FRANK

Alles over werken bij
Verslavingszorg Noord Nederland

Yoga in een verslavingskliniek:
“Dat gaat toch nooit werken?”

“Je moet de straat of de kliniek hebben gezien en gevoeld”

“De opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ gaf mij nieuwe energie”

VNN

Beste lezer,

Je hebt FRANK in handen. Dat is mooi, want *let's be frank*, we hebben jou nodig. In Noord-Nederland lopen 80.000 mensen rond die problemen hebben met middelen. Dit zijn 1600 bussen vol! Om deze mensen te helpen, hebben we zorgtalent nodig op onze locaties in Groningen, Drenthe en Friesland. En om jou te laten zien dat Verslavingszorg Noord Nederland een enorm interessante en leuke plek is om te werken, hebben we dit blad gemaakt.

FRANK staat tjokvol met verhalen over de verslavingszorg, werken bij VNN, meer over onze mooie organisatie en ervaringsverhalen van medewerkers en cliënten. Veel gehoorde kreten zijn:

'Ik wist niet zoveel over verslavingszorg, maar toen ik bij VNN kwam werken, werd ik verliefd op de doelgroep!'

'Vergeleken met de reguliere geestelijke gezondheidszorg krijg ik zoveel vrijheid en ruimte voor creativiteit'

'Je helpt cliënten niet alleen met hun verslaving, maar ook met werk, relaties en wonen. Dat is zo verfrissend'

Stigma op de doelgroep

De verslavingszorg is een relatief onderbelicht onderdeel van de zorg en er rust ook een stigma op. Veel mensen denken dat mensen met een verslaving niet geholpen willen worden en dat je als zorgprofessional dan ook niet veel kunt betekenen. Niets is minder waar. Onze doelgroep is enorm breed: van gameverslaafde tieners, tot rokende vaders, drinkende moeders en drugsverslaafde directeuren. En achter elk persoon zit een, vaak droevig, verhaal. Wij behandelen veel van onze cliënten dan ook niet alleen voor hun verslaving, maar ook voor een trauma of een psychiatrische aandoening. Ook de naasten van deze kwetsbare groep bieden we hulp in de vorm van telefonische consulten, gespreksgroepen en systeemtherapie.

Het woord Frank betekent dapper en vrij. Werken bij VNN betekent dan ook dat je komt te werken met dappere cliënten die je helpt hun vrijheid (van middelen) terug te krijgen.

Nieuwsgierig? We gaan graag met je in gesprek. Onze contactgegevens vind je achterop dit blad. Hopelijk tot gauw!

Monique van der Ark
Directeur Organisatie & Advies

06 Passie voor het vak, en hart voor de doelgroep

08 *"Je moet de straat of de kliniek hebben gezien en gevoeld"*

10 Lisa's stage bij de kliniek gaf haar meer zelfvertrouwen

12 Yoga in de verslavingskliniek, *"dat gaat toch nooit werken?"*

15 VNN lanceert podcast: VNN In Gesprek

16 Van hartchirurgie naar verslavingszorg

20 FACT: buiten de gebaande paden

22 Hoopverlening: de kracht van het herstelverhaal

24 Verpleegkundig specialist: *"De mens is als een Zwitsers klokje"*

26 *"De opleiding tot verpleegkundig specialist ggz gaf mij nieuwe energie"*

30 Uitgeleerd ben je nooit helemaal! De opleidingen die VNN aanbiedt

32 Overstappen van de reguliere GGZ naar verslavingszorg: hoe is dat?

34 Het moment dat er beweging komt

36 Verslavingszorg door de jaren heen

39 VNN zet virtual reality in tegen verslaving pijnmedicatie

40 Een gezin op de weg naar herstel

43 Gezamenlijkeaanpak GHB in Drenthe

44 Forensische zorg: een uniek karakter

46 Richard zag zijn laatste wens in vervulling gaan

48 Ook seks hoort bij een leven na (of met) verslaving

50 *"Ik wist dat als ik niet stopte met crystal meth, ik dood zou gaan"*

54 VNN in beeld

56 Een dag aan het werk als...

58 Van stagiaire naar teammanager

62 Hoe werkt de sollicitatieprocedure bij VNN?

Passie voor het vak, en hart voor de doelgroep

Dit is waarom wij elke dag met plezier naar het werk gaan

Wij zijn op zoek zijn naar nieuw zorgtalent. Wat maakt ons voor jou een aantrekkelijke werkgever? Vergeleken met een ziekenhuis zijn we bijvoorbeeld veel minder hiërarchisch. En vergeleken met de reguliere ggz bieden we meer ruimte voor creativiteit en kijk je naar meer aspecten van het leven van cliënten dan alleen hun aandoening of hun verslaving. Hiernaast gaan we verder in op hoe het is om bij ons te werken.

Wie zijn we?

VNN is op 13 mei 2004 tot stand gekomen na een fusie van de Dr. Kuno van Dijk Stichting in Friesland, het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs Drenthe (CAD Drenthe) en de Ambulante Verslavingszorg provincie Groningen (AVG). We hebben ongeveer 44 locaties in veertien plaatsen, verdeeld over de drie noordelijke provincies.

We zetten ons in voor mensen die problemen ondervinden als gevolg van een verslaving op het gebied van alcohol, drugs, tabak, gokken of bijvoorbeeld gamen. We willen mensen met een verslaving en hun naasten perspectief bieden op een ander leven. Een leven zonder of met minder verslavingsproblemen. Daarnaast bieden we ook preventie-activiteiten, forensische zorg, verslavingsreclassering en doen we onderzoek. We werken veel samen met onze ketenpartners, waaronder wijkteams, wijkagenten, gemeenten, zorgverzekeraars, ggz-instellingen, huisartsen en ziekenhuizen.

