

## **De particuliere praktijk: een eigen plek in de verslavingszorg?**

Reini Elkerbout \*

Elly Helsloot \*

### *Inhoud*

1. Inleiding
  2. Historie
  3. Consistent als organisatie
    - 3.1. Samenwerking
    - 3.2. Kwaliteitsborging
  4. Cliënten
  5. Behandelmethoden
    - 5.1 Behandeling van werknemers
  6. Kenmerken van de kleinschalige particuliere praktijk
    - 6.1. De eerste afspraak binnen een week
    - 6.2. Het bieden van behandeling op maat
    - 6.3. Behandeling van partner, ouders of kinderen van verslaafden
    - 6.4. Behandeling in een anonieme omgeving, zonder wachtkamer
    - 6.5. Duidelijke overzichtelijke procedure
    - 6.6. Direct overleg met de verwijzer en eventuele andere behandelaars
    - 6.7. Persoonlijke werkwijze
    - 6.8. Behandeling van alle verslavingen
  7. Motieven van cliënten die kiezen voor een kleinschalige particuliere praktijk
  8. Conclusie
- Literatuur

Reini Elkerbout en Elly Helsloot zijn twee van de oprichters van Consistent, particuliere verslavingspraktijk. Voorheen

waren ze als maatschappelijk werker verbonden aan het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs te Haarlem.

## **1. Inleiding**

Tien jaar geleden startten de auteurs een particuliere praktijk voor de behandeling van verslavingsproblemen, onder de naam Consistent. Na vijftien tot twintig jaar werken in de reguliere verslavingszorg, (waar zich een ontwikkeling naar grootschaligheid voltrok) waren er meerdere argumenten om een kleinschalige hulpverleningsvorm te creëren. De argumenten waren duidelijk, maar in de praktijk zou moeten blijken of een dergelijk aanbod levensvatbaar zou zijn. Inmiddels is Consistent een volwaardige praktijk die zijn bestaansrecht heeft bewezen.

Dit artikel beschrijft ontwikkelingen in de verslavingshulpverlening in de twintig jaar voorafgaand aan de oprichting van de praktijk en de stand van zaken tien jaar geleden. Daarmee worden de motieven om een particuliere praktijk te starten toegelicht.

Achtereenvolgens komen de organisatie, de praktische aspecten van de start, de huidige organisatie van de praktijk en de behandelmethodiek in grote lijnen aan de orde.

De kenmerken van de kleinschalige particuliere praktijk worden beschreven. Er wordt aandacht besteed aan een door Consistent ontwikkelde behandelvorm voor werknemers die disfunctioneren als gevolg van verslavingsproblemen. Met name het werken met een drie-partijencontract tussen werkgever, werknemer en therapeut wordt belicht.

De cliënten die in de afgelopen jaren in de praktijk behandeld zijn, behoren niet tot één bepaalde doelgroep. Beschreven wordt met welke motieven cliënten zich tot een particuliere praktijk wenden en niet tot de gesubsidieerde hulpverlening.

Met dit artikel onderbouwen we vanuit onze ervaring in de afgelopen tien jaar de overtuiging dat kleinschalige particuliere praktijken een zinvol, effectief behandelaanbod kunnen bieden naast grootschalige reguliere instellingen in de verslavingszorg.

## **2. Historie**

De auteurs begonnen hun carrière als maatschappelijk werkers in de ambulante verslavingshulpverlening begin jaren 1970. In die tijd was de behandelmethodiek voor verslavingsproblemen sterk in ontwikkeling. De Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs hadden zojuist de Medisch Maatschappelijke Consultatiebureaus vervangen. Er was veel aandacht voor de psychische kant van verslaving. De rol van agogen bij de vaststelling en uitvoering van de behandeling werd groter, naast of in plaats van artsen verpleegkundigen en psychiaters. Er was veel discussie en strijd tussen agogen en medici. Nieuwe behandelmethodieken als Gestalttherapie, Bio-energetica en behandelvormen als systeemtherapie en groepsbehandeling vonden in de jaren 1970 –1990 in de verslavingshulpverlening ingang.

De gemiddelde cliënt was niet meer per definitie een alleenstaande man van zestig jaar aan wie iedereen kon zien dat hij alcoholist was. Er kwamen jongere cliënten, mensen die in gezinsverband leefden en werk hadden. Ook meldden zich steeds meer vrouwelijke cliënten. Zoals ook in andere hulpverleningsinstellingen werd vrouwenhulpverlening schoorvoetend ingevoerd. Er kwam een kliniek voor vrouwelijke verslaafden in Nederland. Hulpverlening aan verslaafden die voorheen bestond uit begeleiding, ondersteuning en het overnemen van de verantwoordelijkheid, werd therapie. Men ging geloven dat verandering mogelijk was. Verslaving werd niet langer gezien als een ziekte; mensen met

verslavingsproblemen werden in staat geacht de regie over hun leven terug te nemen.

