereld van drugverslaafden is meestal heel erg klein. De verslaafde komt naast zijn eigen leefomgeving niet vaak op andere plaatsen. De leefomgeving en sociale contacten van de verslaafde beperken zich veelal tot bezoeken aan dealers of medegebruikers thuis, hulpverlening, drugcafés, politiebureau, de bank, winkels.

Het aantal sociale activiteiten is klein en heeft veel te maken met de verslaving. Hoe minder de sociale activiteiten te maken hebben met druggebruik, des te minder interessant wordt de activiteit gevonden.

Drugverslaafden hebben een lage frustratietolerantie en kunnen weinig verdragen. Ze zijn snel geïrriteerd, snel ontmoedigd, gefrustreerd en bang. Tegenslagen of teleurstellingen zijn vaak een reden om te gaan gebruiken.

Druggebruik zet de persoonlijkheidsontwikkeling stop of remt deze sterk af en levert hooguit een aantal negatieve levenservaringen op. Hierdoor ontwikkelen de verslaafden zich veelal in onvolwassen, onzekere mensen met een zeer lage zelfwaardering, met weinig zelfrespect. Een opeenstapeling van schuld- en schaamtegevoelens ligt hier vaak aan ten grondslag. Deze schuld- en schaamtegevoelens worden veroorzaakt door de “foute” dingen die de verslaafde heeft moeten doen om zich in het druggebruik te kunnen voorzien.

Voor een belangrijk deel is dat de oorzaak voor de snelle stemmingswisselingen en het snel “geraakt” zijn van de verslaafden.

Deze snelle stemmingswisselingen vertalen zich in veel en snel wisselende spanningen en emoties binnen de wereld van druggebruikers onder elkaar, maar ook met andere mensen en instellingen en kenmerkt zich vooral door chaos en structuurloosheid. Dit maakt verslaafden een moeilijk te behandelen doelgroep.

Vaak kenmerkt de verslaafde zich door aftakeling en verwaarlozing op lichamelijk gebied en is er sprake van vervaging van normen en waarden. Er wordt minder aandacht besteed aan het uiterlijk, woonomgeving en de contacten met medemensen.

Desondanks slagen sommige druggebruikers er in om de uiterlijke schijn op te houden van een “normaal” leven en een goede verzorging. Altijd zal er inhoudelijk een onverschilligheid bestaan voor alles wat niets zal opleveren qua bevrediging van de verslavingsbehoeften. Deze onverschilligheid wortelt zich steeds dieper in het eigen gevoelsleven en in relaties met anderen. Vervreemding van de wereld buiten die van druggebruikers zijn ernstige gevolgen van de verslaving.

Verslavingsgedrag

De algemene kenmerken van verslavingsgedrag zijn: een teruggetrokken leven leiden (vooral bij jongeren), onechte emoties naar anderen toe, financiële problemen, ontkenning en verberging. Als de verslaving wordt ontdekt heeft de verslaafde de neiging om te beloven te zullen stoppen of te minderen zonder dit ook werkelijk te doen. De neiging om andere verantwoordelijk te stellen voor zijn/haar verslaving zorgt ervoor dat er geen reden is om te moeten stoppen. De verslaafde kenmerkt zich vooral door onvolwassen gedrag. Een typerend kenmerk van verslaafden is de drang om anderen te bewegen om ook te gaan gebruiken. Hiermee creëert de verslaafde medestanders en ruimt indirect tegenstanders uit de weg.

In veel gevallen treed er verval in normen en waarden op, dit is wel sterk afhankelijk van de persoon, de situatie en het middel wat gebruikt wordt. Dit verval kan verder leiden tot onverschilligheid ten opzichte van zichzelf en omgeving, met als gevolg dat de verslaafde kan verloederen en er steeds meer

sprake van apathie is. Dit verval in normen en waarden leiden ertoe dat de slechte eigenschappen steeds meer de overhand krijgen en de verslaafde steeds meer een overlast voor zijn/haar omgeving wordt.

De meeste verslaafden beschikken over een grote dosis creativiteit welke ze aanwenden om te voorzien in hun behoefte aan middelen. Onze ervaring is dat binnen de behandeling op de Emiliehoeve deze creativiteit vaak naar boven komt waarbij ze hun omgeving en zichzelf versteld doen staan. We hebben al eerder aangegeven dat de verslaafde over een lage frustratietolerantie beschikken, hier tegenover staat een zeer sterke wilskracht als het gaat om het bereiken van hun belangrijkste doel, het verkrijgen van drugs.

Bij harddrugverslaafden wordt er gesproken van het junkiesyndroom omdat deze zo stereotype en duidelijk is waar te nemen. Dit syndroom wordt gekenmerkt door liegen, stelen, manipuleren, crimineel gedrag, gebrek aan verantwoordelijkheidsgevoel, kinderlijk gedrag, egocentriciteit, superioriteitsgevoelens, magisch denken, acteertalent, een inadequate tijdsbeleving en geen of onvoldoende affectievermogen (o.a. Steiner, Claude en Paul Perry, 1979).

De conclusie die we uit bovenstaande trekken is dat we te maken hebben met een doelgroep die moeilijk bereikbaar en te behandelen is. De lage frustratietolerantie maakt dat naar mate binnen de behandeling er meer van de cliënt verwacht wordt, de kans groter wordt dat deze de behandeling afbreekt. Als drop-out de oorzaak is door deze lage frustratietolerantie, dan zou het logisch zijn dit niet te labelen als negatief maar als onderdeel van het proces van behandeling. In dit licht gezien zou er een heleboel veranderen. Drop-out zou in dit geval niet alleen worden gezien als graadmeter voor een niet succesvolle behandeling en de cliënt zou, in tegenstelling tot wat er nu vaak gebeurt, niet bestempeld worden als “mislukt”.

De sterke wilskracht van de cliënt om aan drugs te komen kan een beroep doen op de hulpverlener om alle zeilen bij te zetten om de cliënt te motiveren om de behandeling voort te zetten. Een tijdrovende en energievretende bezigheid. De wisselende stemmingen van de cliënt kunnen ertoe leiden dat je als hulpverlener steeds weer verrast wordt door onvoorziene en vaak op het eerste oog onbegrijpelijke acties. Het liegen en manipuleren worden genoemd als kenmerken van verslavingsgedrag, als hulpverlener moet je dus goed op je hoede zijn en voldoende afstand bewaren om dit te kunnen doorzien. Als we omschrijving van de afdeling naast de kenmerken van de doelgroep leggen dan is de conclusie dat op veel fronten antwoord gegeven wordt op de problemen die zijn ontstaan ten aanzien van verslaving. Een voorbeeld is het feit dat de cliënten elkaar confronteren op hun verslavingsgedrag; vanuit herkenning zien zij bij elkaar wanneer er sprake is van manipulatie. Deze confrontatie is een krachtig middel binnen de behandeling. De hiërarchische werkstructuur is een antwoord op de structuurloosheid die kenmerkend is voor het leven van de verslaafde.

2.2 De specifieke kenmerken van de cliëntengroep Emiliehoeve

Nadat we de specifieke kenmerken van de doelgroep hebben beschreven willen we kijken of er nog afwijkingen zijn ten aanzien van de cliëntengroep binnen behandeling op de Emiliehoeve. Aangezien ons afstudeerproject zich voornamelijk richt op deze doelgroep, is het beschrijven van de specifieke kenmerken van deze groep een logische stap.

Na enig brainstormen zijn we tot de conclusie gekomen dat er weinig verschillen zijn tussen de algemene kenmerken van de doelgroep en de kenmerken van de cliëntengroep van de Emiliehoeve. Beide groepen kenmerken zich door typisch verslavingsgedrag.

Eén kenmerk van de cliëntengroep van de Emiliehoeve is het feit dat deze cliënten over het algemeen al eerder behandeling hebben gedaan of al eerder in contact zijn geweest met de verslavingszorg. Het komt niet vaak voor dat iemand als eerste behandeling kiest voor een opname op de Emiliehoeve.

De gemiddelde leeftijd van de cliënten op de Emiliehoeve ligt hoger dan het algemene gemiddelde, hoewel er de laatste tijd steeds meer jongere cliënten opgenomen worden. Dit komt overeen met het groeiende aantal jongeren die op steeds jongere leeftijd verslaafd raken. Er is een toename in het aantal polidruggebruikers, dit betekent: langer verslaafd en zwaardere maatschappelijke problematiek, zoals langere werkloosheid, detentie, sociale neergang en mislukte behandelingen.

Heroïne was lang het “belangrijkste” middel, maar steeds vaker is cocaïne het hoofdmiddel dat gebruikt wordt. Het gebruik hiervan veroorzaakt veelal agressie, psychopathologie en sociale verloederding. Daarmee is de typische bewoner van de Emiliehoeve een langdurige polidrugverslaafde met steeds forsere psychische en sociale problemen.

2.3 Beperkingen van de doelgroep ten aanzien van behandeling

Bij het omschrijven van de kenmerken van de doelgroep zijn een aantal zaken naar voren gekomen. We hebben het gehad over zaken zoals een lage frustratietolerantie, typisch verslavingsgedrag en de complexiteit betreffende verslaving en onderliggende problematiek. Hierdoor zijn we tot de conclusie gekomen dat het gaat om een doelgroep welke moeilijk te bereiken en te behandelen is. Bij het omschrijven van de beperkingen van de doelgroep richten wij ons voornamelijk op het in kaart brengen van deze beperkingen en de gevolgen hiervan voor de behandeling.

Hoe langer de verslaving voortduurt, hoe moeilijker de behandeling is. Het komt nogal eens voor dat eerst een aantal behandel pogingen mislukt. De belangrijkste voorwaarde voor een geslaagde behandeling is de eigen wens om het gebruik te veranderen. Omdat een verslaving hardnekkig is, is volhouden van de behandeling moeilijk.

Omdat een verslaving meestal gepaard gaat met lichamelijke, psychische/emotionele en sociale problemen, kun je er vanuit gaan dat hier ook de beperkingen liggen. Voor de beschrijving van de beperkingen maken we dan ook de volgende verdeling:

Het lichamelijke gebied

Het psychisch/emotionele gebied

Het sociale gebied

- *Lichamelijk gebied*

Op het lichamelijk gebied ontstaan door druggebruik en verwaarlozing van lichamelijke verzorging ook een aantal beperkingen. Het ontstaan van schade aan de hersenen door langdurig drugs/alcohol misbruik is er één van. Door verwaarlozing van de algemene verzorging en slechte voeding ontstaan er problemen waardoor de cliënt minder valide kan zijn geworden, denk bijvoorbeeld aan een verwaarloosde blessure, verwaarloosd gebit et cetera. Tevens is er vaak sprake van een slechte conditie wat de cliënt beperkt in lichamelijke activiteiten. In hoofdstuk 1.4 wordt een ernstige lichamelijke beperking aangegeven als een relatieve contra-indicatie.

AIDS en hepatitis zijn veelvoorkomende ziekten bij verslaafden en kunnen gezien de ernst en verloop van de ziekte zeker als beperking worden gezien. Deze ziekten vragen een intensieve behandeling waarbij onderbreking van deze behandeling fatale gevolgen kan hebben.

De beperking ligt in het feit dat de Emiliehoeve geen 24 uur diensten heeft waardoor er geen constante medische zorg aanwezig is. Tevens kan een ingrijpende ziekte als aids of hepatitis de aandacht afleiden van andere leefgebieden welke aandacht behoeven binnen behandeling.

- *Psychisch/emotioneel gebied*

De frustratietolerantie is bij de doelgroep veelal erg laag. Tegenslagen zijn o.a. redenen om alcohol/drugs te gaan gebruiken. Zoals wij al eerder benoemden beperkt deze lage frustratiedrempel de cliënt in het (ver)dragen van een hoge behandeldruk waardoor de kans op drop-out verhoogt. De interventies van de behandelaars zijn er over het algemeen niet op gericht om iemand te overtuigen en motiveren om in behandeling te blijven. Over het algemeen heerst nog steeds de overtuiging dat de cliënt zelf keuzes moet maken om te leren verantwoording te nemen voor zichzelf. Een contradictie is dat we eerder hadden beschreven dat een lage frustratietolerantie juist een kenmerk is van verslaving waardoor je zou zeggen dat je als hulpverlener zelfs een zorgplicht hebt om de cliënt te motiveren in behandeling te blijven.

Daniel Goleman (2003) zegt dat het stagneren van de ontwikkeling op emotioneel vlak kan leiden tot een laag emotionele intelligentie. De cliënt is minder, of niet, in staat zich in te leven in de emotie van anderen en van zichzelf.

Bij verslaafden is dit een belemmerende factor om intieme relaties aan te gaan en te onderhouden waardoor er een grotere kans op een sociaal isolement kan ontstaan. De behandeling op de Emiliehoeve is echter juist sterk gericht op het experimenteren met het aangaan van vriendschappen, intimiteit en het verbeteren van bestaande relaties. Een cliënt met een lage emotionele intelligentie en weinig vooruitzicht op het verder ontwikkelen hiervan zou dus mogelijk niet aan de voorwaarden van de behandeling kunnen voldoen. Een consequentie hiervan is dat de cliënt overvraagd kan worden en uiteindelijk weggaat.

Onderliggende problematiek zoals onverwerkte trauma's, depressies, ADHD⁸, laag intelligentie niveau, angst-, stemmings- en eetstoornissen komen veelvuldig voor bij verslaafden (zie hoofdstuk 2.4) en bepalen uiteindelijk de ernst van verslaving.

De mate van ernst van deze onderliggende problematiek bepaald de mate van beperking voor behandeling. Een goede inschatting maken als de cliënt al opgenomen is op de Emiliehoeve blijft een struikelblok omdat er niet voldoende personeel is om een goede observatie te doen, tevens zijn er (nog) geen goede diagnostische instrumenten aanwezig waar wij gebruik van kunnen maken. Hierdoor komt het regelmatig voor dat er op een later tijdstip tijdens de behandeling op de Emiliehoeve geconstateerd wordt dat de onderliggende psychische problematiek zwaarder lijkt te wegen dan ingeschat, of erg actueel wordt voor de cliënt, de cliënt is er veel mee bezig. Dit kan betekenen dat de cliënt zelf aangeeft dat de behoefte voor behandeling op een ander vlak ligt dan op dat moment aangeboden wordt en de behandeling afbreekt. Soms gebeurt dit in overleg met de cliënt waardoor herplaatsen op een andere afdeling mogelijk is maar de realiteit is dat de cliënt wegloopt en "afgeboekt" wordt als drop-out.

- *Sociaal gebied*

Ook maatschappelijke problemen kunnen bijdragen aan het ontstaan van een verslaving of kunnen door de verslaving worden opgeroepen.

De negatieve sociale gevolgen van verslaving en verslavingsgedrag kunnen op alle gebieden zichtbaar worden: in crimineel of ongewenst gedrag in de openbare ruimte, tijdens het werk, in het gezin en in de problemen met betrekking tot financiën en huisvesting.

Door langdurig alcohol/drugsgebruik vervreemd de cliënt van zijn familie en vrienden en komt hij in een sociaal isolement terecht. Er is geen sprake meer van een gezond sociaal netwerk waaraan de cliënt zich kan spiegelen. Veelal leeft de verslaafde aan de rand van de samenleving binnen een eigen (sub)cultuur. Deze cultuur kenmerkt zich door eigen regels en wetten. De wet van de sterkste en het bevredigen van de eigen behoefte, ten koste van anderen maakt de verslaafde verminderd sociaal vaardig. Dit terwijl sociale vaardigheden juist nodig zijn om een gezond sociaal netwerk te kunnen opbouwen.

Kooyman (1992) geeft aan dat het creëren van een gezond sociaal netwerk is een belangrijk onderdeel van de behandeling op de Emiliehoeve. Dit netwerk wordt actief betrokken bij de behandeling. Onderzoek heeft uitgewezen dat ondersteuning van het sociale netwerk bij de behandeling een positief effect heeft en de drop-out beperkt.

Hiermee wordt gelijk de beperking weergegeven. Bij het merendeel van de cliënten is geen sprake meer van een gezond sociaal netwerk.

Door het langdurige alcohol/drugsgebruik ontstaan er ook op financieel gebied problemen. De cliënt heeft wel of geen uitkering en heeft veelal schulden bij verschillende instanties. De cliënt is veelal niet in staat om deze financiële problemen zelfstandig op te lossen. Veel cliënten zijn opgegroeid in achterstandswijken, het niveau van opleiding is laag. Deze factoren verminderen de kansen op de arbeidsmarkt.

De conclusie die wij uit bovenstaande trekken is dat er een aantal tegenstellingen zijn wat betreft de antwoorden die de Emiliehoeve zegt te hebben op verslavingsproblemen. Aan de ene kant is het lichamelijke herstel een actief onderdeel van de behandeling, anderzijds is een te ernstige lichamelijke beperking benoemd als een contra-indicatie. Eigenlijk is dit vreemd als je bedenkt dat het aftakelen

⁸ Attention Deficit Hyperactivity Syndrom (Eng) aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit

van het lichaam juist een gevolg is van langdurige verslaving terwijl de behandeling van de Emiliehoeve zich juist richt op deze groep langdurige verslaafden.

