

Het taakprofiel van de maatschappelijk werker in de verslavings- psychiatrie



Mariëlla van Deuzen, Florisca
van Willegen, Hanneke Visser

Het afstudeerproduct voor de opleiding Maatschappelijk
Werk en Dienstverlening.

Een vergelijkingsonderzoek tussen de Nederlandse en
Finse verslavingspsychiatrie en maatschappelijk werk

Bouman GGZ Rotterdam
Yvonne Slee
Christelijke Hogeschool
Ede
Albert van Dieren
1-7-2010

Voorwoord

Dit onderzoek is uitgevoerd ter afsluiting van de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan de Christelijke Hogeschool in Ede.

Aan het eind van jaar 3 kregen wij te horen dat wij gedrieën naar Finland mochten om daar een deel van ons onderzoek uit te voeren. We kozen voor de doelgroep 'verslavingspsychiatrie', daar dit ons aller interesse had. Een complexe doelgroep met vele kanten waar de hulpverlening specifieke kennis en kunde voor nodig heeft. Het begrip 'verslavingspsychiatrie' is nog zeer jong, net zoals de gelijknamige medische wetenschap. Een doelgroep waar wij veel konden leren, maar ook waar wij hoopten wat bij te kunnen dragen. Aangezien Finland vooruitstrevend is in de zorg hoopten wij juist daar antwoorden te vinden.

Onze opdrachtgever is Bouman GGZ en zij boden ons tevens de onderzoeksvraag. Het specifieke onderwerp was de maatschappelijk werker in de verslavingspsychiatrie. Wat zijn de taken van de maatschappelijk werker binnen de verslavingspsychiatrie, of anders gezegd: wat is de meerwaarde van dit beroep?

Het afstuderen is voor ieder van ons een bijzondere ervaring geweest waarin wij heel veel hebben geleerd.

Graag willen wij een aantal mensen bedanken:

Allereerst onze opdrachtgeefster van Bouman GGZ, Yvonne Slee. Wij willen haar bedanken voor de kans die zij ons geboden heeft, alle tijd die zij in ons heeft gestoken, en alle keren dat zij buiten werktijd met ons op Skype zat of stukken van ons bekeek.

Ten tweede gaat onze dank uit naar Albert van Dieren, onze afstudeerbegeleider, van wie wij altijd een snelle reactie en een helpende hand kregen als wij om hulp vroegen.

Groot is onze dank naar de coördinator Social Work van de universiteit van Kuopio, Leena Leinonen. Zonder haar was het een stuk moeilijker geweest om contact te leggen met Finse organisaties, wij zijn heel dankbaar voor alle tijd en moeite die zij in ons gestoken heeft.

Tevens willen wij de organisaties Novadic Kentron en Jellinek bedanken voor de medewerking aan de interviews. Zonder hen was het onderzoek een stuk beperkter geweest.

Vervolgens willen wij graag de Finse organisaties bedanken voor hun medewerking:

- Het Helsinki Diaconessen Instituut
- Stichting voor Dienstverlening aan Middelenmisbruikers, Kuopio
- Het Kuopio Universiteitsziekenhuis (KYS)

Graag willen wij Arie Hordijk van de CHE bedanken voor het interview met hem. Ook gaat onze dank uit naar onze familie en vrienden die ons altijd hebben gesteund en ons hebben bijgestaan met raad.

Als laatste willen wij graag iedereen die ons ook maar op enige wijze heeft bijgestaan in het uitvoeren van dit onderzoek, heel hartelijk bedanken!

Florisca van Willegen, Hanneke Visser en Mariëlla van Deuzen

Ede, juni 2010

Inhoudsopgave

Blz.

Hoofdstuk 1, Plan van Aanpak:

Inleiding	3
1.1 Aanleiding en probleembeschrijving	3
1.2 De vraagstelling (opdracht) en de richtinggevende onderzoeksvragen	4
1.3 Doelstellingen	5
1.4 Relatie met de verdiepingsminor	6
1.5 Werkwijze en onderzoeksmethoden	6
1.6 Middelen	8
1.7 Begeleiding	8
1.8 Eindproduct en verslaglegging	9

Hoofdstuk 2, deelvraag 1:

<i>Wat zegt de theorie over de verslavingspsychiatrie en het maatschappelijk werk?</i>	10
Inleiding	10
2.1 Wat is verslavingspsychiatrie, en wat is maatschappelijk werk?	10
2.2 Wat is de geschiedenis van het Nederlandse en Finse maatschappelijk werk, toegespitst op de verslavingspsychiatrie?	14
2.3 Welke theorieën liggen ten grondslag aan de Finse en Nederlandse visie op verslavingspsychiatrie en haar maatschappelijk werk?	21
2.4 Hoe is de welzijnszorg in Finland gestructureerd m.b.t. Social Work en Social Pedagogy? Welke vergelijkingen zijn wel en niet te trekken binnen de Nederlandse en Finse welzijnszorg?	23
2.5 Wat zijn cultuur- en samenlevingsverschillen en –overeenkomsten tussen Nederland en Finland, en welke aandachtspunten brengt dat met zich mee wat betreft de toepasbaarheid methodieken in het andere land?	26
2.6 Wat zijn Europese ontwikkelingen rondom de verslavingspsychiatrie?	28
Conclusie	29

Hoofdstuk 3, deelvraag 2:

<i>Hoe ziet de verslavingspsychiatrie en haar maatschappelijk werk er nu in Nederland uit, m.n. binnen Bouman GGZ?</i>	30
Inleiding	30
3.1 Wat is de visie van Bouman GGZ op verslavingspsychiatrie?	30
3.2 Wat is de visie van een tweetal andere instellingen op verslavingspsychiatrie?	32
3.3 Hoe ziet de hulpverlening eruit, een analyse van functies en werkwijzen, m.n. binnen Bouman GGZ?	35
3.4 Hoe ziet de verslavingspsychiatrie in Nederland er uit qua methodieken?	37
3. 5 Wat is het probleem waar Bouman GGZ tegen aan loopt wat betreft het onderzoek, en hoe staan de twee andere Nederlandse instellingen hierin?	38
3.6 Welke taakprofielen zijn er op het gebied van maatschappelijk werk en de verslavingspsychiatrie?	40

3.7 Wat zijn de Nederlandse ontwikkelingen rondom de verslavingspsychiatrie en haar maatschappelijk werk?	42
3.8 Wat vinden de betrokkenen van de maatschappelijk werker?	44
3.8.1 Wat zeggen de geïnterviewde maatschappelijk werkers zelf wat een maatschappelijk werker zou moeten kunnen?	44
3.8.2 Wat zeggen de verpleegkundigen over de positie van de maatschappelijk werker?	45
3.8.3 Wat vinden cliënten van het maatschappelijk werk binnen de verslavingspsychiatrie?	47
Conclusie	48
 <u>Hoofdstuk 4, deelvraag 3:</u>	49
<i>Hoe ziet de verslavingspsychiatrie en haar maatschappelijk werk er nu in Finland uit?</i>	
Inleiding	49
4.1 Wat is de visie van een drietal Finse instellingen op verslavingspsychiatrie?	49
4.2 Hoe ziet de hulpverlening eruit, een analyse van functies en werkwijzen, binnen die drie instellingen?	51
4.3 Hoe ziet de verslavingspsychiatrie in Finland er uit qua methodieken?	55
4.4 In hoeverre lopen de Finse instellingen aan tegen het probleem wat betreft de onderzoeksvraag?	56
4.5 Welke taakprofielen zijn er in Finland op het gebied van Social Work en op het gebied van de verslavingspsychiatrie?	59
4.6 Wat zijn de Finse ontwikkelingen rondom de verslavingspsychiatrie en haar maatschappelijk werk?	60
4.7 Wat zeggen de geïnterviewde maatschappelijk werkers zelf wat een maatschappelijk werker zou moeten kunnen?	61
Conclusie	62
 <u>Hoofdstuk 5, deelvraag 4:</u>	63
<i>Wat is de betekenis en de meerwaarde van de maatschappelijk werker binnen de verslavingspsychiatrie?</i>	
Inleiding	63
5.1 Onze conclusies	63
5.1.1 Wat is het werkgebied van de maatschappelijk werker binnen de verslavingspsychiatrie?	63
5.1.2 Wat is de meerwaarde van de maatschappelijk werker?	63
5.1.3 Hoe gaat men in Finland te werk en wat kunnen wij daarvan leren?	64
5.1.4 Wat moet de maatschappelijk werker kunnen?	65
5.1.5 Waar zitten de knelpunten?	66
5.2 Onze aanbevelingen	68
 <u>Literatuurlijst</u>	70

Hoofdstuk 1: plan van aanpak

Inleiding

In dit hoofdstuk zetten wij de aanleiding en probleembeschrijving uit. En geven wij weer welke deelvragen wij gaan beantwoorden om een antwoord op de hoofdvraag te vinden.

Vervolgens geven we weer welke onderzoeksmethoden en middelen wij in dit onderzoek ingezet hebben.

En wij leggen uit hoe wij begeleid zijn en we beschrijven wij de relatie met onze verdiepingsminor.

1.1 Aanleiding en probleembeschrijving

De vraag van Bouman GGZ aan ons is om een (eerste aanzet) taakprofiel te maken voor de maatschappelijk werker binnen de verslavingspsychiatrie.

De ontwikkeling is gaande dat iedereen zich moet kunnen verantwoorden tegenover geldschietters, wat hij/zij doet, en wat daarvan de meerwaarde is. Dit geldt ook voor de functie van maatschappelijk werker binnen de verslavingspsychiatrie. Op dit moment is er binnen Bouman GGZ, maar ook op landelijk niveau, geen duidelijke profilering van deze functie. Zonder deze profilering, oftewel een taakprofiel, kan de maatschappelijk werker zijn nut en meerwaarde niet bewijzen. De taken en inhoud die de functie van maatschappelijk werker uniek maakt en meerwaarde geeft, zijn niet duidelijk omschreven. Hierdoor smelten verschillende agogische functies met elkaar samen. Het onderscheid tussen bijvoorbeeld een sociaal pedagogische hulpverlener (SPH) en een maatschappelijk werker (MWD) is niet goed te maken. Voor een goede toepassing, verantwoording en ontwikkeling van het vak maatschappelijk werker binnen de verslavingspsychiatrie, is een duidelijk taakprofiel nodig. Het gevaar van het gebrek aan onderscheid en meerwaarde van de specifieke functie, is dat de maatschappelijk werker op den duur wegbezuinigd kan worden.

Voor ons onderzoek gaan we een vergelijking maken met Finland. Bij Bouman GGZ is bekend dat Finland op het gebied van de verpleegkunde binnen de verslavingspsychiatrie voor loopt op Nederland. De aandacht in Nederland voor de verslavingspsychiatrie is redelijk nieuw (t.o. Verslavingszorg en psychiatrie als twee aparte klassen). Ook de profilering van het maatschappelijk werk daarin kent nog geen lange geschiedenis. Daarom lijkt het ons interessant en leerzaam om te onderzoeken of Finland ook op het gebied van maatschappelijk werk binnen de verslavingspsychiatrie verder is dan Nederland. Wij zijn benieuwd hoe het daar georganiseerd is en of dit tot aanbevelingen voor de aanpak in Nederland leidt.

1.2 De vraagstelling (opdracht) en de richtinggevende onderzoeksvragen

Hoe ziet het taakprofiel* voor een maatschappelijk werker er binnen de verslavingspsychiatrie uit, uitgaande van landelijke en Europese ontwikkelingen, o.a. binnen Bouman GGZ?

Deelvraag 1:

Wat zegt de theorie over de verslavingspsychiatrie en het maatschappelijk werk?

1.1 Wat is verslavingspsychiatrie, en wat is maatschappelijk werk?

1.2 Wat is de geschiedenis van het Nederlandse en Finse maatschappelijk werk, toegespitst op de verslavingspsychiatrie?

1.3 Welke theorieën liggen ten grondslag aan de Finse en Nederlandse visie op verslavingspsychiatrie en haar maatschappelijk werk?

1.4 Hoe is de welzijnszorg in Finland gestructureerd m.b.t. Social Work en Social Pedagogy? Welke vergelijkingen zijn wel en niet te trekken binnen de Nederlandse en Finse welzijnszorg?

1.5 Wat zijn cultuur- en samenlevingsverschillen en –overeenkomsten tussen Nederland en Finland, en welke aandachtspunten brengt dat met zich mee wat betreft de toepasbaarheid methodieken in het andere land?

Deelvraag 2:

Hoe ziet de verslavingspsychiatrie en haar maatschappelijk werk er nu in Nederland uit, m.n. binnen Bouman GGZ?

2.1 Wat is de visie van Bouman GGZ op verslavingspsychiatrie?

2.2 Wat is de visie van een tweetal andere instellingen op verslavingspsychiatrie?

2.3 Hoe ziet de hulpverlening eruit, een analyse van functies en werkwijzen, m.n. binnen Bouman GGZ?

2.4 Hoe ziet de verslavingspsychiatrie in Nederland er uit qua methodieken?

2.5 Wat is het probleem waar Bouman GGZ tegen aan loopt wat betreft het onderzoek, en hoe staan de twee andere Nederlandse instellingen hierin?

2.6 Welke taakprofielen zijn er op het gebied van maatschappelijk werk en de verslavingspsychiatrie?

2.7 Wat zijn de Nederlandse ontwikkelingen rondom de verslavingspsychiatrie en haar maatschappelijk werk?

2.8 Wat vinden de betrokkenen van de maatschappelijk werker?

2.8.1 Wat zeggen de geïnterviewde maatschappelijk werkers zelf wat een maatschappelijk werker zou moeten kunnen?

2.8.2 Wat zeggen de verpleegkundigen over de positie van de maatschappelijk werker?

2.8.3 Wat vinden cliënten van het maatschappelijk werk binnen de verslavingspsychiatrie?

Deelvraag 3:

Hoe ziet de verslavingspsychiatrie en haar maatschappelijk werk er nu in Finland uit?

3.1 Wat is de visie van een drietal Finse instellingen op verslavingspsychiatrie?

3.2 Hoe ziet de hulpverlening eruit, een analyse van functies en werkwijzen, binnen die drie instellingen?

3.3 Hoe ziet de verslavingspsychiatrie in Finland er uit qua methodieken?

3.4 In hoeverre lopen de Finse instellingen aan tegen het probleem wat betreft de onderzoeksvraag?

3.5 Welke taakprofielen zijn er in Finland op het gebied van Social Work en op het gebied van de verslavingspsychiatrie?

3.6 Wat zijn de Finse ontwikkelingen rondom de verslavingspsychiatrie en haar maatschappelijk werk?

3.7 Wat zeggen de geïnterviewde maatschappelijk werkers zelf wat een maatschappelijk werker zou moeten kunnen?

Conclusies en aanbevelingen

Wat is de betekenis en de meerwaarde van de maatschappelijk werker binnen de verslavingspsychiatrie?

4.1 Onze conclusies.

4.1.1 Wat doet nu de maatschappelijk werker in de verslavingspsychiatrie?

4.1.2 Welke meerwaarde biedt de maatschappelijk werker de verslavingspsychiatrie?

4.1.3 Wat werkt er in Finland? Wat kunnen we leren van Finland?

4.1.4 Wat moet de maatschappelijk werker kunnen?

4.1.5 Waar zitten de knelpunten?

4.6 Onze aanbevelingen.

**We kiezen voor de term 'taakprofiel' omdat dit een breder begrip is dan bijvoorbeeld functieprofiel.*

Taakprofiel gaat over de inhoud van het werk van de maatschappelijk werker, en over zijn taak naar de cliënt toe.

1.3 Doelstellingen

Na afronding van het afstudeeronderzoek hebben we een (eerste ontwerp) taakprofiel geschetst van de maatschappelijk werker binnen de verslavingszorg, waarin de betekenis, meerwaarde en verantwoording van de functie te vinden is, zodat de eigenheid van de maatschappelijk werker voor de verslaafde cliënt expliciet gemaakt kan worden.

Deelvraag 1:

Na het afronden van deze deelvraag kunnen we beschrijven wat de theoretische, methodische en sociologische ondergrond is van de Finse en Nederlandse verslavingspsychiatrie en haar maatschappelijk werk, zodat we het (vergelijking)onderzoek goed inhoudelijk voort kunnen zetten, en met een inhoudelijk en gedegen taakprofiel (eindproduct) aan kunnen komen.

Deelvraag 2:

Na het afronden van deze deelvraag hebben we een beeld geschetst van de Nederlandse verslavingspsychiatrie, haar maatschappelijk werk, en het probleem waar ze tegen aan loopt, met de nadruk op Bouman GGZ, zodat we een goed startpunt hebben naar de volgende deelvragen en een gedegen vergelijking kunnen maken met de Finse situatie.

Deelvraag 3:

Na het afronden van deze deelvraag hebben we een beeld geschetst van de Finse verslavingspsychiatrie, haar maatschappelijk werk, en in hoeverre zij tegen het probleem wat betreft de onderzoeksvraag aanloopt, zodat we een volledige vergelijking kunnen trekken met de Nederlandse situatie en daardoor inzichten en ontdekkingen kunnen beschrijven voor de volgende deelvraag.

Conclusies en aanbevelingen

Na het afronden van deze deelvraag hebben we een inhoudelijke, volledige en gedegen vergelijking getrokken tussen de Nederlandse en Finse situatie, hebben we de vruchten hiervan geplukt, en zijn we gekomen tot een taakprofiel (eindproduct) waarin de betekenis, meerwaarde en verantwoording van de taak maatschappelijk werker binnen de verslavingszorg staat beschreven, waardoor de meerwaarde en eigenheid van deze taak duidelijk aan te tonen is, voor de verslaafde cliënt.

1.4 Relatie met de verdiepingsminor

Gezin- en Relatie:

De relatie met deze verdiepingsminor is het meest te vinden in deelvraag 1, 2 en 3, maar hoofdzakelijk in deelvraag 2. Hierin worden methodieken beschreven, en theorieën die aan visies ten grondslag liggen, en ook de samenleving van Nederland en Finland komt aan de orde. Aangezien gezin en relaties onderdeel zijn van de samenleving, zal het daar goed beschreven worden. Ook naar werkwijzen toe, en in ontwikkelingen zal deze minor naar voren komen. Bijvoorbeeld in de ontwikkeling van steeds meer systeemgericht werken, wat ook binnen de verslavingspsychiatrie gebeurt.

Uiteindelijk zal in het taakprofiel ook de betekenis van de maatschappelijk werker voor het systeemgericht werken binnen de verslavingspsychiatrie beschreven worden.

Toegepaste Psychologie:

Deze minor gaat over afwijkend gedrag en hoe je daar in de praktijk mee om kan gaan.

Verslavingspsychiatrie is afwijkend gedrag bij uitstek. In ons onderzoek gaan wij bekijken welke taak wij als maatschappelijk werker daarin kunnen vervullen, met andere woorden: wij gaan onderzoeken wat de maatschappelijk werker kan betekenen voor de verslavingspsychiatrie in de praktijk. In ons onderzoek komt deze minor dus voldoende naar voren.

1.5 Werkwijze en onderzoeksmethoden

De technieken en onderzoeksmethoden die we in willen zetten zijn: een inhoudsanalyse en ondervragen. We willen een analyse maken van de hulpverlening van de verslavingspsychiatrie zoals deze er nu binnen Nederland uit ziet en dan specifiek de instelling Bouman. En we gaan een analyse maken van de hulpverlening in Finland.

De relevante databronnen voor ons onderzoek zijn literatuur en artikelen, beschreven werkwijzen, protocollen, en praktijkbeschrijvingen van instellingen. Databanken en registratiesystemen helpen ons om

aan gewenste cijfers en statistieken te komen. Veel informatie zullen we vergaren door naar instellingen toe te gaan, lijfelijk of niet-lijfelijk.

We willen daarbij graag een interview met open vragen houden met werknemers binnen de verslavingspsychiatrie zowel in Nederland als Finland, om uit het werkveld te horen wat de behoeftes zijn voor de taken van een maatschappelijk werker. We willen mensen met de functie maatschappelijk werker (of in Finland, mensen die dezelfde taken uitvoeren ondervragen) en misschien ook andere functies, die direct samenwerken met het maatschappelijk werk. We willen starten met twee maatschappelijk werkers binnen elke instelling, en daarna kijken wat we aan andere informatie nodig hebben, en op basis daarvan kunnen we eventueel interviews met meer maatschappelijk werkers plannen en aanverwante functies. Naast de maatschappelijk werkers willen gelijktijdig ook interviews met cliënten plannen.

Bij het ondervragen hoort als methode een voorgestructureerde ondervraging. We willen verschillende personen dezelfde open vragen stellen. We willen de interviews het liefste face-to-face houden. Maar afhankelijk van de voorkeur van de maatschappelijk werkers kunnen we ook voor een vorm kiezen waarin de maatschappelijk werkers van te voren de vragen toegestuurd krijgen, en we vervolgens met hen een telefonisch interview houden. We willen niet alleen maatschappelijk werkers gaan interviewen (waarvan twee per instelling), maar ook cliënten (waarvan ook ong. twee per instelling). Bij Bouman GGZ gaan we dit bijvoorbeeld doen via de cliëntenraad.

Beperkingen gekozen methoden:

De beperking van de inhoudsanalyse is dat zou kunnen blijken dat er weinig literatuur te vinden is, of dat er wel literatuur is, maar dat deze onbetrouwbaar of niet recent is. De laatste jaren is de zogenaamde 'dubbele diagnose' steeds meer in de aandacht gekomen, in de verslavingspsychiatrie hebben de cliënten ook een dubbel diagnose (verslavingspsychiatrie), dus we verwachten dat er genoeg te vinden is. Een ander punt is literatuur over de Finse hulpverlening, wij spreken en lezen geen Fins, het is de vraag in hoeverre deze literatuur ook in het Engels beschikbaar is. We studeren ondertussen ook aan de Finse universiteit binnen de faculteit Social Sciences. In de omschrijving van aangeboden vakken stond ook bij een vak dat je de verschillen tussen de Finse hulpverlening en bv. je land van herkomst moest vergelijken. Ik neem aan dat er dan wel Engelse literatuur beschikbaar is. Dus in die zin hebben we het geluk dat we tevens aan de faculteit staan ingeschreven. Ook hebben universiteiten vaak een databank waarbij je artikelen en literatuur op kunt zoeken. Dus eigenlijk verwachten we hier weinig beperkingen. Is er toch weinig te vinden, dan moeten we roeien met de riemen die we hebben en vooral ingaan op de werkwijze van de instellingen die we onderzoeken.

De beperking van een open interview is in eerste instantie dat je om een breed beeld te krijgen, je veel mensen moet interviewen, maar dat kost veel tijd. Zowel het houden, als het verwerken. Met minder mensen kun je meer aandacht besteden aan de kwaliteit van het interview, maar krijg je een minder breed beeld, waardoor het aan algemene aanspraak verliest. We hebben al een soort versmalling doordat het gaat om uitvoerenden binnen de verslavingspsychiatrie die met maatschappelijk werkers te maken hebben (of soortgelijke taken in Finland). We zullen goede een schifting moeten maken tussen wie (welke mensen met welke functies) we willen interviewen en hoeveel.

Daarbij kan de taal een beperking vormen, maar we rekenen erop dat het Engels van de mensen in Finland goed genoeg is. Mocht het toch een probleem vormen, dan kunnen we een van onze Finse kennissen eventueel om hulp (via e-mail) vragen. Ook kunnen we iemand anders in de instelling vragen, die goed Engels spreekt, om ons te helpen met vertaling.

1.6 Middelen

We zullen gebruik maken van:

- literatuur en artikelen
- protocollen, werkwijzen, en praktijkbeschrijvingen van instellingen.
- interviews

1.7 Begeleiding

Tijdens ons onderzoek zijn wij vanuit het CHE begeleid door Albert van Dieren.

Zijn taken, zoals beschreven in de afstudeernota, zijn:

- Stimuleren en activeren van het afstudeerproces van de studenten.
- Als klankbord fungeren voor de studenten.
- Advisering en structurering van het proces, begrenzing van het onderwerp en niveaubewaking.
- Stimuleren van procesvoortgang en inhoudsverdieping.
- Advisering over verwijzing naar relevante deskundigen of specifieke bronnen.
- Becommentariëren van (deel)producten.
- Goedkeuring verlenen voor het afronden van het afstudeerproduct.
- Beoordelen van het onderzoeksproduct en het onderzoeksproces.

Vanuit de instelling Bouman GGZ is onze opdrachtgever Yvonne Slee, zij was ook onze werkveldbegeleider.