Een andere belangrijke ontwikkeling eind jaren zestig was de opkomst van de softdrugs en later ook de harddrugs. CAD's richtten drugsafdelingen op, waar de behandeling vaak een sterk maatschappijkritisch karakter had. Er werd samengewerkt met alternatieve hulpverleningsinstellingen als JAC en Release. Er was een strikte scheiding tussen alcohol en drugsafdelingen. Cliënten met alcoholproblemen wilden niet geconfronteerd worden met drugsverslaafden. Hulpverleners van drugsafdelingen kozen meestal bewust voor deze groep verslaafden.

De hulpverleners bij de CAD's, overwegend maatschappelijk werkers, werden gestimuleerd zich te ontwikkelen tot veelzijdige therapeuten, die verschillende behandelmethodieken konden inzetten. Medewerkers werden royaal in staat gesteld opleidingen, supervisie en leertherapie te volgen. De voortgezette opleiding (VO) werd een voorwaarde om dit werk te kunnen doen.

Het was de bloeitijd van de behandeling van verslaafden.

Eind jaren tachtig vonden er grote veranderingen plaats in de dagelijkse praktijk van de hulpverlening bij de CAD's. De gevolgen hiervan zijn tot in deze tijd merkbaar. We noemen hier enkele van deze ontwikkelingen:

- Net als andere sectoren kende ook de verslavingszorg perioden van belangrijke bezuinigingen.
- De subsidiëring door de ministeries van Volksgezondheid en Justitie werd vervangen door Gemeentesubsidies.
- Drugsverslaafden zorgden voor steeds meer overlast voor de plaatselijke bevolking. De gemeente drong er als subsidiegever op aan dat de CAD's zich inzetten om deze overlast te bestrijden.

- De alcohol- en drugsafdeling werden samengevoegd met als oogmerk efficiënter te werken.
- Ambulante afdelingen, klinieken en poliklinieken fuseerden tot grootschalige instellingen voor verslavingszorg.
- Zowel binnen deze grote instellingen als in de samenwerking tussen de diverse instellingen werd steeds meer gewerkt met protocollen en standaardinstrumenten.

Door dit alles veranderde er veel in de dagelijkse praktijk van de hulpverlening bij de CAD's.

Terwijl tot dan toe iedere nieuwe cliënt binnen een week een eerste gesprek kreeg, werden nu wachtlijsten ingesteld.

Aanvankelijk was dit een tijdelijke maatregel, inmiddels vormen lange wachttijden een gegeven. Hulpverleners die zich ontwikkeld hadden tot veelzijdige therapeuten en die gewend waren al in het eerste gesprek zelf de richting van de behandeling te bepalen, moesten gaan werken volgens intakeprotocollen die het hulpverleningsproces meestal vertraagden. Hulpverleners die zich gespecialiseerd hadden in alcohol- of drugsverslaving, moesten ook met de andere doelgroep, bij wie ze minder betrokkenheid hadden, gaan werken. Alcoholverslaafden die vaak een andere achtergrond hebben dan drugsverslaafden en zich niet willen identificeren met deze groep, zaten met drugsverslaafden in dezelfde wachtkamer. Hulpverleners die gewerkt hadden met cliënten die gemotiveerd waren tot verandering, moesten harddrugsverslaafden begeleiden met het doel maatschappelijke overlast te voorkomen.

Het was bekend dat slechts een klein deel van de mensen met verslavingsproblemen de stap naar de hulpverlening maakte. Schaamte en angst om bekenden tegen te komen speelden hierbij een grote rol. De bovengenoemde ontwikkelingen werkten in onze opvatting eerder drempelverhogend dan drempelverlagend. Bovendien ontvingen we verzoeken van

bedrijfsartsen om werknemers privé te behandelen. Binnen de CAD's werd al jaren gepraat over een aanbod aan bedrijven. Hoewel men op de hoogte was van het feit dat overmatig gebruik van alcohol en andere drugs gevolgen heeft voor het functioneren van werknemers, het ziekteverzuim en bedrijfsongevallen, lukte het niet tot een concreet aanbod aan bedrijven te komen.

Al deze ontwikkelingen vormden voor de auteurs een belangrijke motivatie voor het oprichten van een particuliere praktijk.

### **3. Consistent als organisatie**

Nadat het besluit genomen was een particuliere praktijk op te richten, werd praktijkruimte vrijgemaakt in Hoofddorp en in Haarlem. Consistent werd ingeschreven bij de Kamer van Koophandel als Vennootschap onder Firma. Met behulp van een reclamebureau werd een naam bedacht die moest staan voor een duurzame en betrouwbare aanpak: 'Consistent'. Er werd een brochure gemaakt met een aanbod voor particulieren en bedrijven. Belangrijke voorwaarden waren en zijn nog steeds het werken zonder wachtlijst en het bieden van een goede telefonische bereikbaarheid. Een groot aantal huisartsenpraktijken werd bezocht en er werd contact gelegd met grote bedrijven. We leerden onszelf en onze deskundigheid te profileren door reclame te maken. Naast hulpverlener werden we ondernemer.