De Emiliehoeve geeft in haar omschrijving van de behandeling aan dat het behandelen van problematiek naast de verslavingsproblematiek een essentieel onderdeel van de behandeling is, het wordt zelfs aangegeven als het zwaartepunt binnen de behandeling (zie 1.2). De realiteit laat zien dat we hier eigenlijk nogal in beperkt zijn. Niet voldoende en gekwalificeerd personeel en niet de juiste instrumenten zijn hier mede oorzaak van. Tevens heeft het niet duidelijk stellen in hoeverre we wel deze onderliggende problematiek kunnen behandelen tot gevolg dat we tijdens de behandeling tot de conclusie komen dat we te maken hebben met een problematiek die te zwaar voor ons is. Het voortijdig afbreken van de behandeling is hier vaak het gevolg van. Als we dit op een rijtje zetten dan is het beter om niet te spreken van de beperking van de cliënt ten aanzien van de behandeling maar de beperking van de afdeling ten aanzien van de cliënt. Hiermee leggen we, de verantwoordelijkheid bij de afdeling om met oplossingen en antwoorden ten aanzien van deze beperkingen te komen.

2.4 Is er sprake van een veranderende doelgroep?

Dit is een vraag die binnen ons werkveld veel gesteld wordt. We stellen hem zelf ook regelmatig. De meningen lopen hierover uiteen. De een zegt dat de doelgroep sterk is veranderd en de ander zegt dat de huidige zorg voor verslaafden juist verandert waardoor er door een ander bril naar verslaafden wordt gekeken. Hierdoor willen wij ons niet beperken tot het beschrijven van de verandering van de doelgroep maar geven wij ook bondig de verandering binnen de hulpverlening weer. Wij denken dat er een relatie tussen beide bestaat.

De doelgroep

Een opvallende verandering binnen de doelgroep is dat jongeren op steeds jeugdiger leeftijd verslaafd raken aan drugs. Vooral cannabis wordt steeds vaker gebruikt door jongeren tussen 12 en 18 jaar. De ernstig verslaafde jongeren kampen met psychische problemen en worden steeds vaker opgenomen in speciale klinieken om van hun verslaving af te komen.

Hoewel het gebruik van cannabis de grootste problemen veroorzaakt, is er steeds meer sprake van toename van polydrugverslaafden.

Bij deze jongeren is er sprake van een ernstige verslavingsproblematiek en ernstig probleemgedrag. Bij meer dan 40 procent wordt een psychiatrische stoornis geconstateerd. Veel jongeren hebben bovendien last van verstoorde gezinsrelaties.

Ook hier wordt de relatie tussen verslaving en psychiatrische problematiek genoemd.

Momenteel is er sprake van een stijging van cocaïnegebruik. Onderzoek wijst uit dat cocaïne een grote bijdrage levert aan het ontwikkelen van psychische problemen, dit geldt ook voor cannabisgebruik.

De hulpverlening

Aanvankelijk bestond de hulpverlening aan verslaafden vooral uit hulp bieden bij afkicken en het verstrekken van methadon aan heroïneverslaafden.

Vanaf de jaren '90 werd de hulp verder geprofessionaliseerd. Deze professionalisering was nodig omdat inzichten in de verslavingsproblematiek veranderden, het drugsprobleem steeds groter werd mede door de opkomst van "nieuwe" middelen als cocaïne en amfetamine (speed) en doordat verslaafden in veel gevallen multidrugsgebruikers zijn en steeds vaker naast een verslavingsprobleem ook psychische problemen hebben, al dan niet veroorzaakt door het gebruik van drugs, alcohol of medicatie. Binnen de verslavingszorg spreken we hier van de zogenaamde dubbele diagnose.

Op wetenschappelijk onderzoek gebaseerde schattingen van psychiatrische stoornissen in de cliëntengroepen van drughulpverleningsinstellingen lopen van "een aanzienlijke minderheid" via "ongeveer de helft" tot 70%. Het gaat vooral om antisociale en borderline stoornissen, angst- en stemmingsstoornissen, fobieën, anorexia nervosa, depressies en psychoses (o.a. K Neeteson, 1994).

“De wetenschappelijke gegevens die over dubbele diagnose beschikbaar zijn, geven maar een beperkt inzicht, alle onderzoekers gebruiken andere populaties, andere instrumenten en andere methoden, zodat cijfers slecht vergelijkbaar zijn gebleken. Voor de praktijk van de hulpverlening geeft dit weinig houvast (Noorlander, 1999).

Aan middelen gebonden stoornissen gaan vaak samen met ernstige psychiatrische stoornissen (Hendriks en van Nes, 2003). Een grootschalig onderzoek In Amerika kwam met de volgende prevalentiegegevens van misbruik en afhankelijkheid van middelen:

- *binnen de algemene bevolking bedraagt het percentage personen dat te kampen heeft met middelenmisbruik of afhankelijkheid 16%;*
- *bij mensen met een psychiatrische stoornis is dit 29%;*
- *personen met een ernstige psychiatrische stoornis lopen een groot risico om tevens verslavingsproblemen te ontwikkelen. Bij schizofrenie is dit in 47% van de gevallen en bij een bipolaire stoornis zelfs 56% (Rogier e.a., 1990).*

Er zijn schattingen voor de Nederlandse situatie gedaan door het Trimbos-instituut (Rooijen, 2001).

Deze schattingen laten zien dat:

- *20 – 50% van de GGZ-populatie kampt met verslavingsproblemen en*
- *60 – 80% van de patiënten in de verslavingzorg heeft psychiatrische problemen”.⁹*

Een conclusie is dat door steeds meer onderzoek de problematiek rondom verslaving nauwkeuriger in kaart wordt gebracht en steeds duidelijker wordt. Hierdoor ontstaan meer inzichten en van daaruit nieuwe aanpassingen binnen het behandelaanbod. Tevens is het gevolg van deze nieuwe inzichten dat de visie op verslaving aan verandering onderhevig is. Om hier een indicatie van te geven hebben wij binnen onze loopbaan als hulpverleners binnen de verslavingszorg te maken gehad met verschillende discussies over hoe een verslaafde binnen behandeling genoemd moet worden. Tien jaar geleden was het “*not done*” om cliënt te zeggen, toen spraken wij van *bewoners*. In de hierop volgende periode, toen de cliëntgerichte zorg in opmars kwam werd het *cliënt*. Momenteel is er een verschuiving gaande. Visie en terminologie veranderen. Parnassia psycho-medisch centrum ziet verslaving meer en meer als een progressieve, chronische ziekte. De term *patiënten* doet mondjesmaat zijn intrede. Binnen de doelgroep zien wij een andere verschuiving. De doelgroep wordt jonger en gebruikt in tegenstelling tot de vorige generatie druggebruikers meer verschillende middelen. Het polidruggebruik¹⁰ doet meer zijn intrede.

2.5 Relatie tussen het onderbreken/afbreken van de behandeling en de draagkracht van de cliënt.

We zijn op zoek gegaan naar informatie welke ons een antwoord geeft op de vraag of er een relatie bestaat tussen onderbreken/afbreken van de behandeling en de draagkracht van de cliënt. We vinden het relevant om te onderzoeken of hier al iets over bekend is omdat het antwoord kan bijdragen aan een betere afstemming van draaglast en draagkracht binnen de behandeling.

Naar mate de verslavingszorg zich ontwikkelde is men zich gaan afvragen of het vroegtijdig afbreken van de behandeling niet alleen een kwestie van ‘niet willen’ is maar of er ook sprake kan zijn van een aantal beperkende factoren.

Naar aanleiding hiervan is onderzoek gedaan naar het vroegtijdig afbreken van de behandeling waarbij men van de gedachte uitging dat er een relatie bestond tussen verslaving en psychiatrische problemen. In de jaren 1987-1989 is onderzoek verricht door de Erasmus Universiteit Rotterdam naar de relatie tussen verslaving en psychiatrische problemen en het voortijdig vertrekken uit behandeling. Het onderzoek vond plaats onder 321 personen die op De Weg¹¹ of de Emiliehoeve opgenomen werden. Voor dit onderzoek werd de ASI in Nederland geïntroduceerd.

Uit het onderzoek bleek, dat er bij de onderzochte personen veel sprake was van psychiatrische problemen. Vooral depressies en angststoornissen kwamen veelvuldig voor. Vooral bij de mannelijke

⁹ Project team Dubbele Diagnose Parnassia 2003, 10.

¹⁰ Polidruggebruik: het gebruik van verschillende middelen.

¹¹ De Weg = voormalig detoxificatie centrum.

cliënten werd veelvuldig een ASP¹² vastgesteld. De aanwezigheid van deze stoornissen bleek bovendien van invloed te zijn op de verblijfsduur in behandeling. Meer dan de helft van de personen met ASP verliet de Emiliehoeve binnen drie maanden, vergeleken met 28% van degenen zonder deze diagnose. Van de personen met en zonder paniekstoornis verliet respectievelijk 72% en 38% de Emiliehoeve binnen drie maanden (Hendriks, 1990).

In dit onderzoek wordt aangegeven dat er een verband bestaat tussen het vroegtijdig afbreken van de behandeling en psychiatrische problemen. De groep cliënten met psychiatrische problemen breken eerder de behandeling af dan de groep cliënten waarbij geen of in mindere mate sprake is van psychiatrische problemen. We weten dat mensen met ernstige psychiatrische problemen kwetsbaar zijn en dus minder draagkracht hebben. Het is dus een optelsom om tot de conclusie te komen dat het logisch is deze mensen een behandeling waarbij de behandeldruk hoog is vroegtijdig verlaten omdat de draagkracht ontbreekt.

Als je ziet dat onder andere cliënten met ASP eerder de behandeling verlaten (vrijwillig of gedwongen ontslag) en we nemen deze pathologie wat meer onder de loep met de behandeling binnen een TG als achtergrond dan komen wij op basis van de diagnostische criteria voor de antisociale persoonlijkheidsstoornis¹³ (DSM-IV¹⁴) tot de volgende conclusie:

De cliënt:

- is roekeloos: hij bekommert zich op een gevaarlijke manier niet over de veiligheid van zichzelf of van anderen.

Versus behandeling:

Binnen de behandeling wordt er van je verwacht dat je verantwoordelijkheid wil en kan nemen voor je omgeving. Het in gevaar brengen van jezelf en anderen kan betekenen dat je behandeling wordt stop gezet (onvrijwillig ontslag).

- is oneerlijk: hij liegt en bedriegt herhaaldelijk voor eigen voordeel of plezier.

Versus behandeling:

Hier gaat het om de nuance, de gemiddelde verslaafde liegt en bedriegt voor eigen voordeel, het verkrijgen van drugs. De nuance zit hem in het liegen en bedriegen voor plezier.

- is niet goed in staat een geregeld leven te leiden, met bijvoorbeeld een vaste baan en financiële verplichtingen.

Versus behandeling:

Dit hoeft geen probleem op te leveren binnen de behandeling, de meeste verslaafden hebben problemen op dit gebied (maar er wordt wel) verwacht dat hier aandacht aan wordt besteed. Het opbouwen van een maatschappelijk geaccepteerd bestaan is onderdeel van de behandeling. Er ontstaan wel problemen als de cliënt het belang en de noodzaak hier niet van inziet of al, zoals bij iemand met een ASPS het onderdeel uitmaakt van de pathologie (het moet wel veranderbaar zijn).

- leeft meer van dag tot dag, heeft geen plan voor de toekomst en handelt vaak impulsief.

Versus behandeling:

Dit hoeft geen problemen op te leveren mits er gedurende de behandeling een besef ontstaat dat een duidelijke structuur en dagbesteding bijdraagt aan een clean bestaan. De meeste verslaafden leven een lange periode van dag tot dag.

¹² Antisociale persoonlijkheid.

¹³ <http://www.moeilijkemensen.nl/info/ASPS1.html>

¹⁴ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Eng) Handleiding (inmiddels vierde editie) voor de definiëring en ordening van psychiatrische stoornissen, ontwikkeld door de American Psychiatric Association.

- 'heeft een kort lontje' en wordt gemakkelijk agressief, komt snel tot vechtpartijen.

Versus behandeling:

Het plegen van geweld leidt ertoe dat de behandeling onmiddellijk gestopt wordt, dit is één van de hoofdregels binnen de behandeling op de Emiliehoeve. Onze ervaring is dat veel cliënten hun agressie voldoende kunnen reguleren (er zijn weinig geweldsincidenten) en zijn hier redelijk op aan te spreken. Iemand met een ASPS¹⁵ zou eerder in de problemen komen vanwege het gebrek aan zelfregulatie. Het beheersen zou in dit geval zelfs nog meer spanning kunnen veroorzaken met alle gevolgen van dien. Een beperkte aanwezigheid van personeel waarover wij spraken in hoofdstuk 1.3 geeft in dit geval een beperking van de behandeling weer.

- overtreedt gemakkelijk de wet, zodanig dat hij daarvoor aangehouden zou kunnen worden.

Versus behandeling:

Het eigen maken van een 'gezond' normen en waarden systeem is een belangrijk onderdeel binnen de behandeling. Hiervoor wordt zoveel mogelijk het normen- en waarden systeem van de Nederlandse samenleving als spiegel gebruikt. Afscheid nemen van je criminele verleden en contacten is een veel besproken thema binnen de behandeling. Bij mensen een ASPS zou het bespreken hiervan al veel weerstand op kunnen roepen. Het internaliseren van een gezond normen en waarden systeem zou voor iemand met een ASPS een onmogelijke opgave kunnen zijn.

- heeft de neiging zijn gedrag goed te praten en laat geen spijt zien wanneer hij anderen heeft gekwetst, mishandeld of bestolen.

Versus behandeling:

Een van de pijlers binnen de behandeling is het 'waarheidsprincipe', in het kort houdt dit in dat wij van mening zijn dat liegen en bedriegen één van de kenmerken van de verslaafde is en afgeleerd moet worden. Het liegen en bedriegen vormt na vele jaren een web waaruit moeilijk te ontsnappen is en de verslaafde gevangen houdt. Het doorbreken van deze spiraal van bedrog is een essentieel onderdeel van de behandeling. Je kunt dan denken aan het schoon schip maken ten aanzien van relaties/ouders/kinderen etc. Binnen de behandeling is een duidelijke grens gesteld wat betreft de condities om hieraan te kunnen voldoen, je moet een redelijk gezonde gewetensfunctie hebben en bereid zijn om deze spiraal te doorbreken.

Bij iemand met ASPS geeft dit direct problemen, het liegen en bedriegen heeft voor hem/haar een duidelijke functie, de functie van overleven. Dit op te moeten geven zou een te grote opgave zijn en in sommige gevallen zelfs onmogelijk.

Voor ons geeft bovenstaande een duidelijk beeld waarom iemand met ASPS beter niet opgenomen moet worden op de Emiliehoeve. Het geeft een duidelijke contra-indicatie aan. Hiermee ontstaat bij ons ook het idee dat het op deze manier van omschrijven en uitleggen van een contra-indicatie meer duidelijkheid zal verschaffen voor verwijzers. Dit kost veel werk maar kan ons inziens een bijdrage leveren aan een antwoord op onze doelstelling.

Zoals we al eerder aangetoond hebben lijkt er een verandering binnen de doelgroep plaats te vinden die zich kenmerkt door toename van dubbele problematiek. Dit betekent dat behandelingen zoals de Emiliehoeve steeds meer geconfronteerd gaan worden met cliënten waarbij er sprake is van verslavingsproblemen en psychiatrische problemen. Een echt antwoord heeft de afdeling de Emiliehoeve hier (nog) niet op. Binnen de verslavingszorg wordt er veelal van uitgegaan dat het verslavingsprobleem niet kan worden aangepakt, zolang de psychiatrische ziekte opspeelt terwijl men binnen de psychiatrie van mening is dat eerst de verslavingsproblematiek dient te worden verholpen. Pas dan kan de psychiatrische ziekte afdoende worden behandeld. Deze therapeutische patstelling houdt de cliënten gevangen tussen de psychiatrische hulpverlening en de verslavingszorg, die elkaar vanuit een steeds meer ingegraven positie verwijten tekort te schieten in zorg(plicht).

¹⁵ Antisociale persoonlijkheidsstoornis

Een conclusie is dat als wij deze cliënten een gedegen behandeling willen aanbieden en tevens de drop-out willen beperken, er aandacht moet zijn voor zowel de verslavingsproblematiek als voor de psychiatrische problemen. Immers, verslavingsproblemen staan bijna nooit op zichzelf. Ze kunnen het gevolg zijn van of leiden tot psychiatrische en lichamelijke stoornissen. Vaak is er sprake van meervoudige verslaving. Het succes van behandeling is dan ook sterk afhankelijk van de aandacht voor bijkomende problematiek. Een constructieve samenwerking met de psychiatrie waarbij we gebruik maken van de wederzijdse expertise en behandelaanbod, zou misschien een antwoord kunnen zijn. Wij denken dat het aangeven van je beperkingen als afdeling (contra indicatie voor opname) ten aanzien van verschillende psychiatrische aandoeningen en stoornissen van belang is met als voorwaarde dat je de contra-indicaties duidelijk omschrijft; het nut hiervan hebben we wel aangetoond.