Bij VNN staat de mens centraal, zowel de cliënt als de medewerker. We zijn een platte organisatie waarbinnen onze professionals nauw met elkaar samenwerken. Onze teams werken veelal multidisciplinair, wat als voordeel heeft dat iedereen kennis en ervaring kan bijdragen vanuit zijn of haar eigen specialisme. En dat doen zij in een ongedwongen en informele sfeer.

VNN is niet overgeorganiseerd. Je kunt bij VNN voorstellen doen voor nieuwe behandelingen of onderzoek en er is ruimte om dat vervolgens ook in gang te zetten. Medewerkers krijgen ook volop de ruimte om zichzelf via allerlei opleidingen te ontwikkelen.

Oplossingsgericht Werken

Organisatiebreed werken we oplossingsgericht. Dit betekent dat we niet steeds focussen op de problemen die cliënten ervaren, maar vragen naar wat er wél goed gaat en dat proberen te versterken. Oplossingsgericht Werken (OGW) is een methodiek met als doel mensen in staat te stellen hun problemen zelfstandig of samen met mensen uit hun omgeving op te lossen. Onze behandelaars gaan op methodische en gestructureerde manier met cliënten in gesprek en werken toe naar hernieuwde regie over het leven.

43% van onze collega's werkt 10 jaar of langer bij ons. Dat is 10% meer dan het landelijk gemiddelde!

Bij VNN behandelen we...

"Maar dan werk je toch alleen maar met mensen die niet te helpen zijn? Ben je dan niet alleen maar bezig methadon uit te geven de hele dag?" Dit zijn veel voorkomende vooroordelen. We hebben als maatschappij veel vooroordelen over mensen met een verslaving. Zo ook over de zorg die daarbij komt kijken. Bij VNN behandelen we veel verschillende mensen voor hun verslaving. De problematiek kan licht zijn, maar ook vrij zwaar. Het kan gaan om een gameverslaafde jongere, een alcoholverslaafde moeder, of een cocaïneverslaafde directeur. Maar we behandelen bijvoorbeeld ook mensen met een tabaksverslaving en organiseren praatgroepen voor naasten die zelf niet verslaafd zijn. Iedereen is weer anders, maar wat onze cliënten gemeen hebben is dat zij er zelf niet uitkomen en hulp nodig hebben.

Bovendien heeft iedereen een verhaal. Niemand wordt wakker en denkt: 'laat ik een verslaving beginnen.' Bij onze cliënten met zwaardere problematiek is vaak sprake van comorbiditeit: mensen met persoonlijkheidsproblematiek (autisme, ADHD), PTSS, ontwikkelings- en stemmingsstoornissen en psychosociale problematiek. Bij VNN krijg je de mogelijkheid om je kennis en ervaring in de volle breedte van het vak toe te passen. Dat maakt de behandeling intensief maar ook interessant. Het is een uitdaging om bij iedere cliënt de juiste behandeling te kiezen. Die keuze maak je niet alleen, maar in teamverband en met de cliënt.

Vind je het interessant om te werken met zo'n brede doelgroep? Dan ben je bij ons aan het goede adres.

In het kort wat VNN als werkgever uniek maakt:

- Ervaring opdoen met veel soorten behandelingen: poliklinisch, klinisch, FACT, forensisch, en begeleid/beschermd wonen voor zowel volwassenen als jongeren
- In de behandeling ervaring opdoen met comorbiditeit. Dat maakt de behandeling intensief, maar ook interessant
- Mogelijkheid om in een andere provincie of locatie aan de slag te gaan
- Volop mogelijkheden om jezelf te blijven ontwikkelen d.m.v. scholing
- verdiepen in verslaving, maar ook in gezonde leefstijl (voedsel/sport/slapen/ontspanning)
- Werken met cliënten én hun naasten
- Korte lijnen in een platte organisatie
- Fulltime of parttime werken
- Oplossingsgericht werken
- Persoonlijk leiderschap

Geïnteresseerd? Onze collega's van Werving & Selectie vertellen je graag meer over de mogelijkheden bij VNN. Mail naar werving@vnn.nl, dan nemen we contact met je op.

“Je moet de straat of de kliniek hebben gezien en gevoeld’’

Studenten van de minor Verslavingskunde aan de NHL Stenden Hogeschool krijgen les van ervaren professionals uit de verslavingszorg. Ze leren écht contact maken en om verder te kijken dan stigma’s. Dat leren ze niet alleen in colleges, maar ook op straat.

Professionele visie

De verslavingszorg is een dynamisch werkveld. Nieuwe onderzoeken, ervaringen en inzichten zorgen voor een visie op verslaving die zich blijft ontwikkelen. Het onderwijs moet zich daardoor ook blijven ontwikkelen om goed te blijven aansluiten op die visie. Vanuit die behoefte is de minor Verslavingszorg van de NHL Stenden drie jaar geleden gestart. Het is ontwikkeld op initiatief van het Lectoraat Zorg en innovatie in de Psychiatrie in samenwerking met VNN, GGZ Friesland, Wender en Verslavingskunde Nederland. Marcel Kik is coördinator van de minor. Hij heeft onder andere een achtergrond als Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige.

Marcel: ‘’Verslaving is meer dan alleen heftige voorbeelden zoals de zwaar verslaafde persoon die bedelt op straat. Verslaving is vaak dichterbij dan je denkt en bovendien weten we dat psychische klachten en verslaving in verband met elkaar staan. Uit onderzoek van wetenschapper Van Boekel blijkt dat het vaak voorkomt dat hulpverleners negatieve attitudes hebben ten opzichte van patiënten met een verslaving. Dat staat een optimale hulpverlening in de weg.