Vanaf de start was de praktijk redelijk succesvol. Direct na het informeren van de huisartsen meldde zich een aantal cliënten. Tot op heden groeit het aantal cliëntcontacten langzaam maar zeker en zijn huisartsen nog steeds de grootste verwijzers. Cliënten blijken over het algemeen zeer gemotiveerd te zijn. Een afspraak wordt binnen een week gerealiseerd en kan ook buiten

kantoortijd plaatsvinden. Cliënten die niet komen opdagen worden direct benaderd met de vraag naar hun motieven. Zij worden gestimuleerd de behandeling voort te zetten of goed af te sluiten. Ook telefonische consulten zijn mogelijk. Slechts een klein deel van de particuliere cliënten krijgt de behandeling vergoed. Dat is nadelig omdat sommigen om die reden niet in behandeling komen. Er zijn echter ook voordelen verbonden aan het feit dat cliënten de behandeling zelf betalen. Het verhoogt de motivatie en het betekent voor cliënten meer gelijkwaardigheid in de hulpverleningsrelatie. Voor een aanzienlijk deel van de cliënten blijkt het gegeven dat men zelf moet betalen geen bezwaar te zijn. Het zijn vooral de verwijzers die er moeite mee hebben dat een cliënt in een particuliere praktijk zelf betaalt.

### 3.1. *Samenwerking*

In de loop van de tijd hebben we contact gelegd met verslavingsklinieken, psychiatrische poliklinieken, Riaggs en CAD's. Verwijzen naar en overleggen met andere hulpverleners uit het particuliere circuit verloopt soepel. Op het gebied van verslaving bestaan voor zover wij weten naast enkele individuele therapeuten alleen commerciële initiatieven vanuit de reguliere zorg. We proberen contact te leggen en te onderhouden met deze praktijken. Verdere samenwerking zou zinvol zijn. De samenwerking met gesubsidieerde instellingen is soms gecompliceerd als gevolg van rigide hantering van procedures en protocollen. Als er samenwerking op gang komt blijken beide behandelvormen niet strijdig maar eerder complementair te zijn. Voor crisis- en detoxopnames verwijzen we naar de reguliere instellingen of naar klinieken in het buitenland.

Vanwege de medische aspecten van verslaving is samenwerking met huisartsen van groot belang. De huisarts wordt schriftelijk

op de hoogte gesteld van aanmelding en afsluiting van de behandeling.

Naast de behandeling van particulieren is een aanbod aan bedrijven ontwikkeld. De behandeling van werknemers met verslavingsproblemen in nauwe samenwerking met bedrijfsarts of bedrijfsmaatschappelijk werker blijkt aan te slaan.

### 3.3. *Kwaliteitsborging*

De kwaliteit wordt gewaarborgd door het lidmaatschap van de Vereniging van Vrijgevestigd Maatschappelijk Werkers en de verplichte inschrijving in het Beroepsregister van de Nederlandse Vereniging voor Maatschappelijk Werkers. Vrijgevestigd maatschappelijk werkers hebben een eigen verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid. Het Beroepsregister stelt eisen aan deskundigheidsbevordering en supervisie. De vereniging kent een tuchtrechtprocedure en stelt voorwaarden op het gebied van bedrijfsvoering, dossiervorming en beroepsaansprakelijkheidsverzekering. Aan het begin van de behandeling wordt met de cliënt afspraken gemaakt ten aanzien van het behandeldoel en behandelwijze.

## **4. Cliënten**

Bij het 10-jarig bestaan in april 2002 werd een inventarisatie gemaakt van het aantal cliënten en cliëntcontacten in onze praktijk. Er zijn in die periode 454 cliënten ingeschreven: 296 mannen en 158 vrouwen. Daarvan waren 299 alcoholverslaafden, 22 polygebruikers, 20 gokverslaafden, 17 cocaïneverslaafden, 11 nicotineverslaafden, 8 mensen met eetproblemen, 50 partners, ouders en kinderen van verslaafden. Er werden slechts 6 cliënten met medicijnverslaving behandeld.



Het aantal cliëntcontacten liep in 10 jaar op van 100 naar 800 per jaar. In 2002 waren er 881 cliëntcontacten, en werden er 83 nieuwe cliënten ingeschreven. In tegenstelling met de verwachting dat het grootste deel van de cliënten uit de eigen regio zou komen blijkt het aantal cliënten van buiten de regio groot. De reistijd is blijkbaar geen probleem voor cliënten als ze voor een particuliere behandeling kiezen.