Een nieuwe invalshoek waarbij er niet alleen gekeken wordt naar de beperking van de cliënt als wel van de afdeling zou kunnen bijdragen aan een beter antwoord op onze probleemstelling: *“Is er in het huidige systeem van doorverwijzing en toeleiding een “missing link”?*

Hoofdstuk 3. Betrokken afdelingen

In dit hoofdstuk willen wij de rol van de diverse afdelingen belichten in het traject van toeleiding. Tevens willen wij met behulp van cijfermateriaal een voorlopige conclusie trekken die ons in onze zoektocht naar de missing link in het huidige proces van toeleiding en doorverwijzing kan ondersteunen.

Alle cliënten die op de Emiliehoeve worden opgenomen doorlopen een proces van toeleiding en doorverwijzing. Het proces begint over het algemeen bij de Toeleiding Verslavingszorg.

3.1 De Toeleiding Verslavingszorg.

In Den Haag wordt de toeleiding van cliënten die zich aanmelden naar de voor hen juiste behandelafdeling, verzorgd door de Toeleiding Verslavingszorg.

Toeleiding Verslavingszorg maakt deel uit van het circuit Verslavingszorg van Parnassia psycho-medisch centrum en bestaat uit drie onderdelen, te weten:

- de centrale intake
- het opnamebureau
- de crisisdienst.

Toeleiding Verslavingszorg zorgt ervoor dat een cliënt met een vraag om advies of hulp over het gebruik van alcohol, drugs, medicijnen, gokken of ander verslavingsgedrag een passend antwoord krijgt in de vorm van een behandelaanbod of verwijzing. Dit aanbod kan bestaan uit een ambulant, deeltijd- of klinisch de behandeling.

- *Centrale intake*

Cliënten uit Den Haag kunnen terecht bij de locatie Zeestraat van het circuit Verslavingszorg van Parnassia psycho-medisch centrum. Cliënten uit de regio Den Haag kunnen zich op de voor hen dichtstbijzijnde locatie aanmelden (Alphen aan den Rijn, Delft, Gouda, Katwijk, Leiden en Zoetermeer).

Het toeleidingsproces ziet er momenteel als volgt uit:

De cliënten (of verwijzers van cliënten) melden zich telefonisch (of aan de balie) voor een intake. Hij/zij wordt, indien mogelijk, teruggebeld voor een telefonisch interview. Daarna krijgen de cliënten een afspraak met een medewerker van het intake-team.

In dit gesprek wordt de ASI (Addiction Severity Index) afgenomen. M.b.v. de ASI worden een aantal potentiële probleemgebieden geïnventariseerd (gezondheid, arbeid, opleiding en inkomen, alcoholgebruik, drugsgebruik, contact met justitie en politie, familie en sociale relaties en psychische klachten).¹⁶

Samen met de cliënt wordt hierna een (behandel)advies opgesteld. Het advies wordt door de intake-medewerker in de (dagelijkse) toewijzingsvergadering besproken. Samen met een arts, een maatschappelijk werker en een verpleegkundige wordt een behandelvorm gekozen die het beste aansluit bij het probleem en de wensen van de cliënt (de zogenaamde *indicatiestelling*).

Hierna volgt er een tweede gesprek waarin de intake-medewerker en de cliënt een behandelovereenkomst tekenen.

De tijd tussen de telefonische aanmelding/interview en het eerste gesprek fluctueert tussen twee en zeven weken. Het proces van de eerste afspraak tot het tekenen van de overeenkomst duurt twee weken.

Indien het advies een opname betreft in een dagbehandeling of een kliniek plaatst de medewerker van het opnamebureau de cliënt op de wachtlijst van de betreffende behandelafdeling.

¹⁶ Zie: hoofdstuk 4.2. De ASI

- *Opnamebureau*

Het Opnamebureau houdt een overzicht bij van de bezetting in de verschillende behandelingen van het circuit Verslavingszorg van Parnassia psycho-medisch centrum.

Indien een cliënt opgenomen wil worden in een dagbehandeling of een kliniek, dan zorgen de medewerkers van het Opnamebureau ervoor dat deze daar terecht kan. In de praktijk kan dit betekenen dat de cliënt enige tijd op een wachtlijst komt.

- *Crisisdienst*

Voor cliënten die binnen het verzorgingsgebied van de 24-uursdienst Den Haag wonen en niet in behandeling zijn, bestaat de mogelijkheid om in geval van crisis binnen kantoor tijd een beroep te doen op de medewerkers van Toeleiding Verslavingszorg. Door een nauwe samenwerking tussen de crisisdienst en Toeleiding Verslavingszorg kan ook buiten kantoor tijd snel en doeltreffend hulp worden verleend en zo nodig een opname worden gerealiseerd.

3.2 Klinische voorzieningen

Het merendeel van de cliënten die geïndiceerd zijn voor de Emiliehoeve wordt voorafgaand aan de opname op de Emiliehoeve opgenomen op één van de onderstaande detoxificatie afdeling.

- *Klinische detox*

De klinische detox is één van de afdelingen van het circuit Verslavingszorg van Parnassia psycho-medisch centrum. Door middel van een kortdurende opname (gemiddeld drie weken) kunnen cliënten met een verslavingsproblematiek en een hulpvraag gericht op abstinentie (onthouding) op deze afdeling lichamelijk detoxificeren, stabiliseren en herstellen. Na detoxificatie is een vervolgbehandeling mogelijk.

- *Klinische vervolgbehandeling*

Een ander onderdeel van de klinische detox is de klinische vervolgbehandeling. Deze behandelvorm is bestemd voor cliënten met een verslavingsproblematiek voor wie het vervolgtraject nog niet geheel duidelijk is. Ook deze cliënten zijn gebaat bij een 24-uurs zorg in een beschermde omgeving zonder verslavende middelen. De kortdurende opname (gemiddeld een maand) voor diagnostiek en behandeling is gericht op het vergroten van de weerbaarheid tot verslavende middelen. Enige stabilisatie op lichamelijk, psychisch en maatschappelijk vlak wordt op die manier bereikt. Zo snel mogelijk wordt toegewerkt naar omstandigheden die een ambulante vorm van hulpverlening mogelijk maken.

- *Intramuraal Motivatiecentrum*

Een ander deel van de cliënten die doorverwezen worden naar de Emiliehoeve is afkomstig van het Intramuraal Motivatiecentrum. Het Intramuraal Motivatiecentrum is evenals de klinische detox een schakel in het stapsgewijs verbeteren van het functioneren van de cliënt. De cliënt kan in een rustiger tempo detoxificeren dan op de klinische detox. Getracht wordt de cliënten van het Intramuraal Motivatiecentrum in een rustig tempo naar een hoger niveau van functioneren te helpen. Dan volgt een doorverwijzing naar vervolgvoorzieningen. De cliënt ervaart zo een niet al te grote behandeldruk.

- *Intensieve Zorg Alcohol*

Een klein deel van de cliënten die doorverwezen worden naar de Emiliehoeve is afkomstig van de afdeling Intensieve Zorg Alcohol. Intensieve Zorg Alcohol verzorgt klinische diagnostiek en screening van cliënten met een (vermoedelijk) Korsakov syndroom. Cliënten hebben een veelal langdurige voorgeschiedenis van chronisch overmatig alcoholgebruik, waarbij het geestelijk functioneren is aangetast in de zin van geheugenstoornissen. De behandeling is gericht op training van het geheugen, verbetering van de zelfredzaamheid, dagstructurering en verbeterd lichamelijk functioneren.

Hierna is een doorverwijzing naar een vervolgbehandeling als bijv. de Emiliehoeve mogelijk.

Een ander deel van de cliënten die worden doorverwezen naar de Emiliehoeve is afkomstig van de overige klinische afdelingen van het circuit Verslavingszorg van Parnassia psycho-medisch centrum. Bij deze groep gaat het veelal om cliënten waarbij na opname op de desbetreffende afdeling blijkt dat

het zorgaanbod van de afdeling niet aansluit bij de zorgbehoefte van de cliënt. Mocht dit het geval zijn dan wordt met de cliënt in kwestie besproken (door de psycholoog van de afdeling) of een doorverwijzing naar een andere afdeling gewenst dan wel noodzakelijk is. Wordt over de doorverwijzing overeenstemming bereikt dan volgt een overleg met de psycholoog van bijv. de Emiliehoeve en volgt er een interne overplaatsing. Afdelingen vanwaar uit wordt doorverwezen zijn Mistral, Mirage, Triple-ex en Project 4.

- *Mistral*

Mistral is gericht op algehele verbetering van het psychische en sociale functioneren van jongeren tussen 14 en 21 jaar. Deze jeugdige gebruikers kampen met problemen veroorzaakt door of gerelateerd aan middelengebruik en/of gokken. Het aanbod bestaat uit een klinische behandeling van twee tot acht maanden. Tevens is er poliklinische consultatie voor jongeren die in andere instellingen verblijven. Er is ook begeleiding en consultatie voor ouders en andere mensen in de omgeving van de jongere.

- *Mirage*

Mirage is een klinische, intensieve en groepsgerichte vervolgbehandeling voor volwassenen met verslavingsproblematiek, die bereid en in staat zijn om binnen de gestelde termijnen inzicht te verkrijgen, veranderingen in te zetten en te bestendigen. Stapsgewijs wordt gestreefd naar abstinentie van verslavende middelen en herstel op emotioneel, lichamelijk en sociaal/maatschappelijk gebied.

- *Triple-ex*

Triple-ex is een transmuraal rehabilitatieprogramma, gericht op de (re)integratie van verslaafden met een justitiële achtergrond en achterstanden op het gebied van werk en opleiding.

- *Project 4*

Project 4 is een deeltijdbehandeling in combinatie met een 24-uurs woonsituatie voor moeders met verslavingsproblematiek en hun kinderen. Tijdens de gespreksgroepen gaat het kind naar het kinderdagverblijf of school. De moeder woont samen met een andere cliënt in een huis. Het leren samenwonen is een belangrijk onderdeel van de behandeling. De opnameduur is negen tot twaalf maanden.

3.3 Externe doorverwijzingen

Het overig deel van de cliënten is afkomstig uit de zogenaamde VBA's (Verslavings Begeleidings Afdeling) van penitentiaire inrichtingen in Nederland.

De VBA biedt gedetineerden tijdens de detentie de mogelijkheid om voorbereid te worden op een vervolgbehandeling na de detentie. Plaatsing op een VBA geschiedt op eigen verzoek. Bij cliënten afkomstig uit penitentiaire inrichtingen gaat het om twee categorieën. Enerzijds gaat het om cliënten die al zijn "afgestraft"¹⁷ anderzijds gaat het om cliënten die op basis van een schorsing, artikel 46, et cetera of op basis van een uitspraak van de rechter geplaatst worden op de Emiliehoeve.

3.4 De cijfers

Om zicht te krijgen op het aantal cliënten dat voortijdig de behandeling op de Emiliehoeve beëindigde en om zicht te krijgen op welke wijze de behandeling voortijdig werd beëindigd hebben wij gedurende het jaar 2004 een aantal cijfers in kaart gebracht¹⁸.

De cijfers zijn in onderstaande grafieken verwerkt. Bij het verwerken van de cijfers hebben wij aandacht besteed aan het aantal opnames, het aantal afgeronde en voortijdig beëindigde behandelingen, het aantal doorverwezen cliënten en de afdelingen van herkomst

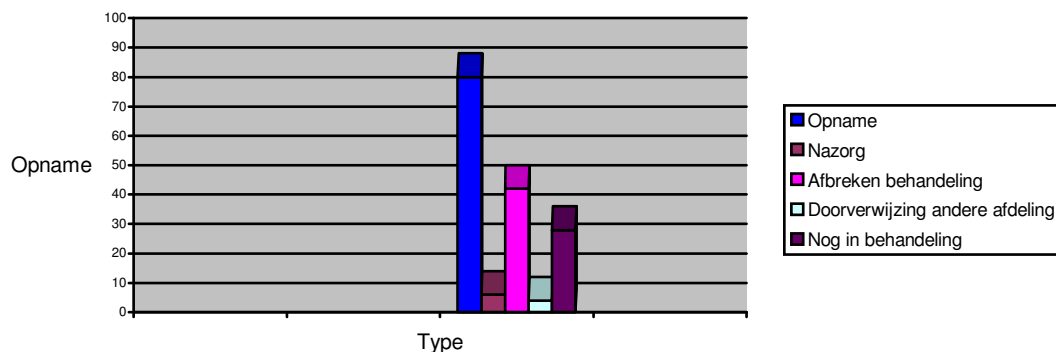
¹⁷ Categorie gedetineerden die hun volledige gevangenisstraf hebben uitgezeten.

¹⁸ Cijfermateriaal m.b.t. aanmelding, reden van vertrek en doorverwijzende afdeling is slechts verspreid beschikbaar binnen (en buiten) het circuit Verslavingszorg. Het verzamelen, bundelen en verwerken van cijfers van voorgaande jaren bleek in het kader van dit onderzoek helaas niet haalbaar.

Grafiek 3.1 Aan- afmeldijst 2004

Grafiek 3.1 geeft het aantal opnames op de Emiliehoeve in 2004 weer, het aantal voortijdig beëindigde behandelingen, het aantal cliënten dat nog in behandeling is en het aantal cliënten dat doorverwezen is naar het traject nazorg.

Grafiek 3.1: Aan - afmeldijst 2004

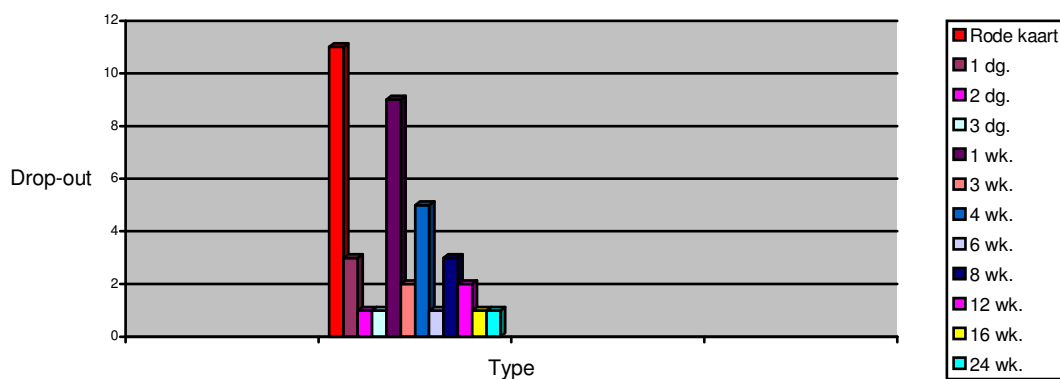


In het totaal zijn er 80 opnames geweest. 42 van deze opnames werden voortijdig beëindigd, 4 cliënten werden doorverwezen naar een andere afdeling en 6 cliënten stroomden door naar het traject nazorg¹⁹. Van het totale aantal opnames in 2004 zijn er momenteel nog 28 cliënten in behandeling.

Grafiek 3.2 Drop-out 2004

Grafiek 3.2 geeft de drop-out van de Emiliehoeve weer. De categorie "rode kaart" staat voor het aantal cliënten dat met ontslag is gestuurd, de overige categorieën zijn cliënten die (op eigen initiatief) met ontslag zijn gegaan. Deze categorieën zijn onderverdeeld in de behandelduur.

Grafiek 3.2: Drop- out 2004



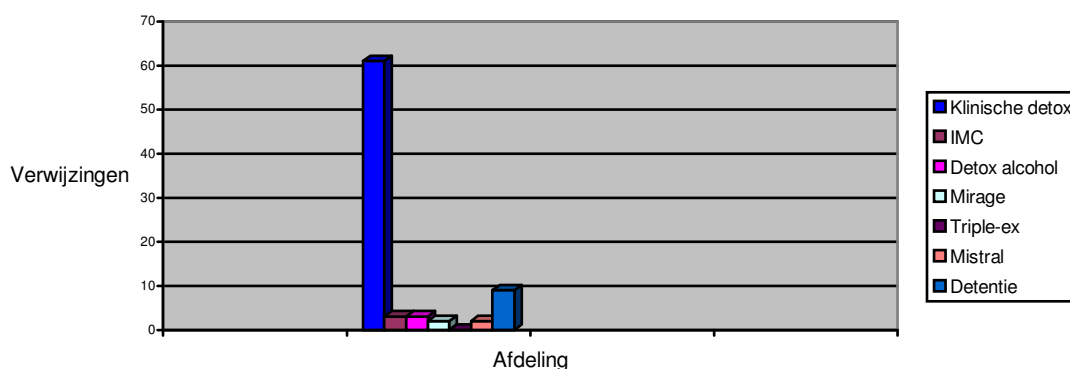
In het totaal zijn er 11 cliënten met een rode kaart met ontslag gestuurd. 31 cliënten hebben op eigen initiatief de behandeling voortijdig beëindigd. 4 cliënten braken de behandeling na één dag af; 1 cliënt na twee dagen; 1 cliënt na drie dagen; 9 cliënten na 1 week; 2 cliënten na 3 weken; 5 cliënten na 4 weken; 2 cliënt na zes weken; 3 cliënten na acht weken; 2 cliënten na twaalf weken; 1 cliënt na zestien weken en 1 cliënt brak de behandeling na vierentwintig weken af.

¹⁹ De Emiliehoeve heeft als doel het verhogen van de kwaliteit van leven, abstinentie en herstel op psychisch, sociaal en maatschappelijk gebied, dus algemene reïntegratie (Productcatalogus Verslavingszorg, 2001, 22).

Grafiek 3.3 Afdeling van herkomst 2004

Grafiek 3.3 geeft de doorverwijzende afdelingen weer.