De minor is onder andere toegespitst op deze inzichten. De betrokken organisaties leveren verschillende soorten professionals die gastlessen verzorgen. We kijken dan ook met een multidisciplinaire blik naar verslaving en de minor is open voor meerdere opleidingen die te maken kunnen krijgen met verslaving. Bijvoorbeeld een opleiding HRM of HBO Rechten. Het doel is dat studenten een professionele visie op verslaving ontwikkelen en dat vervolgens kunnen vertalen naar hun beroep.’’

Contact maken

Yvonne Veenstra is gastdocente en verzorgt het blok Motiverende Gespreksvoering als onderdeel van de minor. Ze is Verpleegkundig Specialist GGZ bij de kliniek Bolsterburen van VNN. Daarvoor werkte ze vele jaren bij het FACT in Leeuwarden, waar ze ervaring met straatwerk en bemoeizorg heeft opgedaan.

Yvonne: ‘’De eerste bijeenkomst gaat over hoe je kijkt naar verslaving en naar contact maken. Ik geef voorbeelden uit mijn eigen werkervaring en ik stel vragen. Maar ik sluit ook aan op de verschillende beroepen waar deze studenten kunnen belanden. Bijvoorbeeld een verpleegkundige op de spoedeisende hulp. Dan vraag ik wat ze zouden doen als mijn cliënt straks bij hen komt met bijvoorbeeld een overdosis GHB. Wordt diegene dan gezien als junk, of als mens? Andersom zetten de studenten mij ook weer op scherp. Net als cliënten dat in de praktijk doen. Studenten krijgen de ruimte om hun eigen ideeën te delen en te bespreken’’

Marcel: ‘’Waar we de meeste aandacht aan besteden in de minor is het herkennen en daarmee voorkomen van (zelf) stigma. Stigmatiserende ideeën hebben enorm veel impact op iemand met verslavingsproblematiek. In veel gevallen ga je het zelf geloven en ga je er zelfs naar handelen. Zoals het idee dat je toch niet meer kan stoppen met gebruiken, of dat je toch geen baan meer krijgt, dat het allemaal geen zin heeft. Maar ook de vooroordelen of regels vanuit de maatschappij hebben verregaande invloed op de doelgroep.’’

De straat op

De studenten krijgen onder andere les van professionals van VNN en de andere betrokken organisaties. Zij streven er naar hun praktijkervaring over te brengen in de lessen. Dat maakt zoveel indruk dat studenten op een gegeven moment zelf het initiatief namen om contact te maken met de doelgroep in de praktijk.

Yvonne: ‘’Er wordt wel eens gezegd: walk a mile in their shoes. Je moet de straat of de kliniek hebben gezien en gevoeld, anders weet je niet wat verslaving is. Ik bedacht me dat het goed zou zijn om ook met de studenten de straat op te gaan. Ik zette hen in de schoenen van iemand die net uit de gevangenis komt, geen woning heeft, geen postadres of wat dan ook.

Waar moet je dan heen? Het werd een fietsdag langs verschillende locaties waar de doelgroep tijd door brengt, begeleid en behandeld wordt. Die praktische benadering sloeg enorm aan bij de studenten. Ze kwamen vervolgens zelf met het initiatief om eten te gaan koken voor de mensen bij dagopvanglocaties die ze hadden bezocht. Ze hebben alles zelf geregeld en uitgevoerd. Zo hebben ze honderd mensen getrakteerd op gratis hutspot en worst. Ik ben zo trots op deze jonge mensen.’’

Toekomstige collega’s

De minor krijgt steeds meer aanmeldingen en is op dit moment open voor acht verschillende opleidingen, zowel binnen als buiten de zorg. Steeds meer derdejaars studenten die een ‘minor naar keuze’ uit kunnen zoeken, komen zo in aanraking met verslavingszorg als werkveld.

Marcel: ‘’Er zijn na afloop altijd studenten die zeggen dat ze verslavingszorg echt een gaaf werkveld vinden. Zelfs als ze als eerste keus bijvoorbeeld liever naar Bali waren gegaan voor hun minor. Ze worden geraakt. Verslavingszorg is bij veel jonge mensen helaas niet echt op de radar. We moeten ze daarom enthousiast krijgen en de kans geven om te zien hoe mooi het vak is. Deze minor helpt daar enorm bij.’’

Yvonne: ‘’Soms zie ik jonge mensen die al zo gepassioneerd zijn dat ik echt onder de indruk ben. Wat zou jij een goede collega kunnen worden, denk ik dan. Ik zie deze minor dan ook als een kweekvijver voor VNN. Het is niet mijn eerste doel, maar stel je voor dat ik een student kan inspireren om in ons werkveld stage te gaan lopen of te komen werken, dan is dat toch tof? Dan heb ik het goed gedaan. Het is ook belangrijk om een goede zienswijze mee te geven aan eventuele toekomstige collega’s. Het is mooi om te zien hoe dat op deze minor gebeurt.’’ •

Lisa's stage bij de kliniek gaf haar meer zelfvertrouwen

"Fouten maken mag hier gewoon"

Het was humor, goed kunnen samenwerken en een open houding die ervoor zorgden dat Lisa ten Veen haar afstudeerstage Social Work kon doen bij VNN. Inmiddels werkt ze als sociotherapeut/agoog bij kliniek Bolsterburen in Heerenveen. Hoe ervoer Lisa haar stageperiode bij VNN? "

Vanuit de opleiding had ik nog niet veel meegekregen over verslavingszorg", vertelt Lisa. "Via de vacaturebank stuitte ik op een gegeven moment op een stageplek bij VNN. Ik had twee gesprekken bij andere zorginstellingen, maar het leuke gesprek met VNN gaf voor mij de doorslag. In plaats van kritische vragen naar dingen die ik nog niet kon, vroegen ze naar mijn competenties. Hield ik van ouwehoeren met collega's, kon ik goed samenwerken en stond ik open voor nieuwe ervaringen? Het was erg verfrissend en gaf me het gevoel dat dit de juiste plek was voor mij."