Haar taken, zoals beschreven in de afstudeernota, zijn:

- Het bieden van voldoende medewerking in begeleidingstijd, ruimte, overlegmomenten en faciliteiten voor het realiseren van de doelen.
- Het inhoudelijk en procesmatig coachen van de student binnen de organisatie.
- Het bieden van ondersteuning bij het wegwijs worden in en ruimte vragen binnen de organisatie.
- Het aanwezig zijn bij de presentatie van de student als afronding van het afstuderen.
- Het uitbrengen van een gekwalificeerde beoordeling aan de afstudeerbegeleider.

Deze taken heeft de opdrachtgever gelezen en bevestigd dat zij deze wil en kan uitvoeren. Tijdens onze tijd in Finland hebben wij met de werkveldbegeleider regelmatig contact via Skype gehad.

1.8 Eindproduct en verslaglegging

Beoogd eindproduct

- het afstudeerwerkstuk
- aanbevelingen voor een taakprofiel voor de maatschappelijk werker binnen de verslavingspsychiatrie
- eindpresentatie

Overdracht van eindproduct aan de opdrachtgever

We zullen hoogstwaarschijnlijk een eindpresentatie plannen op het kantoor van Bouman GGZ. Tijdens de eindpresentatie op het kantoor worden de diverse betrokkenen en geïnteresseerden uitgenodigd, en zal het eindproduct officieel aan Yvonne Slee worden 'overhandigd'.

Wie worden op de hoogte gesteld?

Bouman GGZ krijgt een versie van het werkstuk, en het taakprofiel. Waarschijnlijk krijgen de andere Nederlandse instellingen een samenvatting, en de Finse instellingen krijgen een Engelse samenvatting.

Onderzoek naar buiten brengen

Ten eerste wordt er met Bouman GGZ overlegd alvorens iets naar buiten te brengen van het onderzoek. We zullen kijken naar de mogelijkheid van de publicatie van een stukje in een vakblad. En waarschijnlijk kunnen we een stukje laten publiceren in het magazine van Bouman GGZ zelf.

Hoofdstuk 2, deelvraag 1: Wat zegt de theorie over de verslavingspsychiatrie en het maatschappelijk werk?

Inleiding

In deze deelvraag gaan wij dieper in op de theoretische ondergronden.

Allereerst zullen wij begrippen die wij veel gebruiken uiteenzetten in 2.1. Vervolgens gaan wij nader in op de geschiedenis en theorieën van zowel Nederland als Finland. Om een goede vergelijking te kunnen trekken, is het goed om de ontwikkelingen en theorieën te kennen van beide landen (2.2 en 2.3). Als volgt kijken wij hoe de welzijnszorg in Finland is opgebouwd (2.4). In 2.5 kijken we naar cultuur- en samenlevingsverschillen en –overeenkomsten tussen Nederland en Finland, dit is nodig als wij later onze conclusies zullen trekken. En als laatste zoomen we in op Europese ontwikkelingen op het gebied van de verslavingspsychiatrie (2.6).

2.1 Wat is verslavingspsychiatrie, en wat is maatschappelijk werk?

Dit onderzoek draait om het maken van een taakprofiel, specifiek gericht op de maatschappelijk werker in de verslavingspsychiatrie. Allereerst zullen wij de definitie uiteenzetten wat wij onder verslavingspsychiatrie, dubbele diagnose, maatschappelijk werk en psycho-sociaal verstaan.

Verslavingspsychiatrie

We gebruiken de term verslavingspsychiatrie, om daarmee het verschil aan te geven tussen verslavingszorg en verslavingspsychiatrie.

Bij verslaving denken we al snel aan middelen als drugs of alcohol, maar in principe kan elk middel waarbij je verslavingssymptomen ontwikkelt, hieronder vallen, denk bijvoorbeeld aan eetverslaving, seksverslaving, gameverslaving (Loth, Rutten, Huson-Anbeek, & Linde, L, 1999, pag.14). Mensen gebruiken deze middelen omdat zij zich er prettiger, energiever en/of meer ontspannen door voelen. De middelen werken op een bepaalde manier op de hersenen in, waardoor ze aangrijpen op systemen die betrokken zijn bij motivatie en bekrachtiging van gedrag, ook wel reward systems genoemd (van de Wetering & Czyzewski, 2001, pag. 7). Toch raakt de een eerder verslaafd dan de ander. Volgens van de Wetering en Czyzewski is dit te wijten aan individuele kwetsbaarheid om afhankelijk van middelen te raken. Deze kwetsbaarheid bestaat uit genetische aanleg (nature) in combinatie met de ontwikkeling en de omgeving (nurture), waarin de beschikbaarheid van het middel ook meespeelt (ibidem).

Het verschil tussen verslavingszorg en verslavingspsychiatrie komt met name naar voren in de benadering en behandeling. In de praktijk kom je tegen dat je bijvoorbeeld niet voor een psychiatrische behandeling in aanmerking komt, omdat je eerst afgekickt moet zijn. Of dat je niet voor je verslaving behandeld kunt worden, als je geen psychiatrische hulp gehad hebt. De behandeling in de reguliere verslavingszorg is doorgaans gericht op de verslavingsproblematiek en primair gebruikt men voornamelijk gedragsgerichte interventies, met als doel ongewenst gedrag af te leren (ibidem, pag. 5). Deze benadering waarin verslaving en psychiatrie als twee (min of meer) losstaande begrippen gezien worden, noemen wij hier verslavingszorg. In de DSM-IV en de ICD-10 is het misbruik van en verslaving aan middelen als een psychiatrische stoornis opgenomen. Hiermee valt verslaving binnen de GGZ en is daarmee verslavingspsychiatrie geworden.

Daarmee benader je de verslaving en de oorzaken ervan volgen het bio-psycho-sociale model en dient dit bij de diagnostiek en behandeling als uitgangspunt genomen te worden (ibidem, pag. 14,15). De definitie van verslaving zoals deze luidt in het visie document van Bouman GGZ luidt dan ook als volgt: *'Verslavingsziekte is een complex en progressief psychiatrisch syndroom, leidend tot verlies van autonomie op gebied van emotie, denken en handelen. Afhankelijk van de gebruikte middelen heeft het tevens een voortschrijdende aantasting van de algemene gezondheidstoestand tot gevolg'* (ibidem, voorblad). Verslavingspsychiatrie houdt dus in dat de verslaving opgevat wordt als een psychiatrische aandoening en ook als zodanig behandeld wordt.

Dubbele diagnosis

Naast dat verslaving als een psychiatrische aandoening wordt gezien, komt het regelmatig voor dat mensen die verslaafd zijn tevens een andere psychiatrische diagnose hebben. Ook geldt in het algemeen dat de aanwezigheid van psychiatrische ziekten het risico voor verslaving vergroot en dat de aanwezigheid van verslaving het risico voor andere psychiatrische ziekten vergroot (ibidem, pag.9).

De term dubbele diagnose suggereert dat er twee diagnoses zijn, een psychiatrische- en een verslavingsdiagnose, hierdoor kan het lijken dat verslaving alsnog los staat van de psychiatrie. De term kan dan wat misleidend overkomen, meestal gaat het om meervoudige problematiek van psychische en somatische aard. Een andere benaming voor dit fenomeen is dan ook co-occurring diseases (naast elkaar bestaande ziekten) en in navolging daarvan de term: comorbiditeit. Van de Wetering, en Czyzewski spreken liever van 'patiënten met gecombineerde psychiatrische problematiek' (ibidem, pag.16). De ernst van de gecombineerde problematiek kan variëren van mild (bv. sociale deviantie) tot ernstig (ernstig psychopathisch gedrag dat langdurige zorg vereist).

Voor ons onderzoek zullen wij de term dubbele diagnosis hanteren. De term krijgt steeds meer bekendheid binnen Nederland en we verwachtten ook dat het internationaal gezien makkelijker is om deze term te gebruiken. Wanneer wij dan spreken over dubbele diagnosis, bedoelen we dat de cliënt zowel een verslaving heeft, als een andere psychiatrische aandoening. Waarin wij beiden als psychiatrisch van aard zien en aan elkaar verweven.

Maatschappelijk werk

De Nederlandse vereniging van maatschappelijk werkers verwoordt de missie van het maatschappelijk werk als volgt: *"bevorderen dat mensen in onze samenleving tot hun recht komen, als mens en als burger. Maatschappelijk werkers streven ernaar dat mensen zich in wisselwerking met hun sociale omgeving zo goed mogelijk kunnen ontplooiën, naar hun eigen aard, behoeften en opvattingen, en dat ze rekening houden met anderen met wie zij samenleven'*. Met als doelstelling: *'het bevorderen van participatie, autonomie en zelfredzaamheid van mensen binnen hun sociale en maatschappelijke verbanden'* (Jagt, 2006, pag.10).

Maatschappelijk werk bevindt zich op het snijvlak van de maatschappij en het individu. Het houdt zowel de belangen van de cliënt, als de samenleving in het oog en gaat samen met de cliënt op zoek naar een goede afstemming tussen beide.

De website van onze hogeschool verwoordt het als volgt: *"Een maatschappelijk werker komt in actie wanneer mensen/gezinnen vastlopen in hun sociale omgeving. Je ondersteunt hen bij het oplossen van en*

omgaan met problemen in hun dagelijks leven of werk. Je werkt daarbij zoveel mogelijk samen met de cliënt aan een structurele oplossing. (...) Maatschappelijk werk is vaak een combinatie van materiële en psychosociale hulp. Maatschappelijk werkers en sociaal pedagogische hulpverleners richten zich op dezelfde groepen mensen. Ze verrichten echter verschillende taken, vanuit een andere missie. (...) Jouw belangrijkste taak is je cliënt helpen bij het vinden van manieren om zijn of haar situatie zelf weer aan te kunnen. Je helpt (groepen) mensen door een moeilijke periode in hun leven". (CHE. (n.d.)).

Hoewel maatschappelijk werkers en sociaal pedagogische hulpverleners met dezelfde doelgroepen werken, werken zij vanuit een andere missie en hebben zij andere taken. Gechargeerd kun je zeggen dat een sociaal pedagogisch hulpverlener mensen ondersteunt in hun woon- of leefsituatie. Je werkt meer in een setting als een dagopvang, woongroep, inloophuis en je ziet cliënten één of meerdere dagdelen.

De maatschappelijk werker ziet de cliënt sporadischer. Meestal op een ingeroosterd contactmoment of op afspraak. Het contact is vaak tijdelijk van aard, waarin je je richt op een vastgelopen situatie en hoe deze stapsgewijs verholpen kan worden.

Deze citaten geven goed weer wat maatschappelijk werk inhoudt.

Het beroepsprofiel van de Nederlandse vereniging voor maatschappelijk werkers heeft de taken van de maatschappelijk werker samengevat in 6 kerntaken (Jagt, 2006, pag. 39):

- kerntaak 1: werken met en namens cliënten – psychosociale hulpverlening
- kerntaak 2: werken voor cliënten en potentiële cliënten
- kerntaak 3: werken in de eigen instelling of organisatie
- kerntaak 4: werken in externe samenwerkingsverbanden
- kerntaak 5: zichzelf ontwikkelen in het beroep
- kerntaak 6: bijdragen aan de ontwikkeling van het beroep.

Ongeacht in welke setting je werkt, je hebt min of meer altijd met deze taken te maken. De context is wat lastiger te beschrijven. Maatschappelijk werkers zijn te vinden in verschillende functies en organisaties. Over het algemeen zijn maatschappelijk werkers werkzaam in allerlei typen organisaties die hulp en steun bieden aan mensen met lichamelijke, (psychosociale), psychische en materiële problemen. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen generiek en specifiek maatschappelijk werk. Bij generiek is te denken aan algemeen maatschappelijk werk, een basisvoorziening die voor iedereen toegankelijk is in de eigen woonomgeving. Specifieke contexten hebben een doelgroep benadering, sectorale benadering of thematische benadering. Verder is er nog verschil tussen dwingende hulpverlening op basis van een wettelijke opdracht en vrijwillige hulpverlening (de mate van vrijwilligheid kan variëren). (ibidem, pag. 85-87).

In de internationale context wordt vaker gesproken van de social worker, dan dat er een vervangende term voor maatschappelijk werker bestaat. Er is wel verschil tussen Social Pedagogy en Social Services. Hoewel met Social Services niet altijd helemaal hetzelfde wordt bedoeld als met maatschappelijke dienstverlening, omdat dit in sommige gevallen gaat om louter de sociaal juridische dienstverlening, of het geven van indicaties en behandelplannen. Dit kan tot problemen leiden aangezien we een vergelijkingsonderzoek gaan doen tussen Nederland en Finland.

Wij hanteren de definitie dat maatschappelijk werk zich onderscheidt van andere takken in het Social Work, doordat zij zich concentreert op de cliënt die problemen ondervindt in zijn sociaal functioneren en die via een ambulant dienst- en hulpverleningscontact wordt ondersteund bij het 'helpen zichzelf te helpen' (ibidem, pag. 89).

In ons onderzoek in Finland zullen wij dan ook kijken naar de kerntaken van het maatschappelijk werk, zoals beschreven in het beroepsprofiel van de NVMW (zie 3.6). En zullen wij proberen een vertaalslag te maken tussen de functies die in Finland uitgevoerd worden en de definitie van het Nederlands maatschappelijk werk (zie 2.4).

Psycho-sociaal

Het beroepsprofiel voor de maatschappelijk werker zegt het volgende over het karakter van maatschappelijk werk: "Het maatschappelijk werk onderscheidt zich van verwante sociale beroepen door relatieve nadruk op directe hulp- en dienstverlening aan cliënten met het oog op zowel persoon als context".

Een ander gezichtsbepalend onderdeel van het maatschappelijk werk is psychosociale hulpverlening, ofwel het werken met en namens cliënten. Het gaat hier om casework (bedoelt als verzamelnaam van het methodisch werken met personen en gezinnen) en diverse vormen van groepswerk. Bij groepswerk gaat het om mensen die kampen met een zelfde soort problematiek, bijvoorbeeld ADHD, budgetteringsproblemen of conflicten bij co-ouderschap.

In de interviews komt regelmatig naar voren dat maatschappelijk werkers vooral materiële hulpverlening bieden. Het NVMW zegt het volgende over dit onderwerp:

"Het lijkt alsof immateriële en materiële hulpverlening uit elkaar getrokken word, terwijl juist hun verwevenheid het maatschappelijk werk typeert" (NVMW, 2006, blz. 38).

Ook word benoemd dat psychosociale hulpverlening het meest gezichtsbepalend is voor het maatschappelijk werk. Opvallend is dat uit de interviews juist naar voren komt dat maatschappelijk werk vooral goed is in het materiële gedeelte. Hoe komt het dat het maatschappelijk werk in de praktijk zo anders wordt gezien? Wat wordt er eigenlijk precies verstaan onder psychosociaal? Het NVMW (2006, blz. 41) benadrukt dat psychosociaal niet psychotherapeutisch of intra-psychisch is, dat is een verkeerde voorstelling van het maatschappelijk werk. Het maatschappelijk werk onderscheidt zich door de koppeling tussen de cliënt en de situatie, de persoon en de omgeving. Psychosociaal is ook concreet, materieel en praktisch. Het woord 'psychosociaal' verwijst naar de factoren in de persoon zelf (cognitie, gevoel, gedrag en competentie), factoren tussen personen onderling (communicatie en relatie) en factoren in de omgeving (materieel en immaterieel). Interventies hebben betrekking op een combinatie van deze factoren, met als oogmerk versterking van het persoonlijk en sociaal functioneren van de cliënt en het verbeteren van diens sociale participatie.

Samenvattend kunnen we zeggen dat de maatschappelijk werker met en namens de cliënt werkt.

2.2 Wat is de geschiedenis van het Nederlandse en Finse maatschappelijk werk, toegespitst op de verslavingspsychiatrie?

Nederland

Geschiedenis van het maatschappelijk werk

Het begin van het officiële maatschappelijk werk is niet helemaal precies aan te wijzen. Maar de wortels van het Nederlandse maatschappelijk werk liggen voornamelijk in de 19^e eeuw. Met de komst van de industrialisatie en verstedelijking kwamen er geleidelijk aan ook meer formeel georganiseerde verzorging in speciale instellingen. Hiervoor hadden mensen steun in hun eigen omgeving van hun lokale gemeenschap. Tot aan het begin van de 19^e eeuw was hulpverlening een gunst. Veelal verleend door kerkelijke instanties of welgestelde families. Hulp bieden kwam vaak uit een christelijk initiatief van naastenliefde (Wilterdink en van Heerikhuizen, 2003, pag. 307).

Aan het eind van de 18^e eeuw waren de patriotten de eersten die ondersteuning koppelden aan gedragsverbetering. De patriotten waren een revolutionaire groepering, die door overbrugging van grote sociale tegenstellingen de eenheid van de Nederlandse samenleving wilden bevorderen. Hiervoor richtten zij in 1784 'de Maatschappij tot Nut van 't algemeen' op, die afdelingen door het hele land had, later zijn een aantal van deze overgenomen door de overheid, de wieg voor het huidige maatschappelijk werk:

"Het Nut stond als vereniging van vrijwilligers aan de wieg van talloze publieke en sociale voorzieningen (bijvoorbeeld basisscholen, bibliotheken en spaarbanken) in een periode dat de nationale staat nog maar een beperkte greep had op het maatschappelijk leven. De gelden van 't Nut werden bijeengebracht door giften van de leden die doorgaans tot de plaatselijke notabelen behoorden. Mede door de opkomst van christelijke en socialistische bewegingen zijn in de loop van de 19e en 20e eeuw veel door 't Nut genomen initiatieven door de overheid en andere publiek gefinancierde organisaties voortgezet". (canon sociaal werk Nederland, (n.d.)).

In 1871 werd de particuliere vereniging 'liefdadigheid naar vermogen' opgericht, hier werd materiële ondersteuning verbonden met het bevorderen van de zelfstandigheid en deugdzaamheid van de armen. Dit streven werd overgenomen door de Burgerlijke Armenzorg van de gemeentelijke overheden en was ook het streven in de instellingen van het opkomende maatschappelijk werk. Zoals instellingen voor 'zorg voor verwaarloosde en criminele kinderen', opvang van ongehuwde moeders en woningwerk. Voor de nieuwe vormen van hulpverlening bleken vrijwilligers niet genoeg toegerust en zo ontstond er beroepsvorming. Subsidiering van de overheid werd in toenemende mate gekoppeld aan de kwaliteit van de diensten, die door beroepskrachten moesten worden uitgevoerd. (Wilterdink en van Heerikhuizen, 2003, pag. 317)

In 1899 werd de eerste beroepsopleiding voor sociaal werk opgericht: de Opleidingsinrichting voor Sociale Arbeid, later de School voor Maatschappelijk Werk. (canon sociaal werk Nederland, (n.d.)). Hierin ligt de basis voor het maatschappelijk werk als professioneel beroep.

Verslavingsinstellingen

De eerste aandacht voor verslaving was de aandacht voor alcohol verslaving. Met de komst van andere drugs verschoof ook de aandacht en behandeling daarheen. Als eerst was er de heroïne, later ook voor 'nieuwe' middelen als cocaïne en amfetamine.

Aan het begin van de 19^e eeuw was er nog geen institutionele opvang voor alcoholverslaafden. Het eerste 'asiel voor dronkzuchtigen' was Hoog-Hullen dat werd opgericht in 1891, op initiatief van enkele landelijke verenigingen tegen drankmisbruik en een aantal medische organisaties.

Aan het begin van de 20^e eeuw waren er vooral christelijke groeperingen die zich bezig hielden met alcoholmisbruikers. Zij werkten vanuit de missie dat zij hen moesten redden en dat er gezorgd moest worden voor de families. Openbaar dronkenschap werd in die tijd nog gestraft met een gevangenisstraf. Overtreders werden in Rijkswerkinrichtingen gestopt, hun gezin zonder kostwinnaar achterlatend. De Christelijke organisaties wilden er voor zorgen dat alcoholisten, na vrijlating, niet terugvielen. Het Leger des Heils en de Gereformeerde geheelonthouders kregen zelfs reclasseringsbevoegdheid.

Alcoholverslaafden kwamen regelmatig terecht in gewone en psychiatrische ziekenhuizen, maar er was geen aparte zorg voor deze groep. Deze kwam pas rond 1900.

In 1909 wordt het eerste consultatiebureau voor alcoholisten opgericht, mede dankzij een arts: hoogleraar psychiatrie K.H. Bouman.

De Amerikaanse medicus Benjamin Rush stelde al in de 2^e helft van de 18^e eeuw dat alcoholisme een ziekte is. Rond 1900 sprak men van verslaafden als 'deels erfelijk belaste roeszuchtigen'. Andere artsen schreven eind 19^e en begin 20^e eeuw over het gevaar van degeneratie door verslavende middelen. Bovendien groeide in de medische kringen de zorg over de schadelijke invloed van de modernisering voor de samenleving.

Toch is dat lange tijd niet de overheersende visie geweest. Als interventie in de tijd van de industrialisatie werden arbeiderswijken drooggelegd. Dit geheelonthouderstandpunt overheerst het begin van de 20^e eeuw. De overheersende visie werd een moreel georiënteerde visie, waarbij de nadruk ligt op de vrije wil van de verslaafde. De verslaafde kiest zelf voor zijn ongezonde gedrag en kan er dus ook, met genoeg ondersteuning ervoor kiezen om er vanaf te komen. De opvatting dat verslaving een ziekte is, raakte daarbij uit beeld.

Na de oorlog maakt dit plaats voor een meer medische benadering. Alcoholisme wordt dan ook door instanties zoals Jellinek als een ziekte beschouwd.

De opvatting dat verslaving een ziekte is, is dus niet nieuw, maar staat met de vergroting van de medische en neurologische kennis onder vernieuwde aandacht.

Het morele model is daarmee niet weg, vooral in de politiek wil deze nog vaak aangehaald worden.

Verslaving wordt dan gezien als iets verwerpelijks dat met harde hand moet worden bestreden.

Het bio-psycho-sociale model waarin de accenten liggen op de sociaal-maatschappelijke, psychologische of biologische kanten van verslaving stamt uit de jaren tachtig en heeft in de verslavingszorg sinds de jaren negentig steeds meer zijn intrede gekregen. Sindsdien wordt overal in de reguliere verslavingszorg gewerkt met een integrale benadering om de uiteenlopende problematiek van verslaafden aan te pakken.

De kennis van de medicatie en lichamelijke processen hebben ook zijn invloed gehad. Pas in de jaren '50 kregen dokters met Refusal de beschikking om met medicatie alcoholverslaafden te helpen. In die tijd werden ook slaapkuren gebruikt, patiënten werden in een roes gebracht om ze te laten afkicken. Er was echter geen nazorgtraject, de terugval was daardoor groot.

In de jaren '60 was het uitgangspunt 'eens verslaafd, altijd verslaafd'. Opiumverslaafden kregen vanaf toen methadon toegediend, ook een verslavend opiaat, maar minder schadelijk dan opium of heroïne.

De behandeling van de jaren '70 is verdeeld in een 'softere' kant, waarin de hulpverlening verslaving opvatte als gevolg van een ziekmakende maatschappij of een rotjeugd. Dit zag je terug in 'huiskamerprojecten', waar verslaafden zich ook konden melden als ze niet af wilden kicken, in sommige ruimtes mocht je ook gebruiken. En een kant met een meer morele aanpak, waarin het uitgangspunt was dat iemand gevlucht was in verdovende middelen, maar ook kon kiezen/leren om op een meer volwassen manier met zijn emoties om te gaan. Dit was vooral te zien in de opkomst van de hiërarchisch therapeutische gemeenschappen (HTG'en) in de jaren 1975-1985. Voor de gemeenschappen waren de voorwaarden dat je beschikte over een hoge motivatie en een zekere geestelijke stabiliteit. Mensen met een psychiatrische problematiek pasten dan ook niet goed in deze doelgroep. De therapeutische gemeenschappen hadden daardoor een hoge drempel. Zij hadden een grote bekendheid, maar bereikten maar een klein deel van de verslaafden. Naast deze groeperingen bleef er ook een stroming bestaan die doorging op het medische model van de jaren '50-'60 en door bleven gaan met methadon verstrekken. Zij namen daarbij 'harm-reduction' als grootste uitgangspunt.

De HTG'en bleven bestaan tot in de jaren '90, daarna zijn ze verdwenen of omgevormd tot verslavingsklinieken met een minder directieve of confronterende aanpak.