Grafiek 3.3: Afdeling van herkomst 2004

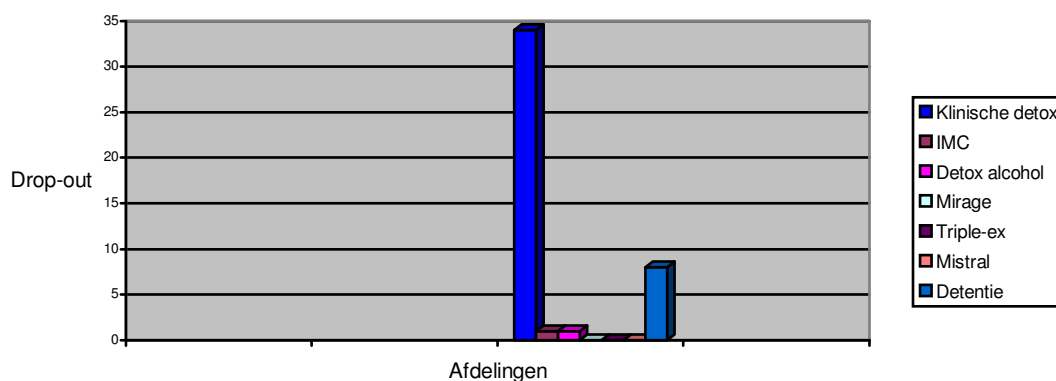


In de grafiek is te zien dat er 61 cliënten afkomstig waren van de klinische detox; 3 cliënten van het IMC; 3 cliënten van de Detox alcohol; 2 cliënten van Mistral; 0 cliënten van Triple-ex; 2 cliënten van Mistral en er 9 cliënten vanuit detentie (VBA) op de Emiliehoeve werden opgenomen.

Grafiek 3.4 Afbreken behandeling – afdeling van herkomst 2004

Grafiek 3.4 geeft de relatie weer tussen de cliënten die behandeling voortijdig hebben beëindigd en de afdeling doorverwijzende afdeling.

Grafiek 3.4: Afbreken behandeling - afdeling van herkomst 2004



In de grafiek is te zien dat 34 cliënten afkomstig van de klinische detox de behandeling voortijdig hebben beëindigd; 1 cliënt van het IMC; 1 cliënt van de detox alcohol; 0 cliënten van de afdelingen Mirage, Mistral en Triple-ex en 8 cliënten vanuit detentie (VBA) hebben de behandeling voortijdig beëindigd.

Op basis van bovenstaande cijfers kan gesteld worden dat van het aantal opnames in 2004 52,5 % voortijdig de behandeling beëindigde. Ruim 26 % hiervan werd met een rode kaart met ontslag gestuurd. Ruim 73% van het aantal voortijdig beëindigde opnames brak op eigen initiatief de behandeling af, 5 % van de opnames werd doorverwezen naar een andere behandelafdeling en 6 % stroomde door naar het traject nazorg. 31,25 % van de in 2004 opgenomen cliënten is momenteel nog in benadeling.

Uit de cijfers blijkt tevens dat slechts 2 cliënten de opname (op eigen initiatief) na een periode van 12 weken beëindigen. Hiermee wordt de stelling bevestigd dat na een periode van 3 maanden slechts weinig cliënten een langdurige klinische behandeling voortijdig beëindigen en dat de focus in het begin van de behandeling er in eerste instantie op gericht dient te zijn om de cliënten in behandeling te houden (o.a. Principles of drug addiction treatment; National institute of drug abuse).

Van het aantal opnames in 2004 was 76,25 % afkomstig van de klinische detox. Hiervan beëindigde 57 % voortijdig de behandeling. 1,25 % van alle opnames was afkomstig van het IMC. Hiervan beëindigde 33,33 %, voortijdig de behandeling. 3,75 % was afkomstig van de detox alcohol. Hiervan beëindigde eveneens 33,33 % voortijdig de behandeling.

0 % was afkomstig van Triple-ex. 2,5 % was afkomstig van Mistral. Hiervan beëindigde 0 % voortijdig de behandeling. 2,5 % van het aantal opnames was afkomstig van Mirage en hiervan beëindigde 0 % voortijdig de behandeling. 11,25 % van de opnames was afkomstig uit detentie (VBA). Bijna 90 % beëindigde voortijdig de behandeling op de Emiliehoeve.

T.a.v. de verzamelde cijfers moet wel gesteld worden dat het hier nog slechts gaat om een eerste indicatie. Verzamelde data over bijvoorbeeld een periode van 5 jaar zou een vollediger (en betrouwbaarder) beeld geven. Wij zijn echter wel van mening dat wij op basis van de verzamelde data een conclusie kunnen trekken.

Een conclusie is dat cliënten afkomstig van de klinische detox onvoldoende zijn voorbereid op een opname op de Emiliehoeve of dat de hulpvraag van deze groep cliënten niet aansluit bij het zorgaanbod van de Emiliehoeve. Meer dan de helft van alle cliënten die vanuit deze afdeling worden doorverwezen breekt immers voortijdig de behandeling op de Emiliehoeve af. Het hoge percentage van drop-out bij cliënten afkomstig uit de penitentiaire inrichtingen roept tevens de vraag op of er bij deze groep cliënten voorafgaande aan de opname de hulpvraag voldoende is geïnventariseerd en of deze cliëntengroep voldoende op de hoogte was van het zorgaanbod van de Emiliehoeve.

De hoge drop-out bij cliënten afkomstig van het IMC roept ook vragen op. Wel kan het zo zijn dat er een relatie is tussen de langere opname - observatieperiode op het IMC (dan op de klinische detox) en de procentueel lagere drop-out van deze cliënten.

Bij doorverwijzingen uit de detox-alcohol zou een onderliggende problematiek zoals bijv. Korsakov een verklaring kunnen zijn voor het procentueel hoge aantal cliënten dat voortijdig de behandeling op de Emiliehoeve beëindigt (Korsakov = contra-indicatie voor opname op de Emiliehoeve).

Ondanks het geringe aantal opnames van klinische afdelingen zoals Mirage en Mistral breekt procentueel gezien geen enkele cliënt voortijdig de behandeling af. Een interpretatie zou kunnen zijn dat deze groep voldoende voorbereid is op een opname op de Emiliehoeve en dat de doorverwijzing past bij de hulpvraag van de cliënt. Deze cliëntengroep is op de afdeling gedurende een langere periode geobserveerd en op basis van deze observatie volgt een doorverwijzing naar de Emiliehoeve. Een conclusie zou hier dus kunnen zijn dat de langere periode van observatie en het ter discussie stellen van de eerste indicatiestelling maakt dat de cliënt uiteindelijk naar een afdeling doorverwezen wordt waar hulpvraag en zorgaanbod, beperkingen en mogelijkheden het beste op elkaar afgestemd zijn.

Hoofdstuk 4. Veranderingen en diagnostische instrumenten

In hoofdstuk 3 is uitvoerig stilgestaan bij de diverse doorverwijzende afdelingen en de verzamelde data met betrekking tot de in- en uitstroom van de cliënten op de Emiliehoeve.

In dit hoofdstuk besteden wij aandacht aan maatschappelijke, politieke en organisatorische veranderingen en de invloed van deze veranderingen op de werkwijze van een TG zoals de Emiliehoeve. Tevens besteden wij in dit hoofdstuk uitgebreid aandacht aan het diagnostische instrument van het circuit verslavingszorg: de ASI.

Wij sluiten dit hoofdstuk af met een samenvatting waarin wij in een voorlopige conclusie een relatie leggen tussen de veranderingen en onze probleemstelling en waarin wij de voor- en nadelen van de ASI op een rij zetten.

4.1 Van aanbodgerichte naar vraaggerichte zorg

De individualisering in onze (westerse) samenleving is ook terug te vinden in de inrichting van ons huidige zorgstelsel. De modernisering van de ABWZ is hier een duidelijk voorbeeld van. Deze modernisering van de AWBZ die voort komt uit het regeerakkoord van het tweede paarse kabinet had alles te maken met een grotere aandacht voor de vraag: *wat wil de cliënt*. De (individuele) zorgvraag en niet het bestaande aanbod kwam meer en meer centraal te staan. De afgelopen jaren is deze ontwikkeling ook in de verslavingszorg te zien. Niet het idee van de hulpverlener die weet wat voor behandeling het best is voor de cliënt weegt het zwaarst, maar het luisteren naar wat de cliënt zelf wil (o.a. van Nes, 2004).

Ook voor de Emiliehoeve betekent dit dat er geprobeerd wordt meer en meer te kijken naar de individuele zorgvraag van de cliënt. Het inpassen van deze individuele zorgvraag binnen het nog veelal aanbodgerichte model van de Emiliehoeve is echter een lastige materie. Zoals beschreven wordt in hoofdstuk 1 wordt de behandeling op de Emiliehoeve gekenmerkt door een aantal fases. Geprobeerd wordt om de doelen die bij iedere fase horen af te stemmen op de *mogelijkheden* van de individuele cliënt. De aan een fase gekoppelde doelen zijn in principe voor ieder cliënt hetzelfde, wel wordt er per individu gekeken naar welk niveau hij/zij hierin kan bereiken. In de praktijk betekent dit o.a. een continue afweging tussen het groepsbelang en het individuele belang. Een ander aspect is dat er niet alleen gekeken wordt naar wat de cliënt *wil* maar ook naar wat de cliënt *nodig* heeft. In deze context is het veelal de taak van de hulpverlener om de cliënt te leren wat hij *nodig* heeft om te werken aan herstel. Deze individuele zorgvraag was tot voor kort niet of nauwelijks aan de orde op de afdeling. Zoals in hoofdstuk 1 (zie: *beperkingen van de afdeling*) al werd toegelicht is (was) er binnen de groepsgerichte behandeling weinig tijd en ruimte voor de begeleiding van de individuele cliënt. Tot voor kort werd een cliënt geacht om de behandeling te volgen zoals deze was ingedeeld. Kon de cliënt niet deelnemen aan alle behandelonderdelen dan werd dit veelal gelabeld als gebrek aan vaardigheden en/of motivatie. De vraag of het behandel aanbod van de Emiliehoeve en de behandelvraag van de cliënt op elkaar waren afgestemd was over het algemeen dan ook niet aan de orde.

Een vraag die wij ons hier echter tevens kunnen stellen is “*wie is de cliënt?*”.

De behandeling op de Emiliehoeve is weliswaar gericht op het herstel van de (opgenomen) cliënt, echter ten gevolge van het vraaggerichte werken in de zorg heeft ook een afdeling als de Emiliehoeve te maken met drie groepen klanten:

- financiers (zoals zorgkantoor)
- verwijzers (zoals huisartsen)
- cliënten (soms familie of andere directbetrokkenen)

Kort samengevat komt het erop neer dat de financiering van de GGZ door de overheid niet meer een vanzelfsprekende zaak is. Wijzigingen in de ABWZ maken dat ook een afdeling als de Emiliehoeve de tot dusver bestaande zekerheid om een budget te verkrijgen niet meer als uitgangspunt kan hanteren voor de productieafspraken. De Emiliehoeve zal bijvoorbeeld aan de financier moeten kunnen aantonen dat een langdurige klinische behandeling wenselijk is voor de aangewezen doelgroep, tevens

hebben zowel de verwijzer als de cliënt de rol van klant. Het moge dan ook duidelijk zijn dat het antwoord op de vraag “*is het aanbod voldoende afgestemd de vraag van de cliënt*” afhankelijk is van wie er als cliënt gezien wordt.

Voor alsnog gaan wij ervan uit dat de vraag betrekking heeft op degene die opgenomen wordt op de Emiliehoeve. Hier ontstaat er echter een spanningveld. Gaan wij ervan uit dat de cliënt altijd en overal weet wat voor hem de juiste weg is tot genezing of zien wij zoals in hoofdstuk 2 benoemd de cliënt als iemand die situaties waarin hij kan leren en een eigen identiteit op kan bouwen ontwijkt en weet bijvoorbeeld een verwijzer wat het beste is voor de cliënt.

Een conclusie is dat er hier geen duidelijk antwoord gegeven kan worden op onze probleemstelling. Het wordt echter wel duidelijk dat het antwoord op deze de vraag in sterke mate afhankelijk is van wie er als vraagsteller gezien wordt. Bovenstaande benadrukt naar ons inzien ook het belang van een juiste afstemming van vraag en aanbod. De literatuur sluit zich hierbij aan:

“Onder druk van de sturende en storende invloed van de economisering, juridisering en rationalisering op menselijke verhoudingen staan psychosociale hulpverleners voor de opgave om het juiste aanbod voor de juiste persoon te bepalen. Op die manier kan er hulp op maat worden verstrekt: niet te vroeg en niet te laat, niet te weinig en niet te veel, niet te kort en niet te lang, en vooral: niet te kostbaar. Daarom ligt er binnen hun werk grote nadruk op het stellen van een adequate diagnose en op het formuleren van een passend behandelplan. Inzicht in en vaardige hantering van diagnostische procedures vormen het fundament van het hulpverlenersberoep.” (de Roos, 2001)

Uiteraard staat het belang van de individuele cliënt voorop, echter om dit belang te dienen zijn wij als afdeling o.a. afhankelijk van financiers en doorverwijzers. Een juiste afstemming van vraag en aanbod biedt meer kans op een succesvolle behandeling; een behandeling met een grote kans van slagen is aantrekkelijk voor een financier, een behandeling met een hoge succesrate en voldoende middelen om in te spelen op de vraag van de cliënt komt in aanmerking voor voldoende doorverwijzingen.

4.2 De ASI

Zoals in hoofdstuk 3 al benoemd wordt, wordt bij de intake gebruik gemaakt van de ASI²⁰. Binnen het circuit verslavingszorg wordt de ASI gezien als het indicatie-instrument om bijvoorbeeld de noodzaak tot een behandeling in te schatten. De indicatiestelling die voortkomt uit de ASI is dan ook de basis voor een doorverwijzing naar een behandelafdeling zoals bijv. de Emiliehoeve. Maar wat is nu precies een ASI en wat zijn de voor en de nadelen van dit instrument?

Wat is nu precies de ASI?

De ASI wordt gezien als een multifunctioneel instrument dat gebruikt kan worden voor de diagnostiek, voor het behandelplan en de follow-up en voor onderzoek.

Het voordeel van de ASI is dat deze index een multifunctioneel instrument is waarmee vroegere en huidige problemen op zeven gebieden gemeten kunnen worden: gezondheid; arbeid; opleiding en inkomen; alcoholgebruik; drugsgebruik; contact met justitie en politie; familie en sociale relaties en psychische klachten.

De ASI heeft per deelgebied twee mogelijke uitkomstmaten: de Interviewer Severity Rating (ISR) en de Composite Score (CS).

De ISR is een ernstschatting van de interviewer, gebaseerd op de antwoorden van de patiënt en de ernst van de problematiek en de noodzaak voor behandeling die de patiënt zelf aangeeft. De score ligt tussen 0 en 9. Bij een score hoger dan 4 is behandeling en/of begeleiding van de problematiek op het desbetreffende leefgebied noodzakelijk. Bij 4 of lager kan het bespreekbaar maken van het middelengebruik aangewezen zijn, maar is geen aanvullende zorg nodig. Als kritische score om milde van ernstige problematiek te onderscheiden, wordt de waarde 6 geadviseerd.

²⁰ De ASI werd eind 1970 ontwikkeld door Thomas McLellan (e.a.) in Philadelphia. In Nederland wordt in ongeveer één derde van alle verslavingscentra's gebruik gemaakt van de Europ-ASI (variant van de oorspronkelijke ASI).

De CS is een gewogen optelsom van een aantal geselecteerde items. De CS heeft betrekking op de afgelopen maand en geeft een waarde tussen 0 en 1.176

De ASI geeft weliswaar geen DSM diagnoses, maar de ISR geeft een goed inzicht in de ernst van de problematiek en de noodzaak voor behandeling per deelgebied (o.a. Europees waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving, 2004).

Positief aan de ASI is dat het structuur biedt en het de hulpverlener dwingt te luisteren naar het verhaal van de cliënt. Cliënten reageren vaak positief op de ASI. Zij krijgen het gevoel dat er naar hun verhaal en hun mening over hun problemen geluisterd wordt.

Eén van de nadelen die kleeft aan de ASI is dat er voor het correct afnemen van de ASI een gedegen training vereist is en dat het afnemen van een ASI minimaal 45 minuten in beslag neemt. Een ander nadeel is dat er weliswaar diverse leefgebieden geïnventariseerd worden maar er geen verband wordt gelegd tussen de diverse leefgebieden.

De ASI is verder erg probleemgericht. De problemen die de cliënt bij de diverse leefgebieden ervaart worden geïnventariseerd maar er wordt geen aandacht besteed aan de mogelijkheden van de cliënt (Kinable, 2003).

Behalve de gedegen training die een ASI vereist moet men rekening houden met het constant trainen van nieuwe mensen. Ten aanzien van het gebruik, de betekenis en de waarde van de verschillende scores die de ASI aanlevert: last- en hulpbehoefte, ernstscore, composite-score, kan gesteld worden dat voor onderzoeksdoeleinden doorgaans naar de composite-score wordt gegrepen, dit is een berekende en dus objectieve score.