Lisa liep stage als sociotherapeut. Het klinische stuk was voor haar helemaal nieuw. "Het leuke aan een stage in een kliniek is dat je niet per se op één afdeling hoeft te blijven, je mag gerust wisselen. In Bolsterburen heb je drie afdelingen in de kliniek: de detox (afkicken), Observatie en Diagnose en Klinische terugvalpreventiebehandeling. Ze zijn allemaal heel anders en cliënten zijn op een heel ander punt in hun herstel. Ik heb expres een beetje gerouleerd tussen de afdelingen om een beter beeld te krijgen. Ik ben dan geen verpleegkundige, maar ik mocht ook meelopen met de opnamediensten. Daarnaast liep ik mee met de psychomotorische therapie en muziektherapie."

Niet altijd even makkelijk

Daarnaast moest ze leren hoe ze groepen moest begeleiden, hoe groepsdynamiek werkt en hoe daar mee om te gaan. Lisa: "In zo'n groep kan er veel emotie op je afkomen. Zo maken cliënten als ze bij ons binnenkomen een soort collage, waarbij ze vertellen over hoe hun verslaving is begonnen. Dit zijn vaak heel traumatische ervaringen en het kan soms lastig zijn om dat goed te verwerken en vervolgens ook in je rol te blijven als sociotherapeut. Je krijgt in de groep met veel verschillende meningen, achtergronden en soorten reacties te maken. Je wil iedereen ruimte geven, maar je wil ook grenzen stellen. In het begin vond ik het erg lastig om uit te spreken wat ik precies spannend vond, dat was ik niet gewend. Bij Bolsterburen kon ik fouten maken, daar eerlijk over zijn en vervolgens samen kijken naar hoe het beter kan."

Elke twee weken had Lisa een gesprek met haar begeleiders bij de kliniek. Daarin haalde ze situaties terug waarbij zij spanning had gevoeld of onzeker over was. Samen analyseerden ze waarom dat precies was en hoe ze het een volgende keer aan kon pakken. Vanuit de groep kreeg ze al snel complimenten. "De andere therapeuten zagen mij als volwaardig collega en niet "zomaar" een stagiaire. Ze vroegen echt naar me, de cliënten ook."

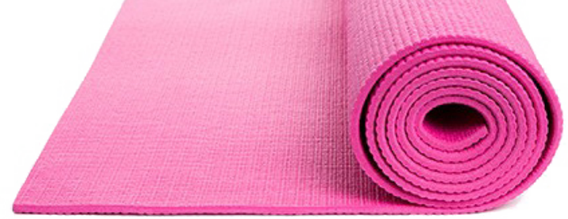
Oplossingsgericht Werken

Tijdens haar stage praatte ze veel met cliënten over hoe zij dingen anders aan kunnen pakken, deed ze aan terugvalpreventie en de-escalerend werk. Daarbij hielp Oplossingsgericht Werken haar enorm. Dit is een methodiek die kortgezegd niet focust op het probleem, maar op dingen die er wél goed gaan en hoe de cliënt die dingen zelf kan versterken. Het idee is dat je de cliënt begeleidt om zelf een oplossing te vinden, in plaats van één op te leggen. Dit doe je door gerichte vragen te stellen en te kijken hoe mensen daarop reageren.

"De stage was zo'n mooie en fijne ervaring, maar ook heel spannend. Het heeft voor mij een goede basis gelegd om vanuit door te groeien. Dat kwam met name doordat ik ruimte kreeg om fouten te maken. En nu ben ik aangenomen als sociotherapeut! Dat had ik van tevoren niet verwacht. Ik moet soms nog werken aan mijn zelfvertrouwen en het vertrouwen in anderen hebben dat als ze vinden dat ik het goed doe, zij dat ook echt menen."

Voor mensen die twijfelen over een stage bij VNN:
"Sta open voor een nieuwe ervaring en vergeet die beren op de weg! VNN werkt met een soms pittige doelgroep, dus je moet wel stevig in je schoenen staan. Maar ook mindere dagen mogen er zijn. Laat je kwetsbare kant zien, dat doen onze cliënten ook. Als je bereid bent een open blik te hebben en veel te leren in een ontzettend gezellig en steunend team, dan ben je hier aan het juiste adres." •

Yoga in een verslavingskliniek: “Dat gaat toch nooit werken?”



De forensische verslavingskliniek De Ekenwaard is een plek waar mensen met verslavingsproblematiek, die in aanraking zijn gekomen met justitie, terecht kunnen voor behandeling. De cliënten in de forensische behandelkliniek zijn hoofdzakelijk mannen. Mannen die flink wat hebben meegemaakt en gehard zijn door hun ervaringen. Saskia de Ruiter is verpleegkundige en sociotherapeut bij De Ekenwaard. Sinds november 2020 geeft zij ook yogales aan een select groepje cliënten.

Elke week, op dinsdagavond, komen twee groepen cliënten van De Ekenwaard in Beilen samen in de sporthal. De sporthal voelt op deze avond echter niet als een sporthal. De TL-buizen zijn uitgeschakeld, er schijnt sfeerverlichting en de vloer is bedekt met een kleed, waxinelampjes en wierook. Uit de speakers klinkt rustgevende muziek. Het is een oase van rust. Het is in deze ruimte dat de groep gedurende een uur bezig gaat met yoga. Door verschillende houdingen aan te nemen, werken ze aan beheersing te krijgen over lichaam en geest en bewust te worden van de ademhaling.