Tegenwoordig heeft het medische model meer invloed gekregen. Verslaving wordt opgevat als een chronische hersenziekte die om chronische zorg vraagt. Je kunt niet teveel eisen stellen aan verslaafden, of de vrije keuze van verslaafden. Anderzijds kun je een ziekte behandelen, met behulp van medicatie. Dus heeft deze opvatting andere perspectieven voor behandeling gegeven.

Er is een gespannen relatie geweest tussen de GGZ en de verslavingszorg. In de jaren '80 zijn de consultatiebureaus voor alcohol en drugs (CAD's) buiten de fusies in de GGZ gebleven, die tot de RIAGG's hebben geleid. De CAD's waren destijds bang hun reclasseringsbevoegdheid te verliezen. Verslaafden zijn een lastige groep gebleven, -nog steeds- bewegend tussen de circuits van zorg, justitie, de straat en de nog altijd vaak christelijk geïnspireerde laagdrempelige opvang. (Maassen, 2006)

Comorbiditeit

In de 20^e eeuw was er wel aandacht voor lichamelijke comorbiditeit, veel instellingen hadden een huisarts als consulterend arts aangetrokken. Maar systematische aandacht voor psychiatrische comorbiditeit is er pas de laatste 10-15 jaar. Er werkten van oudsher weinig psychiaters in de sector en hadden vaak een uitsluitend consulterende taak en waren belast met de methadonverstrekking. Je vond wel verslaafden in psychiatrische inrichtingen, maar deze werden vaak als een last beschouwd. De cijfers zijn nu dat 40% van de verslaafden een borderlinestoornis heeft, dat percentage zal vroeger niet veel anders geweest zijn, maar nu is er aandacht voor in de behandeling. (Maassen, 2006).

Finland

Tot de jaren '80 van de twintigste eeuw was alcohol het grootste probleem in Finland, dat was veel meer onder de aandacht dan andere drugs. Van oudsher in de Finse samenleving was alcohol iets wat je voornamelijk met speciale gelegenheden dronk, maar dan wel tot het punt van detoxificatie. Medische gegevens lieten zien dat in Finland dood door acute alcoholvergiftiging zeven keer hoger was als Zweden en twintig keer hoger dan Denemarken.

Vanwege zijn moeilijke relatie met alcohol, legde de overheid van 1919 tot 1931 een verbod op alcohol. In 1976 kwam er een wet die reclame voor alcohol in de meeste publicaties verbood. Een andere ingreep was

om de kosten van alcohol door het heffen van belastingen hoger te maken, zozeer zelfs dat in het midden van de jaren 1980 die belastingen een belangrijke bron van inkomsten voor de staat werden.

Eind jaren '60 kwam er een versoepeling van de regels voor aankoop van alcohol. Het doel was dat alcohol zijn aantrekkelijke reputatie zou verliezen, omdat het niet meer verboden was. Dit beleid faalde echter toen bier in de supermarkt verkrijgbaar werd en sterke drank in meer restaurants beschikbaar was, dit veroorzaakte een verdubbeling van drankgebruik in het daaropvolgende decennium. In het midden van de jaren '70 stabiliseerde het gebruik van alcohol, hoewel het nu wel een grotere plaats in het dagelijks leven had gekregen dan hiervoor.

Het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid heeft een speciale afdeling voor drugsmisbruik: het ministerie van Matigheid en Alcohol beleid, dat plannen voor welzijn formuleerde en verantwoordelijk is voor de vervaardiging, invoer en verkoop van alcohol. (Solsten & Meditz, 1988).

In de jaren '70 en '80 van de vorige eeuw werd door de autoriteiten nog gedacht dat zij de drugsproblemen aardig onder controle hadden. Maar in de jaren 90 bleek het een groter probleem te zijn dan gedacht. Door de ontbinding van de Sovjet Unie, was er meer en goedkopere drugs (met name heroïne) beschikbaar. Het gebruik van cannabis verdubbelde en het recreatieve gebruik van party drugs steeg. Drugsgebruik is door de jaren heen in de Finse samenleving steeds meer genormaliseerd. De sociale en culturele acceptatie van drugsgebruik zijn gestegen. De sociale problemen die hiermee gepaard gaan, zoals drugsgerelateerde misdaad, morbiditeit en dood door overdosis, zijn daarmee ook gestegen. Hiermee is drugs een serieus probleem geworden voor de Finse maatschappij. Drugs worden nu gezien als een belangrijke sociale factor, een oorzaak van problemen die geconfronteerd moet worden. Sinds de jaren 90 is het drugs beleid dan ook hevig veranderd. (Heikkilä & Kautto, 2004, pag. 181 t/m 184).

Drugsmisbruik is sinds de jaren '90 flink gegroeid en heeft zich verspreidt door het land. Het is nu gestabiliseerd op een niveau waar geen snelle verbetering voor mogelijk is. Voor het eerst in de geschiedenis heeft Finland een grote groep van sociaal achtergestelde drugsmisbruikers die zware gebruikers van sociale- en gezondheidsdiensten zullen zijn. Het drugsprobleem wordt nu door de regering gezien als een dreiging voor de publieke gezondheid. (Heikkilä & Kautto, 2004 pag. 188).

Het drugsbeleid is veranderd door de jaren heen. Heikkilä en Kautto beschrijven dit aan de hand van 3 perspectieven: comité en werkgroepverslagen, gepubliceerd door de overheid, administratieve en organisationele veranderingen ten aanzien van preventief handelen en voorbeelden van nieuw drugsbeleid.

Comité en werkgroepverslagen, gepubliceerd door de overheid

Met het rapport uit 1997 kwam het drugsbeleid weer hoog op de agenda te staan. In het rapport werd het drugsprobleem niet alleen omschreven als crimineel gedrag, maar werden de sociale aspecten en de publieke gezondheid onderstreept. Zij gaven aan meer aan preventie en schadebeperking te doen. In de lente van 1997 is er dan ook begonnen met het needle-exchange program. Verder vroeg het meer aandacht voor sociale steun en adviesdiensten.

Ook wezen zij erop dat de staat niet genoeg bronnen had om met de drugs problemen om te gaan. Zij stelden een community approach voor, waarbij de rol van de overheid minder centraal zou staan en er meer ruimte zou zijn voor locale en multidisciplinaire netwerkteams. Het rapport van 2000 wilde niet inzetten op

een enkele, uitvoerige strategie, maar op een flexibele en pragmatische aanpak. Verschillende gebruikersgroepen, gebruiken verschillende drugs op verschillende manieren. Schadereductie en primaire preventie speelden een belangrijke rol in dit rapport. Drugseducatie zou dan ook specifieke risico's voor specifieke drugs aan moeten wijzen ('hoe heroïne niet gebruikt moet worden, als het gebruikt wordt'). De werkgroep van 2001 richtte zich op het verbeteren van de behandeling van drugsgebruikers. De behandeling was niet erg ontwikkeld en gecoördineerd in het Finse gezondheidsbeleid. Ze waren sceptisch tegenover substitutie en maintenance treatment. Het rapport van 2001 kwam met optimistische liberaalmedische opvattingen. Het rapport concentreerde zich op de medische kant van de behandeling, met name de behandeling van heroïne gebruikers met methadon of buprenorphine. Verder stelde het rapport voor dat:

- zulke substitutie behandelingen opgevoerd moesten worden.
- gecentraliseerde medische behandeling gedecentraliseerd moest worden en vervangen door normale voorgeschreven drugs praktijken.
- verslaafden moeten zo snel mogelijk in de low-threshold maintenance traktament geplaatst worden.

De 3 rapporten hadden gemeen dat zij alle drie focusten op schadereductie en preventie. (Heikkilä & Kautto, 2004, pag. 188-192).

Administratieve en organisationele veranderingen ten aanzien van preventief handelen

Voor de jaren '90 werden drugsgebruikers voornamelijk als criminelen behandeld en door de politie aangepakt. Maar sinds de jaren '90 is dit gaan veranderen. Voornamelijk de behandeling en schadereductie en preventie benadering zijn aan verandering onderhevig geweest. In 1999 besloot de overheid om voor het drugsbeleid meerdere ministeries samen te laten werken (sociale zaken en gezondheid, recht, educatie, binnenlandse zaken en buitenlandse zaken). Het beleid is nu gericht op zowel harde maatregelen als een zachtere, meer adaptieve aanpak. Sinds 1999 heeft de overheid de organisaties ook opgedragen meer te praten over drugs, in actie te komen tegen drugs en netwerken op te zetten van ouders, kinderen, leraren, lokale politie, evenals jeugd en social en health workers. Finland heeft nu tal van drugsprojecten lopen. (Heikkilä & Kautto, 2004, pag. 192-193).

Voorbeelden van nieuw drugsbeleid

Heikkilä en Kautto geven voorbeelden van nieuwe maatregelen op het gebied van behandeling, controle en educatie om aan te geven hoe Finland zich ontwikkeld heeft en waar de ontwikkeling naar toe gaat. In 1997 is de eerste needle and syringe exchange programme gestart. Dit om de verspreiding van hepatitis en HIV tegen te gaan. Sindsdien zijn er steeds meer bijgekomen. Het debat in de politiek blijft alleen dat de ene kant vindt dat je met dit programma de mensen de benodigdheden geeft om drugs te gaan gebruiken en volgens de andere kant is dit programma juist om de gezondheid te beschermen. Met de groei van de medische kennis, werd ook in Finland begonnen met substitutie behandeling, waarin behandeld wordt met vervangende opiaten, zoals methadon. Begonnen begin jaren '90 waren er nog niet veel cliënten op wie dit toegepast werd. Maar sinds het begin van deze eeuw zijn er op steeds meer plekken detoxificatie, substitutie en onderhoudsbehandelingen met opioïden mogelijk. Veroordeelde drugsgebruikers kunnen strafvermindering krijgen, als zij instemmen met behandeling. Er zijn ontwikkelingen gaande om straffen te vervangen door behandeling.

Sinds 1994 zijn de rechten voor de politie om in te grijpen verbreed. Zij mogen nu afluisteren, pseudoaankopen doen en andere onconventionele methoden inzetten om drugscriminaliteit op te sporen. Bij 3 werd genoemd dat veroordeelde gebruikers kunnen kiezen voor strafvermindering als zij instemmen met behandeling. Dit wordt uitgebreid naar minderjarigen. Ook komt er voor minderjarigen een ander hoorsysteem waarbij ook de familie wordt uitgenodigd en er iemand van de sociale dienst aanwezig is. Op het werk worden werknemers steeds vaker aan drugstesten onderworpen. Het plan reist op om dit ook vaker op scholen toe te passen, om zo jonge drugsexperimenteerders eerder op te sporen. Kritiek is dat het ingaat tegen de privacy, de test niet altijd betrouwbaar is en je iemand een sociaal stigma meegeeft. Sinds 2001 is de drugs educatie veranderd. Niet meer gericht op onderwijzen, moraliseren en alarmeren. Maar het brengt 2 punten onder de aandacht: herkenning van verschillende drugs en drugsculturen en de acceptatie van de complexiteit van het tackelen van het drugsprobleem. De nieuwe visie is dat jonge mensen in het bijzonder voorgelicht moeten worden over drugsgebruik en zijn consequenties door discussie en pedagogische benadering. Drugs moeten bespreekbaar worden voor iedereen. Burgers moeten de basis feiten weten over verschillende soorten drugs, drugsculturen, welke welzijn- en gezondheidsorganisaties er beschikbaar zijn, de effecten van drugsbeleid en de globale natuur van de drugsmarkt. (Heikkilä & Kautto, 2004, pag. 193-196).

Maatschappelijk werk in de verslavingspsychiatrie

De zorg voor verslaafden valt onder het ministerie Sociale Zaken en Volksgezondheid en wordt uitgevoerd door de gemeenten.

Het werk in Finland met drugsgebruikers kunnen worden onderverdeeld in activiteiten gericht op preventie en herstel. Dit houdt in:

- Voorkomen van het gebruik;
- Voorkomen van risico's, schade en problemen die samenhangen met het gebruik van middelen;
- Behandeling voor middelenmisbruik.

Diensten voor drugverslaafden zijn beschikbaar als onderdeel van de algemene sociale dienst en diensten voor gezondheidszorg, als speciale diensten en in de vorm van een gespecialiseerde behandeling. De aard van de diensten omvatten ambulante zorg, institutionele zorg, revalidatie en huisvesting en ondersteunende diensten.

Gemeenten zijn belast met het organiseren of inkopen van diensten om aan de vraag te voldoen. Elke gemeente in Finland is verplicht om een strategie voor de preventie van middelenmisbruik te hebben en diensten voor drugsgebruikers aan te bieden.

Preventief werk in gemeenten kan worden uitgevoerd als onderdeel van sociale diensten en gezondheidsdiensten, in scholen, in het jeugdwerk en recreatieve activiteiten.

Organisaties spelen een cruciale rol in de preventie van middelengebruik. De grootste drugshulpverlening en preventie organisatie in Finland is de A-kliniek stichting. (sosiaali- ja terveystieteist, substance abuse work and services (n.d.)).

De A-kliniek stichting werd opgericht in 1955 door 16 organisaties, waaronder de dienst voor de volksgezondheid, sociaal-maatschappelijke organisaties, en instanties die het alcoholmonopolie van de staat vertegenwoordigen, alcohol onderzoek- en non-gouvernementele alcoholisme behandelingsdiensten. De A-

kliniek was een sociale innovatie van de jaren '50. Zij boden vrijwillige ambulante behandeling. A-klinieken waren een tegenwicht voor de verplichte residentiële behandeling van de overheid en plaatselijke autoriteiten.

Social case work werd de belangrijkste manier van werken. Er werd zoveel mogelijk gewerkt met een multidisciplinair team van maatschappelijk werkers, verpleegkundigen en artsen. Psychiaters en maatschappelijk werk docenten traden op als toezichthouders van de A-klinieken teams. Dit uitgangspunt vormt vandaag de dag de basis voor alcohol- en drugshulpverlening in het hele land.

In de loop der jaren zijn er ambulante A-klinieken door het hele land gevestigd. Vanaf de jaren '70 zijn de kerndiensten aangevuld met ambulante eenheden voor jongeren, detoxificatie kliniek, klinische revalidatie-eenheden, residentiële diensten en dagcentra. De meeste eenheden vallen onder de dienstverlening die door de gemeenten geboden worden. Er zijn nu ongeveer 70 A-klinieken in Finland.

Alle gespecialiseerde verslavingseenheden onderhouden nauwe contacten met zelfhulp- en steungroepen, zoals A-gilden (lokale verenigingen van voormalige cliënten van A-klinieken) en de Anonieme Alcoholisten groepen.

Een aantal andere gespecialiseerde verslavingszorgdiensten, vooral intramurale revalidatie en residentiële diensten, zijn ook beschikbaar.

Naast de A-klinieken zijn er ook een aantal particuliere initiatieven waarbij de gemeenten ook zorg en diensten in kunnen kopen. (A-klinikkasäätiö (n.d.)).

Social Work met drugsgebruikers houdt in: behandeling voor zowel de gebruiker als hun familie of anderen die dichtbij staan. Diensten die beschikbaar zijn, zijn algemene sociale diensten en algemene gezondheidszorg, speciale diensten voor gebruikers en gespecialiseerde gezondheidszorg. Cliënten kunnen op eigen initiatief naar non-institutionele diensten gaan. Voor geïnstitutionaliseerde zorg hebben ze een verwijzing nodig.

De meeste sociale diensten worden hoofdzakelijk verstrekt als niet-institutionele diensten, hieronder vallen ook inkomen en huisvesting kwesties. Andere diensten houden in: sociale steun, detoxificatie behandeling, groepstherapie, gezinstherapie en revalidatie en re-integratie. Er is vrijwillige participatie van de cliënt nodig. Een drugsgebruiker kan opgenomen worden in gedwongen hulpverlening, op grond van gezondheidsrisico of gewelddadig gedrag, maar in praktijk komen zulke opnames eigenlijk niet voor.

De A-klinieken en jeugd units zijn semimurale afdelingen. Bijna elke stad of dorp heeft een A-kliniek, of soortgelijke particuliere kliniek. Institutionele zorg wordt verstrekt op detoxificatie klinieken, revalidatie instellingen en bepaalde gezondheidszorg eenheden. Kortdurende institutionele zorg duurt meestal niet meer dan een of twee weken. Het doel van detoxificatie is om de cyclus van middelenmisbruik te breken en te verlichten en om onthoudingsverschijnselen en andere problemen te behandelen. Institutionele revalidatie duurt ongeveer vier weken. Services voor minderjarige drugverslaafden vallen onder de Wet op de Kinderbescherming. Sommige jeugdinstituten bieden ook behandeling voor middelenmisbruik. De diensten die betrokken zijn bij de behandeling en rehabilitatie van drugsgebruikers omvatten ondersteuning en woningmaatregelen: huizen, dienst huisvesting, individuele flats in ondersteunende huisvesting en dagcentra. (Social welfare in Finland).

2.3 Welke theorieën liggen ten grondslag aan de Nederlandse en de Finse visie op verslavingspsychiatrie en haar maatschappelijk werk?

In deze subvraag willen we inzicht geven waar de Nederlandse en de Finse visie op verslavingspsychiatrie en maatschappelijk werk vandaan komt. Dit omdat elke behandelmethode voort komt uit een achterliggende theorie en visie.

Nederland

De wijze waarop er in Nederland gedacht wordt over verslaving is vanuit het bio-psycho-sociale model. De ontwikkelingen in de geschiedenis van de Nederlandse verslavingspsychiatrie was beschreven in deelvraag 2.2 en is ook beschreven in 3.1.

Het feit dat de verslaving niet alleen gezien wordt als gedragsprobleem, of puur als ziekte, komt overeen met het holistische mensbeeld, vanuit het humanisme:

De humanistische psychologie wordt zo genoemd omdat ze beoogt de mens centraal te stellen, heel de mens. Anders dan de psychoanalyse en het behaviorisme gaat deze humanistische psychologie ervan uit dat:

1. onze biologie en omgeving niet de enige bepalende factoren voor onze persoonlijkheid zijn: creatieve vermogens zijn dat eveneens;
2. een mensvormig model beter is dan een mechanistisch model voor de verklaring van ons gedrag;
3. doel en betekenis belangrijker zijn dan oorzakelijkheid (causaliteit) in ons functioneren;
4. een holistisch (omvattend) model van de mens beter is dan een reductionistisch model;
5. naast het onbewuste en het gedrag volledig rekening moet worden gehouden met de menselijke subjectiviteit, dat wil zeggen, met de gezichtspunten en belevingen van het individu;
6. de kwaliteit van de menselijke relatie doorslaggevend is in psychotherapie.

(Humanistisch Canon, (n.d.)).

Met name punt 4 is het waard om even aan te stippen, omdat het zien van verslaving als of alleen iets medisch, of alleen iets van gedrag, beperkend (reductie) werkt. Wat verder ook benoemd is in 2.2, is dat deze beperking een belemmering in de behandeling inhoudt. Dit omdat er voor de cliënt met een dubbele diagnose minder goede toegang tot behandeling is, dan voor de cliënt met alleen een verslaving of alleen een psychiatrische diagnose. Gelukkig is daar een veranderende ontwikkeling in gaande.

Finland

In Finland is tijdens de interviews niet zo expliciet als in Nederland genoemd, dat men het heeft over verslavingspsychiatrie als begrip. Maar in Finland lijkt men er wel van nature al vanuit te gaan dat verslaving een (hersens)ziekte is. Deze gedachte komt met name voort uit het bio-psycho-sociale model, wat door de maatschappelijk werkers vaak genoemd werd tijdens de interviews. Net zoals hiervoor over Nederland beschreven is, geldt ook voor Finland dat het bio-psycho-sociale model vanuit de holistische mens visie komt met het humanisme als ondergrond.

Wat in een van de interviews genoemd werd met een Finse maatschappelijk werker, was de Theory of Change, die toegepast werd in de kliniek waar zij werkzaam is.

Theory of Change betekent de theorie van verandering. Een theorie waarin men een verandering in gang zet door als eerste lange termijn doelen te stellen, en zich daarbij bewust te zijn van de achterliggende veronderstellingen. Vervolgens het in kaart brengen van de nodige voorwaarden die nodig zijn om de doelen te kunnen behalen. Geschikte interventies bedenken/ kiezen die de gewenste verandering teweeg zullen brengen. Dan een manier ontwikkelen waarop je kunt zien of de uitkomsten van de in gang gezette verandering (gaan) voldoen aan het gewenste resultaat. En ten slotte het reflecteren op het proces en de resultaten. (Theory of Change. (n.d.)).

Met deze theorie wordt er wel vanuit gegaan dat verandering van de verslaafde cliënt een kwestie van gedrag is. Toch wordt het proces op een zorgvuldige manier vorm gegeven, waardoor de cliënt heel bewust met zijn veranderingsproces bezig is, en resultaten heel concreet kan meten. En het proces is afhankelijk van de voorwaarden die geschapen worden door de situatie van de cliënt zelf, en de begeleiding van zijn begeleider(s). In de kliniek waar de geïnterviewde maatschappelijk werker werkzaam is, werken ook een aantal verpleegkundigen, waardoor een goede balans in stand blijft. Een balans van gedragsverandering, maar ook een balans van psychiatrische en medische behandeling.

Wat het Finse maatschappelijk werk kenmerkt is de traditie van Social Work en Social Services. Een verdere uitleg over deze begrippen zal verder worden toegelicht in 2.4. Het maatschappelijk werk waaronder ook de hulp aan de cliënten met dubbele diagnose valt, wordt vanuit de verzorgingsstaat aan de cliënten geboden. De Finse samenleving en overheid is er op gericht om zo min mogelijk mensen buiten de boot te laten vallen, en zo veel mogelijk gelijkwaardigheid te waarborgen. Vanuit die gedachte is het maatschappelijk werk goed geregeld voor de cliënt.

"Social Work is considered to be a part of the welfare state system, the aim of which is to create comprehensive social security for all citizens. ... To a great extent, Social Work is understood as the final safety net in the social security system". (Hämäläinen/Niemelä 2000, p.28).

2.4 Hoe is de welzijnszorg in Finland gestructureerd m.b.t. Social Work en Social Pedagogy?

Welke vergelijkingen zijn wel en niet te trekken binnen de Nederlandse en Finse welzijnszorg?

Om een goede vergelijking tussen Nederland en Finland te maken zullen we eerst kijken hoe de situatie precies in Nederland is.

In Nederland maakt men een onderscheid tussen de opleidingen maatschappelijk werk en dienstverlening (MWD) en sociaal pedagogisch hulpverlening (SPH). Deze zijn op HBO-niveau, ofwel 'applied arts', en zijn beiden onderdeel van de bachelor Social Work. (Rijksoverheid. (n.d.)).

De Hanzehogeschool Groningen legt het verschil tussen MWD en SPH als volgt uit:

"Er is veel overlap in beide beroepen. In veel instellingen zijn maatschappelijk werkers en sociaal pedagogische hulpverleners elkaars collega's en werken ze nauw met elkaar samen. Er zijn wel een aantal accentverschillen:

Als sociaal pedagogisch hulpverlener werk je voornamelijk met jeugdigen en volwassenen in groepsverband. De opleiding bereidt je voor op het werken met groepen maar besteedt ook ruim aandacht aan de individuele hulpverlening. Kenmerkend voor de opleiding sociaal pedagogische hulpverlening is de aandacht voor het werken met creatief agogische middelen, denk hierbij bijvoorbeeld aan het werken met muziek, drama en beeldende middelen.

De maatschappelijk werker werkt meestal met (volwassen) individuen of gezinnen. De opleiding besteedt veel aandacht aan maatschappelijk werk methodieken gericht op de psychosociale hulpverlening, hulpverlening na (seksueel) geweld en schuldhulpverlening". (Hanzehogeschool Groningen (n.d.)).