Nadelen aan deze composite-score zijn dat wij geen referentiewaarde in de globale bevolking kennen en dat enkel de informatie over de laatste 30 dagen wordt benut (Raes, 2003).

De laatste tijd laatste tijd worden er vraagtekens gezet bij de ISR. De ISR is een ernstschatting van de interviewer, gebaseerd op de antwoorden van de patiënt zelf. De interviewer moet de ernst van de problematiek en de noodzaak voor behandeling op basis van gegevens van de cliënt interpreteren. Er is dus altijd sprake van een zekere mate van subjectiviteit. Deze subjectiviteit wordt versterkt omdat de ASI in een 1 op 1 gesprek wordt afgenomen. De interviewer heeft slechts zichzelf als toetsmoment. Peteghem (2004) stelt dat zelfs ervaren interviewers vaak vragen hebben over hoe iets in te vullen of te interpreteren is.

Zoals gezegd wordt de ASI gezien als een belangrijk instrument, voor een uitgebreid behandelplan moet er echter gebruik gemaakt moet worden van meerdere diagnostische instrumenten zoals bijv. de SCID (Structureel Clinical Interview), CIDI (Composite International Diagnostic Interview), MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) en/of andere psychologische tests (Fridel, 2004).

Tot slot is bij het afnemen van de ASI een vertrouwenwekkende en motiverende houding van de behandelaar tegenover de cliënt van essentieel belang. Daarom dient bijzondere aandacht te worden besteed aan de introductie van het instrument en de uitleg over de (behandel)mogelijkheden na afloop.

Een conclusie is dat de ASI het enige indicatie instrument is dat gebruikt wordt om cliënten door te verwijzen naar de Emiliehoeve terwijl er meerdere diagnostische instrumenten nodig zijn voor een verwijzing op maat. De ASI geeft geen DSM IV classificatie terwijl er naar ons idee juist in een vroeg stadium op de aan- afwezigheid van een psychiatrische stoornis getoetst dient te worden.

Het voornaamste voordeel van de ASI is dat het structuur biedt en cliënten zich gehoord voelen.

Nadelen zijn echter dat de ASI erg probleemgericht is en geen oog heeft voor de mogelijkheden van de cliënt. Verder worden er geen verbanden gelegd tussen de diverse leefgebieden. De ernstinschatting en de daaraan gekoppelde noodzaak tot behandeling is in grote mate afhankelijk van de interpretatie van de interviewer. Het is de vraag of er binnen de strakke structuur van de ASI en de beperkte tijdsduur voldoende ruimte is voor de motiverende houding van de hulpverlener versus de cliënt.

4.3 Motiverende gespreksvoering

Bij de stelling dat een motiverende houding bij het afnemen van de ASI van essentieel belang is ontstaat de vraag: *Wat is dan de rol van motiverende gespreksvoering in een traject van doorverwijzing?*

De kern van motiverende gespreksvoering is volgens van Hes (2004) invloed uitoefenen op de motivatie van de ander om iets aan zijn risicogedrag te doen. Intakemedewerkers (en hulpverleners in het algemeen) krijgen veelal te maken krijgen met cliënten met een sterk wisselende motivatie. Met behulp van motiverende gespreksvoering kan de hulpverlener invloed uitoefenen op de verschillende fases van verandering.

Prochaska & DiClemente (1982) hebben een model ontwikkeld om de verschillende fases van motivatie inzichtelijk te maken. De stadia zijn in een cirkel te schetsen (figuur 4.1) en als volgt te omschrijven:

Figuur 4.1 Stadia van gedragsverandering (Prochaska en DiClemente, 1982).



Het eerste stadium is de voorbeschouwing. Hier is de cliënt er zich niet of slechts gedeeltelijk van bewust dat hij een probleem heeft. In dit stadium heeft het ook geen zin iemand ervan te overtuigen dat hij moet stoppen of minderen met het gebruik. Er dient hier voornamelijk geluisterd te worden naar wat de cliënt zelf naar voren brengt. Het tweede stadium wordt de overpeinzing genoemd. In dit stadium worden mensen zich bewust van hun probleem. Ze overwegen mogelijkheden om dit probleem op te lossen. Ze zijn echter nog niet zo ver dat ze al een beslissing genomen hebben tot verandering. In de beslissingsfase worden de problemen ervaren en is de cliënt bezig met het nemen van een besluit om iets te gaan veranderen. In de actiefase heeft cliënt hulp gezocht en is hij daadwerkelijk bezig zijn verslavinggedrag te veranderen. De cliënt gebruikt aanzienlijk minder of is daadwerkelijk gestopt. In de handhavingsfase zal de cliënt abtinent blijven of zijn verminderd gebruik handhaven.

Gedurende het gehele proces van overwegen, beslissen, actie en handhaving kan er een terugval optreden. De cyclus kan dan weer van voren af aan beginnen. Er vindt een regelmatige afweging plaats van de voor- en nadelen van het gedrag. De doelstelling van motiverende gespreksvoering is om de cliënt zelf de afweging tussen voor- en nadelen te laten maken en uiteindelijk zelf de beslissing te laten nemen (van Hes, 2004).

De intakemedewerker maakt in de eerste plaats samen met de cliënt de balans op. Door middel van het stellen van open vragen en door de cliënt zo veel mogelijk aan het woord te laten kan hij de cliënt

hardop laten na denken over zijn gedrag en zijn perspectieven. Empathie en acceptatie geven de cliënt de kans om zijn eigen overwegingen over het gebruik met de intake medewerker te bespreken.

Een conclusie is dat de ASI nauwelijks mogelijkheden biedt om door te vragen. De ASI bestaat uit een vragenlijst die voornamelijk bestaat uit gesloten vragen met een vaste formulering. Deze vragen worden in een vaste volgorde gesteld aan een geïnterviewde. Zowel in vorm als qua tijd biedt de ASI erg weinig ruimte om de cliënt zo veel mogelijk aan het woord te laten en de cliënt hardop te laten nadenken over zijn gedrag en zijn perspectieven.

Hoofdstuk 5. Cliënten en collega's

In hoofdstuk 4 zijn wij ingegaan op maatschappelijke en politieke veranderingen en het effect hiervan op de afdeling, tevens hebben wij aandacht besteed aan de diagnostische instrumenten. In dit hoofdstuk laten wij cliënten van de Emiliehoeve en collega's van de Toeleiding Verslavingszorg aan het woord en proberen wij vanuit deze invalshoek zicht te krijgen op mogelijke hiaten in het traject van doorverwijzing. Ook proberen wij in dit hoofdstuk een antwoord te geven op de vraag *in hoeverre cliënten zijn voorgelicht over de diverse aspecten van de behandeling op de Emiliehoeve*.

5.1 De cliënten

Om een idee te krijgen in hoeverre cliënten op de hoogte zijn van de (on)mogelijkheden van de behandeling op de Emiliehoeve hebben wij gebruik gemaakt van informatie uit de GGZ thermometer²¹. Ten aanzien van de klinische behandelingen van het circuit verslavingszorg (waarvan de Emiliehoeve een onderdeel is) is één op de drie respondenten van mening dat zij onvoldoende geïnformeerd zijn met betrekking tot de afdeling en de aangeboden behandeling. Eén van de voornaamste aandachtspunten is dat er meer informatie gegeven moet worden over behandelingen.

In juli 2003, november 2003, februari 2004 en in juli 2004 is er in het kader van de GGZ thermometer een enquête uitgezet onder de op dat moment aanwezige cliënten van de Emiliehoeve. Eén van de aanbevelingen uit deze enquête was: *verstrek meer informatie over de behandeling om de cliënt beter op een opname op de Emiliehoeve voor te bereiden*.

Uit de enquête blijkt dat 61,2 % van de respondenten van mening is onvoldoende te zijn voorbereid op een opname op de Emiliehoeve. Van de respondenten is 79,4 % van mening dat het voorbereiden op een opname op de Emiliehoeve (informatieverstrekking etc.) een taak is van de doorverwijzende afdeling.

Een andere bron waaruit wij putten zijn onze gesprekken met cliënten. Wij kunnen deze informatie niet omzetten in concrete cijfers, toch blijkt dat het merendeel van de cliënten slechts summier is voorgelicht over de behandeling op de Emiliehoeve. Aan iedere nieuw opgenomen cliënt wordt gevraagd of hij/zij weet hoe de intakeprocedure eruit ziet en of hij/zij op de hoogte is van de (on)mogelijkheden van de behandeling. Het merendeel van de cliënten vertelt dat er vooral op de doorverwijzende afdeling een aantal verhalen de ronde doen over de Emiliehoeve. Op basis van deze informatie denken cliënten bijvoorbeeld dat er op de Emiliehoeve: *geen medicatie gebruikt mag worden, je persoonlijkheid helemaal afgebroken wordt, je niet tegen medewerkers mag praten en je de eerste 8 weken geen bezoek mag ontvangen*.

In algemene zin leeft (nog steeds) het idee dat de Emiliehoeve een strafkamp is dat veelal te vergelijken is met een gevangenis. Bij navraag blijkt dat de informatie over het algemeen afkomstig is van medecliënten op de doorverwijzende afdeling. Het merendeel van deze cliënten blijkt in het verleden zelf behandeld te zijn geweest op de Emiliehoeve, heeft echter voortijdig de behandeling afgebroken en is teruggevallen in alcohol en/of drugsgebruik.

Uit gesprekken met cliënten blijkt bovendien dat de informatie niet altijd ontkracht wordt door collega's van de desbetreffende afdeling. In zijn algemeenheid kan gesteld worden dat er te weinig actuele kennis is van de behandeling om de informatie te ontkrachten en/of dat de beeldvorming verstrekt wordt door uitspraken zoals *“Ja, het is daar inderdaad wel erg streng”* of *“je wordt daar continue op je fouten gewezen”*.

Een conclusie is dat de afdeling te maken heeft met hardnekkig beeldvorming die over het algemeen gebaseerd is “vervuilde” informatie. Cliënten zijn hierdoor slechts in geringe mate op de hoogte van de (on)mogelijkheden van de behandeling en zijn dus niet voldoende voorbereid op een opname op de Emiliehoeve.

²¹ De GGZ thermometer voor waardering door cliënten is een kwalitatief onderzoek dat gedurende de jaren 2002, 2003, 2004 gehouden is om per circuit de tevredenheid van cliënten te meten.

5.2 De intake medewerkers

Om zicht te krijgen op mogelijke hiaten in het traject van toeleiding hebben wij tevens diverse gesprekken gevoerd met medewerkers van de afdeling Toeleiding verslavingszorg.

In de gesprekken stond de vraag “*wat heb je nodig voor een doorverwijzing?*” centraal.

Voor ons was het opvallend dat deze medewerkers ons idee van een toename van “onjuiste” verwijzingen niet tegenspraken. Uit de gesprekken kwamen bovendien een aantal mogelijke oorzaken voor deze verwijzingen naar voren:

- Frequentie wisselingen in de personele bezetting bij de Toeleiding verslavingszorg;
- Toename van relatief jonge intake medewerkers met weinig kennis van het circuit verslavingszorg in zijn algemeenheid en geen of weinig specifieke kennis van de diverse afdelingen;
- Het ontbreken van duidelijke indicaties en contra-indicaties van de diverse afdelingen.

In de gesprekken bleek verder dat de medewerkers van mening waren dat de ASI als instrument een goed in te zetten diagnostisch instrument is om een cliënt naar de voor hem of haar juiste behandelafdeling door te verwijzen. Hierbij werd echter wel een kanttekening geplaatst. De ASI training die (nieuwe) medewerkers van de Toeleiding verslavingszorg krijgen is puur gericht op het invullen van de ASI. Tijdens de training wordt weinig aandacht besteed aan het ontwikkelen van een sociale kaart. Om een cliënt door te verwijzen naar een afdeling, waar de behandelvraag van de cliënt en het zorgaanbod van de afdeling op elkaar zijn afgestemd, moet men voldoende op de hoogte zijn van het behandel aanbod van de afdeling.

Deze kennis is veelal afhankelijk van de ervaring van de intake medewerker in het circuit verslavingszorg.

De Toeleiding Verslavingszorg wordt sinds enige tijd geconfronteerd met een grote in- en uitstroom van personeel. Ervaren medewerkers stromen door naar andere functies en de vacatures worden veelal bezet door medewerkers met geen of weinig ervaring in het circuit verslavingszorg.

Een andere kanttekening die geplaatst werd bij de ASI was de factor tijd. Momenteel wordt voor een ASI 45 minuten gerekend. Een op maat gesneden doorverwijzing betekent echter meer dan het afnemen van een ASI. Wil men aandacht hebben voor de cliënt dan is het van essentieel belang om de cliënt op zijn gemak te kunnen stellen, door te kunnen vragen, uitleg te kunnen geven en de cliënt zijn verhaal te laten doen. Eén van de medewerkers benoemde dat voor een “goede” intake er minimaal 90 minuten nodig is. Helaas wordt de mogelijkheid om deze tijd ook daadwerkelijk aan een cliënt te besteden door de organisatie meer en meer ingeperkt. Hetzelfde geldt voor de toewijzingsvergadering (zie hoofdstuk 3).

De vergaderingen zijn zo ingeperkt zodat er alleen ruimte is om verwijzingen van cliënten waarover grote twijfel bestaat besproken kunnen worden. De intake medewerker moet dus meer en meer vanuit zijn eigen expertise en ervaring werken en kan minder derden consulteren of hier op terugvallen.

Ten aanzien van de Emiliëhoeve werd gesteld dat er geen duidelijke indicaties of contra-indicaties voorhanden zijn. Bovendien hebben op de afdeling zelf de medewerkers verschillende ideeën over wat indicaties en contra-indicaties t.a.v. opnames zijn.

Ook bleek tijdens de gesprekken dat de informatie waarover verwijzers beschikken verouderd is. Een voorbeeld hiervan is dat een medewerker van de Toeleiding verslavingszorg vroeg of *cliënten inderdaad geen paracetamol mogen*. Bij navraag bleek dat dit idee gebaseerd was op informatie die vijftien jaar geleden was opgepikt en sindsdien niet meer was “ververst”. Een ander voorbeeld van verouderde informatie is dat er erg verbaasd gereageerd werd op de actieve rol die de cliënt heeft bij het tot stand komen van het behandelplan. In overleg met de cliënt komen behandel doelen tot stand en worden deze in het behandelplan vastgelegd. Het idee dat heerst, was dat de cliënt hier weinig tot geen inspraak in heeft en dat behandel doelen worden opgelegd. Ook deze visie bleek gebaseerd te zijn op informatie die al een aantal jaren geleden was opgedaan en sindsdien niet meer was bijgesteld.

Wat ons verraste in de gesprekken met medewerkers van de Toeleiding verslavingszorg was dat de indicatiestelling zoals vastgesteld na het afnemen van een ASI een voorlopige indicatiestelling kan zijn. Wij waren van mening dat een indicatiestelling zoals deze aan de hand van de ASI gedaan is een

absoluut gegeven is. In overlegvergaderingen zoals op de klinische detox wordt bij de doorverwijzing van cliënten altijd terugverwezen naar de indicatiestelling zoals deze gedaan is door de Toeleiding Verslavingszorg. Als er sprake is geweest van bij twijfel bij het tot stand komen van de indicatiestelling is deze informatie niet terug te vinden in het dossier van de cliënt. De notulen van bijvoorbeeld toewijzingsvergadering²² worden niet toegevoegd aan het dossier van de cliënt. Aanvullende informatie over de opnameperiode op bijvoorbeeld de klinische detox wordt weliswaar toegevoegd aan het dossier van de cliënt maar speelt geen actieve rol in het bijstellen van een indicatiestelling.

Een conclusie is dat het ontbreken van duidelijke indicaties en contra-indicaties m.b.t. opname op de Emiliehoeve een ontbrekende factor is in het traject van doorverwijzing. Niet alleen heeft de Emiliehoeve breed interpreteerbare contra-indicaties, intake medewerkers hebben te weinig of verouderde kennis van de behandeling. Beeldvorming m.b.t. de behandeling is een andere factor die bijdraagt aan een verouderde kijk op de behandeling. Het terugdringen van tijd en middelen maakt dat nieuwe medewerkers in het circuit verslavingszorg steeds minder in de gelegenheid zijn tot het ontwikkelen van een sociale kaart die *up to date* is en moeten terugvallen op informatie van collega's. De indicatiestelling wordt gezien als "*plaatsingsbewijs*" in plaats van een *aanwijzing* tot plaatsing.

²² zie 3.1 De Toeleiding Verslavingszorg

Hoofdstuk 6. Samenvatting en eindconclusie.

In dit hoofdstuk vatten wij onze conclusies samen en geven wij een antwoord op de deelvragen zoals wij die in de inleiding van dit productverslag hebben geformuleerd. Aan de hand hiervan geven wij een antwoord op onze probleemstelling “*Is er in het huidige systeem van doorverwijzing en toeleiding een missing link*”. Dit antwoord zal dienen als de basis voor ons product.

6.1 De deelvragen

Wat zijn de mogelijkheden en/of de beperkingen van de afdeling?