Toen Saskia solliciteerde bij VNN in maart 2020, was zij net bezig met een opleiding tot yogadocent. Tijdens haar sollicitatiegesprek kwam haar passie voor yoga ter sprake. Collega’s moedigden haar ook aan om eens yoga-les te geven aan de cliënten van De Ekenwaard. Saskia wist aanvankelijk niet goed hoe zij dit vorm moest geven, maar na een gesprek met haar manager, besloot ze toch enkele proeflessen te geven. Saskia: “Ik begon met een half uurtje, maar dat was eigenlijk te kort. Bovendien was het te veel werk om deze lessen voor te bereiden, te geven en daarnaast nog mijn werk als sociotherapeut te blijven doen. Ik was constant aan het rennen en vliegen.”

De lessen werden wel goed bezocht, dus besloten Saskia en haar manager om meer uren vrij te maken voor het opzetten van de ruimte en het werkelijk geven van de yogalessen. Ze investeerde in yogamatten en een cliënt maakte meditatiebankjes bij de dagbesteding. Inmiddels komt elke dinsdagavond een vaste groep cliënten, verdeeld over twee groepen, en regelmatig sluit iemand spontaan aan.

Yoga niet voor stoere mannen? Onzin!

“Het mooie aan het geven van yoga aan de mensen in de kliniek is dat het je vooroordelen compleet onderuit haalt. Mensen denken vaak dat yoga zweverig is, voor mietjes. Maar de stoerste mannen komen naar mijn lessen. Sommigen komen uit eigen beweging, anderen worden overtuigd door de vaste groep cliënten”, vertelt Saskia. “Om niet elke keer hetzelfde aanbod te hebben, geef ik thema’s aan de lessen. De ene keer doen we fysiek uitdagendere oefeningen, de andere keer juist niet, en dan geef ik ze mee niet voluit te gaan maar te luisteren naar je eigen lichaam. Ik vraag dan aan de cliënten om in plaats van 100% te geven, eens een houding aan te nemen met 70%. Dit kan nog weleens lastig zijn, dan praten we aan het einde van de les over hoe dit ervaren is.”

Emiel is een cliënt bij De Ekenwaard. Hij is sinds zijn 20e verslaafd aan speed. Na zijn scheiding kwam hij in financieel zwaar weer, verloor zijn baan en kwam uiteindelijk zelfs op straat terecht. Om geld te verdienen, besloot hij drugs te dealen en zijn gebruik raakte daardoor in een stroomversnelling.

Hij kwam meerdere keren in aanraking met de politie en zat een paar keer vast. Emiel is klaar met zijn ruige leven en wil er meer zijn voor zijn dochter. “Dit is mijn eerste klinische opname en wat mij betreft ook mijn laatste. Niet dat ik deze plek niets vind, ik kan het juist goed vinden met mijn begeleiders en ik vind het een stuk minder klinisch en gevangenis-achtig dan ik had gedacht. Ik kan hier goed praten over mijn problemen en krijg veel vrijheid. Maar ik wil een ander leven en dat betekent dat ik het een en ander moet veranderen.”

Emiel gaat sinds begin november naar de lessen van Saskia. “Als ik eerder had gekund, had ik dat gedaan. Ik was eerder gedetineerd in Veenhuizen, en ik heb daar een boeddhist ontmoet. Ik heb veel aan mijn gesprekken met hem gehad. Hij gaf me het gevoel dat ik er altijd mag zijn, of ik nou op een goede of slechte plek in mijn leven ben. Via hem ben ik ook dichterbij mijn eigen gevoel gekomen met meditatie en yoga. Mij brengt het in contact met eigen gevoel. Dat is iets dat daarvoor ontbrak, en (mede) waardoor ik ook in detentie terecht gekomen. Ik cijferde mijn gevoelens weg en focuste te veel op mijn omgeving. Met yoga ben je veel in contact met jezelf.” >

Therapeutische werking

Is yoga echt onderdeel van de therapie? Saskia: “Uiteindelijk wel. Het is niet zo dat ik een protocol volg, maar de lessen die je uit yoga haalt, kunnen erg waardevol zijn bij het herstel. Yoga is een kwestie van je gevoel volgen, focussen op je ademhaling. Ik zeg altijd: je adem heb je altijd bij je, daar kun je altijd naar terug gaan. In het geval je gefrustreerd raakt bijvoorbeeld. En frustratie en agressie is iets waar veel van mijn cliënten mee kampen. Vaak voortkomend uit trauma.”

Saskia was verrast door de toewijding van de cliënten . “Af en toe sluiten collega’s ook aan, en op een dag besloot een wat drukkere collega ook mee te doen. Het doel tijdens de yoga is natuurlijk om rust te vinden, dus ik was benieuwd hoe de groep op haar zou reageren. Tot mijn verbazing nam de groep haar mee in de rust. Op een heel natuurlijke manier kalmeerden zij haar en zorgden zij voor een serene omgeving. Ik was erg trots op hen, dat zij dat, zonder iets te zeggen, konden realiseren.”

Emiel: “We zijn met een klein clubje, en dat zorgt voor een prettige omgeving. Maar ik gun anderen ook wat yoga mij brengt, daarom raad ik anderen ook aan mee te doen met de lessen. Als ik straks weg ben uit de kliniek, ben ik van plan yoga te blijven beoefenen. Ik ben ook bezig met het boek van Wim Hof en merk dat alleen al door een ijskoude douche te nemen, ik meer met mezelf in contact kan komen. Dit tot verbijstering van mijn oud-medegedetineerden, overigens. Ik merk met ademhalingstechnieken dat ik een soort oerkracht vind en een nieuw vertrouwen in mijn lichaam. Ik geloof niet in een god, maar wel in meer tussen hemel en aarde. Lessen uit het boeddhisme en yoga helpen me mijn leven op een andere manier in te richten.”