Het NVMW schenkt ook aandacht aan Social Work in het boek 'beroepsprofiel van de maatschappelijk werker'. Zij vertellen dat in veel andere landen Social Work (ook wel sociaal werk of sociale studies genoemd) een breder begrip is dan maatschappelijk werk. Het gaat dan bijvoorbeeld ook om gemeenschapswerk en SPH. Maatschappelijk werk in Nederland onderscheidt zich door concentratie op de cliënt die problemen ondervindt in zijn sociaal functioneren en die via een ambulant dienst- en hulpverleningscontract wordt ondersteund bij het 'helpen zichzelf te helpen'. Sinds korte tijd bestaat de bachelor Sociale Studies, deze ontwikkeling geeft al aan dat ook in Nederland de grens tussen de verschillende sociale beroepen begint te vervagen. Tot nu toe is Social Work in Nederland geen beroep op zich, maar eerder een beroepsterrein waarbinnen de 'oude beroepen' zich hebben gepositioneerd. Omdat ieder 'oud beroep' zijn eigen kennis, methodieken en methoden en een eigen beroeps- en opleidingscultuur heeft ontwikkeld is het duidelijk dat ze nog niet zijn samengesmolten tot één Social Work beroep. Zeker maatschappelijk werk met zijn honderd jaar geschiedenis:

"In de beroepenrange in het sociaal domein is het maatschappelijk werk de meest ontwikkelde beroepsgroep in de zin van het hebben van eigen methodieken, een eigen beroepsopvatting en een beroepscode". (Van Ewijk, 2003).

Een zekere mate van verbreding van de beroepen lijkt gunstig, zolang verbreding niet leidt tot vervlakking en er specifieke kennis en kunde verloren gaat. Vooralsnog hoort maatschappelijk werk onder de beroepsgroep Social Work. Let wel: iedere maatschappelijk werker is een Social worker, maar niet iedere Social worker is een maatschappelijk werker. (NVMW, 2006, p. 90).

Overigens wordt er sinds 2009 ook in Nederland op 2 hogescholen de master Social Work gegeven, dit is een post-hbo opleiding. De opleiding bestaat uit drie programma's: praktijkonderzoek, theorie van het sociaal werk en professionele leerbegeleiding. Er bestaat nog geen beroep master Social Work, maar de bedoeling is dat de afgestudeerden de spil worden tussen uitvoering en beleid. (Zorg en welzijn, platform voor sociale professionals (n.d.)).

In Finland heeft men op een andere manier onderscheid gemaakt tussen de verschillende taken en niveaus op het gebied van Social Work. Men kent de opleiding Social Work, welke op universitair niveau is. Om een gekwalificeerd Social worker te zijn moet men de bachelor en de master behalen van deze opleiding. *Social Work combineert de cliënt en zijn situatie met een diepgaander begrijpen van de samenleving. Het gaat om het versterken van de rechten van de cliënt, de voorwaarden om te leven en dat de cliënt meer grip krijgt op zijn leven. In Finland kan men met deze opleiding werken met cliënten of zich bezig houden met planning, onderzoek en management. Het vakgebied is zo breed dat studenten kunnen kiezen tussen werken voor de gemeentes, organisaties, bedrijven in het sociale werkveld en in algemeen sociaal werk. (University of Kuopio (n.d.)).*

Daarnaast bestaat de opleiding Social Pedagogy, welke ook op masterniveau is.

Binnen Social Pedagogy kan men kiezen voor een specialisatie binnen kinder, jeugd of volwassen onderwijs met verschillende inhoudelijke accenten. De universiteit in Kuopio is de enige universiteit in Finland die Social Pedagogy aanbiedt als hoofdvak.

De kernpunten van onderzoek, educatie en praktijk zijn:

Het bestuderen van de processen van menselijke groei en ontwikkeling als het gaat om zijn integratie in de samenleving, zijn sociaal functioneren, zijn sociale identiteit, betrokkenheid en participatie en het sturen van zijn eigen leven;

De problemen welke mensen tegenkomen bij integratie in sociale systemen en gemeenschappen die de kwaliteit van leven, betrokkenheid en het aansturen van het eigen leven beïnvloeden;

pedagogische interventies die als doel hebben om mensen te stimuleren deel uit te maken van de samenleving, en het tegengaan en verminderen van integratieproblemen, sociaal isolement en andere problemen;

Het concept van Social Pedagogy overlapt de hele levenslijn van de mens. (University of Kuopio (n.d.)).

Op applied arts niveau is er de opleiding Social Services, welke bachelor niveau is.

Binnen de opleiding Social Services word gewerkt met competenties. Al deze competenties samen vormen een multi-dimensionaal geheel, de kern is de relatie tussen het individu en de samenleving. Professionele hulpverlening is het omgaan met problemen die zich in de verschillende overgangsfases in het leven voordoen welke worden uitgevoerd door middel van een methode waarin de cliënt met betrekking tot het beïnvloeden van zijn eigen problemen de expert blijft. De speciale taak van de sociaal werker is om de mensen die niet genoeg culturele, sociale en economische middelen bezitten te begeleiden en te coachen zodat zij leren om hun eigen leven te sturen. Begeleiden wil zeggen: het versterken van de cliënt zijn keuze- en evaluatievermogen, het verhogen van de cliënt zijn levensexpertise en het aanmoedigen van het geloof in een goed leven. (Savonia, 2010).

In een interview met de coördinator, L. Leinonen, van de opleiding Social Work van de universiteit van Kuopio, werd het verschil nog explicieter uitgelegd: in Finland is de master Social Work de enige erkende opleiding voor Social worker, heeft men de bachelor en de master van deze opleiding afgerond dan pas is men een bevoegd Social worker. Om bijvoorbeeld als Social worker in dienst van een gemeente te kunnen werken moet men de master hebben behaald. Het belangrijkste verschil tussen de applied arts opleiding, Social Services en de master opleiding, Social Work is de theoretische onderlegging. In de masteropleiding is theorie zeer belangrijk en is dit de basis voor het werk. Bij Social Services word ook theoretische kennis gegeven, maar in veel mindere mate en is de basis de waarden van het beroep.

De verschillen tussen universiteiten en applied arts scholen zijn duidelijk omschreven. Over het algemeen kan men zeggen dat de universiteit de link is tussen onderzoek en educatie. Applied arts scholen zijn regionaal en richten zich op de praktische kant van het beroep en op regionale ontwikkeling.

In Finland zit Social Work historisch dicht tegen Social Policy aan, tot 1990 was Social Policy namelijk de 'moederwetenschap' van Social Work.

Het Finse Social Work onderwijssysteem representeert het Integrated Research Model (Juliusdottir & Pettersson, 2004), de onderzoeksbeginselen zijn geïntegreerd in de onderwijsprogramma's.

Kenmerkend voor dit model is:

- een kritische en theoretische blik op Social Work vanuit een autonome positie.
- een betere professionele status en een verhoogde bekwaamheid in het bediscussiëren van welzijnskwesties.
- wordt een beter betaalde professie. (Lähteinen, M.Soc.Sc. Sanna (2006, december)).

Concluderend kunnen we zeggen dat van de gekwalificeerde Finse Social worker een hoger niveau wordt verwacht dan van de Nederlandse Social worker. Daar waar men in Finland focust op theoretische kennis en academische en onderzoeksvaardigheden, richt men zich in Nederland meer op praktische uitvoering van theorie. Bekeken vanuit het Europees Kwalificatiekader (Europees Parlement, 2008) is de Finse opleiding Social Services vergelijkbaar met het Nederlandse Social Work, maar in hoeverre de opleidingen daadwerkelijk met elkaar overeenkomen is moeilijk te zeggen. Hiervoor hebben wij niet de kennis en de tijd in huis om dit op een grondige manier te onderzoeken. De Finse opleiding voor Social Work is één niveau hoger dan de Nederlandse opleidingen voor Social Work gezien op Europees Kwalificatieniveau.

Een ander kenmerkend verschil tussen het Social Work in Nederland en Finland is dat men in Nederland verschillende beroepsgroepen ontwikkeld heeft binnen het terrein van Social Work. Het maatschappelijk werk heeft bijvoorbeeld een duidelijk eigen profiel en lange historie. Daarmee is er meer specifieke kennis en kunde ontwikkeld op verschillende terreinen.

2.5 Wat zijn cultuur- en samenlevingsverschillen en –overeenkomsten tussen Nederland en Finland, en welke aandachtspunten brengt dat met zich mee wat betreft de toepasbaarheid methodieken in het andere land?

Misschien wel het grootste verschil tussen Nederland en Finland is de bevolkingsdichtheid. Waar in Nederland 395,11 personen per vierkante kilometer wonen, leven er in Finland 15,5 personen per vierkante kilometer. (World Atlas (n.d.)).

Wanneer we kijken naar het drugsgebruik in beide landen komen de volgende cijfers te voorschijn:

In 2007 kwam levenslang gebruik van cannabis onder 28 % van de Nederlandse bevolking voor, in Finland was dit 7,5 %. Als het gaat om harddrugs waren 'inhalants'¹ het meest populair, levenslang gebruik onder 6 % van de Nederlanders en 10 % onder de Finse bevolking. XTC volgde daarop met 4 % onder de Nederlanders en 2 % onder de Finnen. Het levenslang gebruik van cocaïne, LSD, amfetaminen en heroïne is nagenoeg hetzelfde in beide landen.

Het enorme verschil in gebruik van cannabis zouden we kunnen verklaren vanuit de verschillen in wetgeving van beide landen. De Nederlandse wetgeving is gebaseerd op het principe van scheiding van de markten van cannabis en andere illegale drugs. Voor het eerste gelden lagere straffen dan voor de tweede. Tevens worden kleine hoeveelheden drugs voor eigen gebruik getolereerd. De verkoop van cannabis wordt, onder strikte voorwaarden, getolereerd in coffeeshops. In Finland wordt deze tweedeling niet gemaakt. Voor drugsgebruik en het bezit van drugs staat een lagere straf dan voor het verhandelen en smokkelen van drugs. In sommige gevallen wordt afgezien van vervolging van drugsgebruik, bijvoorbeeld als het als onbetekenend wordt gezien of als de drugsgebruiker hulp heeft gezocht bij het ministerie van sociale zaken en gezondheid. (EMCDDA)

Bovenstaande feiten zijn van invloed op de hoeveelheid en de grootte van hulpverleningsorganisaties op het gebied van de verslavingspsychiatrie. De grootte van een organisatie is van invloed op de taakverdeling en het aantal disciplines binnen de organisatie. Daarom moeten we goed kijken naar de grootte, samenstelling en taakverdeling van de Finse organisaties die wij onderzoeken om zo een goede vergelijking met Nederland te kunnen trekken.

Finnen zijn over het algemeen analytische denkers en focussen meer op technische feiten dan op een emotioneel appel. Verder volgen Finnen de wetten strikt op en uitzonderingen worden niet zomaar gemaakt. Wanneer er overduidelijk bewijs is dat de wet veranderd moet worden, word deze ook veranderd. (Global EDGE). Dit verschil komt ook naar voren in 2.4, waar het verschil tussen de opleidingen in Nederland en Finland wordt uitgelegd. Hieruit blijkt dat men in Finland meer wetenschappelijk werkt binnen het Social Work. Wetenschappelijke benaderingen die men succesvol gebruikt in Finland zouden hierom misschien niet bruikbaar kunnen zijn in Nederland.

Finland is een land met een homogene bevolkingssamenstelling, waar slechts 100.000 buitenlanders wonen met in totaal een bevolking van 5 miljoen inwoners. In Nederland wonen ruim 3 miljoen allochtonen met in

¹ 'Inhalants' zijn een breed scala van geneesmiddelen waarvan de vluchtige dampen worden genomen via de neus en de luchtpijp, vaak gebruikt als partydrug.

totaal een bevolking van 16 miljoen inwoners. In Nederland heeft men dus veel meer te maken met multiculturaliteit en men moet daarmee dus ook rekening houden in de hulpverlening.

2.6 Wat zijn Europese ontwikkelingen rondom de verslavingspsychiatrie?

De Europese Unie is de hoofdverantwoordelijke voor het beleid op het gebied van geestelijke gezondheidszorg. In 2008 is er 'the European Pact for Mental Health and Well-being' gepubliceerd. Daarin staat bijvoorbeeld dat aanvullende acties en samengebundelde krachten op EU-niveau de ledenstaten kan helpen om uitdagingen aan te gaan. Zoals het bevorderen van een goede geestelijke gezondheid en welzijn van de bevolking, het versterken van preventie en zelfhulp, en het verstrekken van ondersteuning voor hen die geestelijke gezondheidsproblemen ervaren en voor hun families, door de maatregelen die de ledenstaten hebben genomen via de zorgcentra en sociale diensten. (European Union 2008. (n.d.)).

Van meet af aan heeft Nederland veel kennis gehaald uit het buitenland. Vroeger vooral uit het Amerikaanse Social Work, tegenwoordig meer en meer vanuit andere werelddelen zoals Australië. De reden hiervoor is de digitalisering, het wordt steeds makkelijker om informatie uit te wisselen. Omdat Nederland steeds meer een deel wordt van Europa is er tevens veel meer kennisuitwisseling tussen de EU-lidstaten ontstaan. (NVMW, 2006, p. 89).

Als het specifiek om drugsgebruik gaat kunnen we daar het volgende over zeggen: in de 21e eeuw zijn heroïne problemen gestabiliseerd en/of gedaald in geheel Europa, maar nog steeds is heroïne het grootste probleem opiaat in Europa.

Drugsmisbruik is een aanzienlijke veroorzaker van morbiditeit en sterfte. Vooral injectie drugsgebruik wordt geassocieerd met negatieve uitwerkingen, zoals zware infecties en dodelijke overdosissen. Gelukkig is de sterfte door drugsmisbruik gedaald in geheel Europa. Jongvolwassenen beginnen hun drugsgebruik vaak in het begin van hun tienerjaren en stappen op hun laatst in hun twintigerjaren over op harddrugs. Globaal gezien is het drugsprobleem van volksgezondheidsbelang en opkomende trends in Europa moeten ook zo worden benaderd. (Kauhanen, S.; Eloranta A.; Kauhanen, J., 2010).

Een belangrijke ontwikkeling is die van de motiverende gespreksvoering; een benadering om mensen te helpen om hun problemen te onderkennen en iets te doen aan hun problemen, hun ambivalenties op te lossen en de weg naar verandering in te slaan. De wortels van de motiverende gespreksvoering liggen in de lijn van Carl Rogers, de cliëntgerichte benadering. Het is ontwikkeld door Miller en Rollnick in 2002 en het wordt tegenwoordig ook veel buiten de GGZ gebruikt. (van den Brink, W.; Schippers, G. M., 2008).

In 2.1 wordt uitgelegd dat men verslaving tegenwoordig als een stoornis bestempeld. Dit is een Europese of misschien beter gezegd een internationale ontwikkeling. Sciacca benoemt dat men in de USA in 1996 in de beginfase van de evolutie van double diagnosis services was. Aan de hand van de DSM-IV kunnen psychiatrische ziekten worden gediagnosticeerd, dit wordt samengesteld door internationale psychiaters, psychologen en epidemiologen in opdracht van de 'American Psychiatric Association'. De DSM-IV reflecteert de bevindingen van de 'International Classification of Diseases' (ICM-9-CM). Dat verslaving als een psychiatrische stoornis wordt benoemd in de DSM-IV is dus een internationale ontwikkeling van de afgelopen decennia. (American Psychiatric Association. (n.d.))

Conclusie

Met verslavingspsychiatrie bedoelen wij dat verslaving opgevat wordt als een gevolg van biologische, psychologische en sociale factoren, ook wel het bio-psycho-sociale model genoemd. Dit plaatst verslaving binnen het gebied van de psychiatrie, daarom spreken wij over verslavingspsychiatrie. Met maatschappelijk werk bedoelen we dat de werker werkzaam is op het snijvlak individu en samenleving. Het is een combinatie van materiële en psychosociale hulp en gericht op het ondersteunen van de cliënt in omgang met de maatschappij.

In zowel Nederland als Finland was maatschappelijk werk van oudsher gericht op de problemen rond alcohol. Dit werd in beide samenlevingen eerst gezien als een sociaal probleem en verslaving werd opgevat als een gedragskeuze. Tegenwoordig is er ook meer nadruk op de biologische en psychologische factoren van verslaving en wordt verslaving meer en meer opgevat als hersenziekte. Maatschappelijk werk is dan ook steeds meer gaan samenwerken met artsen en verpleegkundigen en is nu vaak onderdeel van een geïntegreerde behandeling. In Finland is, anders dan in Nederland, alcoholisme lang het grootste verslavingsmiddel geweest. De nadruk op andere drugs kwam daar dan ook later op gang, sinds de jaren '90 van de vorige eeuw is daar veel veranderd qua drugsbeleid.

Zowel Nederland als Finland vatten verslavingspsychiatrie tegenwoordig op vanuit het bio-psycho-sociale model. Bij Nederland valt nog op te merken dat dit sterk verbonden is met de holistische visie vanuit het humanisme.

In Finland bestaat de opleiding Social Work, welke universitair is. Om een gekwalificeerd Social worker te zijn heb je een afgeronde bachelor en master nodig. Op applied arts niveau (vergelijkbaar met HBO) bestaat de opleiding Social Services.

Van de Finse Social worker wordt dus een hoger niveau verwacht dan van de Nederlandse Social worker. Een ander kenmerkend verschil tussen het Social Work in Nederland en Finland is dat men in Nederland verschillende beroepsgroepen ontwikkeld heeft binnen het terrein van Social Work: maatschappelijk werk en sociaal pedagogisch hulpverlening. In Finland is het Social Work met name ontwikkeld vanuit Social Policy.

Belangrijke verschillen tussen Nederland en Finland zijn verschil in bevolkingsdichtheid, andere wetgeving omtrent drugsgebruik, en de samenstelling van de samenleving. In Nederland is meer multiculturaliteit.

De grootte van een organisatie is van invloed op de taakverdeling en het aantal disciplines binnen de organisatie. Daarom moeten we goed kijken naar de grootte, samenstelling en taakverdeling van de Finse organisaties die wij onderzoeken om zo een goede vergelijking met Nederland te kunnen trekken.

Op Europees niveau is belangrijk om op te merken dat er in 2008 'the European Pact for Mental Health and Well-being' is gepubliceerd, over het beleid in de GGZ. Deze pleit voor een samenbundeling van krachten van de lidstaten. Het is dan ook te verwachten dat beleid en sociale voorzieningen ook op Europees niveau meer op elkaar afgestemd zullen worden.

Hoofdstuk 3: Deelvraag 2: Hoe ziet de verslavingspsychiatrie en haar maatschappelijk werk er nu in Nederland uit, m.n. binnen Bouman GGZ?

Inleiding

Deze deelvraag is gericht op Nederland, hoe de verslavingspsychiatrie er hier globaal uitziet en wat de rol van het maatschappelijk werk daarin is.

In deze deelvraag zullen wij de visie van Bouman GGZ en 2 andere Nederlandse instellingen uiteenzetten. (3.1 en 3.2). Vervolgens zullen wij het hulpverleningsaanbod en werkwijze van deze drie instellingen beschrijven (3.3) en zetten wij gebruikte methodieken uiteen (3.4).

Vervolgens beschrijven wij hoe de geïnterviewden van deze drie instellingen de onderzoeksvraag herkennen en hoe zij hierin staan (3.5).

Hierna beschrijven wij de Nederlandse taakprofielen van het maatschappelijk werk en de verslavingspsychiatrie (3.6). En zullen wij kijken naar Nederlandse ontwikkelingen in de verslavingspsychiatrie (3.7).

Als laatste zullen wij kijken wat betrokkenen zelf zeggen hoe maatschappelijk werk zou moeten functioneren (3.8). Dit hebben wij gevraagd aan maatschappelijk werker (3.8.1), verpleegkundigen (3.8.2) en de cliëntenraad (3.8.3).

3.1 Wat is de visie van Bouman GGZ op verslavingspsychiatrie?

In 2001 heeft Bouman haar visie op de verslavingszorg gewijzigd. Waar de oude visie focuste op de eigen verantwoordelijkheid van de verslaafde: "Verslaving is een extreme vorm van afhankelijk gedrag met uiteenlopende oorzaken en gevolgen", volgt de hernieuwde visie twee lijnen: de betekenis van kwetsbaarheidfactoren en de ordening volgens het bio-psycho-sociale model.

De kwetsbaarheid wordt bepaald in de interactie tussen aanleg (nature) en de omgeving (nurture), waarvan (de beschikbaarheid van) het middel natuurlijk ook deel uitmaakt. Met aanleg wordt de genetische aanleg bedoeld.

Wat bedoelen we precies met het bio-psycho-sociale model? Voor het ontstaan van verslaving is niet één oorzaak te geven. Verschillende factoren op biologisch, psychologisch en sociaal vlak bepalen of iemand verslaafd raakt of niet. Biologische factoren zijn bijvoorbeeld de genetische aanleg die iemand heeft om verslaafd te raken. Psychologische oorzaken zijn de disfunctionele gedachten en gedragingen die mensen hebben en sociale factoren onder meer de verstoorde relaties die ze hebben en de gebrekkige binding met de maatschappij. Om het ontstaan van verslaving te begrijpen is het van belang naar al deze factoren te kijken. En ook voor de behandeling van verslaving is een aanpak noodzakelijk die gericht is op meerdere fronten. (Es, 2006).

Verslaving is dus het gevolg van een genetische kwetsbaarheid die tot expressie komt onder invloed van omgevingsfactoren en de beschikbaarheid van een verslavend middel. De aard van de interactie tussen

deze factoren is complex. In het algemeen gesproken vergroot de aanwezigheid van andere psychiatrische ziekten het risico voor verslaving en vergroot de aanwezigheid van verslaving het risico voor andere psychiatrische ziekten. Het onderzoek in de verslavingszorg zal zich op al deze terreinen dienen af te spelen om te leiden tot een bruikbaar en evidence based bio-psycho-sociale model voor verslaving. Wanneer een cliënt/patiënt alleen wordt gedetoxificeerd, blijven kwetsbaarheidfactoren die hebben bijgedragen aan zijn afhankelijkheid van middelen veelal onveranderd. Daarom is het van essentieel belang een integrale visie voor de verslavingszorg te formuleren die recht doet aan alle facetten van het bio-psycho-sociale model. Door verslavingsziekte te definiëren binnen het psychiatrisch denkkader wordt hieraan voldaan.

Er bestaan milde en ernstiger vormen van verslavingsziekte. Milde vormen zijn vergelijkbaar met neurotische en/of aanpassingsstoornissen zoals die in de psychiatrie worden onderscheiden. Ernstige vormen zijn als ziekte gelijk te stellen met (ernstige) psychiatrische ziekten als schizofrenie en bipolaire stemmingsziekten. Deze visie brengt dus verslaving binnen het perspectief van de psychiatrie. Tegelijkertijd vraagt deze ontwikkeling om verandering van opvattingen over en benadering van verslavingsproblematiek binnen de psychiatrie.

De toekomst van de verslavingszorg zal gekenmerkt worden door verbeterde behandelmethoden op basis van wetenschappelijke evidentie, verkregen binnen de verbrede ruimte van het bio-psycho-sociale model. Bij de behandeling kan samenwerking met andere hulpverlenings- en dienstverlenende instellingen aangewezen zijn.

Bouman verslavingszorg heeft gekozen prioriteit te geven aan de meest kwetsbare verslaafden gekenmerkt door dakloosheid, psychiatrische problematiek en justitiële veroordelingen. Zij lijden veelal een gemarginaliseerd bestaan en verkeren in een zorgelijke lichamelijke en sociale toestand. (Wetering, Czyzewski, 2001).

3.2 Wat is de visie van een tweetal andere instellingen op verslavingspsychiatrie?

Novadic Kentron:

'Dé verslaafde bestaat niet, iedere verslaafde is een uniek persoon met zijn eigen verhaal'. (Roel Hermanides, lid raad van bestuur)

De strategie die Novadic Kentron voert, is een strategie waarin de organisatie wil reageren op de actuele ontwikkelingen in de verslavingszorg. Een strategie waarin Novadic Kentron haar expertise toe wil passen voor de maatschappij en de cliënten. Maar waarin de cliënt uiteindelijk degene is waar alles om draait. De vraag die bij elke cliënt gesteld wordt is: wat is de beste behandeling voor deze individuele cliënt? En in deze vraag worden, zoals genoemd, alle aspecten meegenomen volgens het bio-psycho-sociale model.

Novadic Kentron wil een brede organisatie zijn waarin alle 'soorten' verslaafden terecht kunnen. Dit wil ze doen door te groeien. Niet door middel van fusies, maar differentiatie en samenwerking. (Novadic Kentron (n.d.))