De Emiliehoeve biedt een aantal mogelijkheden. Door middel van een langdurige klinische behandeling worden cliënten in de gelegenheid gesteld om te werken aan het herstel op psychisch, sociaal en maatschappelijk gebied. Het sociale systeem van de cliënt wordt actief betrokken bij de behandeling van de cliënt. De taak van de medewerkers van de afdeling is het observeren van de cliëntengroep en op basis van deze observaties het aansturen van het groepsproces. Eén van de belangrijke pijlers van deze behandeling is het zogenaamde *zelfhulpprincipe*. Het basisprincipe van de TG is dat cliënten zichzelf beter kunnen maken door van elkaar te leren.

Hierin schuilen echter ook de grootste beperkingen. De langdurige klinische behandelingen staan meer en meer onder druk. De zorgverzekeraar is van mening dat de langdurige klinische behandelingen te kostbaar zijn. Dit terwijl eerder gedaan onderzoek uitwijst dat hoe langer een cliënt in behandeling is, hoe groter de kans van slagen is. Bovendien is het de vraag of een groepsgerichte behandeling past in een tijd waarin de aandacht meer en meer gericht is op het individu. Het integreren van de vraaggerichte zorg binnen de traditionele kaders van de TG blijkt erg lastig te zijn. De pogingen om te beantwoorden aan de individuele zorgvraag van de cliënt binnen een groeps(en procesmatige) manier van werken veroorzaken ruis voor de cliënt (en de werker). Dit gaat echter ten koste van de gestructureerde manier van wonen (en werken) op de TG. Het aanbieden van een duidelijke structuur met daaraan gekoppelde duidelijke en inzichtelijke behandelmethodieken is één van de belangrijkste succesformules van de TG de Emiliehoeve.

Wat is echter succes? Hier komen wij op een andere beperking van de Emiliehoeve. De omschrijving van *wat is een succesvolle behandeling* is voorlopig nog niet concreet en blijft erg breed interpreteerbaar.

Om aan de eisen van deze tijd te voldoen, is professionalisering een vereiste. De (bij)scholing die noodzakelijk is voor deze professionalisering is een volgende beperking. In het verslavingscircuit en op de Emiliehoeve wordt momenteel een achterstand “weggewerkt”. In de praktijk betekent dit dat 45% van het personeelsbestand een deeltijdopleiding volgt en dus niet volledig inzetbaar is. Dat gaat ten koste van de begeleiding van cliënten. Ook de half negen – vijf diensten op de Emiliehoeve beperken de mogelijkheden tot begeleiding van de cliëntengroep. De samenstelling van de cliëntengroep kan voor nieuwe cliënten drempelverhogend zijn. De praktijk wijst uit dat er in verhouding meer mannen dan vrouwen opgenomen worden. Over het algemeen zijn er meer autochtonen dan allochtone cliënten binnen de behandeling.

In hoeverre zijn de huidige (contra)indicaties voor een opname op de Emiliehoeve geformuleerd?

De Emiliehoeve kent een aantal contra-indicaties voor opname. De contra-indicaties zijn niet (in protocollen) op de afdeling terug te vinden. Op de website van Parnassia psycho-medisch centrum zijn de contra-indicaties weliswaar terug te vinden het vereist echter het nodige speurwerk om deze te achterhalen. De wijze waarop de contra-indicaties zijn geformuleerd geeft veel ruimte voor een persoonlijke interpretatie. Concrete richtlijnen t.a.v. welke cliënten niet opgenomen kunnen worden op de Emiliehoeve ontbreken. De onduidelijkheid en brede interpreteerbaarheid van de huidige contra-indicaties is één van de factoren die de kans op een “verkeerde” doorverwijzing vergroten.

Wat zijn de beperkingen van de cliënt?

De doelgroep van de Emiliehoeve wordt gekenmerkt door een aantal beperkingen, echter zijn het juist deze kenmerken die veelal de noodzaak tot behandeling aangeven. In plaats van te vertrekken vanuit de beperkingen van de cliënt vinden wij het zinvoller om ons de vraag te stellen hoe de afdeling om gaat met deze beperkingen? Het antwoord op deze vraag is dat de afdeling de verantwoording voor het

niet kunnen deelnemen en/of voortijdig afbreken van de behandeling neerlegt bij de cliënt. Deze manier van werken wordt nog sterk beïnvloedt door de “oude” visie: stoppen met middelengebruik is een kwestie van *van je wilt wel of je wil niet*.

Ons antwoord op deze vraag is echter dat het omgaan met beperkingen van de cliënt een essentieel onderdeel is van ons werk en dat onze verantwoordelijkheid ligt bij het afstemmen van de behandeling op de mogelijkheden van deze cliënt. Naar ons idee is deze attitude een belangrijk en steunend onderdeel in een proces in de richting van herstel. Binnen het team zijn er nog twee stromingen:

- a. niet (beperkt) kunnen deelnemen aan de behandeling is *een probleem van de cliënt*
- b. niet (beperkt) kunnen deelnemen aan de behandeling is *een probleem van de cliënt en van de afdeling*.

Het bestaan van deze twee stromingen geeft intern de nodige discussies en werkt vertragend op het gebied van besluitvorming. De tijd die aan deze discussie besteed wordt gaat ten koste van de tijd die besteed kan worden aan de cliënt.

Is er sprake van een veranderende doelgroep?

De Emiliehoeve wordt vaker geconfronteerd met jongere cliënten. Dit komt overeen met de algemene ontwikkelingen binnen de doelgroep. Jongeren lijken op steeds jongere leeftijd te kampen met problematisch drugs en/of alcohol gebruik. Bovendien is er steeds meer sprake van zogenaamd polidugsgebruik. Ook wordt de afdeling steeds meer geconfronteerd met zogenaamde dubbele problematiek. Schattingen stellen dat 60 – 80% van alle cliënten in de verslavingszorg psychiatrische problemen heeft. De discussie dat verslaving meer is dan alleen een gedragsmatig probleem en vooral het antwoord dat de afdeling heeft op dit probleem is onderwerp van gesprek.

De doelgroep en de visie op behandeling van de doelgroep verandert. Voor de afdeling betekent dit dat het huidige behandelaanbod niet meer aansluit bij de behandelvraag. Een veranderde doelgroep vraagt om een ander behandelaanbod. Binnen de traditionele kaders van de TG zijn er echter beperkte mogelijkheden tot het veranderen van het behandelaanbod.

Mogelijkheden tot verandering liggen voornamelijk bij:

- aangaan van een samenwerkingverband met andere afdelingen binnen de psychiatrie
- aangeven van de beperkingen van de afdeling (duidelijke contra- indicatie voor opname).

Wat is de relatie tussen het onderbreken/afbreken van de behandeling en de draagkracht van de cliënt?

Hierbij spelen verschillende factoren een rol. Hoe en in welke mate er sprake is van een psychiatrische stoornis is een belangrijke factor. Een andere belangrijke factor zijn de algemene kenmerken van verslavingsproblematiek. Kenmerkend voor de doelgroep zijn: therapie “ontrouw”, een lage frustratietolerantie, probleemvermijding. Het afbreken van de behandeling is dus iets wat past bij de doelgroep. Het afbreken/onderbreken van een behandeling is volgens ons een onderdeel van een behandeling en moet niet gezien worden als een mislukking van een behandeling.

Wat is de rol van de Toeleiding Verslavingszorg in het traject van doorverwijzing?

De Toeleiding Verslavingszorg is één van de afdelingen van het circuit verslavingszorg van Parnassia psycho-medisch centrum en de eerste schakel in een traject van doorverwijzing. Alle cliënten die op de Emiliehoeve worden opgenomen worden vanuit de Toeleiding Verslavingszorg doorverwezen naar de afdeling. Bij de Toeleiding Verslavingszorg wordt de ASI afgenomen en wordt een indicatie gegeven welke afdeling past bij de problematiek van de cliënt.

Van welke afdelingen zijn de cliënten van de Emiliehoeve afkomstig?

De cliënten van de Emiliehoeve zijn afkomstig van diverse afdelingen binnen en buiten het circuit verslavingszorg. Het merendeel van de cliënten is afkomstig van de klinische detox. De overige afdelingen van waaruit doorverwezen wordt naar de Emiliehoeve zijn: Klinische vervolgbehandeling, Intramuraal Motivatiecentrum, Intensieve Zorg Alcohol, Mistral, Mirage, Triple-ex, Project 4 en de VBA.

Op welke wijze en mate wordt de draagkracht van de cliënt getoetst tijdens het traject Toeleiding?

Het instrument om te bepalen of er sprake moet zijn van een behandeling van een cliënt en zo ja welke behandeling aansluit bij de problematiek van de cliënt is de ASI. Het gaat dan ook in eerste instantie niet zozeer om het toetsen van de draagkracht maar meer om het inventariseren van de problematiek van de cliënt. Om te bepalen of een behandeling aansluit bij de beperkingen (en mogelijkheden) van de cliënt is de medewerker die de ASI afneemt voornamelijk afhankelijk van zijn/haar eigen interpretatie van de informatie die de cliënt geeft en de kennis van de diverse behandelafdelingen.

In hoeverre is de ASI een ondersteunend instrument om cliënten door te verwijzen?

De ASI biedt wel enige ondersteuning bij het tot stand komen van een doorverwijzing. Vooral de ISR geeft een goed inzicht in de ernst van de problematiek van de cliënt en de noodzaak voor behandeling per deelgebied. De ASI geeft echter geen DSM IV classificatie en toetst niet op de aan- /afwezigheid van een psychiatrische stoornis. Bovendien worden er geen verbanden gelegd tussen de diverse leefgebieden. De ernstinschatting en de daaraan gekoppelde noodzaak tot behandeling is vervolgens in grote mate afhankelijk van de interpretatie van de interviewer. De ASI legt niet de link tussen de problematiek van de cliënt en een mogelijke behandelafdeling. De ASI kan dus gezien worden als een handvat. Het instrument tot doorverwijzing is de intake medewerker zelf.

In hoeverre zijn cliënten voorgelicht over de diverse aspecten van de behandeling op de Emiliehoeve?

Cliënten zijn onvoldoende voorgelicht over de diverse aspecten van de behandeling. De informatie waarover cliënten beschikken is veelal gekleurd en/of verouderd. De aanwezige informatie is slecht toegankelijk en niet up to date.

6.2 De eindconclusie

Wat is nu onze eindconclusie? Voordat wij hier een antwoord op geven gaan wij terug naar onze probleemstelling. Naar aanleiding van de vraag die het management ons stelde zijn wij op zoek gegaan naar de missing link in het traject van doorverwijzing. Op basis van de door ons verzamelde informatie, analyses en conclusies blijkt er geen sprake te zijn van één missing link. Er blijken verschillende factoren een rol te spelen bij het tot stand komen van “verkeerde” doorverwijzing. Eén van deze factoren is het afstemmen van het behandelaanbod van de afdeling op de vraag van de cliënt. Het behandelaanbod is nog sterk aanbodgericht en biedt weinig ruimte tot een individuele, vraaggerichte benadering.

De “oude” visie dat drop-out een mislukking is, is op de afdeling nog sterk verankerd in de wijze waarop naar verslaving en succesvol behandelen gekeken wordt. De algemene ontwikkeling echter is dat verslaving meer gezien wordt als een ziekte en dat drop-out gezien kan worden als onderdeel van het proces. Een steeds jongere doelgroep al dan niet in combinatie met een complexe problematiek vereist expertise en vaardigheden. Voor de medewerkers betekent dit scholing en het uitbreiden van vaardigheden en bekwaamheden, voor de afdeling betekent dit beperkingen op het gebied van inzetbaarheid. Ten aanzien van informatieverstrekking blijkt dat de informatie over de behandeling verouderd en slecht toegankelijk is. Zo zijn contra-indicaties en eindtermen voor de Emiliehoeve niet voldoende geconcretiseerd.

Ten aanzien van de Toeleiding Verslavingszorg geldt voor ons dat een indicatie voor een behandelafdeling ook slechts een indicatie zou moeten zijn of te wel een *aanwijzing* naar welke behandelafdeling de cliënt kan worden doorverwezen. Voor een afstemming van vraag en aanbod biedt de ASI te weinig mogelijkheden voor een volledig beeld. De aan- /afwezigheid van psychiatrische stoornissen worden onvoldoende getoetst en in kaart gebracht. De draagkracht van de cliënt wordt naar ons idee ook niet voldoende getoetst. De ASI richt zich op het inventariseren van de problematiek van de cliënt. Afstemming van vraag en aanbod vereist niet alleen vaardigheden van de intake medewerker maar tevens inhoudelijke kennis van de diverse behandelafdelingen.

Een laatste factor in het traject van doorverwijzing is die van de doorverwijzende afdelingen. Ook hier is van toepassing dat inhoudelijke kennis van de vervolghandeling essentieel is voor een afstemming van vraag en aanbod. Toetsen van draagkracht en onderzoeken/inventariseren van een mogelijke psychiatrische stoornis is naar ons idee een taak van de Toeleiding Verslavingszorg als ook van een doorverwijzende afdeling.

Het verstrekken van informatie m.b.t. de behandeling op de Emiliehoeve is een verantwoordelijkheid van de afdeling. Het voorlichten over (on)mogelijkheden is een gedeelde verantwoordelijkheid van zowel de afdeling, de medewerkers van de Toeleiding Verslavingszorg en de doorverwijzende afdelingen.

6.3 Het product

Zoals in de eindconclusie al vermeld leert onze zoektocht ons dat er verschillende factoren een rol spelen bij het tot stand komen van een doorverwijzing. Naar aanleiding hiervan komen wij tot de uiteindelijke conclusie dat de oplossing voor de “verkeerde” doorverwijzingen niet ligt in het ontwikkelen van een nieuwe intakeprocedure.

Ons uiteindelijke product beantwoordt dan ook niet letterlijk aan de vraag van het management *“onderzoek en ontwikkel een intakeprocedure volgens de richtlijnen die opgesteld zijn door het verslavingscircuit van Parnassia”*. Wel zijn wij van mening dat er binnen de huidige intakeprocedure en binnen het huidige systeem van doorverwijzing er een aantal aanpassingen gedaan moeten (en kunnen) worden om de behandelvraag en het behandelaanbod beter op elkaar af te stemmen.

Om een antwoord te geven op de vraag van het management en een bijdrage te leveren aan het optimaliseren van de afstemming van vraag en aanbod hebben wij onze conclusies en aanbevelingen gebundeld in een brief aan het management van de Emiliehoeve. In deze brief doen wij tevens voorstellen over hoe onze aanbevelingen geëffectueerd kunnen worden.

Hoofdstuk 7. Werkwijze en planning

Al in een vroeg stadium is er door ons besloten om samen vorm te geven aan het afstudeerproject. De volgende stap was het op zoek gaan naar een relevant en actueel onderwerp dat aansloot bij onze beroepspraktijk.

Op onze werkplek leken wij in toenemende mate geconfronteerd te worden met cliënten waarvan het team en het management van de Emiliehoeve zich afvroegen of deze wel naar de voor hen juiste behandelafdeling waren doorverwezen. Een psychiatrische problematiek bleek bij deze cliënten meer op de voorgrond te staan dan een verslavingsproblematiek, vraag en aanbod bleken niet voldoende op elkaar afgestemd te zijn. Op verzoek van het management van de Emiliehoeve besloten wij om deze problematiek onder de loep te nemen.

7.1 De werkwijze

Het verzoek van het management, onderzoek en ontwikkel een intakeprocedure volgens de richtlijnen die opgesteld zijn door het verslavingscircuit van Parnassia, was de basis van de voorlopige probleemstelling: *wat is een adequaat instrument om een goede indicatie te krijgen voor een doorverwijzing naar een langdurige klinische behandeling op de TG de Emiliehoeve en aan welke criteria zou een dergelijk instrument moeten voldoen.*

Ons doel was om een intakeprocedure te ontwikkelen waarmee de vraag van de cliënt en het aanbod van de behandelafdeling op elkaar afgestemd konden worden.

Bij het onder de loep nemen van de voorlopige probleemstelling en het door ons gestelde doel realiseerden wij ons dat het onderzoeken en ontwikkelen van een intakeprocedure voor ons niet haalbaar was. Niet alleen zou het onderzoeken (en opstellen) van richtlijnen van een intakeprocedure een onderzoek op zich zijn, ook kwamen wij tot de conclusie dat het ontwikkelen van een intakeprocedure een specialistische klus is die voor ons niet haalbaar is.

Vanuit deze wetenschap zijn wij gaan brainstormen over een andere invalshoek. Hieruit ontwikkelden wij de volgende probleemstelling: *zijn er binnen de huidige intakeprocedure voldoende mogelijkheden om te komen tot een doorverwijzing waarbinnen vraag en aanbod op elkaar afgestemd zijn.*

Ook ten aanzien van het eindproduct trad er een verschuiving op. Het ontwikkelen van een product waarmee de vraag van de cliënt en het aanbod van de behandelafdeling op elkaar afgestemd konden worden veranderde in het ontwikkelen van een product waarmee, op basis van contra-indicaties, de vraag van de cliënt en het aanbod van de behandelafdeling zorgvuldiger op elkaar afgestemd konden worden. De gedachte om vanuit een andere invalshoek de problematiek van verwijzingen te benaderen was gebaseerd op het idee dat je om iets nieuws te ontwikkelen, je eerst zicht moet krijgen op de huidige (intake)procedure. Een volledige afstemming van vraag en aanbod bleek niet haalbaar. Het ontwikkelen van een product dat bijdraagt aan een zorgvuldige afstemming van vraag en aanbod leek wel binnen ons bereik te liggen.