“Ik zeg altijd: je adem heb je altijd bij je, daar kun je altijd naar terug gaan”

Yoga als onderdeel van herstel

Naast Saskia zijn er twee anderen bij VNN die af en toe yogales geven. Ze zou het fantastisch vinden om fulltime yogales te geven en hoopt dat yoga nog breder wordt ingezet bij VNN. En dat zal volgens haar bij de cliënten waarschijnlijk in goede aarde vallen. Ook volgens Emiel kan yoga voor iedereen nuttig zijn. “Yoga helpt je eerlijk te zijn tegen jezelf. Je kunt wel een ander beeld voorhouden aan de buitenwereld, maar niet aan jezelf.” •

VNN presenteert haar podcast:

VNN
in gesprek

Scan de QR-code

Verslavingszorg Noord Nederland presenteert met trots haar podcast: VNN In Gesprek. Elke aflevering gaan onze communicatieadviseurs in gesprek met specialisten uit de eigen organisatie en erbuiten. De podcast is voor mensen die meer willen weten over hoe het lichaam en de hersenen werken en hoe zij daar met anderen over kunnen praten. We praten dus niet alleen over verschillende verslavingen, maar ook over gedrag, menselijke struggles en het vinden van geluk en een gezonde leefstijl.

VNN organiseert al jaren online webinars voor o.a. cliënten, naasten, leraren, en ketenpartners. We richten onze webinars op zorgprofessionals en ketenpartners en met deze podcast hopen we een breed publiek te bereiken. Luisteraars kunnen daarom veel verschillende onderwerpen verwachten: van gezonde leefstijl, tot muziektherapie, tot hoe je om kunt gaan met iemand met een verslaving. Elke maand komt er een nieuwe aflevering online, dus zorg ervoor dat je je abonneert via één van deze kanalen!

Spotify Google Podcasts Pocket Casts

Wouter-Bas Halbersma
Verslavingsarts

Van hartchirurgie naar verslavingszorg

Geneeskundestudenten leren tijdens hun studie veel over somatiek en worden klaargestoomd om in een ziekenhuis te werken. Sociale geneeskunde komt wel aan bod, maar veel artsen in spe denken daarbij toch snel aan een baan bij de GGD of als bedrijfsarts. Verslavingszorg ligt niet bij veel mensen in het vizier en dat vindt verslavingsarts Wouter-Bas Halbersma zonde. “Het is tijd om de verslavingszorg sexy te maken.”

“Het is tijd om verslavingszorg sexy te maken”

Net als zijn studiegenoten wilde Wouter-Bas Halbersma na zijn studie in een ziekenhuis werken, als hartchirurg. Hij solliciteerde, werd niet gekozen, en kwam voor een keuze te staan: nog eens twee jaar wachten op een nieuwe kans, of kiezen voor een nieuwe richting. Inmiddels werkt hij vijf jaar als verslavingsarts in een FACT-team bij VNN. FACT staat voor Flexible Assertive Community Treatment. Een multidisciplinair team behandelt en begeleidt mensen met een ernstige psychiatrische aandoening en/of langdurige verslaving. De behandeling is gericht op het verminderen van de symptomen en leren omgaan met de aandoening. Begeleiding kan zich richten op alle levensdomeinen.

“Maar dan werk je toch alleen maar met mensen die niet te helpen zijn? Ben je dan niet alleen maar bezig methadon uit te geven de hele dag?” Vooroordelen die hij veel hoort, maar niet terugziet in zijn werk. Sterker nog: hij maakt op dagelijkse basis het verschil voor cliënten en kan ook nog eens zijn creativiteit kwijt in zijn werk. De verslavingszorg is een ondergeschoven kindje in de medische wereld en volgens Wouter-Bas is het tijd dat daar een einde aan komt. “Mijn voorganger, Bert Voet, zei altijd dat verslavingszorg ‘sexy’ moet worden. Nu klinkt dat alsof we iets stoffigs willen oppoetsen, maar dat is niet zo. We hebben als maatschappij, maar ook als professie veel vooroordelen over mensen met een verslaving. Zo ook over de zorg die daarbij komt kijken.”

De grote sprong

Na een periode in een ziekenhuis in Emmen te hebben gewerkt, stuitte Wouter-Bas in 2013 op een vacature bij VNN. Hij herinnerde zich dat hij tijdens zijn studie een korte tijd had meegelopen in de verslavingszorg en dat heel interessant had gevonden. Het was een flinke sprong in het diepe, maar hij besloot toch te solliciteren. Hij begon niet veel later als basisarts bij de methadonbehandeling en het FACT-team in Leeuwarden en deed de tweejarige opleiding tot verslavingsarts. “Toen ik het ziekenhuiswezen verliet, nam ik ook afscheid van de pure somatiek. Ik wist dat ik veel minder ‘medisch’ zou gaan werken. Maar ik nam ook afscheid van het hiërarchische wezen dat een ziekenhuis is, de politiek en de soms slopende nachtdiensten.”

Wat de jonge arts verraste toen hij begon, was de spannende wereld waarin hij terecht kwam. “Als je in een ziekenhuis werkt, denk je dat dat ongeveer het centrum van het universum is. Maar in werkelijkheid heeft die plek niet zoveel te maken met de levens van patiënten. Pas toen ik in een FACT-team terecht kwam, begreep ik pas hoe het is om veel meer midden in de samenleving te staan. Je zit niet gekluisterd aan een bureau, maar gaat op pad met je collega’s en komt bij cliënten over de vloer. Je komt echt overal: van achterstandswijken tot villawijken, bij einzelgängers en gezinnen. Iedere cliënt is anders en daar moet je de zorg dan ook op aanpassen.”