De behandeling bestaat uit individuele of relatiegesprekken van een uur. Gemiddeld heeft een cliënt 20 consulten. De eerst 5 à 10 gesprekken vinden wekelijks plaats, daarna worden de tussenpozen verlengd. Op deze wijze wordt een contact vaak pas na een jaar afgesloten.

## **5. Behandelmethoden**

Consistent heeft een behandelaanbod voor alle mensen met verslavingsproblemen, behalve heroïne. Het doel is vooral de mensen te bereiken waar geen aanbod voor is of die van het bestaande aanbod in de reguliere sector geen gebruik willen of kunnen maken. Het uitgangspunt is dat een effectieve behandeling van verslaafden gebruik maakt van het moment dat de persoon een zekere mate van motivatie heeft. Tijdens de behandelperiode zal de therapeut al het mogelijke doen om deze motivatie te versterken.

Verslaving is de verantwoordelijkheid van de cliënt zelf, maar is ook het probleem van de omgeving, die er een aandeel in kan hebben. Om verandering te bereiken is het van belang deze omgeving (werk, gezin) mee te laten veranderen.

Verslaving is een complex probleem met biologische, psychologische en sociale facetten. Voor alle drie moet aandacht zijn in de behandeling. Ondersteuning met medicijnen is zinvol. Daarvoor werken we vaak samen met de huisarts. Het verstrekken van medicijnen zonder gesprekstherapie heeft vaak

niet het gewenste resultaat. Als de cliënt gestopt is met het verslavend middel wordt hij geconfronteerd met de achterliggende problematiek. Het vraagt veel kracht om niet terug te vallen. Het is belangrijk dat de cliënt ook naast de afgesproken sessies op moeilijke momenten steun kan zoeken bij zijn hulpverlener. Dit kan per telefoon of per e-mail. Opvallend is dat van dit aanbod geen misbruik wordt gemaakt. In de behandelmethode richten de hulpverleners zich zowel op de verslaving als op de achterliggende problematiek. Bij aanvang van de behandeling neemt de cliënt een besluit ten aanzien van het gebruik: stoppen of minderen. Vaak wordt medicatie geadviseerd, die na overleg wordt voorgeschreven door de huisarts. Tegelijkertijd wordt samen met de cliënt gezocht naar de functie van het verslavend gebruik. Onder meer door het maken van een overzicht met familiegegevens en het registreren van voor en nadelen van het gebruik ontstaat langzamerhand inzicht in de functie van de verslaving. Dit inzicht is nodig om een verandering in gang te kunnen zetten die maakt dat men het verslavend middel niet meer nodig heeft. Er wordt gewerkt vanuit een systeemtheoretisch denkkader. Partner, gezin en werkomgeving worden zo mogelijk bij de behandeling betrokken. Ook als dit niet mogelijk of geïndiceerd is, wordt rekening gehouden met de wisselwerking tussen de cliënt en zijn omgeving ten aanzien van het instandhouden van de verslaving. Er wordt gebruik gemaakt van methodieken uit de Transactionele Analyse, Gedragstherapie, Gestalt en Rationeel Emotieve Therapie.

### *5.1. Behandeling van werknemers*

Werknemers die disfunctioneren als gevolg van verslavingsproblematiek worden naar Consistent verwezen door

de bedrijfsarts, de personeelsfunctionaris of de leidinggevende. In veel gevallen speelt het probleem al geruime tijd. Overmatig gebruik van alcohol of andere verslavende middelen heeft grote gevolgen in de werksituatie. Te laat komen, ziekmelden, ruiken naar alcohol en het maken van fouten zijn veel voorkomende signalen. Het is moeilijk om een collega of ondergeschikte te confronteren met signalen van drankgebruik. Het is niet zeker of men gelijk heeft en men heeft het idee er in feite niets mee te maken te hebben, omdat het om iemands privé-leven gaat. Heel vaak wordt er wel over de betreffende persoon gesproken, maar niet mét hem of haar. De werkomgeving houdt, net als de gezinsleden, vaak ongewild het verslavingsprobleem in stand. Als het disfunctioneren als gevolg van het gebruik uiteindelijk grote vormen aanneemt of als de persoon zelf aangeeft een verslavingsprobleem te hebben, kan de werknemer worden verwezen naar Consistent. Als de werknemer bereid is hieraan mee te werken volgt er een aanmeldingsgesprek waarin de behandelmogelijkheden worden uitgelegd en de motivatie wordt ingeschat. Soms besluit de cliënt op eigen kosten de behandeling te starten. In de meeste gevallen betaalt de werkgever. Er wordt dan een drie-partijencontract opgesteld tussen werkgever, werknemer en therapeut. In een bespreking tussen deze drie partijen, waar ook de bedrijfsarts of bedrijfsmaatschappelijk werker bij aanwezig kan zijn, wordt open en duidelijk benoemd op welke wijze het verslavingsprobleem het functioneren in de werksituatie beïnvloedt. Het afdelingshoofd geeft aan welke signalen van verslaving in de werksituatie bekend zijn. De werknemer ontdekt meestal pas op dat moment dat zijn probleem veel meer is opgevallen dan hij dacht. De bespreking is confronterend voor zowel werkgever als werknemer, maar scheidt een stevige basis om de behandeling te starten. Het disfunctioneren als gevolg van het verslavingsprobleem wordt omschreven en er worden afspraken gemaakt op het gebied van behandeling en