Verslavingspsychiatrie

Novadic Kentron heeft het in haar visiedocument qua termen niet over verslavingspsychiatrie, maar over verslavingszorg. Echter wordt er wel genoemd dat verslaving een chronische ziekte kan worden. En chronische ziekte die vaak samengaat met andersoortige problemen, namelijk een psychische of lichamelijke aandoening, en met sociale problemen. Ook deze visie wordt gezien vanuit het bio-psycho-sociale model, waardoor men bij de behandeling naar de héle mens kijkt. (Ibidem)

Community Reinforcement Approach

In de praktijk is de visie van Novadic Kentron, op het gebied van het bio-psycho-sociale model en de dubbele diagnose, terug te zien in een methode die zij hanteert. Deze methodiek is de CRA: Community Reinforcement Approach. CRA maakt mensen met een verslaving minder afhankelijk van middelen. Gezond gedrag wordt beloond en er wordt gewerkt aan een positieve, zinvolle leefstijl. Uit onderzoek blijkt dat CRA qua resultaat én kosten zeer effectief is. Dat is goed voor de cliënt en het is belangrijk voor zorginkopers. (Ibidem) CRA sluit aan bij de eerdergenoemde visie van Novadic Kentron omdat het ook een volledige kijk heeft op de cliënt en zijn problematiek. De verslaving wordt bijvoorbeeld veelal niet individueel aangepakt, maar de omgeving van de cliënt wordt er intensief bij betrokken.

Volledige behandeling

De visie van Novadic Kentron is erop gericht om cliënten dus niet alleen op hun verslaving te behandelen, maar om een volledige behandeling aan te bieden. In die zin ontstaat er een groter vangnet voor de cliënt om terugval te voorkomen en op te vangen. De ontwikkelingen in de maatschappij vragen om een meer volledige begeleiding. Te denken valt dan aan het toenemende aantal verslaafden, de visie dat verslaving meerdere oorzaken kent, de veel verschillende soorten verslaving, en het feit dat verslaving steeds meer een maatschappelijk thema is, waardoor de maatschappij ook steeds meer van zich laat horen. (Ibidem)

Zorgontwikkeling en onderzoek

Novadic Kentron heeft een actieve afdeling zorgontwikkeling en onderzoek. Een van de onderzoeken die nog gaande is, is het onderzoeken van comorbiditeit van methadon gebruikers. Helaas zijn er nog geen resultaten van dit onderzoek gepubliceerd, maar Novadic Kentron laat hiermee zien dat ze zich actueel bezig houdt met comorbiditeit (oftewel dubbele diagnose).

Arkin/ Jellinek

Jellinek is sinds 1 september 2008 gefuseerd uit een fusie van: Jellinek, Mentrum en AMC de Meren. Het valt nu onder de overkoepelende naam Arkin, maar heeft de naam Jellinek behouden. Door de fusie is er meer samenhang ontstaan tussen forensische psychiatrie, acute psychiatrie, verslavingszorg en openbare geestelijke gezondheidszorg.

Aanvankelijk werkte Jellinek vanuit het morele model, waarin verslaving opgevat wordt als iets dat met harde hand moet worden bestreden. Maar nu zien ze verslavingszorg als een jong, maar volwaardig medisch specialisme dat zich richt op verslaving als chronische hersenziekte. 'Vanuit dit perspectief verdienen cliënten een optimale behandeling, gerichte medicatie en gedragstrainingen om zo goed mogelijk te leren leven met hun aandoening. Hierbij besteedt de Jellinek de afgelopen jaren nadrukkelijk aandacht aan veelvoorkomende dubbele problematiek: de combinatie van verslaving met psychische en psychiatrische problematiek. Het ideaal van abstinentie als behandeldoel wordt niet losgelaten, maar komt naast andere behandeldoelen te staan, die gericht zijn op het voorkomen van (extra) gezondheidsschade door riskant of overmatig middelengebruik' (100 jaar Jellinek (n.d.)).

Behandelmethode Jellinek:

De Jellinek biedt behandeling en zorg aan mensen met problemen rond verslaving.

Zij gaan uit van de volgende 5 uitgangspunten:

1. De best mogelijke hulp.

Zij werken met evidence- of practice based behandelprogramma's.

2. Stepped Care of wel passende hulp voor elke cliëntgroep.

Het behandelaanbod van de Jellinek is ingericht volgens de principes van "diseasemanagement" en "stepped care". Dit betekent dat:

- de ernst van iemands probleem bepaalt hoe "zwaar" een behandeling is;
- Altijd begonnen wordt met de lichtste behandeling waarvan valt te verwachten dat de cliënt er baat bij zal hebben.

3. Middelenonafhankelijk.

In beginsel maakt het weinig verschil aan welk middel iemand verslaafd is. De basis van de behandeling is in wezen altijd gelijk. Daarom is het aanbod van de Jellinek middelenonafhankelijk. Belangrijker dan het middel is de vraag hoe lang iemand al verslaafd is en hoe ernstig de verslaving is.

4. Continu blijven verbeteren.

De resultaten van de behandelprogramma's worden gemeten met het oog op de verbetering van het aanbod.

5. Preventie:

De Jellinek probeert middels voorlichting leefstijl problemen en verslavingsproblematiek te voorkomen.

Daarnaast probeert zij er zorg voor te dragen dat problematiek in een zo'n vroeg mogelijk stadium herkend wordt. Tenslotte benadert JellinekMentrum actief risicogroepen die zich niet zelf aanmelden voor zorg.”

(Jellinek behandelvisie (n.d.))

3.3 Hoe ziet de hulpverlening eruit, een analyse van functies en werkwijzen, m.n. binnen Bouman GGZ?

Bouman GGZ:

Het hulpaanbod van Bouman GGZ bestaat uit de volgende onderdelen:

- Ambulante behandeling
- Klinische behandeling
- Deeltijdbehandeling
- Forensische behandeling zonder verblijf
- Kleinschalig wonen (voorheen: beschermd wonen)
- Begeleid Zelfstandig Wonen / ambulante begeleiding
- Dagactiviteiten

(Bouman GGZ, (n.d.))

De doelgroepen die binnen Bouman GGZ vallen, zijn:

- Psychiatrische aandoening
- Verstandelijke handicap
- Psychosociale problemen

(Ibidem)

In 2009 had Bouman GGZ 10.211 patiënten in zorg/ behandeling, 462 bedden voor verblijfszorg, en 1.048 personeelsleden. (Ibidem)

Bouman GGZ heeft een centraal bureau waar maatschappelijk werkers werkzaam zijn en waar zij met name aanvragen regelen rondom uitkering, verzekering, schuldsanering en dergelijke. Er zijn ook maatschappelijk werkers werkzaam die als woonbegeleider werkzaam zijn, en ook die behandeling geven en werken vanuit de module leefstijl. Binnen de kliniek zijn ook maatschappelijk werkers werkzaam, zij regelen ook meer de materiële zaken, maar zijn ook van het contact met het thuisfront. De maatschappelijk werker werkt altijd in een multidisciplinair team onder leiding van een psycholoog of psychiater.²

Novadic Kentron:

Novadic Kentron is een grote organisatie voor verslavingszorg in Noord-Brabant, waar ze het grootste deel van deze provincie dekt als werkgebied. Ze is de grootste verslavingszorg aanbieder in Nederland. Haar hulpaanbod bestaat uit:

- Preventie en voorlichting
- Behandeling
- Begeleiding
- Nazorg en preventie

Ze had in 2009 11.030 patiënten en 1.118 werknemers.

² Voor interviews zie bijlage 1 t/m 3

(Novadic Kentron, Jaarbericht 2009. (n.d.))

Westelijk Noord-Brabant is het werkgebied van de geïnterviewde maatschappelijk werkers. Om precies te zijn, Roosendaal.

In dit werkgebied is men werkzaam met/ in:

- Preventie en voorlichting: jongeren, onderwijs en vrije tijd, Lokale gezondheidsbevordering en alcoholmatiging, Jongeren en justitie, Outreachend werk, Testservice synthetische drugs, Collectieve preventie, Kinderen van Verslaafde Ouders (KVO), Jeugdhulpverlening, Opvoedingsondersteuning.
- Ambulante zorg: Bemoeizorg, Aanmeldspreekuren.
- Maatschappelijke opvang: Dag- en nachtopvang, Crisisopvang, Begeleide opvang, Beschermd wonen.

(Novadic Kentron, Jaarrekening 2009, (n.d.))

De maatschappelijk werkers op de ambulante afdeling werken hoofdzakelijk psychosociaal. Er zijn ook maatschappelijk werkers die op een materiële manier werken, maar zij werken op een andere afdeling.³

Arkin/ Jellinek:

Arkin is een organisatie die ontstaan is uit een fusie, zodat de cliënten van voormalig AMC de Meren en JellinekMentrum beter voorzien konden worden. Het gaat dan om een betere samenhang tussen forensische psychiatrie, acute psychiatrie, verslavingszorg, en openbare geestelijke gezondheidszorg in Amsterdam. De organisatie werkt vanuit 43 locaties, met 3.200 medewerkers. Eind 2008 had zij 24.500 patiënten.

(Arkin/ Jellinek. (n.d.))

Het behandelaanbod bestaat uit:

- Poliklinisch
- Dagbehandeling
- Klinisch
- Chronisch
- Verslaafde cliënten in aanraking met justitie
- Jongeren
- Doven
- JellinekMinnesota (behandeling die oorsprong vindt uit de AA)
- Activering

(Ibidem)

Maatschappelijk werkers binnen Arkin/ Jellinek werken met name binnen de materiële hulpverlening. Ook werken maatschappelijk werkers binnen de justitiële verslavingszorg.⁴

³ voor interviews zie bijlage 6 en 7

⁴ voor interviews zie bijlage 4 en 5

3.4 Hoe ziet de verslavingspsychiatrie in Nederland er uit qua methodieken?

Er komen veel verschillende methodieken naar voren vanuit de interviews met de Nederlandse maatschappelijk werkers⁵. Een geïnterviewde maatschappelijk werker noemde de methodiek: 'de ander behandelen zoals je zelf ook behandeld wilt worden'.

Andere methodieken die genoemd werden, zijn:

- Taakgerichte Hulpverlening
- Social Casework
- Motiverende gespreksvoering
- Psychosomatische aanpak
- Gedragstherapie
- Praktisch Materiële Methode
- Leefstijltraining
- Cirkel van gedragsverandering
- Community Reinforcement Approach

De Community Reinforcement Approach (CRA) is een methodiek die door een aantal maatschappelijk werkers werd genoemd. Deze methodiek kwam ook terug in de Finse interviews.

CRA gaat ervan uit dat afhankelijkheid van alcohol en drugs in stand wordt gehouden door de belonende werking die deze stoffen in de hersenen hebben. Kort gezegd komt het er op neer dat verslaafden op een actieve wijze weer leren om fijne dingen te doen in het leven die los staan van het gebruik van alcohol en drugs. De meeste onderzoeken laten zien dat CRA een van de meest effectieve behandelmethoden is van dit moment. Daarnaast is het aanzienlijk goedkoper dan veel andere behandelmethoden, waaronder langdurige klinische opnames (Bouman. (n.d.)).

⁵ Voor de interviews, zie bijlage 1 t/m 7

3.5 Wat is het probleem waar Bouman GGZ tegen aan loopt wat betreft het onderzoek, en hoe staan de twee andere Nederlandse instellingen hierin?

In het eerste hoofdstuk onder 1.1 wordt de vraag van Bouman GGZ benoemd:

De ontwikkeling is gaande dat iedereen zich moet kunnen verantwoorden tegenover geldschietters, wat hij/zij doet, en wat daarvan de meerwaarde is. Dit geldt ook voor de functie van maatschappelijk werker binnen de verslavingspsychiatrie. Op dit moment is er binnen Bouman GGZ, maar ook op landelijk niveau, geen duidelijke profilering van deze functie. Zonder deze profilering, oftewel een taakprofiel, kan de maatschappelijk werker zijn nut en meerwaarde niet bewijzen. De taken en inhoud die de functie van maatschappelijk werker uniek maakt en meerwaarde geeft, zijn niet duidelijk omschreven. Hierdoor smelten verschillende agogische functies met elkaar samen. Het onderscheid tussen bijvoorbeeld een sociaal pedagogische hulpverlener (SPH) en een maatschappelijk werker (MWD) is niet goed te maken. Voor een goede toepassing, verantwoording en ontwikkeling van het vak maatschappelijk werker binnen de verslavingspsychiatrie, is een duidelijk taakprofiel nodig. Het gevaar van het gebrek aan onderscheid en meerwaarde van de specifieke functie, is dat de maatschappelijk werker op den duur weg bezuinigd kan worden. (1.1)

De geïnterviewden⁶

In de interviews met de verschillende Nederlandse maatschappelijk werkers blijkt dat men dit probleem grotendeels herkent. Het is niet goed per instelling in te delen waar men wel of niet deze probleemstelling terugziet, omdat het grotendeels afhankelijk is van de functie die de maatschappelijk werker heeft, en niet per se de instelling. Soms is het moeilijk om een onderscheid te maken tussen wat een SPH'er doet, en wat een MWD'er doet. Het ligt wel aan de afdeling waar de maatschappelijk werker werkt, hoe hij de verdeling ziet. MWD'ers die hoofdzakelijk materieel werken zien wel een overlap, maar zijn er wel over uit dat een MWD'er het materiële werk doet, en dat de SPH'er zich hier niet veel mee bemoeit. Een vlak wat de meeste onduidelijkheid lijkt te geven, is de hulpverlening op het immateriële gebied, want dat is iets wat de SPH'er en de MWD'er allebei doen. Per instelling en afdeling is het weer ander geregeld, en is het afhankelijk van het beleid hoe duidelijk de verdeling van de taken is. MWD'ers hebben niet alleen met SPH'ers te maken in de overlap van hun taken, maar ook met verpleegkundigen. Over de verpleegkundigen wordt meer genoemd in 3.11.

De taak die onder de geïnterviewden het meeste voorkomt, is de materiële hulpverlening. Vaak is binnen een instelling de materiële hulpverlening ook een aparte afdeling, en daar werken zelden sph'ers. Na de materiële hulpverlening komt de immateriële hulpverlening (psychosociaal) het meeste aan bod in het takenpakket van de geïnterviewden. Onder hun MWD-collega's is materiële hulpverlening ook de meest voorkomende taak, en daarnaast wordt immateriële hulpverlening ook veel genoemd. Daarnaast ook justitiële zaken, formelere zaken regelen, contact met thuisfront van de cliënt, case management, en werken als behandelaar. Wat ook is opgevallen, is dat, wanneer er onduidelijkheid is over het feit of een taak bij de maatschappelijk werker hoort of een andere discipline, dit zelden tot nooit een materiële taak betreft. Het is eigenlijk altijd op het gebied van de immateriële hulpverlening.

⁶ De inhoud van deze subvraag is terug te vinden in alle interviews met de Nederlandse maatschappelijk werkers, bijlage 1 t/m 7, en bijlage 14

Zoals eerder genoemd, de meeste geïnterviewden (behalve een persoon) herkennen de overlap tussen MWD'ers en andere disciplines. Een logische vraag die daar op volgt, is of ze dan ook behoefte hebben aan een duidelijkere profilering van 'MWD'. Daar zijn de meningen over verdeeld. Een geïnterviewde zou graag twee soorten maatschappelijk werk willen zien, materieel en immaterieel. Er is een persoon die duidelijk vindt dat andere disciplines niet de kunde en kennis hebben die MWD'ers wel hebben voor de MWD-specifieke taken. En wat bij een aantal naar voren kwam, is dat er wel behoefte is aan een betere profilering van de functie die zij als MWD'er uitvoeren, maar dat dit niet in eerste instantie bij een algemeen taakprofiel moet liggen. Men ziet liever dat de werkgever zelf een duidelijkere taakomschrijving maakt voor de betreffende functie. Zo kan dezelfde soort functie in twee verschillende instellingen een andere invulling hebben. Het belangrijkste is dat binnen de instelling de taakverdeling helder is, en de cliënt daardoor de weg ook beter kan vinden.

Ontwikkeling van de probleemstelling gedurende het onderzoek

De probleemstelling, en daarmee de hypothese, waarmee we het onderzoek en de interviews ingingen, is tijdens het onderzoek het een en ander veranderd. Het Finse deel van de probleemstelling zal verder worden toegelicht onder 4.3. Wat het Nederlandse deel betreft, bleek tijdens de evaluatie van de interviews dat we niet in staat zullen zijn om een concrete beschrijving te geven van wat het taakprofiel zal moeten (kunnen) zijn op landelijk niveau. Anders dan wat er in het plan van aanpak genoemd werd. We zijn er tijdens deze evaluatie langzaam meer vanuit gegaan dat de duidelijkheid van de beschrijving van wat de maatschappelijk werker doet, meer afhankelijk is van de desbetreffende instelling/ afdeling, dan van het landelijk niveau.

3.6 Welke taakprofielen zijn er op het gebied van maatschappelijk werk en de verslavingspsychiatrie?

De Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMW) heeft in 2006 een beroepsprofiel uitgebracht. Hierin worden de taakgebieden, kerntaken en taken van de maatschappelijk werker onderscheiden en beschreven.

In 2004 heeft GGZ Nederland een agogisch profiel 'verslavingsagoog' gemaakt. GGZ Nederland benoemt dat dit profiel overlap heeft met het basisberoep en met andere verpleegkundige profielen, zij gaan er tevens vanuit dat deze overlap in de verdere ontwikkeling van dit profiel verwijderd wordt.

Als wij deze twee profielen met elkaar vergelijken dan komen de drie taakgebieden van het maatschappelijk werk⁷ en de 3 segmenten van de verslavingsagoog met elkaar overeen⁸. Wat het lastig maakt om beide profielen met elkaar te vergelijken is dat het profiel voor de maatschappelijk werker spreekt van taken waar het profiel van de verslavingsagoog is beschreven in de vorm van competenties. Duidelijk is in ieder geval dat het profiel van de agogisch werker focust op de psychiatrie en de kennis en kunde die een professional nodig heeft om in de GGZ te werken. Het maatschappelijk werk profiel is veel breder opgesteld.

Binnen Bouman GGZ zijn er 6 functiebeschrijvingen van de agogisch werker⁹, opgedeeld op niveau, mbo 1 t/m 3 en hbo 3 t/m 6. De resultaatgebieden die in deze functieprofielen genoemd worden zijn vergelijkbaar met de taken genoemd in het beroepsprofiel van de maatschappelijk werker van het NVMW (NVMW, 2006, blz. 39). Wel is het zo dat de taken en begrippen van het NVMW veel uitgebreider zijn uitgewerkt dan de functiebeschrijvingen van de agogisch werker. Opvallend verschil is het 'leefklimaat' die genoemd wordt als één van de resultaatgebieden van de agogisch werker, dit wordt niet genoemd bij de taken van de maatschappelijk werker.

Verder wordt in de taken van het NVMW gesproken van casemanagement, dit wordt niet benoemd in de functiebeschrijvingen van Bouman. Daar wordt er gesproken van mentorschap. Om duidelijk te maken wat er precies met deze begrippen bedoeld wordt hieronder de definities:

-Casemanager: legt bij de cliëntbegeleiding het accent op de vraagkant, activeert het zelf beschikkingsrecht van cliënten en is te beschouwen als een vorm van cliëntgericht werken, Het doel is cliënten sterker te maken, zodat ze zelf keuzen kunnen maken voor hulpdoelen en hulpwensen en zo gaandeweg weer greep krijgen op hun situatie (NVMW, 2006, blz.46).

-Volgens het woordenboek betekent mentor 'wijze, ervaren leidsman', een 'begeleider'. De term mentor is breed en niet zo gedefinieerd als 'casemanager'.

De specifieke bijdrage van de HBO GGZ-verpleegkundige is het verplegen, daar waar het gevolgen van psychiatrische aandoeningen en therapie betreft, het ondersteunen bij psychiatrische behandelingen en het

⁷ Zie bijlage 23

⁸ Zie bijlage 20

⁹ Zie bijlagen 21, 22

begeleiden bij het leren leven met een psychische beperking of handicap. (Sciencia GGZ Kennistransfer, Deventer).

3.7 Wat zijn de Nederlandse ontwikkelingen rondom de verslavingspsychiatrie en haar maatschappelijk werk?

GGZ-agoog en verslavingsagoog

Een van de meest recente veranderingen voor het maatschappelijk werk, zijn de komst van de agoog profielen. In juli 2001 riep de minister van zorg en welzijn om vernieuwing van de beroepenstructuur in de GGZ. In 2003 deed CONO (Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding in de GGZ) een voorstel om het profiel van de GGZ-agoog op te nemen als gezamenlijke studiedifferentiatie in het hogescholen aanbod voor de opleidingen SPH en MWD en dat er een overgangsregeling c.q. een bypassconstructie wordt gerealiseerd voor zittende beroepsbeoefenaren, zij-instromers en middelbare beroepsbeoefenaren spw-niveau-4 of in het initieel hbo en/of door het vo en de rino's. En het voorstel wilde dat de GGZ agoog opgenomen zou worden in de wet BIG en als zodanig een licentie zal krijgen.

Onder agogen worden verstaan sociaal pedagogisch hulpverleners (SPH'ers), sociaal pedagogisch werkers (SPW'ers) en maatschappelijk werkers (MWD'ers). (COOAB, 2003)

In navolging hiervan heeft het COOAB hogeschool Windesheim verzocht om een profiel voor de verslavingsagoog te ontwikkelen, een vervolgopleiding na GGZ-agoog (COOAB, 2007). Deze post-HBO kan gevolgd worden door SPH'ers en MWD'ers, maar ook psychologen en verpleegkundigen kunnen deze volgen.

De BIG-licentie voor de GGZ agoog is er nog niet gekomen. Maar op verschillende hogescholen is het voor MWD en SPH studenten al mogelijk om als differentiatie GGZ te volgen, waardoor je een certificaat als GGZ-agoog behaalt. En op plaatsen wordt de post-HBO verslavingszorg aangeboden, waar je het certificaat voor de verslavingsagoog kunt behalen.¹⁰

GGZ Nederland heeft begin februari 2010 een brief rondgestuurd, waarin zij het profiel van de verslavingsagoog noemen, deze behaal je door het volgen van een vervolgopleiding op de basisopleiding. Zij ziet belang in het behalen van deze competenties voor dit werkveld en erkennen dit profiel dan ook. Mits de beschrijving over hoe dit gefinancierd moet worden verwijderd wordt (in het oorspronkelijke profiel wordt beschreven dat de opleidingskosten door het opleidingsfonds bekostigt dienen te worden). Verder wordt genoemd dat de ingangseis voor deze opleiding oorspronkelijk een certificaat van de GGZ-agoog zou moeten zijn, maar deze eis vindt GGZ Nederland te strikt. Niet alle hogescholen bieden deze differentiatie al aan en niet alle zittende medewerkers hebben deze differentiatie gevolgd. Daarom hanteren ze de competenties genoemd in het profiel wel als basis, maar hoeven deze niet behaald te zijn door het volgen van de differentiatie zelf. (GGZ Nederland, 2010).

Het is dus nog niet helemaal duidelijk of het hebben van een certificaat van de GGZ agoog een vereiste zou moeten zijn voor het halen van het certificaat voor de verslavingsagoog. Het laat wel zien dat het werkveld bezig is met de profielen en het een steeds wijder begrip wordt.

De coördinator van de GGZ differentiatie aan de CHE noemt dat je met de major MWD alleen basale kennis hebt van de psychiatrie. Door het volgen van de differentiatie krijg je voldoende kennis en vaardigheden aangeboden om als beginnend hulpverlener aan de slag te kunnen. De post-HBO heeft een overlapping met

¹⁰ Voor het profiel van de GGZ-agoog, zie bijlage 20

de minor, maar in de post-HBO word dieper in gegaan op de methodieken en wordt er meer specifieke kennis en vaardigheden op het gebied van verslaving aangeboden. De differentiatie is gezamenlijk met SPH, de specifieke kennis van de problematiek is dan ook voor beide beroepsgroepen gelijk. Het verschil zit hem dan in de eigenheid van de beroepen zelf.¹¹

Vergrijzing in de verslavingszorg

Op de website van Psy is er in juni een artikel gepubliceerd over meer ouderen in de verslavingszorg. In 10 jaar tijd is het aantal ouderen dat zich met een alcoholprobleem aanmeld verdubbeld.

Een reden is vergrijzing, een andere reden is de gestegen welvaart, mensen zijn gewend om meer te drinken. Hierdoor treedt een verandering in de doelgroepen op, wat ook vraagt om een specifieke aanpak. Zo is het te verwachten dat er voor deze doelgroep meer samenwerking nodig is met de GGZ en de psychogeriatric (Psy, 2010 (n.d.)).