Van je collega’s moet je het hebben

Niet alleen de patiënten zijn anders dan Wouter-Bas gewend was. “Mijn collega’s zijn alternatiever en excentrieker dan in het ziekenhuis en zij leerden me enorm veel over deze voor mij nieuwe tak van sport. Waar je bijvoorbeeld psychoses vrij goed kunt behandelen met medicatie, kan dit niet bij iets ongrijpbaars als verslaving. Wel kun je aan de slag bij een methadonpost, maar dat is niet de hoofdmoot van dit werk. Ik ben bijvoorbeeld veel bezig met crisisinterventies en het stabiliseren van cliënten. Soms moet je een huis betreden onder politiebegeleiding, omdat een cliënt gevaarlijk kan zijn voor zichzelf of voor anderen. Dat is normaal niet iets dat je veel doet als arts. Dat actieve aanbieden van zorg, dat je achter mensen hun voordeur komt, dat vind ik fantastisch”, aldus de verslavingsarts.

Wat de zorg van VNN anders maakt dan conventionele psychiatrische zorg? “Onze kracht is dat wij goed en zoveel mogelijk onbevooroordeeld kunnen luisteren naar onze cliënten. En als we de verslaving zelf niet voldoende kunnen verhelpen, zorgen we ervoor dat we de andere levensgebieden aanpakken. Kunnen we mensen helpen met het vinden van een (betere) woning, met persoonlijke relaties of met het behandelen van een trauma? De verslavingszorg is echt een puzzel. Vaak heb je te maken met comorbiditeit en wat behandel je dan eerst? De verslaving of de psychiatrische klachten? Dat vraagt om creativiteit, een multidisciplinaire aanpak en de moed om buiten de gebaande paden te treden. Je kunt vaak niet teruggrijpen naar protocollen.”

Het stigma doorbreken

Dat mensen de doelgroep zien als ‘groep die niet geholpen kan of wil worden’, vindt hij jammer. “Men ziet verslaving als ‘eigen schuld’, als iets waar mensen voor kiezen. Terwijl verslaving juist iets is dat echt iedereen kan overkomen. Niemand wordt wakker op een dag en denkt: “vandaag is de dag dat ik aan een verslaving begin”. Er zit vaak een heel verhaal achter, met pijn en trauma. Het genotsmiddel dient als verdoving of uitlaatklep en ontwikkelt zich gedurende lange tijd in problematisch gebruik en uiteindelijk in verslaving. De route naar verslaving ligt al vast in ons brein. Onze hersenen zijn ontworpen om beloning te willen krijgen. Verslaving is continu op zoek gaan een beloning en negatieve emoties daarmee verdringen.

In hoeverre mensen meer of minder verslavingsgevoelig zijn, hangt af van verschillende factoren. Wat voor jeugd iemand heeft gehad, iemands economische status, iemands omgeving, wat voor steunsysteem iemand heeft, psychiatrische comorbiditeit etc. Maar het is deels ook genetisch bepaald. Daarom is het belangrijk dat de transgenerationele overdracht van verslaving wordt voorkomen of doorbroken. Dit doet VNN onder andere door middel van systeemtherapie, waarbij de omgeving van de cliënt wordt betrokken bij de therapie.

Cognitieve dissonantie

Opname in een kliniek of hulp via een ambulant FACT-team begint bij erkenning van het probleem. Tegelijkertijd ontkennen veel mensen dat zij een probleem hebben. Wouter-Bas: “Dat is de cognitieve dissonantie die om de hoek komt kijken. Verslaving is een taboe. Mensen willen niet geassocieerd worden met hun beeld van een verslaafd mens. Maar dat mens heeft vele gezichten. De mensen die ik behandel, zijn vaak al zo lang verslaafd dat erkenning geen probleem meer is, maar voor veel mensen die nog niet zolang problemen hebben, is het lastig te erkennen dat zij die hebben. En zonder erkenning zoeken mensen geen hulp.”

De schatting van Het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) is dat er ongeveer twee miljoen mensen met verslavingsgerelateerde problemen rondlopen in Nederland. Daarvan krijgen ongeveer een kleine 70.000 mensen professionele hulp. “Als je je dan bedenkt hoeveel mensen er alleen voor staan, dan word je daar droevig van”, verzucht Wouter-Bas.

Er is nog geen manier gevonden om verslaving van het taboe te ontdoen. De Friese arts betrapt zich er zelfs op er zelf ook schuldig aan te zijn. Hij praat tijdens dit interview kort over een vriend die kampt met verslaving, na de vraag of hij in zijn eigen omgeving ook te maken heeft met het onderwerp. “Maar zet dat maar niet in het stuk.” Waarom niet? Is dat niet juist waar we ons tegen verzetten, deze schaamte? “Je hebt gelijk. Als arts heb ik de verantwoordelijkheid om de privacy van mijn patiënten te bewaren, maar dit gaat over iets uit mijn privéleven. En daar mogen we het best over hebben.”

Tijd voor verandering

Wouter-Bas is even stil en denkt na over zijn volgende zin. “Eigenlijk is het taboe vrij paradoxaal. Aan de ene kant willen we dat niemand zich schaamt en hulp zoekt wanneer dat nodig is, maar aan de andere kant is de privacy van onze cliënten enorm belangrijk. Zo hebben we een andere ingang bij de methadonkliniek voor cliënten, zodat zij ongezien in en uit kunnen. Maar als we in de schaduwen blijven werken, zal men ons vakgebied nooit leren kennen en waarderen voor wat het is. Onze cliënten zullen altijd anonimiteit genieten, maar wij als professionals kunnen ons vakgebied wel meer in het daglicht zetten.”