werksituatie. De werknemer is bereid in behandeling te gaan. De werkgever geeft hem hiertoe de mogelijkheid door de behandeling te betalen en vaak ook werktijd ter beschikking te stellen. De therapeut verplicht zich de werkgever op de hoogte te stellen als de behandeling wordt afgebroken. Er worden afspraken gemaakt over ziekmelding en over de wijze waarop in de werksituatie wordt gereageerd op mogelijke vermoedens van alcoholgebruik. Dit alles heeft tot doel de werknemer te stimuleren zijn verslavingsprobleem aan te pakken en het instandhouden van dit probleem door de werkomgeving te doorbreken. Het spreekt vanzelf dat de werkgever nooit geïnformeerd wordt over de inhoud van de behandeling. Deze manier van werken maakt deel uit van een systeemgerichte werkwijze. De druk die uitgaat van de werksituatie is motiverend. Als de werknemer niet verandert zal immers op den duur ontslag volgen. Daarnaast ervaart hij het veelal als steunend dat de werkgever in hem wil investeren. Voor de werkgever betekent deze manier van werken dat hij duidelijkheid krijgt. Als de werknemer zijn verslavingsprobleem de baas wordt, heeft hij een goed functionerende werknemer terug. Als de werknemer niet verandert kan de werkgever de benodigde maatregelen nemen in het besef dat hij de mogelijkheid tot verandering heeft geboden. Bovenomschreven werkwijze is vooral effectief vanuit een particuliere praktijk, waar direct op de situatie kan worden ingesprongen en behandeling op maat kan worden verzorgd.

## **6. Kenmerken van de kleinschalige particuliere praktijk**

### *6.1. De eerste afspraak binnen een week*

Voor de behandeling van verslaafden is het snel kunnen realiseren van het aanmeldingsgesprek van groot belang. Het

moment dat een cliënt besluit hulp te zoeken is een beslissend moment. Hij wil de verslaving doorbreken omdat hij tegen de nadelen van zijn gebruik is aangelopen.

Wij zien cliënten

- waarvan de partner het verslavingsgedrag niet meer accepteert en besluit de relatie te beëindigen als er geen verandering optreedt.
- die door de werkgever zijn aangesproken op de gevolgen van het gebruik voor het functioneren in de werksituatie
- die zijn aangehouden wegens rijden onder invloed.
- die worden geconfronteerd met de lichamelijke gevolgen van het drankgebruik.

Het besluit om te veranderen is dan vooral een rationeel besluit: de cliënt wil af van de nadelen en ziet in dat hij het verslavingsprobleem moet aanpakken. De drang om te blijven gebruiken wordt iets naar de achtergrond verschoven, maar is bepaald niet verdwenen.

Als een verslaafde op dat moment geconfronteerd wordt met een wachttijd van meerdere weken voor behandeling, is de kans groot dat de verslaving wint en de motivatie tot veranderen afneemt. Mensen kunnen bij Consistent altijd binnen een week de eerste afspraak maken. De behandeling gaat direct van start, in feite al vanaf het moment van de telefonische aanmelding. In de praktijk blijkt het mogelijk te zijn zonder wachtlijst te werken. Er zijn drukke en rustige periodes. Er zijn geen vaste vergadertijden en het is mogelijk flexibel te zijn in de tijdbesteding. Als het aanbod van cliënten snel zou groeien, zullen er meer therapeuten worden ingezet.

## *6.2. Het bieden van behandeling op maat*

Bij aanvang van de behandeling zal de cliënt een besluit moeten nemen ten aanzien van het gebruik, bijvoorbeeld volledig te

stoppen of gecontroleerd te gebruiken. Het is belangrijk dat het een besluit is waar de cliënt helemaal achter staat. De therapeut geeft advies, de cliënt besluit. De therapeut helpt bij het zo concreet mogelijk formuleren van het doel. Wil de client stoppen dan spreken we een minimale periode af: bijvoorbeeld drie maanden of een jaar. Streeft hij naar gecontroleerd gebruik, dan is het belangrijk precies te omschrijven wat dat inhoudt. Zo wordt vastgelegd de maximale hoeveelheid die men per dag gebruikt, het aantal dagen in de week dat men gebruikt en in welke situaties men beslist niet moet gebruiken.