Ambulantisering

Het proces van ambulantisering en vermaatschappelijking is momenteel een zeer belangrijke ontwikkeling in de GGZ en speelt in op de ontwikkeling om de zorg zo dicht mogelijk in de eigen omgeving van de zorgvrager te bieden. Dit resulteert in een aantal belangrijke processen:

Klinisch psychiatrische zorg wordt deels vervangen door een grote variëteit aan transmurale en ambulante zorgarrangementen (ketenzorg);

Behoeftte aan opnamevoorkomende en opnameverkortende interventievormen, bijvoorbeeld vormen van dagbehandeling

Groepsgerichte zorg wordt deels vervangen door individueel gerichte zorg.

¹¹ Voor interview zie bijlage 15

3.8 Wat vinden de betrokkenen van de maatschappelijk werker?

3.8.1 Wat zeggen de geïnterviewde maatschappelijk werkers zelf wat een maatschappelijk werker zou moeten kunnen?

De Nederlandse maatschappelijk werkers hebben een aantal competenties genoemd waarvan zij vinden dat een maatschappelijk werker deze hoort te bezitten.

Competenties die met houding te maken hebben, zijn:

- Inlevingsvermogen
- Cliënten serieus nemen (laten zien dat je er voor ze bent)
- Toegankelijk zijn voor de cliënt (laagdrempeligheid)
- In staat zijn om veel te moeten herhalen (herinneren van afspraken, zaken uitleggen), begrijpen dat dit te maken heeft met de problematiek van de cliënt
- Goede gesprekstechnieken
- Stevig in de schoenen staan
- Respect en begrip tonen voor de cliënt
- Omgeving van de cliënt kunnen stimuleren om een standpunt in te nemen (empowerment)
- Kwetsbaarheid van de cliënt goed in het oog houden
- Om kunnen gaan met agressie

En competenties die te maken hebben met kennis, zijn:

Kennis van sociale kaart, ziektebeelden (DSM), regelingen en wetgeving (juridisch)

Basiskennis hebben van de (mogelijke) achtergrond van de cliënt, zoals religie, cultuur

De meeste van de geïnterviewde maatschappelijk werkers werken hoofdzakelijk vanuit de materiële hulpverlening met hun cliënten. Puur praktisch gezien, zou een maatschappelijk werker dus veel kennis moeten hebben. Praktisch gezien is dat ook zo, anders kun je je werk niet goed uitvoeren. Maar wat opviel is dat de maatschappelijk werkers hoofdzakelijk houdingsaspecten noemen als nodige competenties om een goede maatschappelijk werker te kunnen zijn in de verslavingspsychiatrie.

Een maatschappelijk werker is dus iemand die praktisch gezien zijn werk doet door de nodige kennis, maar in contact met de cliënt, en werkend vanuit een soort gedrevenheid, gaat het toch hoofdzakelijk om zijn houding naar de cliënt toe.

3.8.2 Wat zeggen de verpleegkundigen over de positie van de maatschappelijk werker?

Het werkveld van de verpleegkundige binnen Bouman GGZ kan opgedeeld worden in drie delen. De polikliniek, waar het om het coördineren van zorg gaat en om begeleiding/ behandeling van de cliënt. Beide geïnterviewde verpleegkundigen¹² zijn hier werkzaam. Een ander deel is de kliniek, waar beide geïnterviewden werkzaam zijn geweest. En de laatste is de afdeling langdurige zorg, waar verslaafden (meer dan 5 jaar verslaafd) niet behandeld, maar begeleid worden.

De taken die de twee verpleegkundigen uitvoeren zijn:

- Medicatie geven en letten op bijwerkingen
- Het coördineren van zorg rondom de cliënt (o.a. doorverwijzingen)
- Crisisdienst: 24 uren bereikbaarheidsdiensten
- Groepen: introductie geven op ziektebeelden, psycho-educatie geven aan verwanten

Wat de rol van de maatschappelijk werker is, is afhankelijk van de taakomschrijving en de afdeling waar hij werkzaam is. Hoofdzakelijk bestaat deze rol uit de materiële hulpverlening.

In de polikliniek zijn de taken duidelijk verdeeld. De verpleegkundigen zijn van de begeleiding, behandeling, medisch, en psychosociaal. De maatschappelijk werkers zijn degenen die voor de materiële zaken zorgen, zoals schuldsanering en andere praktische zaken. 'Alles met papieren is voor de maatschappelijk werker, daar heb ik geen verstand van', is wat een van de geïnterviewden zei. Het samenwerken met de maatschappelijk werkers gaat daar ook vrij makkelijk, alle collega's zitten dicht bij elkaar, dus het is makkelijk overleggen en afstemmen.

Op de kliniek werken de zaken anders. Daar werkt maar één maatschappelijk werker, en is het bereik en contact met hem voor de verpleegkundigen lastiger. Volgens de geïnterviewden werken de maatschappelijk werkers daar op een soort eigen eilandje. De verpleegkundigen zijn door wachttijden dan ook geneigd om bepaalde dingen gewoon zelf te doen.

Op de kliniek zijn ook maatschappelijk werk afgestudeerden in dienst als agoog. In principe hebben zij dezelfde taken als een verpleegkundige, alleen deelt de verpleegkundige de pillen uit. Maar een agoog wast bijvoorbeeld ook cliënten.

In die zin is het dus erg afhankelijk van waar de maatschappelijk werker werkt, wat zijn rol is. Een maatschappelijk werker die echt aangenomen is op de functie van maatschappelijk werker, zal hoofdzakelijk een materiële rol vervullen. Maar als deze maatschappelijk werker aangenomen is als agoog, zal deze veel overlap hebben met zijn collega's die van verpleegkunde komen en sociaal pedagogische hulpverlening. Bij de maatschappelijk werker ligt dan het accent op wat meer papier zaken regelen of advies daar in geven, de verpleegkundige houdt zich meer bezig met de medische zaken, en de sociaal pedagogisch hulpverlener houdt zich weer meer bezig op het dagelijkse leven van de cliënt, in de zin van stabiliteit en regelmaat.

¹² De inhoud van deze deelvraag komt uit het interview met de verpleegkundigen van Bouman GGZ, bijlage 13.

Een ontwikkeling die gaande is, is het toenemen van thuiszorg. Zorg waarin de verpleegkundige naar de cliënt toe gaat. De thuiszorg heeft vele voordelen. De situatie van de cliënt blijft bijvoorbeeld stabiel, heeft met minder mensen te maken (een verpleegkundige i.p.v. verschillende collega's in de kliniek). En, wat relevant is voor de maatschappelijk werker: de rollen van de verschillende disciplines zijn duidelijker. Waar in een kliniek de rollen nogal door elkaar kunnen gaan lopen, is dat bij thuiszorg minder het geval. Omdat wanneer de verpleegkundige er is, doet diegene gewoon begeleiding en de medische kant. En als de maatschappelijk werker er is, is die gewoon bezig met bijvoorbeeld schuldsanering. De taken van de disciplines zijn dan gewoon duidelijk.

Waar in de opleiding MWD een maatschappelijk werker voor een groot deel ook opgeleid wordt in het psychosociale vlak, is dit binnen Bouman GGZ volgens de geïnterviewden het vlak van de verpleegkundige. Ook dit is afhankelijk van de instelling, want binnen Novadic Kentron hebben de geïnterviewde maatschappelijk werkers wel een duidelijke psychosociale rol.

De verpleegkundige die binnen Bouman, binnen de verslavingspsychiatrie werkt, is een andere verpleegkundige dan van het ziekenhuis. In het ziekenhuis werkt de verpleegkundige met zijn handen, in de verslavingspsychiatrie werkt de verpleegkundige 'met de handen op de rug'. Dat maakt ook dat zijn taken een flinke overlap kunnen hebben met de taken van de maatschappelijk werker. In het ziekenhuis zal dit misschien minder aan de orde zijn.

De maatschappelijk werkers die als agoog binnen de kliniek werken, of de polikliniek waar de geïnterviewden werken, zijn vaak werknemers die er al een paar jaar werken. Daardoor hebben ze de nodige kennis opgedaan, en hebben ze voldoende kennis van de psychiatrische ziektebeelden. Toch heeft een maatschappelijk werk afgestudeerde volgens de geïnterviewden niet genoeg kennis in huis om het psychosociale (immateriële) deel van de begeleiding van de cliënten net zo goed aan te kunnen als de verpleegkundigen. Dit heeft met name te maken met de omgang en het aanspreken van de cliënten rekening houdend met hun psychiatrische ziektebeelden. Ondanks dat een werknemer daar binnen Bouman veel over leert. Het komt bijvoorbeeld vaak voor dat een maatschappelijk werker een cliënt met borderline en een cliënt met een bipolaire stoornis op dezelfde manier benadert. De verpleegkundigen hebben daarin dan meer kennis, omdat zij binnen hun opleiding ook in die richting (psychiatrie) kunnen afstuderen, en er in hun werk meer mee bezig zijn i.v.m. hun medische rol.

Een ander verschil tussen de maatschappelijk werker en de verpleegkundige is dat de verpleegkundigen binnen Bouman in grotere getale zijn dan de maatschappelijk werkers en de agogen. Wat maakt dat de verpleegkundigen zich makkelijker aan elkaar kunnen afstemmen in hun werkpakket, en samen sterker staan wat betreft beroepsgroep. Vanuit de V&VN (Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland) worden maatschappelijk werkers sterk gestimuleerd een vakgroep op te richten binnen hun instelling, om zo sterker te staan. Dat is iets wat de maatschappelijk werkers en agogen binnen Bouman GGZ nog niet hebben, maar wat wel een goed idee zou zijn volgens de geïnterviewden.

Nu is het ook zo dat er binnen Bouman GGZ meer verpleegkundigen werkzaam zijn en zullen zijn omdat ze een psychiatrisch ziekenhuis is. Een agoog die uit dienst gaat, zal waarschijnlijk eerder vervangen worden door een nieuwe verpleegkundige dan een nieuwe agoog.

3.8.3 Wat vinden cliënten van het maatschappelijk werk binnen de verslavingspsychiatrie?

Maatschappelijk werk draait natuurlijk om de cliënt ¹³ en daarom wilden wij ook graag weten wat de cliënt vindt van het maatschappelijk werk binnen de verslavingspsychiatrie. We hebben een interview gehad met een lid en de ambtelijk secretaris van de cliëntenraad van Bouman GGZ. We zullen hier de belangrijkste punten van het interview uitlichten. Voor het gehele interview, zie bijlage.

Allereerst kwam naar voren hoe groot de rol is van de maatschappelijk werker voor de cliënt:

'Mijn maatschappelijk werker heeft veel voor me gedaan, ik ben nu uit behandeling, maar ik zie hem nog steeds in de hardlooptroep. Hij heeft al mijn papieren bij elkaar genomen en mijn zaken helpen regelen, hij heeft me geholpen met schuldsanering aanvragen'.

De cliënt gaf aan dat de maatschappelijk werker hem zelf aan het werk zette:

'Hij zei me dat ik zelf mijn eigen shit op moest ruimen en dat Bouman wel een ruggensteun was, maar dat ik het ook zelf moest doen'.

Voor de cliënt was dit hetgeen hem uitdaagde en motiveerde om ook echt aan de slag te gaan.

Er is een groot verschil tussen de ambulante en de residentiële hulpverlening. Waar men in de ambulante hulpverlening 1 behandelaar krijgt die alle zaken regelt, werkt men in de kliniek in teams. De taken worden per discipline verdeeld, je hebt niet 1 aanspreekpunt voor alle zaken.

Er is een hoge werkdruk in de kliniek met als grootste oorzaak administratieve taken. Geldschietters vragen steeds meer verantwoording, daardoor is er minder tijd voor het cliëntencontact.

Op de vraag hoe de ideale maatschappelijk werker eruit ziet was het antwoord dat het belangrijkste is dat hij/zij goed met mensen om kan gaan. Respect, begrip en de verslaafde als mens zien, dat is de basis.

¹³ Zie bijlage 12 voor het interview

Conclusie

Zowel Bouman GGZ, als de andere Nederlandse instellingen hebben de ontwikkeling doorgemaakt dat zij verslaving als ziekte op zijn gaan vatten. Bouman GGZ specialiseert zich met name op de meest kwetsbare verslaafden gekenmerkt door dakloosheid, psychiatrische problematiek en justitiële veroordelingen.

De instellingen zijn vergelijkbaar. In Bouman GGZ werkt de maatschappelijk werker altijd in een multidisciplinair team onder leiding van een psycholoog of psychiater. Maatschappelijk werkers doen materiële hulpverlening, zijn woonbegeleiders of behandelaars.

Bij Novadik Kentron is een scheiding tussen maatschappelijk werkers die zich meer met psychosociale hulpverlening of met materiële hulpverlening bezighouden. Bij Jellinek werken de maatschappelijk werkers met name binnen de materiële hulpverlening of de justitiële verslavingszorg.

Methodieken die in Nederland gebruikt worden zijn met name taakgerichte hulpverlening, social casework, motiverende gespreksvoering, psychosomatische aanpak, gedragstherapie, praktische materiële methode, leefstijltraining, cirkel van gedragsverandering en de community reinforcement approach.

Voor de maatschappelijk werker is er het landelijke profiel van de NVMW. Ook zijn er nu de profielen voor de GGZ agoog en de verslavingsagoog. Vergelijken is lastig, doordat de agoog profielen uitgaan van competenties en het profiel van de NVMW van taken. De agoog profielen gaan over kennis en kunde specifiek over de doelgroep. Het profiel van de NVMW geeft een goed inzicht over het karakter van maatschappelijk werk.

Samen geeft het een goed beeld welke extra competenties en kennis de maatschappelijk werker nodig heeft voor het werken met deze doelgroep.

Interessant is dat maatschappelijk werkers, naast kennis, vooral competenties noemen die je nodig hebt in dit beroep. Een maatschappelijk werker is dus iemand die praktisch gezien zijn werk doet door de nodige kennis, maar in contact met de cliënt, en werkend vanuit een soort gedrevenheid, gaat het toch hoofdzakelijk om zijn houding naar de cliënt toe.

Bij de verpleegkundigen kwam vooral naar voren dat er soms nog wat onduidelijkheid is wie de psychosociale hulpverlening op zich neemt. Dit verschilt wel per afdeling. Ook wordt genoemd dat verpleegkundigen soms zelf maatschappelijke taken doen, omdat de maatschappelijk werker niet bereikbaar is. Verpleegkundigen zien de maatschappelijk werkers met name voor de materiële hulpverlening. De duidelijkheid van de taken en een goede afstemming van de taken, lijkt met name te liggen in goede communicatie en samenwerking. Waar dit niet het geval is, is het beeld en takenpakket van de maatschappelijk werker ook onduidelijk en valt dan soms een beetje weg tegen de verpleegkundigen. Er zijn binnen Bouman GGZ ook meer verpleegkundigen werkzaam dan agogen en maatschappelijk werkers. Voor de cliënten is de maatschappelijk werker zeer belangrijk. De maatschappelijk werker wordt vooral gezien voor het regelen van zaken, de materiële kant. Op de vraag hoe zij vinden dat de ideale maatschappelijk werker eruit moet zien, was het antwoord dat het belangrijkste is, dat hij/zij goed met mensen om kan gaan. Respect, begrip en de verslaafde als mens zien, dat is de basis.

Hoofdstuk 4: Deelvraag 3 Hoe ziet de verslavingspsychiatrie en haar maatschappelijk werk er nu in Finland uit?

Inleiding

In de vorige deelvraag gingen wij in op Nederland, in deze deelvraag zal Finland centraal staan.

Eerst zullen we de visie van drie Finse instellingen beschrijven (4.1).

Vervolgens beschrijven we het hulpverleningsaanbod en werkwijzen van die instellingen (4.2) en beschrijven we vanuit welke methodieken er in Finland gewerkt wordt (4.3).

Dan gaan we in op in hoeverre het onderzoeksprobleem van toepassing is in Finland (4.4).

Vervolgens zullen we beschrijven welke taakprofielen er in Finland voor de Social worker gebruikt worden (4.5), wat Finse ontwikkelingen zijn (4.6). En wat maatschappelijk werkers zelf zeggen dat een maatschappelijk werker moet kunnen (4.7).

4.1 Wat is de visie van een drietal Finse instellingen op verslavingspsychiatrie?

In Finland werd drugs en alcoholgebruik van oudsher vooral gezien als een sociaal probleem. De traditionele hulpverlenersinstanties waren de A-klinieken, wiens aanpak meer sociale hulpverlening was dan echt gezondheidszorg. Maar Finland heeft –met name de laatste tien jaar- een gelijksoortige ontwikkeling meegemaakt als Nederland. De medische kanten van verslaving zijn steeds meer onder de aandacht gekomen, waardoor het niet meer alleen gezien wordt als sociaal probleem, maar ook als een gezondheidszorg probleem. Dit klonk ook terug in de door ons geïnterviewde instellingen.

Kuopio universiteitsziekenhuis (KYS)

Verslaving wordt opgevat volgens het bio-psycho-sociale model. Omdat al deze kanten meespelen, wordt er gewerkt met een multidisciplinair team en is de behandeling volgens een geïntegreerde aanpak. De behandeling is zowel gericht op de verslaving, als op de psychiatrische problemen.¹⁴

Kuopio stichting voor dienstverlening aan middelenmisbruikers (Kuopion seudun päihdepalvelusäätiö)

Ook hier wordt verslaving opgevat volgens het bio-psycho-sociale model. Het is mede afhankelijk van genetische factoren dat de een eerder verslaafd raakt dan de ander (dependance disease). Anderen hebben ook psychiatrische stoornissen, of hebben psychiatrische symptomen, getriggered door de drugs. Voor de behandeling wordt dan ook gekeken naar alle factoren. In de reguliere gezondheidszorg is het nog steeds zo dat je eerst je verslaving onder controle moet hebben, voor je in behandeling mag voor psychische en psychiatrische problemen. Maar bij deze instelling wordt naar alle factoren -en hoe deze op elkaar inspelen- gekeken. De kliniek kan geen psychiatrische behandeling geven, dan moeten ze doorverwijzen. Wel kan er ondersteunende counseling en medicatie geboden worden en er is een familie therapeut in dienst.¹⁵

¹⁴ Voor interview zie bijlage 8

¹⁵ Uit interview met Ellen Kipp, voor hele interview zie bijlage 10

Het Helsinki diaconessen instituut (Helsingin diakonissalaitos)

Ook hier wordt er gewerkt vanuit het bio-psycho-sociale model. Daarnaast is de doelgroep HIV-positief, cliënten hebben dus ook altijd een somatische diagnose. De grootste doelen van de kliniek zijn het reduceren van de verspreiding van ziektes en het verbeteren en/of hanteren van de kwaliteit van de gebruikers met een HIV infectie, met daarbij het respect en de menselijke waardigheid in het oog houdend. (Helsinki Deaconess institute (n.d.)). Een groot deel van hun werk is maintenance-approach. De Social workers¹⁶ werken daarnaast vanuit een educationele, pedagogische invalshoek. Zij zien het gebruiken als vlucht, het niet nemen van verantwoordelijk van je eigen leven en in die zin zijn cliënten niet volwassen. Het is een leerproces om te zien dat er ook andere manieren zijn om met het leven om te gaan dan gebruiken.¹⁷

¹⁶ In deze deelvraag zullen we spreken van de Social worker, aangezien er in Finland geen distinctie is tussen een maatschappelijk werker en een sociaal pedagogisch hulpverlener.

¹⁷ Uit interview Helsinki Diaconessenhuis, voor hele interview zie bijlage 11

4.2 Hoe ziet de hulpverlening eruit, een analyse van functies en werkwijzen, binnen die drie instellingen?

Kuopio universiteitsziekenhuis (KYS)

Zoals de naam al zegt, zit deze afdeling in het ziekenhuis. Het bestaat uit een ambulante kliniek en een opname afdeling voor verslaafden met een psychiatrische aandoening.

Omvang:

Het team bestaat uit 2 artsen, 3-4 verpleegkundigen, 1 apotheker, 1 Social worker en 1 secretaresse

Outpatient kliniek:

Zij hebben rond de 120 patiënten per jaar, 4000-5000 mensen die de kliniek bezoeken per jaar, en 25 patiënten in substitutie behandeling.

Als substitutie medicatie wordt gewerkt met methadon of buprenorphine (suboxone).

Psychiatrische opname afdeling voor verslaafden:

Hier kunnen maximaal 8 tot 9 patiënten tegelijk opgenomen worden. Het is een open afdeling, het is vrijwillige opname, maar wel achter gesloten deur. De afdeling is als therapeutische omgeving ingericht. Er wordt voornamelijk gewerkt vanuit een cognitieve gedragsbehandeling. Patiënten worden behandeld voor hun verslaving en krijgen psychotherapie.

Belangrijkste diensten:

- diagnosestelling en behandeling van comorbide stoornissen
- detoxificatie
- initiatie van opiumvervangingsbehandeling
- onderzoek naar beroepsonderwijs capaciteit (wat kan de patiënt doen?, welke verdere training is geïndiceerd, nauw contact met de sociale diensten en maatschappelijk werkers en follow-up treatment bij andere diensten).¹⁸

Werkwijze

Zoals al hierboven beschreven wordt er gewerkt met een multidisciplinair team vanuit een geïntegreerde aanpak.

Er wordt vooral gewerkt vanuit de probleemoplossende techniek, cognitieve gedragstherapie en educatieve theorieën. Er is wel kennis van psychosociale theorieën, maar deze worden eigenlijk pas belangrijk als de cliënten in een latere fase zijn, maar dan zijn zij al van de afdeling af. Dus daar wordt niet veel mee gewerkt.

¹⁹

¹⁸ Uit presentatie KYS, voor de gehele tekst, zie bijlage 17

¹⁹ Zie bijlage 9

De stichting bestaat sinds 2006, hiervoor was het een A-kliniek. De cliënten zijn middelenmisbruikers, de ingewikkeldere gevallen gaan naar het universiteitsziekenhuis (zie instelling hierboven).

Omvang per afdeling:

Verpleegkundigenafdeling voor gecontroleerde drugsverstrekking, zorgbezoeken en onderzoek:

2 verpleegkundigen en een arts

Substitutie behandeling: 2 verpleegkundigen, een arts en een Social worker

Ambulante begeleiding en counseling: 1 verpleegkundige en een Social worker

Gezondheidsinformatie, advies en begeleiding: 1 verpleegkundige, kliniek medewerkers en vrijwilligers

Diensten:

Intramurale afdeling:

afkickbehandeling voor alcohol, pillen en illegale drugs

geïntegreerde rehabilitatie, samenwerking met ambulante begeleiding

Outpatient afdeling (ambulante afdeling):

- probleem- en behandeling assessment (5-gesprekken model, test in welke stadium van het changeproces iemand zit, doorverwijzing naar volgend level-afdeling, counseling of de zelfhulpgroep);
- disulfiram-behandeling (medicament gebruikt bij alcoholisme) individueel of in groep;
- gecontroleerde distributie van medicijnen;
- ondersteunende psychosociale counseling voor jongeren, alleenstaande volwassenen, stellen, of families;
- substitutiebehandeling voor opiumverslaafden (medicatie onder supervisie, psychosociale counseling, afkick support, ondersteunende begeleiding);
- needle-exchange programma (3x2 keer per week) doel: preventie van infecties, schade-reductie, laagdrempelig, informatie over sociale dienstverlening.

Werkwijze:

Er wordt gewerkt vanuit medisch kennis over verslaving, psychosociale rehabilitatie en psychiatrische kennis.

Methoden die gebruikt worden zijn: motivational interview technieken, experience-based werkmethode. En er wordt veel gewerkt vanuit de theory of change. Verder wordt er veel samengewerkt met zelfhulpgroepen.

Het Helsinki diaconessen instituut (Helsingin diakonissalaitos)

Het diaconessen instituut biedt: behandeling voor drugsverslaafden, activiteiten voor damage-reduction en rehabilitatie aan slachtoffers van martelingen.

Omvang:

In totaal (zonder de werknemer van de gemeente en het ziekenhuis) zijn er 37 werknemers.

Directeur, manager, 2 verpleegkundigen op de afdeling, 1 arts gespecialiseerd in verslavingsmedicatie, specialistische klinische verpleegkundige, 13 verpleegkundigen, 1 apotheker, 1 Social worker, verzorgenden, 1 community service worker, 1 secretaresse

Vanuit de gemeente zijn er een Social worker en een social welfare worker werkzaam.