Na het vaststellen van de probleemstelling, en de doelstelling van ons afstudeerproject hebben wij de deelvragen, zoals deze in de inleiding van het productverslag terug zijn te lezen geformuleerd.

Voorafgaande aan het schrijven van het productverslag is er literatuur verzameld, doorgenomen en op relevantie geselecteerd. Met behulp van de verzamelde literatuur (o.a. beleidsnota's, afdelingsprotocollen, onderzoeksgegevens, interne publicaties) en met behulp van het interviewen van collega's en cliënten als ook door het inzetten van de eigen kennis is het uiteindelijke productverslag tot stand gekomen.

Een schematische weergave van de deelvragen en de gehanteerde methode ziet er als volgt uit:

Vraag	Methode	Wie
Wat zijn de mogelijkheden en/of de beperkingen van de afdeling?	Literatuur, eigen kennis	Jaap
In hoeverre zijn de huidige (contra)indicaties voor een opname op de Emiliehoeve geformuleerd?	Literatuur, eigen kennis	Jaap
Wat zijn de beperkingen van de cliënt?	Literatuur, eigen kennis	Jaap
Is er sprake van een veranderende doelgroep?	Literatuur, eigen kennis	Jaap
Wat is de relatie tussen het onderbreken/afbreken van de behandeling en de draagkracht van de cliënt?	Literatuur, eigen kennis	Jaap
Wat is de rol van de Toeleiding Verslavingszorg in het traject van doorverwijzing?	Literatuur, eigen kennis	Arie
Van welke afdelingen zijn de cliënten van de Emiliehoeve afkomstig?	Eigen kennis	Arie
Op en in welke wijze en mate wordt de draagkracht van de cliënt getoetst tijdens het traject Toeleiding?	Literatuur, interviews	Arie
In hoeverre is de ASI een ondersteunend instrument om de cliënten door te verwijzen?	Literatuur, eigen kennis, interviews	Arie
In hoeverre zijn cliënten voorgelicht over de diverse aspecten van de behandeling op de Emiliehoeve?	Literatuur, eigen kennis, interviews	Arie

Na het formuleren van de deelvragen is er een globale taakverdeling gemaakt. Ons idee was dat er bij het tot stand komen van een doorverwijzing sprake was van interne en externe factoren. Interne factoren zijn voornamelijk gerelateerd aan de Emiliehoeve, externe factoren zijn voornamelijk gerelateerd aan de doorverwijzende afdelingen. Conform deze indeling heeft Jaap Luijkenaar zich voornamelijk gericht op interne factoren en heeft hij vorm gegeven aan de hoofdstukken 1 en 2 van het productverslag en daarbij behorende deelvragen. Arie van der Meer heeft zich voornamelijk gericht op de externe factoren en heeft vorm gegeven aan de hoofdstukken 3, 4 en 5 van het productverslag en de daarbij behorende deelvragen. Hoofdstuk 6, 7 en 8 en het uiteindelijke product zijn gezamenlijk, tijdens de twee wekelijkse bijeenkomsten (zie planning) vorm gegeven. Gedurende de ontwikkeling van het productverslag veranderde de probleemstelling in “*is er in het huidige systeem van doorverwijzing en toeleiding een missing link*”? De doelstelling bleef het bewerkstelligen van een (nog) betere afstemming tussen de behandelvraag van cliënten en het behandelaanbod van de Emiliehoeve. Als product wilden wij iets afleveren dat een bijdrage kon leveren aan een optimale afstemming tussen behandelvraag en behandelaanbod. Gedurende de ontwikkeling van het productverslag werd het ons steeds duidelijker dat de kern van het uiteindelijke product aanbevelingen aan het management van de Emiliehoeve zou zijn. Uiteindelijk heeft het product de vorm gekregen van een brief.

7.2. De planning

Een schematische weergave van de planning van taken, activiteiten, tijd en locatie ziet er als volgt uit:

Wk.	Activiteit	Locatie	Tijd	Wie
44	Inleveren startdocument	HHS		Arie en Jaap
45	Consult begeleider	HHS		Arie, Jaap en Britt
46	Beoordeling startdocument			Britt
47	Aanpassen startdocument	Thuis*	09.00 – 13.00	Arie en Jaap
48	Maken planning, verdelen taken, opzet samenwerkingcontract.	Thuis*	09.00 – 13.00	Arie en Jaap
49	Uitwerken planning, samenwerkingcontract	Thuis*	09.00 – 13.00	Arie en Jaap
50	Consult begeleider	HHS	12.00	Arie, Jaap en Britt
51	Literatuur, protocollen, beleidsnota's verzamelen, interviews	Thuis*	09.00 – 13.00	Arie en Jaap
52	Literatuur, protocollen, beleidsnota's verzamelen, interviews			Arie en Jaap
53	Literatuur, protocollen, beleidsnota's verzamelen, interviews	Thuis*	09.00 – 13.00	Arie en Jaap
1	Informatie analyseren en verwerken			Arie en Jaap
2	Informatie analyseren en verwerken	Thuis*	09.00 – 13.00	Arie en Jaap
3	Informatie analyseren en verwerken			Arie en Jaap
4	Informatie analyseren en verwerken	Thuis*	09.00 – 13.00	Arie en Jaap

5	Informatie analyseren en verwerken			Arie en Jaap
6	Product ontwikkelen	Thuis*	09.00 – 13.00	Arie en Jaap
7	Product ontwikkelen			Arie en Jaap
8	Inleveren concept product verslag	Thuis*	09.00 – 13.00	Arie en Jaap
9	Product ontwikkelen			Arie en Jaap
10	Product ontwikkelen	Thuis	09.00 – 13.00	Arie en Jaap
11	Concept bespreking	HHS	12.00	Arie, Jaap en Britt
12	Product ontwikkelen	Thuis*	09.00 – 13.00	Arie en Jaap
13	Product ontwikkelen			Arie en Jaap
14	Product ontwikkelen	Thuis*	09.00 – 13.00	Arie en Jaap
15	Consult begeleider	HHS	15.30	Arie, Jaap en Britt
16	Product ontwikkelen	Thuis*	09.00 – 13.00	Arie en Jaap
17	Inleveren producten	HHS		Arie en Jaap

* De bijeenkomsten zijn ingepland op de vrijdag en vinden twee wekelijks plaats.

Ten aanzien van de bijeenkomsten werd afgesproken dat indien het voor één van de partijen niet mogelijk was om bij één van de bijeenkomsten aanwezig te zijn, deze dat zo spoedig mogelijk, hetzij telefonisch, hetzij per E-mail zou laten weten. Afhankelijk van de reden van het verzuim zou in dezelfde week een ander moment worden afgesproken voor een “inhaalbijeenkomst”.

7.3 De samenwerking

Ten aanzien van de samenwerking en hierbij uitgaande van de afspraken zoals deze gemaakt zijn bij de aanvang van het afstudeerproject zijn wij van mening dat de samenwerking goed is verlopen. De werkzaamheden zijn op basis van mogelijkheden en beperkingen evenredig verdeeld.

De voortgang van het afstudeerproject is voorafgaande aan de bijeenkomsten, conform de afspraak, naar elkaar gemaaild. Tijdens de bijeenkomsten zijn gedane werkzaamheden geëvalueerd en is de planning waar nodig bijgesteld. Buiten deze bijeenkomsten is er zelfstandig gewerkt en zijn de hoofdstukken conform de afspraak uitgewerkt. Tijdens de bijeenkomsten zijn de individuele producten samengebracht tot een totaalpakket namelijk: het productverslag en het uiteindelijke product.

Tussentijds is er nog veelvuldig, via de e-mail en de telefoon, overleg geweest. Het afstemmen van twee verschillende werkwijzen is niet altijd makkelijk geweest. Daar waar Jaap Luijkenaar zijn werkwijze gekenmerkt wordt door “*ik schrijf eerst iets op en daarna volgen de puntjes op de i*” wordt de werkwijze van Arie van der Meer gekenmerkt door “*ik moet eerst weten waar ik de puntjes op de i zet en daarna schrijf ik het op*”. Toch is er bij het tot stand komen van het productverslag en het uiteindelijke product geen sprake geweest van conflicten met betrekking tot de werkwijzen.

De verschillende werkwijzen zijn door ons eerder als completerend dan beperkend ervaren.

Hoofdstuk 8. Evaluatie eindproduct

8.1 Visie beroep

De Emiliehoeve is een therapeutische gemeenschap waarbij het accent ligt op zelfhulp en leren door ervaring en is al 35 jaar onderdeel van de verslavingszorg in de regio Den Haag.

De Emiliehoeve heeft een grote naamsbekendheid in binnen- en buitenland. Deze naamsbekendheid is echter gebaseerd op oude informatie. De cliënten, instanties en de doorverwijzende afdelingen zijn onvoldoende op de hoogte van het huidige behandelaanbod.

Wij zijn van mening dat een goede afstemming van vraag en aanbod en een goede voorbereiding op de behandeling leidt tot een betere indicatiestelling: is de cliënt wel op zijn plek op de Emiliehoeve of moet hij doorverwezen worden naar een andere afdeling.

De TG heeft een goed antwoord op de problemen die zijn ontstaan als gevolg van langdurig drugs- en/of alcoholgebruik. Toch kent de TG zijn beperkingen, er wordt van de cliënt een grote mate van verantwoordelijkheid verwacht wat maakt dat deze vorm van behandelen niet voor iedereen geschikt is. Hiermee geven wij de noodzaak van een goede screening van cliënten, voorafgaande aan opname, al aan.

Aangezien ons eindproduct nog niet is gepresenteerd aan het management en nog niet is geëffectueerd in het afdelingsbeleid van de Emiliehoeve en/of van andere afdelingen heeft een evaluatie in de zin van een beoordeling achteraf van de waarde en de uitwerking van het product nog niet plaats kunnen vinden.

Toch zijn wij van mening dat wij met ons eindproduct een waardevolle bijdrage leveren aan een (nog) betere afstemming van vraag en aanbod. De meerwaarde van het eindproduct ligt bij de brede inventarisatie van de diverse factoren die een rol spelen bij het tot stand komen van een doorverwijzing.

Bij de ontwikkeling van het eindproduct is de haalbaarheid een continue afweging geweest bij het maken van keuzes ten aanzien van aanbevelingen en suggesties. De toepasbaarheid van de diverse aanbevelingen wordt vergroot door gebruik te maken van mogelijkheden en faciliteiten van het team van de Emiliehoeve en van Parnassia psycho-medisch centrum.

Zoals in de aanbevelingsbrief aan het management van de Emiliehoeve al vermeld wordt, werkt het gebruik maken van mogelijkheden en faciliteiten op velerlei gebied kostenbesparend en wordt de haalbaarheid van het implementeren van de aanbevelingen vergroot.

Door middel van de aanbevelingsbrief aan het management van de Emiliehoeve denken wij een positieve bijdrage te leveren aan de ontwikkeling en professionalisering van het beleid ten aanzien van de doorverwijzing van toekomstige cliënten van de Emiliehoeve en van het beroep van de SPH'er werkzaam in het circuit verslavingszorg.

8.2 Ons project in het licht van opleidingskwalificaties

Segment 1: De competentie van de SPH'er met betrekking tot de hulp en dienstverlening aan en ten behoeve van cliënten.

Binnen segment 1 van de opleidingskwalificaties denken wij te voldoen aan deelkwalificatie 2.

Deze luidt: "programma's ontwerpen voor hulp- en dienstverlening in situaties die gekenmerkt worden door complexe problematiek en hulpvragen, afgestemd op de behoeftes en mogelijkheden van de cliënt".

Door het doen van aanbevelingen ten aanzien van het traject van doorverwijzing en van het huidige behandelaanbod van de Emiliehoeve, denken wij een betere afstemming te bereiken van zorgvraag en behandelaanbod.

Het beter afstemmen van vraag en aanbod heeft een preventieve werking. Met preventief doelen wij op het voorkomen van problemen die kunnen ontstaan door verkeerde doorverwijzingen. Je kunt hierbij denken aan het vroegtijdig beëindigen van de behandeling omdat de draagkracht van de cliënt

en de draaglast van de behandeling niet in evenwicht zijn. De problematiek ten aanzien van drugverslaving kenmerkt zich steeds meer door een “dubbele problematiek”. Deze complexe problematiek behoeft specifieke zorg.

Wij denken tevens te voldoen aan deelkwalificatie 15. Deze luidt: “De noodzaak signaleren van preventieve activiteiten ten behoeve van bepaalde (groepen) cliënten en deze plannen en vormgeven, al dan niet in de context van reeds bestaande vormen van hulp- en dienstverlening”

Deze deelkwalificatie staat in het teken van hulp- en dienstverlening aan- en ten behoeve van cliënten en valt ook onder segment 1.

Het verstrekken van informatie aan cliënten en verwijzers heeft een preventieve werking.

In de aanbevelingsbrief stellen wij dat concrete contra-indicaties, een duidelijke productomschrijving en het up to date maken en houden van voorlichtingsbrochures de kans op een ‘verkeerde’ doorverwijzing verkleind. Door de cliënt beter aan de voordeur te screenen wordt de mogelijkheid om vraag en aanbod op elkaar af te stemmen vergroot. Het doen van onderzoek naar de effectiviteit van de behandeling, veranderingen binnen de doelgroep en de gevolgen van langdurig alcohol/drugsgebruik kan een preventieve werking hebben. Gegevens vanuit deze onderzoeken kunnen gebruikt worden om de methodieken bij te stellen en deze beter aan te laten sluiten op de doelgroep.

Segment 2: De competentie van de SPH’er met betrekking tot het werken binnen en vanuit een zorginstelling of hulpverleningsorganisatie

Binnen segment 2 van de opleidingskwalificaties denken wij te voldoen aan deelkwalificatie 16.

Deze luidt: “een bijdrage leveren aan de ontwikkeling en vernieuwing van de instellingsmethodiek, door beroepsrelevante ontwikkelingen in de samenleving en in de zorg in kaart te brengen en te analyseren en aanzetten te geven die leiden tot verbetering van beleid en werkwijzen met betrekking tot de hulp- en dienstverlening binnen en vanuit de organisatie”.

Wij hebben met het maken van onze aanbevelingen rekening gehouden met verschillende zaken zoals de ontwikkelingen binnen het zorgstelsel en het veranderen van de doelgroep.

De effectiviteit van het product vergroot de overlevingskansen van de afdeling.

We hebben gekeken naar de huidige methodieken zoals deze worden toegepast op de Emiliehoeve en hebben zo duidelijk mogelijk in kaart gebracht waar aanpassingen noodzakelijk zijn.

Het ontwikkelen van een diagnostische fase binnen de behandeling kan een grote bijdrage leveren aan diagnostiek.

De implementatie van verschillende diagnostische instrumenten maken het mogelijk om de behandelvraag en het behandel aanbod beter op elkaar af te stemmen.

Bijlage



Afdeling Emiliehoeve
Locatiecode BB 140
Telefoon 070-3916992
Fax 070-3916407
E-mail Sprewb@parnassia.nl
Uw kenmerk
Ons kenmerk
Onderwerp Afstemming vraag en aanbod
C.c.
Bijlagen
Den Haag Oktober 2004

Opdracht voor Jaap Luijkenaar en Arie van der Meer.

Binnenkort gaat de toeleiding van cliënten naar afdelingen binnen het Circuit Verslavingszorg veranderen. Tot nu toe gebeurde dat altijd via de afdeling Toeleiding die een ASI afnam en mensen screende. Uiteindelijk kwamen ze dan na verloop van tijd via de Detox drugs of het Motivatiecentrum naar ons toe.

De verandering die er aan gaat komen is dat wij, de afdeling, zelf de intake gaan verzorgen. We moeten dus nu zelf gaan bedenken hoe onze cliënten door de intakeprocedure heen moeten gaan. Er is een intakeset die afgenomen moet worden bij elke cliënt, maar er is natuurlijk veel meer omheen te doen. Het betekent dat er op een goede manier gescreend zal moeten worden en dat zal de vraag naar jullie toe worden:

“Onderzoek en ontwikkel een intakeprocedure volgens de richtlijnen die opgesteld zijn door het verslavingscircuit van Parnassia”

Wij hebben als afdeling vaak kritiek gehad op de in onze ogen verkeerde verwijzingen. Wij vonden dat er niet goed gekeken werd naar welke cliënten er geschikt zijn voor de Emiliehoeve, omdat er te weinig kennis over onze afdeling bestond. Er is nu een uitgelezen kans om het op een goede, doordachte manier te ontwikkelen en neer te zetten. De uitdaging zit er in om het niet afhankelijk te maken van de persoon die het doet, maar het moet een op zichzelf staande procedure worden.