In de loop van de behandeling kan het doel, gebaseerd op de ervaring worden bijgesteld. Het komt nogal eens voor dat de cliënt eerst probeert gecontroleerd te drinken en dan ontdekt hoe hij hiermee de obsessie in stand houdt. Daarop kan hij overwegen een periode volledig te stoppen. Een tijd stoppen heeft als voordeel dat men eerder ontdekt waar het verslavend gebruik mee te maken heeft. Door zich bewust te worden van de momenten dat men behoefte heeft aan het middel kan vaak een link gelegd worden met de functie van het gebruik. Steeds weer wordt duidelijk dat elke cliënt anders is. Er zijn algemene patronen die je steeds weer terugziet, maar iedere cliënt maakt een individueel proces door in zijn aanpak van het verslavingsprobleem. Een effectieve behandeling sluit hierop aan en moet dus maatwerk zijn.

### *6.3. Behandeling van partner, ouders of kinderen van verslaafden.*

In het verre verleden werd alleen de verslaafde behandeld bij de CAD's. Als zijn echtgenote belde omdat ze zich met de situatie geen raad wist, dan kreeg ze uit privacy-overwegingen geen antwoord. Haar werd verder geen hulp aangeboden, vanuit het standpunt dat dit alleen mogelijk was als de client dat wilde.

Behandeling van de partner was vanuit dat standpunt eigenlijk niet aan de orde. Gesprekken samen met de partner stonden in dienst van de behandeling van de verslaafde client. Met de intrede van de systeemtherapie ontdekten hulpverleners het belang van het betrekken van partner, kinderen of ouders bij de behandeling. Ook kregen zij inzicht in de noodzaak voor partners om het eigen aandeel in het verslavingsgedrag te onderzoeken om vandaaruit te besluiten of en onder welke voorwaarden de relatie voortgezet kon worden. Partners werden individueel of in groepsverband behandeld. Helaas is bij veel CAD's deze doelgroep als gevolg van de bezuinigingen als eerste komen te vervallen. Bij Consistent hoort deze categorie expliciet tot de doelgroep. Vaak komen partners, ouders of kinderen zonder dat de verslaafde in behandeling is. Als de verslaafde zich op een bepaald moment aanmeldt wordt besproken welke behandelvorm (individueel, relatietherapie of afwisselend individueel of relatiegesprekken) het meest geïndiceerd is. Ook hier hanteren we geen algemene richtlijnen, maar bieden we behandeling op maat.

#### *6.4. Behandeling in een anonieme omgeving, zonder wachtkamer*

Voor de meeste cliënten is het een grote stap om hulp te vragen in verband met een verslavingsprobleem. Gevoelens van schaamte weerhouden veel cliënten van deze stap. Angst dat bekenden hen de hulpverleningsinstelling binnen zien gaan, of dat zij in de wachtkamer bekenden tegenkomen, kunnen drempelverhogend werken. Er worden veel persoonlijke gegevens genoteerd. Veel mensen zijn bang dat de informatie in verkeerde handen komt.

De praktijkruimte van Consistent bevindt zich in een woonhuis. Voor cliënten met schaamtegevoelens werkt deze 'neutrale' entree drempelverlagend. Cliënten worden vooraf ingelicht over

het feit dat er precies op tijd gewerkt wordt. Tussen de gesprekken wordt een kwartier ingepland, waardoor er geen kans is dat men anderen tegenkomt.

### *6.5.Duidelijke procedures*

Een nieuwe cliënt wordt tijdens het aanmeldingsgesprek geïnformeerd over de werkwijze. Als hij verwezen is door de werkgever of de bedrijfsarts wordt tijdens dit eerste gesprek uitgelegd wat het contract met de werkgever inhoudt. Hij kan dan nog besluiten of hij aan deze samenwerking wil meewerken. Dit gesprek dient tevens als eerste oriëntatie op de problemen en de mogelijkheden tot behandeling. Eventueel wordt de cliënt verwezen naar een andere instelling of therapeut. Er worden afspraken gemaakt over de behandelmethode en het doel van de behandeling. Er wordt niet gewerkt met vragenlijsten. De registratie wordt meestal beperkt tot het invullen van een aanmeldingsformulier met persoonsgegevens. Als de cliënt toestemming geeft wordt de huisarts schriftelijk geïnformeerd. Als de cliënt positief besluit wordt de behandeling in de regel voortgezet door de therapeut die het aanmeldingsgesprek heeft gevoerd. Tijdens de eerste gesprekken maken we een overzicht van familiegegevens. Hierbij worden de familiesituatie en de familiegeschiedenis inzichtelijk gemaakt. Altijd wordt genoteerd of en bij welke familieleden verslavingsproblematiek voorkomt. Deze gegevens kunnen helpen bij het begrijpen van de functie van het verslavend gebruik van de cliënt. De gegevens die op deze wijze genoteerd worden staan zo volledig ten dienste van de hulpverlening. Omdat er geen formele intake- of behandelbesprekingen zijn is het schriftelijk vastleggen van de problematiek en de achtergrondgegevens niet noodzakelijk. De therapeuten bespreken op elk gewenst tijdstip de cliënten en adviseren elkaar over de behandeling. In deze setting is hiervoor



geen speciale bespreking noodzakelijk. Zonodig wordt een psychiater, arts of een andere therapeut geconsulteerd.