Vanuit het ziekenhuis: 1 medisch maatschappelijk werker, 1 arts gespecialiseerd in infectie ziekten, 1 verpleegkundige gespecialiseerd in infectie ziekten

Zij hebben de volgende afdelingen:

- detoxificatie afdeling
- adviesdienst over middelen
- drugsrehabilitatie dagkliniek
- residentiële drugsrehabilitatie unit voor families
- laboratorium
- inloop kliniek voor HIV-positieve drugsverslaafden
- tijdelijke woonvoorziening
- thuiszorg eenheid
- mobiele schade-reductie afdeling
- gevangeniswerk
- maintenance treatment unit
- inloopcentrum Stoori
- inloopcentrum Kaalo

Wij bezochten de inloopkliniek voor HIV-positieve drugsverslaafden. In datzelfde gebouw was er maintenance treatment, tijdelijke huisvesting (10-18 bedden), een detoxificatie afdeling, en een laboratorium. Van de gemeente werkten op die plaats 2 Social workers. En vanuit het universiteitsziekenhuis van Helsinki waren er een ambulante afdeling voor middelenmisbruikers, middelenadviesdienst en een detoxificatieafdeling (10 bedden).²¹

²¹ Voor een uitgebreidere beschrijving van de instelling, zie bijlage 19

Werkwijze:

Het unieke aan de werkwijze was dat er vanuit 3 instellingen op 1 plek gewerkt werd, zodat alle voorzieningen op een plek bereikbaar waren. De aangeboden diensten worden laagdrempelig gehouden. Er wordt veel gedaan aan schade-reductie. In de inloopkliniek wordt er gewerkt vanuit een psychosociale rehabilitatie benadering. In de tijdelijke huisvesting wordt er gewerkt vanuit een community-based approach. De geïnterviewde Social workers werken voornamelijk vanuit educationele en pedagogische theorieën.²²

²² Zie bijlagen 11 en 19

4.3 Hoe ziet de verslavingspsychiatrie in Finland er uit qua methodieken?

In Finland zijn er een aantal methodieken, die ook in Nederland gebruikt worden. Het maatschappelijk werk, of Social Work, komt in die zin redelijk overeen met elkaar. Dit zijn de methodieken die genoemd zijn door de Finse maatschappelijk werkers²³:

- De oplossingsgerichte methode
- Psychosociale rehabilitatie
- Motiverende gespreksvoering
- Evidence-based en Experience based
- Samenwerking met een zelfhulpgroep
- Educatieve begeleiding
- Pedagogische begeleiding (vanuit een opvoedende visie)
- Er voor de cliënt 'zijn'
- Cirkel van gedragsverandering

De Cirkel van Gedragsverandering, van Prochaska en DiClemente is een methodiek die in Nederland ook al genoemd werd, en ook in Finland veel gebruikt wordt.

De vijf fasen die hierbij horen, zijn:

- voorbeschouwing;
- overpeinzing;
- voorbereiding;
- actieve verandering;
- stabilisatie.

Het doel van deze methodiek is dat de hulpverlener aan kan sluiten bij de fase waarin de cliënt zit en daarin de cliënt adequaat kan begeleiden.

(Cirkel van gedragsverandering, (n.d.))

²³ voor de interviews zie bijlage 8 t/m 11

4.4 In hoeverre lopen de Finse instellingen aan tegen het probleem wat betreft de onderzoeksvraag?

Het is opvallend dat het probleem eigenlijk door alle instellingen niet zo herkend werd. Ons onderzoek werd interessant gevonden en eigenlijk alle geïnterviewden zeiden wel dat een duidelijke profilering handig kon zijn. Maar in hun eigen werk op dit moment werden er geen problemen ervaren als gevolg van een te onduidelijke profilering of taakverdeling.

In ons eerste interview, bij het universiteitsziekenhuis van Kuopio, werd door de arts wel herkend dat er in het werkveld soms wat discussie was over wat er nu precies onder gezondheidszorg valt en wat over welzijn. Maar hij zei dat er een duidelijke grens te trekken valt, omdat Social workers bijvoorbeeld eenmaal niet opgeleid zijn om te kunnen injecteren. Er zijn specifieke taken waar verschillende beroepsgroepen specifiek voor zijn opgeleid. De Social worker zelf noemde ook dat hij specifieke kennis had, die hij naar voren bracht in het multidisciplinaire team. De taak van het Social Work is voor hem voornamelijk rehabilitatie in de maatschappij. Daarbij zegt hij dat hij daardoor misschien met een bredere kijk op de problematiek van de cliënt kijkt, dan bijvoorbeeld de verpleegkundigen dat doen. Dat leidt wel eens tot verschillende visies in het team, maar niet tot conflicten. De Social worker die hier werkzaam was, deed ook bepaalde verpleegkundige taken, zoals het uitdelen van medicatie en het schrijven van verpleegkundige rapporten. Hier zie je dus enige overlap in taken, maar dit gaf geen problemen, omdat de taken die hij uit mag voeren in overleg met de werkgever bepaald zijn. Vanuit de vakgroep van maatschappelijk werkers in het ziekenhuis was er een algemeen taakprofiel, maar binnen de afdeling waar de Social worker werkzaam is, is er ruimte om taken vast te stellen en een eigen werkwijze te hanteren. Naast deze Social worker op de psychiatrie & verslaving afdeling, hebben we ook een Social worker van een andere afdeling, het rehabilitatie dagcentrum geïnterviewd. Wat beiden als belangrijk aangaven was een goede band of overeenstemming met de rest van het team. Je zou kunnen stellen dat het probleem er niet herkend werd, omdat de profilering van het Social Work naar de rest van het team toe helder was. En waar er taken van elkaar overgenomen werden, was dit ook afgesproken en geaccepteerd.²⁴

Ons tweede interview was bij de stichting voor dienstverlening aan middelenmisbruikers in Kuopio. De geïnterviewde had zowel een diploma in maatschappelijk werk als in verpleegkunde, maar was nu werkzaam als verpleegkundige. Ook zij noemde dat de specificatie vooral ligt in taken. Bepaalde basiskennis wordt gedeeld, zoals de kennis over verslaving en psychiatrie, maar het verschil is uiteindelijk zichtbaar in het uitvoerende gedeelte. De focus van Social workers is op rehabilitatie en die van verpleegkundigen op gezondheidszorg.

Zij was nu samen met een andere verpleegkundige werkzaam op een afdeling voor substitutie behandeling, daar was nu geen Social worker werkzaam. Daarom doet zij nu bepaalde Social Work taken, zo wijst zij cliënten op welke diensten er zijn en waar zij heen moeten. Zij helpt bijvoorbeeld de cliënten met aanmelden voor sociale diensten. Als er wel een Social worker op de afdeling zou zijn, zou zij voor deze taken de cliënt door kunnen verwijzen naar de Social worker. Ook zegt zij dat er dan andere diensten, zoals

²⁴ Voor het hele interview, zie bijlagen 8 en 9

groepsontmoetingen zouden kunnen zijn. Daar is nu geen ruimte voor. Dus met een Social worker op de afdeling, zou de taakverdeling anders zijn.

Wat zij wel herkent, is vooral onduidelijkheid op het psychosociale vlak; de counseling. Zij wist niet of dit op de afdeling wel helderder zou zijn, haar verwachting was dat taken daar wel meer verdeeld zouden zijn. Wij hebben helaas geen interview meer kunnen doen op de afdeling, dus dat is voor ons ook niet helemaal helder geworden. Als reden waarom het onduidelijk was, gaf zij dat er veel individueel gewerkt wordt en dat het dan niet duidelijk is, als er iets is op het psychosociale vlak, of dat dan nu tot de Social worker of de verpleegkundige taken behoort. Op de afdeling waren de taken van de Social worker vooral: het regelen en aanvragen van diensten en financiering, contact onderhouden met het netwerk, nagaan of de cliënt nog andere problemen heeft, contact onderhouden met andere instellingen en systemen, helpen bij aanvraagformulieren en huisvesting, het leiden van groepszittingen en cliënten doorverwijzen naar andere afdelingen of organisaties. Op de afdelingen wordt gewerkt in multidisciplinaire teams, de verwachting is dat hier meer onderlinge afstemming over taken is. Op de ambulante afdeling deden de Social workers met name counseling. Op de vraag wat haar bijdrage aan het behandelplan van de cliënt was en of zij daar tevreden over was, antwoordde zij dat het fijn zou zijn als zij meer ruimte zou hebben voor psychosociale steun aan de cliënt, met name om de drempel voor de cliënt te kunnen verlagen om zelf naar de sociale dienst en dergelijke te gaan. Opvallend is dat zij zegt dat de grootste onduidelijkheid bestaat over de taakverdeling op psychosociaal vlak en dan zelf als verpleegkundige graag meer ruimte voor psychosociale steun aan de cliënt zou willen hebben. Hoewel zij nu op een afdeling met alleen verpleegkundigen werkt en ook aangaf dat zij taken door zou schuiven op het moment dat er wel een Social worker op de afdeling werkzaam zou zijn. In dat geval zou de Social worker de contacten met andere instellingen onderhouden.²⁵

In de laatste instelling die wij interviewden, het diaconesseninstituut in Helsinki, werd het door ons gestelde probleem helemaal niet herkend. Het werd niet herkend omdat de taakverdeling voor iedereen helder was. Er wordt gewerkt met een multidisciplinair team, dat elke morgen vergadert. Er wordt dan afgesproken wie wat doet en als er nog onduidelijkheden zijn, kunnen die dan ingebracht worden en kunnen er op dat moment meteen afspraken gemaakt worden. De Social workers waren zeer tevreden over deze manier van werken. Op de vraag wie het contact onderhield met andere instellingen, werd geantwoord dat dit zowel door de verpleegkundigen als de Social worker gedaan kan worden. Voor andere vragen, met name op het gebied van huisvesting of uitkeringen is het duidelijk dat dit tot het gebied van de Social worker behoort. Psychosociale problemen worden door zowel de Social workers als de verpleegkundigen opgepakt, wie er op dat moment een luisterend oor bood. In overleg wordt dan bekeken wie er verder op doorgaat. Een van de geïnterviewde Social workers noemde nog dat er geen gat is, er is overlap en dat is juist goed, dat voorkomt dat cliënten tussen wal en schip raken en niet meer weten waar ze heen moeten. Juist door de intensieve samenwerking is het niet erg dat er overlap is en is het duidelijk genoeg wie wat doet.²⁶

De redenen waarom het geen probleem is, is dus met name goed overleg met de rest van het team. En waar er overlap is, of taken van elkaar worden overgenomen, is dit ook in goed overleg. De meeste onduidelijk bestaat op psychosociaal vlak, maar dit werd maar bij één instelling genoemd. Dit verschilde

²⁵ Voor het hele interview, zie bijlage 10

²⁶ Voor het hele interview, zie bijlage 11

waarschijnlijk per afdeling. Eigenlijk hebben we niet genoeg inzicht gekregen van andere afdelingen om hier uitspraken over te doen. Dit probleem werd vooral ervaren door een verpleegkundige, die wel aangaf dat sommige taken die zij nu deed, waarschijnlijk door een Social worker overgenomen zou worden als die op de afdeling zou werken.

4.5 Welke taakprofielen zijn er in Finland op het gebied van Social Work en op het gebied van de verslavingspsychiatrie?

In Finland kent men geen beroepsprofielen zoals wij die in Nederland kennen. Wel kennen zij een vakbond voor hoger opgeleide welzijnswerkers, genaamd Talentia. Hun kerntaak is om ervoor te zorgen dat hun leden hun professionele carrière kunnen nastreven. (Talentia. (n.d.)).

Vanuit de wet zijn er regels opgesteld wat betreft Social Work. Zo is er de wet op kwalificatie vereisten voor professionele welzijnswerkers. Hierin staat dat men voor de betrekking Social worker een hogere universiteitsgraad met een hoofdvak in Social Work moet hebben behaald. (Ministry of social affairs and health, Finland. 2005).

In de wet zijn niet de taken van de Social worker opgenomen, dit wordt bepaald door de organisaties zelf. Sommige organisaties stellen zelf een taakprofiel op. Van de drie Finse organisaties die wij geïnterviewd hebben had alleen het universiteitsziekenhuis (KYS) een taakprofiel voor de Social worker.

De Social worker:

- werkt in een multidisciplinair team, met betrekking tot planning en de ontwikkeling van het werk;
- hij onderzoekt de sociale situatie van de patiënten die komen voor de diagnose en behandelingen, indien nodig, zorgt hij voor de voorbereiding van het programma voor revalidatie;
- geeft begeleiding aan de patiënt;
- is een leidraad voor zaken omtrent de sociale zekerheid;
- onderhoudt contact met andere disciplines in verband met de diagnose en de behandeling van de patiënt;
- onderzoekt binnen de omgeving de klinische toestand van de patiënt en maakt een behandelingsplan;
- geeft consultatie of begeleiding aan de patiënt, voor zover het de behandeling aangaat en bij eventuele officiële klachten van de patiënt;
- rapporteert op passende wijze en geeft zijn mening omtrent de sociale situatie van de patiënt;
- maakt therapeutische interventies, voor zover is overeengekomen in het multidisciplinair team;
- neemt deel aan training van andere hulpverleners, of de ontwikkeling van het werk;
- geeft begeleiding en training aan studenten in zijn beroep;
- kan werken als stagebegeleider voor studenten in hun stage;
- kan (extra) taken aangewezen krijgen.²⁷

4.6 Wat zijn de Finse ontwikkelingen rondom de verslavingspsychiatrie en haar maatschappelijk werk?

Meer afstemming en een geïntegreerde aanpak

Een belangrijke ontwikkeling op het gebied van maatschappelijk werk is de werkgroep Mieli van 2009. De werkgroep, opgezet door het ministerie van gezondheid en sociale zaken, heeft een nationaal actie plan opgesteld. Het doel is om gemakkelijke toegankelijke, flexibele diensten te bieden, door de ingang voor de zorg en behandeling van psychische stoornissen en verslavingszorg in een gezamenlijke instelling te plaatsen. Daarmee wordt de behandeling voor geestelijke gezondheid en verslavingszorg een geïntegreerd geheel. Daarnaast heeft het tot doel om de coöperatie tussen de sociale diensten en de gezondheidszorg meer op elkaar af te stemmen. (sosiaali- ja terveystieteistie, mental health and substance abuse services (n.d.))

Interventie bij zwangere verslaafde vrouwen

Er is een wet in voorbereiding die in staat stelt om te interveniëren bij zwangere verslaafde vrouwen. Maar er zijn nog tegenargumenten dat dit niet progressief is voor de foetus.²⁸

Nieuwe drug

Er is een nieuwe drug MDPV (methylenedioxypyrovalerone). Het kan in Finland zelf gefabriceerd worden en is daardoor goedkoop en gemakkelijk verkrijgbaar. De gebruikers weten nog niet goed wat ze gebruiken, daardoor veroorzaakt het snel overdosissen. Het veroorzaakt paranoïde gedrag. Het is zeer slecht voor de geestelijke gezondheid. In een paar weken heeft het al effect op de geestelijke gezondheid. Het is nog te nieuw om te zeggen of het permanente schade veroorzaakt. Maar het zorgt steeds meer voor problemen.²⁹

Veranderen in werken, opgemerkt door de geïnterviewde Social workers

In de interviews kwamen de volgende punten naar voren:

Door bezuinigingen en veranderingen in visie is er meer extramurale zorg

Je komt vaker verslavingsproblemen tegen dan 10 jaar geleden³⁰

Er is meer nadruk op evidence-based work.

Cliënten krijgen alleen andere sociale diensten (zoals uitkeringen) als zij actief in behandeling zijn, anders krijgen zij alleen een basisvoorziening.

Er worden andere prioriteiten gelegd, de meeste hulp wordt ingezet op werkende mensen en mensen met kinderen

Het systeem wordt constant veranderd, outsourcing, downsizing, verandering naar meer out-patient-treatment

Er wordt steeds meer gesproken van een 3-diagnose: psychische aandoening, verslaving en ernstige gezondheidsproblemen

Er wordt meer gesproken over multi-problem cliënten, wiens aandoening chronisch is geworden, er wordt niet veel verbetering verwacht en zij worden op een low-maintenance treatment gezet³¹

²⁸ Dit werd genoemd in het interview bij het KYS, zie bijlage 8

²⁹ Genoemd door Social worker, werkzaam bij het diaconesseninstituut in Helsinki, zie bijlage 11

³⁰ Punten genoemd in bijlage 9

³¹ Punten genoemd in bijlage 10

4.7 Wat zeggen de geïnterviewde maatschappelijk werkers zelf wat een maatschappelijk werker zou moeten kunnen?

De maatschappelijk werkers in Finland hebben vanuit hun eigen werkervaring en opleiding genoemd wat zij als belangrijke eigenschappen en competenties zien voor een maatschappelijk werker in de verslavingspsychiatrie.³²

Competenties rondom houding zijn:

- Weten hoe je binnen kunt komen in de cliënt zijn leven
- De cliënt veiligheid kunnen geven
- Duidelijke grenzen aan kunnen geven wat betreft jouw taak en die van de cliënt
- De cliënt empowerment kunnen geven
- Realistisch zijn over wat haalbaar is voor de cliënt (terugval in oog houden), en niet op te veel hopen
- De eigen wil van die cliënt accepteren: 'jij kunt niet voor ze afkicken'
- De cliënt kunnen 'opvoeden'
- Veel geduld hebben

Competenties rondom kennis zijn:

- Veel kennis over verslaving, hoe iemand verslaafd raakt, hoe verslaafd zijn het dagelijks leven beïnvloedt, alle mogelijke diagnoses
- Kennis van eventuele gevolgen van verslaving (agressieproblemen, schulden)
- Kennis van hoe de cliënt kan veranderen, vaardigheden aan kunnen reiken tot verandering.
- Kennis van de cirkel van gedragsverandering
- De cliënten kunnen leren over het dagelijkse leven
- Hoe te communiceren met anderen collega's in het multidisciplinaire team
- Kennis over de behandeling die de cliënt ontvangt
- Kennis van de sociale kaart, en juridische zaken
- Zowel op een praktische (materiële) manier kunnen werken als op een psychosociale manier

Wat bij de maatschappelijk werkers in Finland naar voren komt, is dat zij een flinke dosis kennis heeft. Dit kan een verschil zijn met de Nederlandse maatschappelijk werker, vanwege de verschillende opleidingsachtergrond qua niveau. Finse maatschappelijk werkers lijken meer gericht op het bezit van voldoende kennis. Uiteindelijk is dat ook waar de maatschappelijk werkers het meeste over hebben. Maar toch wordt kennis ook veel genoemd, met name wordt aangegeven hoe deze kennis doorwerkt in hun houding, en hun manier van werken met de cliënt.

De maatschappelijk werker werkzaam in de universiteitskliniek noemde dat een maatschappelijk werker is als het rubberdje wat zit tussen het glas (raam) en het kozijn. Hij zorgt ervoor dat het raam in het kozijn past. Het rubberdje valt niet altijd op, zoals de maatschappelijk werker, maar het is belangrijk wat hij doet.

³² voor de interviews, zie bijlage 8 t/m 11

Conclusie

Net als in Nederland heeft Finland ook de ontwikkeling gekend dat verslaving eerst als sociaal probleem gezien werd en nu volgens het bio-psycho-sociale systeem opgevat wordt.

De benadering lijkt dan ook op elkaar.

Ook de gebruikte methodieken komen overeen met de gebruikte methodieken in Nederland.

De aangeboden diensten zijn ook vergelijkbaar in Nederland. Nieuw was dat er in Helsinki met meerdere instellingen onder 1 dak gewerkt wordt.

Onze probleemstelling werd in Finland niet echt herkend. Alleen door de geïnterviewde verpleegkundige.

Redenen waarom het probleem niet herkend wordt zijn: goed overleg met de rest van het team en duidelijkheid naar de samenwerkende disciplines over de rol en taken van de Social worker. En waar er overlap is tussen disciplines, of taken van elkaar worden overgenomen, is dit ook in goed overleg, dus stoort het niemand en gaat dit in harmonie.

De opbouw rond taakprofielen in Finland is anders. Er is wel een landelijke organisatie, vergelijkbaar met de NVMW, maar deze geeft geen landelijk profiel uit. Profielen worden vaak in overeenstemming met de werkgever bepaald. In een geval was er vanuit een werkgroep van maatschappelijk werkers binnen de instelling wel een profiel uitgegeven, deze kon per afdeling afgestemd worden.

Op de vraag wat maatschappelijk werkers zelf denken te moeten kunnen, werd vooral kennis genoemd, meer dan in Nederland. Kennis die belangrijk is voor het werken met deze doelgroep. Daarnaast werden ook belangrijke persoonlijke competenties genoemd.

Hoofdstuk 5: conclusies en aanbevelingen: Wat is de betekenis en de meerwaarde van de maatschappelijk werker binnen de verslavingspsychiatrie?

Inleiding

Nu wij antwoorden hebben op de vragen hoe het maatschappelijk werk er in Nederland uit ziet, waar de knelpunten zijn en hoe men in Finland te werk gaat, zijn we toegekomen aan het trekken van conclusies en het maken van aanbevelingen.

Wij zullen onder 5.1 eerst onze conclusies uiteenzetten en vervolgens onder 5.2 onze aanbevelingen doen.

Bij 5.1 hebben wij onze conclusies onderverdeeld in de volgende groepen:

5.1.1 Wat is het werkgebied van de maatschappelijk werker binnen de verslavingspsychiatrie?

5.1.2 Wat is de meerwaarde van de maatschappelijk werker?

5.1.3 Hoe gaat men te werk in Finland en wat kunnen wij daarvan leren?

5.1.4 Wat moet de maatschappelijk werker kunnen?

5.1 Onze conclusies

5. 1.1 Wat is het werkgebied van de maatschappelijk werker binnen de verslavingspsychiatrie?

De maatschappelijk werker binnen de verslavingspsychiatrie voert veelal materiële taken uit. Wat de exacte taken van de maatschappelijk werker zijn is afhankelijk van de afdeling waar men werkzaam is.

De maatschappelijk werker is breed inzetbaar met als kenmerk de combinatie van psychosociale en materiële hulpverlening, welke eigenlijk niet van elkaar gescheiden kunnen worden. Wel kan de nadruk op één van beide liggen.

'Het maatschappelijk werk onderscheidt zich van verwante sociale beroepen door relatieve nadruk op directe hulp- en dienstverlening aan cliënten met het oog op zowel persoon als context'.

De maatschappelijk werker werkt met en namens de cliënt.

5. 1.2 Wat is de meerwaarde van de maatschappelijk werker?

In de interviews komt duidelijk naar voren hoe belangrijk de rol van de maatschappelijk werker is voor de cliënt in de verslavingspsychiatrie. Cliënten hebben vaak grote problemen op materieel gebied. De maatschappelijk werker is bij uitstek de professional die de cliënt kan helpen bij het oplossen van deze problemen. De maatschappelijk werker heeft grote kennis op materieel vlak die geen van de andere aangrenzende beroepen bezit. Tevens bezit de maatschappelijk werker over het algemeen over een goede werkhouding ten opzichte van de cliënt. Dit punt wordt in de interviews zeer regelmatig genoemd. De

maatschappelijk werker is getraind op psychosociale hulpverlening en weet hoe hij/zij de cliënt moet benaderen. Ook voor groepswerk is de maatschappelijk werker zeer geschikt.

De maatschappelijk werker werkzaam in de universiteitskliniek noemde dat een maatschappelijk werker is als het rubbertje wat zit tussen het glas (raam) en het kozijn. Hij zorgt ervoor dat het raam in het kozijn past. Het rubbertje valt niet altijd op, zoals de maatschappelijk werker, maar het is belangrijk wat hij doet.

5.1.3 Hoe gaat men te werk in Finland en wat kunnen wij daarvan leren?

Zoals beschreven in deelvraag 4.3 wordt de problematiek door ons gesteld niet erg herkend. Er is geen scheiding tussen maatschappelijk werk en sociaal pedagogisch werk. Waar het probleem wel herkend was, was door de verpleegkundige, geïnterviewd bij de stichting voor dienstverlening aan middelenmisbruikers. De taken die dan vaag waren, waren op psychosociaal gebied, met name de psychosociale counseling werd genoemd. Maar deze onduidelijkheid verschildte ook per afdeling.

Hoewel er in Finland de Social worker is, houdt deze zich voornamelijk bezig met de typische maatschappelijk werk taken. Rehabilitatie en resocialisatie zijn de voornaamste taken, het contact met het netwerk en andere instellingen zijn voor de Social worker. Op sommige afdelingen hielden de Social workers zich ook bezig met groepszittingen, maar ook in Nederland kan dit tot de taken van de maatschappelijk werker behoren. Alle Social workers die wij gesproken hebben waren voornamelijk werkzaam in functies, die we in Nederland als maatschappelijk werk functies zouden omschrijven. Dus waar er gesproken wordt van de Social worker, kunnen we eigenlijk ook gewoon spreken over de maatschappelijk werker.