Barbara van Sprèw
Jolande Verweij

AMT Therapeutische Gemeenschap Emiliehoeve

Geraadpleegde literatuur en bronnen

Literatuur

- Baarda, D.B en M.P.M. de Goede en J. Teunissen (2001). *Basisboek Kwalitatief onderzoek*. Groningen: Wolters-Noordhof.
- Broeckaert E., Bracke R., Calle D., Cogo A., van der Straeten G., Bradt H. (1996). *De nieuwe therapeutische gemeenschap*. Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Bree, Jaska, de. (2001). *Grondslagen SPH*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Fridel Mats en Margareta Nilson (2004). Comorbiditeit – Drugsgebruik en psychische stoornissen. *Drugs in beeld, Briefing van het Europees waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving 2004*, pg. 3.
- Goleman, Daniel (2003). *Emotionele intelligentie; Emoties als sleutel tot succes*. Olympus.
- Kinable, Hilde (2003) Measuring “addiction” in Europe: clinical, sociological, cultural and policy aspects of the Addiction Severity Index (ASI) and other international instruments. *VAD, maart-april 2003*, pg. 17, 18, 19.
- Kooyman, Martien (1992). *The therapeutic community for addicts: parent involvement and treatment outcome*. Universiteit Rotterdam: Universiteitsdrukkerij Erasmus.
- Neeteson, K (1994). *Verslaving aan harddrugs*. Kampen: Kok.
- Nes, Hans, van. (2004). *Verslaafden*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Peteghem, Mieke, van (2004). De Europ-ASI in de alcohol en drugshulpverlening. *VAD, januari juni 2004*, pg. 16, 17.
- Project team Dubbele Diagnose Parnassia (2003) *Dubbele Diagnose, Dubbele hulp; Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling*
- Rademakers, Huub (2004). *Marketing is in de gezondheidszorg geen vies woord meer*. Stuifmail extra.
- Roos, Sijtze, de. (2001). *Diagnostiek en planning in de hulpverlening: een dynamische cyclus*. Bussum: Coutinhou.
- Steiner, Claude en Paul Perry (1979). *Emotional Literacy; Intelligence with a Heart*. Avon Books.
- Vandereycken W, Deth R (2004). *psychiatrie, van diagnose tot behandeling*. Houten: van Bohn Stafleu Van Longhum.

Internet

- Anoniem. *Addiction Severity Index (ASI)*. URL:
http://www.niaaa.nih.gov/publications/Assesing%20Alcohol/InstrumentPDFs/04_ASI.pdf
Beschikbaar: 30 januari 2005.
- Parnassia psycho-medisch centrum. *Verslavingszorg - Klinische voorzieningen*. URL:
[http://www.parnassia.nl/publiek/over_parnassia/Organisatieschema/Verslavingszorg/zorgaanbod klinisch](http://www.parnassia.nl/publiek/over_parnassia/Organisatieschema/Verslavingszorg/zorgaanbod_klinisch)
Beschikbaar: 30 januari 2005.

Anoniem. *Brancherapport GGZ*. URL:

http://www.brancherapporten.minvws.nl/object_binary/minvws_branche_ggz_mz_00_03.pdf

Beschikbaar: 06 februari 2005.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *DBC's in de GGZ*. URL:

<http://www.minvws.nl/dossiers/dbc/specialistische-informatie-over-dbc's/dbc's-in-de-ggz/default.asp>

Beschikbaar: 28 februari 2005.

Anoniem. *Stand van de drugsproblematiek in de Europese unie en Noorwegen; Jaarverslag 2004*. URL:

<http://annualreport.emcdda.eu.int/download/ar2004-nl.pdf>

Beschikbaar: 30 januari 2005.

Ministerie van Volksgezondheid. *GGZ-MZ: Feiten en cijfers*. URL:

http://www.brancherapporten.minvws.nl/object_document/o465n338.html

Beschikbaar: 06 februari 2005.

Anoniem. *Nationale Drugmonitor; jaarbericht 2003*. URL:

<http://www.trimbos.nl/Downloads/Producten/NDM%202003.pdf>

Beschikbaar: 06 februari 2005.

Parnassia psycho-medisch centrum. *Bedrijfsplan 2004 –2006*. URL:

http://www.parnassia.nl/files/bedrijfsplan2004_06.pdf

Beschikbaar: 23 januari 2005.

Parnassia psycho-medisch centrum. *Toeleiding; informatie voor cliënten*. URL:

http://www.parnassia.nl/files/vers187_cl_toeleiding.pdf

Beschikbaar: 23 januari 2005.

Anoniem. *Verslag EuropeASI –conferentie*. URL:

http://www.desleutel.be/files/verslag_europasiconferentie.pdf

Beschikbaar: 30 januari 2005.

Anoniem. *Een nieuw instrument voor meten aan de voordeur van de verslavingszorg, Notitie ter informatie over de ontwikkeling van MATE*. URL:

<http://www.beta.nl/mate/matenotitie.html>

Beschikbaar: 28 februari 2005.

Interne publicaties

Sprèw, Barbara, van (2005). *afdelingsplan Emiliehoeve; circuit verslavingszorg, versie 4.1*.

Wetenschappelijk onderzoek Parnassia (2004). *Is onze zorg ook uw vraag?; GGZ Thermometer voor waardering cliënten*. Parnassia, psycho-medisch centrum.

Productcatalogus Verslavingszorg Parnassia (2001) *Van verslavingszorg naar verslavingsaanpak*. Parnassia, psycho-medisch centrum.

VRAAG - AANBOD



Het product

J.L.H. Luijkenaar – A. van der Meer

**Sociaal Pedagogische Hulpverlening
2005**

**Projectbegeleidster B. Fontaine
Medebeoordelaar S. Rosenbaum**

VRAAG — AANBOD

Het product

J.L.H. Luijkenaar
SPH-dt 4b
Studentnummer: 20020948

A. van der Meer
SPH-dt 4b
Studentnummer: 20024567

Sociaal Pedagogische Hulpverlening
2005

Projectbegeleidster B. Fontaine
Medebeoordelaar S. Rosenbaum

uw vraag is onze zorg

Afdeling Emiliehoeve
Locatiecode BB 140
Telefoon 070-3916992
Fax 070-3916407
E-mail luijkj@parnassia.nl
 meera1@parnassia.nl
Uw kenmerk
Ons kenmerk
Onderwerp Afstemming vraag en aanbod
C.c.
Bijlagen
Den Haag 21 april 2005

Geacht AMT,

Medio oktober 2004 deed u ons het verzoek om een intakeprocedure te onderzoeken en te ontwikkelen. In een bijeenkomst waarin u dit verzoek toelichtte deelde u met ons de zorg dat de Emiliehoeve in toenemende mate geconfronteerd werd met “verkeerde” doorverwijzingen. Dit idee werd versterkt door signalen vanuit het team en een toename van het aantal cliënten dat voortijdig de behandeling beëindigde. De afdeling werd in toenemende mate geconfronteerd met cliënten waarbij een psychiatrische problematiek meer op de voorgrond bleek te staan dan een verslavingsproblematiek. Het begeleiden van deze cliëntengroep bleek binnen de Therapeutische Gemeenschap de Emiliehoeve niet mogelijk. Het niet kunnen begeleiden en het niet kunnen doorverwijzen van deze cliënten naar andere behandelafdelingen resulteerde veelal in het beëindigen van de behandeling en had tot gevolg dat de cliënt op straat stond.

Op basis van dit gesprek en het daarop volgende verzoek zijn wij de huidige intakeprocedure onder de loep gaan nemen. Hierbij zijn wij stapsgewijs teruggegaan in het traject van doorverwijzing. Wij hebben de rol van de Toeleiding Verslavingszorg, de rol van doorverwijzende afdelingen, de rol van de Emiliehoeve en de indicerende instrumenten onder de loep genomen.

Naar aanleiding van onze zoektocht kwamen wij tot de conclusie dat de oplossing voor de “verkeerde” doorverwijzingen niet ligt in het ontwikkelen van een nieuwe intakeprocedure. Bovendien bleek het ontwikkelen van een waterdicht systeem niet haalbaar.

Er bleken wel diverse factoren een rol te spelen bij het tot stand komen van een doorverwijzing. Voor het afstemmen van vraag en aanbod blijken er zowel binnen het behandelaanbod als ook binnen het huidige systeem van doorverwijzing diverse aanpassingen noodzakelijk te zijn.

Onze eerste conclusie is dat het behandelaanbod van de Emiliehoeve nog sterk aanbodgericht is en weinig ruimte biedt tot een individuele, vraaggerichte benadering.

De aanbeveling is om binnen het basisaanbod mogelijkheden te creëren tot een individuelere begeleiding. De aanbeveling is gebaseerd op het gegeven dat de doelgroep verandert. Deze verandering kenmerkt zich door een jongere doelgroep al dan niet in combinatie met een complexe problematiek.

uw vraag is onze zorg

Om mogelijkheden te creëren tot een individuelere begeleiding is ons advies om te schuiven met taken en verantwoordelijkheden binnen het team van de Emiliehoeve. In de huidige constructie is iedere behandelmedewerker verantwoordelijk voor het gehele proces binnen de TG. Dit betekent een overlap in taken en verantwoordelijkheden. Door een duidelijke verdeling te maken tussen behandelmedewerkers die het groepsdynamische proces aansturen en behandelmedewerkers die individuele processen bewaken en begeleiden wordt er binnen het huidige behandelaanbod en de huidige personele bezetting ruimte gecreëerd. Om het individueel proces en het groepsproces parallel te laten verlopen is een duidelijke communicatie essentieel. Een middel om dit te bewerkstelligen is om beide processen te bespreken in de wekelijkse klinische vergadering.

De volgende conclusie is dat de informatie zoals beschreven in de huidige productomschrijving niet voldoende geconcretiseerd is. De informatiefolder van de Emiliehoeve is niet meer up to date en de interne brochure is sterk verouderd. De contra-indicaties voor opname zijn weliswaar op de website van Parnassia psycho-medisch centrum te lezen, deze zijn echter voor derden slecht toegankelijk. Bovendien zijn de contra-indicaties slechts globaal beschreven en zijn deze niet in protocollen op de afdeling aanwezig.

De aanbeveling is om de informatie te bundelen en het toegankelijk te maken voor cliënten, verwijzers en medewerkers op de afdeling. Bovendien zal de informatie up to date gemaakt (en gehouden) moeten worden en concreter beschreven moeten worden.

Dit betekent dat de informatie gebundeld moet worden in de productomschrijving. In plaats van de behandeling in algemene termen te beschrijven moet de huidige productomschrijving geactualiseerd en aangevuld worden met duidelijke eindtermen van de behandeling en concrete contra-indicaties voor opname. Om hier een eigen interpretatie te voorkomen is het zaak om relatie tussen de contra-indicaties en de behandeling op de Emiliehoeve te omschrijven. De huidige informatiefolder van de Emiliehoeve moet eveneens up to date gemaakt worden. De folder moet een afgeleide zijn van de productomschrijving. Door gebruik te maken van de diverse afdelingen van Parnassia psycho-medisch centrum zoals het grafische centrum en het informatie centrum kunnen kosten gereduceerd worden. Aanvullende kosten voor de aanpassingen van het informatiemateriaal zullen meegenomen moeten worden in de jaarlijkse begroting.

De derde conclusie is dat er niet voldoende (actueel) onderzoek gedaan wordt naar de effectiviteit van de behandeling. De laatste onderzoeksgegevens betreffende effectiviteit van de behandeling dateren uit 1986. Om te kunnen bepalen of het behandelaanbod blijft aansluiten bij de behandelvraag zal er onderzoek gedaan moeten worden.

Dit betekent dat er met regelmaat onderzoek gedaan moet worden naar veranderingen in de doelgroep en bijvoorbeeld naar de in- en uitstroom van cliënten. Met behulp van onderzoeksgegevens kan de behandeling (waar nodig) bijgestuurd worden. Bovendien kunnen deze onderzoeksgegevens gebruikt worden om de behandeling in de richting van de zorgverzekeraar te legitimeren. De onderzoeksgegevens kunnen ook bijdragen aan het formuleren van de grenzen en mogelijkheden van de behandeling. Het doen van onderzoek moet een terugkerend onderdeel zijn van het afdelingsbeleid.

Met behulp van het Parnassia Addiction Research Centre (PARC) kan er onderzoek gedaan worden naar veranderingen in de doelgroep en effecten van langdurig druggebruik. Om de kosten hiervan te verdelen kan er een samenwerkingsconvenant afgesloten worden met andere afdelingen van het circuit verslavingszorg. Op de Emiliehoeve kunnen gegevens vastgelegd worden over de in- en uitstroom van cliënten, redenen van voortijdige beëindiging van de behandeling en gegevens betreffende de doorverwijzende afdeling.

uw vraag is onze zorg

Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van de bestaande cliëntregistratiesystemen (bijv. Psygis). *De vierde conclusie* is dat voorafgaande aan een opname op de Emiliehoeve de problematiek van de cliënt niet voldoende geïnventariseerd wordt. De ASI legt niet de link tussen de problematiek van de cliënt en de mogelijkheden van de behandelafdeling. Bovendien toetst de ASI niet de aan- /afwezigheid van een psychiatrische stoornis. Het gebruik van de DSM IV classificatie beperkt zich tot het beschrijven van de verslavingsproblematiek van de cliënt. Inventarisatie van de aan- /afwezigheid van een psychiatrische stoornis is geen onderdeel van de intakeprocedure op de Emiliehoeve. Bovendien wordt de ASI gedurende de behandeling niet nogmaals afgenomen.

Het niet toetsen van de aan- /afwezigheid van een psychiatrische stoornis voorafgaande aan- of in een vroeg stadium van de behandeling vergroot de kans op drop-out. Om de behandelvraag en het behandel aanbod zo goed mogelijk op elkaar te kunnen afstemmen moet de problematiek van de cliënt zo volledig mogelijk geïnventariseerd worden. Om vraag en aanbod meer op elkaar af te stemmen en de drop-out te beperken moet er gebruik gemaakt worden van meerdere diagnostische instrumenten. Met het afnemen van een tweede (of derde) ASI gedurende de behandeling kan een klachtenreductie geïnventariseerd worden en kan het behandel aanbod aangepast worden aan de actuele situatie van de cliënt.”

Een aanbeveling is om gebruik te maken van bijvoorbeeld de MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview). Uit het onderzoek *Dubbele diagnose, dubbele hulp* (2003) blijkt dat dit instrument toepasbaar is binnen de verslavingszorg en dat het een goede aanvulling is op de ASI. De MINI behoeft relatief weinig training, is kort en eenvoudig door HBO behandelmedewerkers af te nemen. Het instrument wordt al toegepast binnen de psychiatrie om een dubbele problematiek te inventariseren. De training tot het afnemen van de MINI kan verzorgd worden door de Parnassia school.

Een andere aanbeveling is om een diagnostische fase te implementeren in de behandeling. Deze fase wordt gekenmerkt door kennismaking en diagnostiek. In deze fase kan de cliënt kennis maken met de behandeling en vice versa. Bovendien kan in deze fase op basis van observatie geconcludeerd worden of de behandeling past bij de mogelijkheden van de cliënt. Een consult bij de psychiater van het circuit verslavingszorg wordt onderdeel van de intakeprocedure. Doel van het consult is om met behulp van de observatiegegevens een behandeladvies en bejegeningadvies te verkrijgen. Het advies is om twee behandelmedewerkers deze fase te laten begeleiden. De voorkeur gaat uit naar één behandelmedewerker die zich voornamelijk richt op de intake en toeleidingsprocedure en één behandelmedewerker die zich voornamelijk richt op het functioneren van het individu binnen de cliëntengroep.

De laatste conclusie is dat er geen duidelijk en bindend samenwerkingsverband is tussen de Emiliehoeve en de doorverwijzende instanties/afdelingen. Bovendien zijn de diverse afdelingen niet voldoende op de hoogte van elkaars methodieken en visies. Informatie met betrekking tot de cliënt blijft veelal binnen de muren van de doorverwijzende instanties/afdelingen.

De aanbeveling is dat er sprake moet zijn van een bindend samenwerkingsverband waarin het toetsen van de indicatiestelling door de doorverwijzende afdeling, zoals gedaan door de Toeleiding Verslavingszorg, een onderdeel is. Een ander onderdeel van dit convenant is een zogenaamde “terugplaats garantie”. Na opname op de Emiliehoeve kan een cliënt teruggeplaatst worden op de doorverwijzende afdeling en/of terugverwezen worden naar de Toeleiding Verslavingszorg. De Emiliehoeve heeft de taak om een schriftelijke overdracht te verzorgen waarin de beperkingen van de cliënt met betrekking tot de behandeling beschreven worden. De termijn waarbinnen de terugplaatsing kan plaatsvinden is maximaal vier weken. Voor de doorverwijzende afdeling betekent dit dat er een

uw vraag is onze zorg

“crisisbed” op de afdeling beschikbaar moet zijn. In het convenant kunnen ook afspraken over het afstemmen van de visies en methodieken van de diverse afdelingen vastgelegd worden.

Tot slot rest ons om te benadrukken dat voor het slagen van de opzet *het afstemmen van vraag en aanbod* een verbinding tussen bovenstaande aanbevelingen essentieel is. In onze optiek is het dan ook niet zozeer zaak *wie wat moet doen* maar meer een zaak van *het samen doen*. Het afstemmen van vraag en aanbod is een gezamenlijk doel dat zowel de diverse afdelingen als ook de cliënt ten goede komt.

Binnen de behandeling op de Emiliehoeve benadrukken wij dat de cliëntengroep een systeem is. Van en met elkaar leren, bewust zijn van elkaars mogelijkheden (en beperkingen) en gebruik maken van elkaars mogelijkheden is naar ons idee de kracht van de Therapeutische Gemeenschap en biedt cliënten een kans op succes. Dezelfde formule is volgens ons ook van toepassing op de organisatie en biedt ook hier kans op succes.

Met vriendelijke groet,

J.H.L. Luijkenaar

A van der Meer