#### *6.6. Direct overleg met de verwijzer en eventuele andere behandelaars*

Als er overleg nodig is met de verwijzer of een andere behandelaar gebeurt dit uitsluitend als de client toestemming geeft. Meestal vindt dit telefonisch plaats. De betreffende hulpverlener kan ook altijd telefonisch contact met de praktijk opnemen. Er wordt veel waarde gehecht aan een direct en gelijkwaardig overleg. Zo kan met de verwijzer besproken worden of verwijzing naar Consistent zinvol is of kan er overleg plaatsvinden over de aanpak van een crisis. Als er meerdere behandelaars in het spel zijn is het van belang de taken duidelijk af te bakenen. Niet de procedure staat voorop maar inhoud en slagvaardigheid.

#### *6.7. Persoonlijke werkwijze*

Een persoonlijke manier van werken is zowel prettig voor de cliënt en zijn veranderingsproces, als voor de arbeidsvreugde van de therapeut. De auteurs bleven het werken met verslaafden in de jaren dat ze bij het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs werkten als boeiend ervaren. Naarmate de reguliere instelling groter en meer bureaucratisch werd, was het moeilijker deze betrokkenheid vast te houden. Hulpverleners kregen een meer afstandelijke houding door het bestaan van wachtlijsten, waardoor een grote groep papieren cliënten ontstond. Tijdens intake en behandelvergaderingen moesten grote aantallen cliënten besproken worden. In een kleinschalige praktijk is het veel vanzelfsprekender betrokken te blijven bij de

cliënten. Er is geen wachtlijst. Als een cliënt belt kan hij direct een afspraak maken. Cliënten hebben als ze bellen altijd met één van de uitvoerend hulpverleners rechtstreeks contact. Tijdens gesprekken wordt geen telefoon aangenomen, maar direct na het gesprek wordt altijd degene die het antwoordapparaat heeft ingesproken direct teruggebeld. Als een cliënt niet verschijnt op het afgesproken tijdstip, wordt er telefonisch contact met hem opgenomen. Belt de cliënt tussendoor dan wordt hij altijd persoonlijk te woord gestaan. Als de cliënt een moeilijke periode doormaakt, bijvoorbeeld bij ambulante ontgiftiging of tijdens een terugval, is er vaak dagelijks telefonisch contact op vooraf afgesproken tijdstippen. Soms gebeurt dit in het weekend.

#### *6.8. Behandeling van alle verslavingen*

Met uitzondering van heroïne- en seksverslaving worden alle verslavingen behandeld. De praktijk is niet gebonden aan subsidieregels waardoor per geval bekeken kan worden of er voor de betreffende cliënt een behandelaanbod is. Zo worden naast alcohol- cocaïne- softdrugs- en gokverslaafden ook mensen met nicotineverslaving, eetverslaving of medicijnverslaving behandeld. Regelmatig melden zich cliënten die niet extreem gebruiken, maar zelf ervaren dat het gebruik kenmerken van verslaving vertoont. Deze mensen worden afgewezen bij de reguliere instellingen. Een verslavingsprobleem is goed te behandelen als men er vroeg bij is, zeker als de betreffende persoon zich bewust is van de risico's.

### **7. Motieven van cliënten die kiezen voor een kleinschalige particuliere praktijk**

Tijdens gesprekken over de haalbaarheid van een particuliere praktijk, bestond de verwachting dat vooral een meer welgestelde groep cliënten zich bij een dergelijke praktijk zouden melden. Al snel bleek dit niet te kloppen. Mensen melden zich bij Consistent om zeer uiteenlopende redenen en komen uit alle lagen van de bevolking. Alleen voor de allerlaagste inkomensgroepen kan het geld een groot bezwaar zijn, hoewel ook voor hen geldt dat het middel waaraan men verslaafd is ook niet gratis is.

We noemen hier enkele motieven van cliënten die kiezen voor behandeling in een kleinschalige particuliere praktijk.

*De cliënt wil zich niet laten behandelen in een reguliere hulpverleningsinstelling*

Schaamte en angst om bekenden tegen te komen maken dat mensen geen hulp zoeken bij de reguliere instellingen.

Bovendien wil men zich niet identificeren met een verslaafde. Ook komt het voor dat men werkzaam is in de (geestelijke) gezondheidszorg en niet door collega's als verslaafd herkend wil worden. Deze mensen zullen zich niet aanmelden bij een reguliere instelling en zoeken per definitie hulp in het particuliere circuit.

*De cliënt heeft minder goede ervaringen opgedaan in de reguliere hulpverlening*

De reguliere hulpverlening heeft lange wachttijden, ingewikkelde procedures en door het grote verloop van behandelaars komt het regelmatig voor dat een cliënt moet veranderen van behandelaar. Het is dan moeilijk een vertrouwensrelatie op te bouwen.