De voornaamste reden die genoemd werd waarom het niet herkend wordt, is goede afstemming in het multidisciplinaire team. In Finland is het voor alle beroepsgroepen duidelijk wat de taken van de maatschappelijk werker zijn. En door goed overleg en afstemming met de rest van het team, is het duidelijk genoeg en geeft het ook niet als taken van elkaar overgenomen worden. Zo deed de maatschappelijk werker in het universiteitsziekenhuis van Kuopio ook bepaalde verpleegkundige taken en namen de verpleegkundigen in Helsinki ook contact op met andere instellingen, en werd hulpverlening op psychosociaal gebied door zowel de maatschappelijk werkers als de verpleegkundigen gedaan.

In deelvraag 4.4 was te lezen dat er in Finland geen eenduidig landelijk taakprofiel is, zoals wij deze van de NVMW hebben. Dit levert blijkbaar geen problemen op. In overeenstemming met de werkgever wordt vastgesteld wat de taken en functies van de maatschappelijk werker op die werkplek zijn. Dit wordt door de werknemers gewaardeerd. Er is daardoor ook veel ruimte om zelf met een eigen inbreng te komen. Door verscheidene geïnterviewden werd ons dan ook meegegeven om een profiel vooral niet te strak en bindend te maken.

In het universiteitsziekenhuis van Kuopio was er wel een algemene vakgroep van maatschappelijk werkers, deze hadden een algemeen profiel vastgesteld voor de taken van de maatschappelijk werkers. Maar binnen dat profiel en op de afdeling zelf, was er veel speelruimte om de functie op een eigen manier in te vullen. Vanuit de vakgroep waren er regelmatig evaluaties en werd er supervisie georganiseerd. Vanuit de vakgroep

werd er dus voor de hele instelling een duidelijk profiel voor maatschappelijk werkers afgegeven, over onduidelijkheden kon er ook naar de vakgroep teruggekoppeld worden en binnen de afdelingen en functies was het mogelijk, om in overeenstemming met de werkgever, een eigen profiel te maken. In Helsinki was het iets anders, daar waren de maatschappelijk werkers gedetacheerd vanuit de gemeente. Vanuit de gemeente is er een beeld van wat maatschappelijk werkers doen. Voor het invullen van haar eigen functie, had de maatschappelijk werker ook teruggekoppeld naar de gemeente. Maar waar zij werkzaam was, was er een grote ruimte van werken en werkte zij nauw samen met andere professionals daar.

Wat we kunnen meenemen uit Finland is dan ook: duidelijke algemene profilering van een overkoepelende vakgroep, goede overeenstemming binnen het team en geen vast bindend profiel, maar een functieomschrijving met ruimte voor eigen invulling.

5.1.4 Wat moet de maatschappelijk werker kunnen?

In de interviews kwam naar voren dat de maatschappelijk werker kennis, competenties, houding en vaardigheden moet bezitten. Als kennis wordt genoemd, wordt aangegeven hoe deze kennis doorwerkt in hun houding, en hun manier van werken met de cliënt. Als we het hebben over wat een maatschappelijk werker moet kunnen, gaat het dan ook om kennis en competentie.

Kennis

Zowel in Nederland als in Finland wordt kennis van de sociale kaart en het sociale en juridische systeem genoemd, kennis van ziektebeelden (psychiatrie), kennis over verslaving en hoe dat het dagelijks leven beïnvloedt. Ook werd kennis van de cliënt en zijn netwerk en achtergrond belangrijk gevonden. In Finland werd nog genoemd: kennis van eventuele gevolgen van verslaving (agressieproblemen, schulden), kennis van de cirkel van gedragsverandering, hoe te communiceren met anderen collega's in het multidisciplinaire team en kennis over de behandeling die de cliënt ontvangt.

Er wordt kennis genoemd wat specifiek tot de maatschappelijk werker gerekend wordt, zoals kennis van de sociale kaart en het sociale en juridische systeem. En er wordt kennis genoemd die specifiek is voor de doelgroep verslavingspsychiatrie. Zoals de kennis over psychiatrie, verslaving en de cirkel van gedragsverandering. Dit is niet specifiek kennis van de maatschappelijk werker, ook verpleegkundigen en sociaal pedagogisch hulpverleners hebben deze kennis nodig. Echter de meeste ondervraagden gaven aan deze kennis niet of nauwelijks in hun opleiding gehad te hebben. Velen hebben deze kennis later door ervaring, zelfstudie, of door cursussen of vervolgoopleidingen verkregen. Wij spreken uit ervaring dat wij inderdaad herkennen dat dit soort kennis in de basisopleiding nauwelijks aan bod gekomen is.

Waar kan deze kennis dan opgedaan worden?

Zoals genoemd bij deelvraag 3.6 en deelvraag 3.7, zijn er tegenwoordig de profielen voor de GGZ-agoog en de verslavingsagoog. De profielen zijn nog redelijk nieuw, maar worden in het werkveld steeds meer erkend en zullen waarschijnlijk in de nabije toekomst ook steeds meer gebruikt gaan worden. Wij vallen nog onder de oude structuur, maar de lagen na ons kunnen GGZ als differentiatie kiezen, waarbij je bij diplomering

tevens een certificaat als GGZ-agoog op zak hebt. Als post-HBO is er dan ook een certificering als verslavingsagoog te halen. De GGZ-agoog is tevens als post-HBO te halen.

Deze twee profielen moeten net meer kennis en competenties in de GGZ en verslavingspsychiatrie bieden. Zij bieden een goed frame over wat agogen aan specifieke kennis van deze doelgroep kunnen gebruiken. De specificatie tussen de sociaal pedagogisch hulpverlener en maatschappelijk werker zit hem dan ook niet in het profiel van de agoog, maar in de uiteindelijke taken en functies die de werknemer uitvoert. De basiskennis van de doelgroep is gelijk, maar uitvoerend kan er een verschil gemaakt worden tussen specifiek maatschappelijk werk en sociaal pedagogische hulpverlening, zij hebben immers andere kerntaken.

Zittende werknemers hebben deze profielen niet behaald en ook niet iedereen die uiteindelijk in deze doelgroep terecht komt, zal de juiste differentiatie gevolgd hebben. De vraag is dan ook of je het profiel als opleidingseis moet vragen, of dat je als werkgever je werknemers de kans geeft om zich bij te laten scholen.

Houdingsaspecten

Verdeeld over drie punten worden de competenties beschreven die van een maatschappelijk werker in de verslavingspsychiatrie verwacht worden:

Benadering van de cliënt: contact maken met de cliënt en zijn leefwereld, veiligheid bieden, inlevingsvermogen hebben, de cliënt serieus nemen, toegankelijk zijn voor de cliënt, geduld, de cliënt zien als mens, en niet als verslaafde, respect en begrip tonen.

Profileren: grenzen duidelijk aangeven, de cliënt eigen verantwoordelijkheid geven, realistische behandelingsdoelen op stellen, agressie hanteren.

Werken met cliënten: het empoweren van de cliënt en zijn omgeving, de cliënt 'opvoeden', laten zien dat je er voor de cliënt bent, goede gesprekstechnieken bezitten en de eerdergenoemde kennis bezitten.

De meeste van de (met name Nederlands) geïnterviewde maatschappelijk werkers werken vanuit de materiële hulpverlening met hun cliënten. Hiervoor is veel kennis nodig. Praktisch gezien is dat ook zo, anders kun je je werk niet goed uitvoeren. Toch werden de houdingsaspecten het meeste genoemd als voorwaarden om een goede maatschappelijk werker te kunnen zijn.

5.1.5 Waar zitten de knelpunten?

Opvallend is dat waar de taakverdeling onduidelijk is het maatschappelijk werk vaak als een eiland benoemd wordt. Voor de andere disciplines is het niet duidelijk wat het maatschappelijk werk precies doet en zijn zij soms slecht bereikbaar.

In de interviews komt ook naar voren dat er voornamelijk een goede taakverdeling bestaat in multidisciplinaire teams, waar regelmatig overleg en samenwerking is.

Maatschappelijk werk doet voornamelijk materiële hulpverlening en dit is inderdaad één van de taken die zij hebben, maar de psychosociale kant van het maatschappelijk werk lijkt onderschat te worden. Kenmerkend van het maatschappelijk werk is juist dat het materiële en immateriële verweven zijn. Deze onderschatting

heeft onzes inziens te maken met de profilering van het maatschappelijk werk. Voor andere disciplines is het nu onduidelijk wat het maatschappelijk werk kan en doet. Men moet zichzelf laten zien en duidelijk aangeven waar hun krachten liggen.

De opleiding van maatschappelijk werkers schiet te kort in het aanleren van gedegen kennis over de verslavingspsychiatrie. Door middel van aanvullende opleiding kan dit gat gedicht worden, zoals sinds kort door Bouman aangeboden wordt. Ook de minor en de post-HBO opleiding GGZ-agoog bieden verdieping.

5.2 Onze aanbevelingen

Immaterieel/psychosociaal

Uit de verschillende interviews, in Nederland én Finland, is gebleken dat het werk van maatschappelijk werkers op het materiële gebied duidelijk is en afgebakend. Op het immateriële gebied echter, heerst er veel onduidelijkheid. Dit is een werkgebied wat gedeeld wordt met zowel de sociaal pedagogisch hulpverlener als de verpleegkundigen. Het is afhankelijk van de instelling en per afdeling, hoe daar de verdeling is, wie dan dit werkgebied oppakt.

De aanbeveling die hierin gedaan kan worden is om binnen de instelling en afdeling een duidelijke taakomschrijving te maken voor de maatschappelijk werker. Het zou de meeste duidelijkheid geven wanneer dit binnen alle locaties van dezelfde instelling overeen zou komen. Zo kan de instelling op haar eigen manier werken, waarbij ze zich niet te veel aan hoeft te passen aan een landelijk profiel. Maar er komt ook eenduidigheid over de manier van werken binnen de instelling, zodat het binnen de instelling ook makkelijker is om te wisselen van werkplek. Tevens voor overleg en het maken van beleid over de positie van het maatschappelijk werk is dit belangrijk.

Vakgroep

Volgend op de eerstgenoemde aanbeveling, komt het idee van een vakgroep. Zoals uit het interview met de verpleegkundigen van Bouman GGZ naar voren kwam, is er binnen die organisatie een vakgroep voor de verpleegkundigen. Een vakgroep die sterk staat en een duidelijke omschrijving heeft wat betreft de positie en ook meerwaarde van de verpleegkundige. In de universiteitskliniek in Kuopio heeft men ook een vakgroep, ook al gaat het maar om een klein aantal maatschappelijk werkers.

Het zou sterk aan te bevelen zijn voor de maatschappelijk werkers om ook een vakgroep op te richten, als deze er binnen de organisatie nog niet is. Of nog een stap eerder, het zou de NVMW aan te bevelen zijn om dit onder haar doelgroep sterker aan te moedigen. Als de maatschappelijk werkers samen in een vakgroep zitten, staan ze sterker wat betreft de positionering van hun beroep. En mocht hun beroep in gevaar komen van een eventuele wegbezuiniging, dan staat de groep sterk en heeft ze tegen die tijd een duidelijk taakprofiel kunnen ontwikkelen. Binnen Bouman GGZ is het voor de maatschappelijk werkers mogelijk om een vakgroep op te richten.

Functieprofiel/-omschrijving op intranet

Zodra er een duidelijk taakprofiel is voor de maatschappelijk werker, is het belangrijk dat andere collega's binnen Bouman GGZ dit kunnen inzien.

Een aanbeveling is om deze omschrijving op het intranet van organisatie te zetten, voor meer toegankelijkheid.

Afstemming met andere disciplines

Een maatschappelijk werker zal binnen de verslavingspsychiatrie vaak werken in een multidisciplinair team. Met name andere verpleegkundigen, agogen, een psychiater, arts en/of psycholoog. Sowieso heeft elke afdeling zijn eigen multidisciplinair overleg.

Een aanbeveling is om met deze collega's voor een goede en zeer duidelijke afstemming te komen wat betreft de taken van de maatschappelijk werker. Dit kan gestimuleerd worden door een taakprofiel.

Duidelijkheid wat betreft de taken op materieel én immaterieel gebied. Een sterke aanrader voor de maatschappelijk werker is ook om aanwezig te zijn tijdens het multidisciplinair overleg wanneer dit meer kan. Zo blijft de maatschappelijk werker betrokken bij de andere disciplines en hun taken. Maar met name blijft de maatschappelijk werker betrokken bij het welzijn van de cliënten, omdat hij/zij deze in de regel minder zal zien dan bijvoorbeeld de groepsleiding die een dagelijkse omgang met hen hebben.

Publicaties

Wanneer er van de maatschappelijk werkers, het liefst vanuit de georganiseerde vakgroep, bericht komt de organisatie in, komen andere disciplines meer over hen te weten.

Daarom is het een aanbeveling voor de maatschappelijk werkers om (vanuit de vakgroep) met enige regelmaat stukken te publiceren op het extranet van de organisatie en/ of het magazine. Sowieso staan binnen Bouman GGZ op intranet de functieomschrijvingen van de agogisch werkers. Andere publicaties die meer een praktische verduidelijking geven, zouden tot meer bekendheid en meer positionering van het maatschappelijk werk kunnen leiden.

Profilering

In de eerder genoemde aanbevelingen is profilering al naar voren gekomen. Een betere profilering willen we nogmaals benoemen, omdat we hier de nadruk op willen leggen. De maatschappelijk werker lijkt soms de neiging te hebben om niet zo snel van zich te laten horen. Met name wanneer er in de organisatie een minderheid van deze beroepsgroep is. Maar het blijft belangrijk dat de maatschappelijk werker zich bewust is van haar meerwaarde binnen de verslavingspsychiatrie, en dat ook duidelijk laat zien en horen!

Literatuurlijst

100 jaar Jellinek (n.d.) geschiedenis, bekeken op 7 juni 2010 op <http://www.100jaarjellinek.nl/geschiedenis>

A-klinikkasäätiö (n.d.). background, bekeken op 6 juni 2010 op <http://www.a-klinikka.fi/a-klinikkasaatio/in-english/background>

American Psychiatric Association. (n.d.). DSM-IV. Bekeken op 7 mei 2010, op <http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV.aspx>

Arkin/ Jellinek. (n.d.) Over de Jellinek. Bekeken op 13 juni 2010 op http://www.jellinek.nl/over_de_jellinek

Bouman GGZ. (n.d.). Jaardocument 2009. Bekeken op 13 juni 2010 op <http://www.boumanhuis.nl/library/downloads/Jaardocument%20%202009%20voor%20eigen%20publicatie.pdf>

Bouman GGZ. (n.d.) Community Reinforcement Approach. Bekeken op 15 juni 2010 op <http://www.boumanhuis.nl/index.cfm?siteID=1&cat=5&article=Community+Reinforcement+Approach:+Een+effectieve+behandeling+voor+verslaafden>

Van den Brink, W; Schippers, G.M. (2008). Verslaving en verslavingszorg.
Tijdschrift voor psychiatrie 50, jubileumnummer 1959-2008, 91-97

Canon sociaal werk Nederland. (n.d.) 1870 Helene Mercier, Grondlegster maatschappelijk werk. Bekeken op 11 april 2010, op:
<http://www.canonsociaalwerk.eu/nl/details.php?id=12>

Canon sociaal werk Nederland. (n.d.) 1784 Maatschappij tot Nut van 't Algemeen
De noodzaak van volksontwikkeling. Bekeken op 15 april 2010, op:
<http://www.canonsociaalwerk.eu/nl/details.php?id=7>

CBS. (n.d.). Bevolking: informatie over aantal inwoners. Bekeken op 7 mei 2010, op <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/cijfers/extra/bevolkingsteller.htm>

CHE (n.d). academie sociale studies, major MWD. Bekeken op 19 januari 2010, op <http://topshare.che.nl/socstud/170592>

Cirkel van gedragsverandering. (n.d.) Bekeken op 15 juni 2010 op <http://mens-en-samenleving.info.nu.nl/diversen/34923-cirkelfasen-van-gedragsverandering-prochaska-en-diclemente.html>

COOAB Centraal Orgaan Opleidingen Agogische Beroepen (2003), GGZAGOOG, bezocht op 8 juni 2010 op de pagina: <http://www.conoggz.nl/doc/cono0346%20nota%20GGZ%20Agoog%202003.pdf>

COOAB Centraal Orgaan Opleidingen Agogische Beroepen (2007), brief aan CONO inzake ontwikkeling agoog in de GGZ, bezocht op 9 juni 2010 op de pagina: <http://www.conoggz.nl/doc/cono07%2017%20taakdiff%20Agogen%20posthbo%20%2010-05-2007.pdf>

Kauhanen, S.; Eloranta A.; Kauhanen, J., 2010. Institute of public health and clinical nutrition, University of eastern Finland, Kuopio campus. 'Trends in drug abuse in Finland and Europe in the 21th century'. (summary)

EMCDDA. Country overviews: situation summary. Bekeken op 5 juni, 2010, op <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>

Es, A. Ch. van; et.al (2006). Een visie op verslaving en verslavingszorg, Aanpak op meerdere fronten. Bezocht op 9 juni 2010, op de website van GGZ Nederland: <http://www.ggznederland.nl/scrivo/asset.php?id=170671>

European Union. (2008, juni). European Pact for Mental Health and Well-being. Bezocht op 27 april 2010, op de website van de Europese Unie: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf

European Union. (n.d.). Mental health: informatie over het EU beleid aangaande mental health. Bekeken op 27 april 2010, op http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/mental_health/index_en.htm

Europees Parlement. (2008, april). Aanbevelingen van het Europees Parlement en de Raad, van 23 april 2008, tot vaststelling van een Europees kwalificatiekader voor een leven lang leren. Bezocht op 9 april 2010, op de website van het ministerie van onderwijs, cultuur en wetenschappen: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:111:0001:0007:NL:PDF>

Ewijk, H. van: Naar een brede sociale professie. In: Maatwerk, 2003,1

Global EDGE. Countries: informatie over zakelijke cultuur in Finland. Bekeken op 7 juni, 2010, op <http://globaledge.msu.edu/countries/culture.asp?countryID=50&CategoryID=6,1>

GGZ Nederland (2010), brief accordeling profielen, beschikbaar gesteld door Bouman GGZ door Yvonne Slee

Hanzehogeschool Groningen (n.d.). Social Work: wat is het verschil tussen MWD en SPH. Bekeken op 7 april 2010, op

<http://www.hanze.nl/home/Schools/Academie+voor+Sociale+Studies/Opleidingen/Bachelor/Sociaal+Pedagogische+Hulpverlening/Algemeen.htm>

Heikkilä, M & Kautto, M (2004), *welfare in Finland*, Saarijärvi: Gummerus printing

Helsinki Deaconess institute (n.d.), Drop-in Centre for HIV-Positive Persons, laatst bekeken op 13 juni op <http://www.hdl.fi/en/drug-abuse-treatment/walk-in-clinic-for-hiv-drug-addicts>

Jagt, N (2006), *beroepsprofiel van de maatschappelijk werker*, Utrecht: drukkerij Anraad

Jellinek, behandelvisie (n.d.), bekeken op 7 juni 2010 op http://www.jellinek.nl/over_de_jellinek

Lähteinen, M.Soc.Sc. Sanna (2006, December) Sosnet, Social Work Education in Finland. Bezocht op 18 februari 2010, op de website van de universiteit van Lapland:
http://www.ulapland.fi/includes/file_download.asp?deptid=22097&fileid=13988&file=20080917121948.pdf&pdf=1

Loth, C & Rutten, R, & Huson-Anbeek, D & Linde, L (1999), *verslaving en de verpleegkundige praktijk*, Maarssen: Elsevier/ de Tijdstroom

Maassen, M (2006), *GESCHIEDENIS - Van drooglegging naar methadon*. Medisch contact, 61 nr. 35, 1376-1379

Ministry of social affairs and health, Finland. (2005, april). *Act on Qualification Requirements for Social Welfare Professionals*. Bezocht op 12 juni 2010, op de website van Finlex:
<http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/2005/en20050272.pdf>

Novadic Kentron. (n.d.). *Beleid en visie, Missie*. Bekeken op 8 juni 2010, op <http://www.novadic-kentron.nl/>

Novadic Kentron. (n.d.) *Jaarbericht 2009*. Bekeken op 13 juni 2010 op <http://www.novadic-kentron.nl/>

Novadic Kentron. (n.d.) *Jaarrekening 2009: Bergen op Zoom (westelijk Noord-Brabant)*. Bekeken op 13 juni 2010 op <http://www.novadic-kentron.nl/>

NVMW (2006). *Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker*. Utrecht: Anraad

EU Oplysningen. (n.d.). *Bevolkingsdichtheid: informatie over EU-lidstaten*. Bekeken op 7 mei 2010, op http://www.eu-oplysningen.dk/euo_en/spsv/all/100/

Rijksoverheid (n.d.). Titelatuur: informatie over de titels van hbo-afgestudeerden. Bekeken op 7 april 2010, op

<http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2009/04/21/titelatuur-hbo-ers-uitgebreid.html>

Savonia (2010). Curriculum. Degree programme in Social Studies, Bachelor of Social Services.

Scienica GGZ Kennistransfer (Deventer). *Beroepscompetenties van de HBO GGZ-verpleegkundige*.

Bekeken op 24 juni 2010, op de website van de HBO-raad Nederland:

<http://www.hbo-raad.nl/images/stories/competenties/ggzverpleegkunde.pdf>

Schippers, G.M., Schramme, M. & Walburg, J.A., (2002), *Reforming Dutch substance abuse treatment services*, Elsevier Science, via science direct, bezocht op 19 februari 2002

http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VC9-46C6FSJ-1&_user=499882&_coverDate=12%2F31%2F2002&_alid=1213341270&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_cdi=5949&_sort=r&_docanchor=&_view=c&_ct=2&_acct=C000024498&_version=1&_urlVersion=0&_userid=499882&md5=5fe732d5bd896e437fbd3f9da466c5e#fig2

Sciacca, K. (1996). On Co-occurring Addictive and Mental Disorders: A Brief History of the Origins of Dual Diagnosis Treatment and Program Development. *American Journal of Orthopsychiatry* (66) 3, July, 1996.

Bekeken op 7 mei 2010, op

<http://users.erols.com/ksciacca/briefhist.htm>

Social welfare in Finland, Brochures of the Ministry of Social Affairs and Health (2006), bekeken op 6 juni 2010 via <http://pre20090115.stm.fi/aa1161155903333/passthru.pdf>

Solsten, E. & Meditz, S.W. (1988), *Finland: A Country Study*. Washington: GPO for the Library of Congress

Sosiaali- ja terveystoiministeriö (n.d.). Mental health and substance abuse services. Bekeken op 6 juni 2010,

op http://www.stm.fi/en/social_and_health_services/mentalhealth_substanceabuse

Sosiaali- ja terveystoiministeriö (n.d.). Substance abuse work and services. Bekeken 6 juni 2010 op

http://www.stm.fi/en/social_and_health_services/substance_abuse

Statistics Finland. (n.d.). Bevolking: informatie over aantal inwoners. Bekeken op 7 mei 2010, op

http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto_en.html#region

Talentia. (n.d.). Over Talentia. Bezocht op 13 juni 2010, op

<http://www.talentia.fi/english/index.php?&id=865&sm=267>

University of Kuopio (n.d.). Social Work en Social Pedagogy: informatie over het beroep. Bekeken op 7 april 2010, op <http://www.uku.fi/sostyo/english/graduate.shtml>

van de Wetering, B.J.M. & Czyzewski, E.C.J.E. (2001), *visiedocument, het is tijd voor een paradigma verschuiving in de verslavingszorg*, Rotterdam: Bouman verslavingszorg

Wilterdink en van Heerikhuizen (2003), *samenlevingen, een verkenning van het terrein van de sociologie*, Groningen: Wolters-Noordhoff

World Atlas. (n.d.). Bevolkingsdichtheid per land. Bekeken op 5 juni, 2010, op <http://www.worldatlas.com/aatlas/populations/ctypopls.htm>

Zorg en Welzijn, platform voor sociale professionals (n.d.). Master Social Work: informatie master Social Work in Nederland. Bekeken op 9 april 2010, op <http://www.zorgwelzijn.nl/web/Achtergrond-artikel/Master-Social-Work-boven-de-eigen-caseload-uitstijgen.htm>