*De cliënt werd afgewezen door de reguliere hulpverleningsinstelling*

Wanneer een te geringe mate van problematiek wordt vastgesteld of als het gaat om een soort verslaving waar de instelling geen subsidie voor krijgt, zoals roken en eten, komt

het voor dat de reguliere hulpverlening geen behandeling kan bieden.

## **8. Conclusie**

Voor zover we weten is Consistent de enige particuliere praktijk die werkt met een gevarieerd behandelaanbod en volledig onafhankelijk is van de reguliere verslavingsinstellingen. Tien jaar geleden veronderstelden we dat een kleine particuliere praktijk bestaansrecht had naast de reguliere hulpverlening. Dit blijkt inderdaad het geval te zijn. Ons behandelaanbod voorziet in een behoefte. We behandelen een groep cliënten die niet door de reguliere instellingen bereikt wordt. We bieden behandeling op maat en we werken zonder wachtlijst. Partners, ouders en kinderen van verslaafden worden bij de behandeling betrokken en krijgen ook hulp in het geval de verslaafde zelf zich niet meldt. Alle mogelijke verslavingen worden bij ons behandeld. Cliënten komen in een anonieme omgeving. Ze komen uit de regio en uit verschillende delen van het land. De werkwijze is persoonlijk. Onze procedure is duidelijk en overzichtelijk. Er zijn talloze contacten met bedrijven. Gebleken is dat het vanuit een kleine praktijk mogelijk is een kwalitatief goed aanbod aan bedrijven te ontwikkelen.

Voor cliënten is het goed dat ze kunnen kiezen tussen een gesubsidieerde instelling met een gevarieerd aanbod voor behandeling en diagnostiek en een kleine particuliere praktijk waar ze snel en anoniem geholpen worden.

Zakelijk gezien hebben we veel moeten leren. In de loop der tijd hebben we onze tarieven verhoogd, hetgeen noodzakelijk was om naar een redelijk inkomen te groeien. Door de tarieven voor bedrijven hoger te maken hebben we de tarieven voor particulieren laag kunnen houden. Met alle bijkomende kosten en verzekeringen is ons persoonlijk inkomen verhoudingsgewijs

lager dan toen we in loondienst werkten. We zijn veel bereikbaar en werken in verhouding meer uren. Een kleine praktijk vraagt extra aandacht voor de risico's van uitval door ziekte of afwezigheid. We moeten zelf zoeken naar mogelijkheden van intervisie, deskundigheidsbevordering en moeten zelf de vakliteratuur bijhouden.

We hebben gemerkt dat het veel moeite kost om als kleine praktijk serieus genomen te worden door potentiële verwijzers, reguliere hulpverleners en ziektekostenverzekeraars. Als meer verzekeraars de behandeling – voor een deel – zouden vergoeden konden meer mensen behandeld worden. Huisartsen zouden potentiële cliënten eerder kunnen motiveren. Reguliere instellingen zouden mensen van de wachtlijst kunnen verwijzen naar een kleinschalige praktijk. In veel gevallen zou verergering van de verslaving en daarmee de noodzaak tot klinische behandeling voorkomen worden.

Naar onze inschatting bereiken we met onze manier van werken goede resultaten. Het aantal afgebroken behandelingen is gering. Het overgrote deel van de cliënten sluit de behandeling op een goede manier af. We vinden het positief dat veel cliënten na een – dreigende – terugval opnieuw contact zoeken. Het zou goed zijn de resultaten op langere termijn te onderzoeken. Als kleine praktijk hebben we geen mogelijkheden zelf de resultaten gedegen te onderzoeken. Ter gelegenheid van ons 10-jarig bestaan voerden we een schriftelijk enquêteonderzoek uit onder oud-clieënten. Er kwam een respons van 25%, met positieve resultaten. In de komende tijd willen we uitgeschreven cliënten structureel na een half jaar en een jaar schriftelijk vragen naar het resultaat.

We zullen het werk zeker continueren, omdat we veel arbeidsvreugde beleven aan het werken met gemotiveerde cliënten op een wijze en in een setting waar we onze deskundigheid kunnen gebruiken en geïnspireerd kunnen blijven.

De ervaring heeft ons geleerd dat kleinschalige particuliere praktijken een zinvol, effectief behandelaanbod kunnen bieden naast grootschalige reguliere instellingen in de verslavingszorg. In deze tijd van wachtlijsten, schaalvergroting en protocollen bij de reguliere verslavingszorg voorziet een particuliere praktijk als de onze in een belangrijke behoefte van zowel cliënten als bedrijven.

### **Literatuur**

Elkerbout, R., & Helsloot, E. (2002) *Verslaving Verslaan. Nieuwe vormen van behandeling*. Haarlem: Consistent.