Hij ziet overigens wel maatschappelijke verandering. “Er is vanuit de samenleving steeds meer aandacht voor gezondheid. Kijk maar eens op hoeveel plekken in Nederland er niet meer gerookt mag worden, hoeveel mensen een maand geen alcohol drinken elk jaar, en hoeveel mensen een abonnement op de sportschool hebben. Daarbij zie ik in de media ook steeds meer aandacht voor drugs en verslaving, ook op televisie. Hopelijk heeft die maatschappelijke interesse ook invloed op ons vakgebied. Nederland heeft ondanks tekorten elders in de zorg geen tekort aan basisartsen. Ik nodig hen van harte uit een kijkje te nemen in de keuken van de verslavingszorg.” •

FACT:
buiten de gebaande paden

Flexible Assertive Community Treatment. Het is een mond vol en wordt daarom meestal afgekort tot het acroniem 'FACT'. Het is een vorm van zorg die onder andere wordt gebruikt in de verslavingszorg. Het heeft een bijzondere doelgroep, een eigen manier van werken en specifieke uitdagingen. Dat heeft ook verslavingsarts Raisa Thybaut ondervonden. Zij werkt bij FACT Noordoost Groningen.

''FACT bestaat eigenlijk voor cliënten die niet zelfstandig naar een polikliniek kunnen of bij wie de traditionele vorm van zorg niet goed past. Poliklinieken hanteren bijvoorbeeld protocollen en zorgpaden die in principe vastliggen. Dat werkt voor sommige cliënten goed, maar FACT-cliënten hebben meer flexibiliteit nodig. Je kunt het zien als een berg met een aantal vaste paden naar de top, voor onze cliënten zijn deze paden niet de oplossing. Wij zien vanuit onze werkwijze juist mogelijkheden die buiten deze gebaande paden liggen. Wij helpen hen als het ware navigeren langs deze alternatieve routes die ook hén naar de top helpen.''

Voor wie is FACT?

FACT is er voor cliënten die net even andere zorg behoeven, maar dat hoeft niet te betekenen dat hun problemen altijd extreem heftig zijn, of dat er sprake is van onwil. Tal van factoren kunnen maken dat FACT de beste match is voor een cliënt.

Raisa: ''Een deel van ons werk valt onder bemoeizorg. Deze mensen zijn niet in zorg omdat ze daar (nog) niet voor openstaan, of ze zijn simpelweg nog niet bereikt door de zorg. Daar gaan we op af om contact te maken, te kijken wat er mogelijk is en soms om simpelweg te volgen hoe het met ze gaat. Maar veel FACT-cliënten zijn wel degelijk bij ons in behandeling, ze passen alleen niet in een geprotocolleerde behandeling. Vaak zijn er problemen op meerdere levensgebieden. Naast het middelengebruik spelen bijvoorbeeld ook vermijdend gedrag, sociale problemen of financiële problemen een rol. Dat kan er voor zorgen dat iemand niet op afspraken kan komen. Soms lukt dat juist prima, maar weten we dat het elk moment nodig kan zijn om te schakelen naar een andere aanpak of vorm. Via een andere route de berg op.''

Een mix van disciplines

Het FACT-team Noordoost Groningen bestaat uit twee verslavingsartsen, een psychiater en twee verpleegkundig specialisten. Verder werken er een aantal sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, verpleegkundigen en GGZ-agogen. Samen bestrijken ze een groot gebied, wat ze onderling in twee delen hebben verdeeld.

''Als er een aanmelding binnenkomt voor behandeling bij FACT is de cliënt vaak al in behandeling geweest bij een polikliniek, maar is gebleken dat dit voor diegene niet werkt. Er wordt dan bij onze intake eerst gekeken welke collega uit de mix van disciplines het beste bij de cliënt past. Bij veel psychische problemen zou een van de SPV-ers bijvoorbeeld goed kunnen helpen. Maar als er op veel levensgebieden complexe factoren spelen, kan een van de GGZ-agogen een betere match zijn. Hier kan altijd in gewisseld worden en er is altijd een tweede behandelaar gekoppeld aan een cliënt.''

Uitdagingen

FACT-werk vraagt naast flexibiliteit ook volharding en soms acceptatievermogen. ''We moeten soms assertief zijn, er op afgaan. En ook doorpakken. Als iemand bijvoorbeeld een paar keer niet op een afspraak verschijnt, dan is het daarmee niet af. Soms zijn er zorgen bij de huisarts of de familie, maar doet de persoon de deur niet open. We komen er dan niet mee weg om te zeggen dat iemand niet open deed en we dus helaas niks kunnen doen. Dan zoeken we een andere manier. Soms maken we bijvoorbeeld contact met buren om via die weg een beeld te krijgen van de situatie en de veiligheid van de persoon. Daar komt het stuk 'community' van FACT naar voren. Dit hangt wel heel erg af van de voorgeschiedenis die we met iemand hebben."

En wat nou als iemand niet geholpen wil worden? "Uiteindelijk is het zo dat ieder mens mag kiezen hoe hij of zij wil leven. Ook als dat betekent dat ze zichzelf schade aandoen door hun gebruik. Maar ook dan kijken we nog steeds met diegene mee. Ik vind het een mooi proces om iemand mogelijkheden te laten zien en diegene daarin te gidsen. Maar dat werkt alleen als je het ook kunt accepteren als iemand toch kiest om zo te leven. Daar moet je wel tegen kunnen, het gevoel dat je op je handen moet zitten.''

" Wij helpen hen als het ware navigeren langs deze alternatieve routes die ook hén naar de top helpen."

Nieuwe inzichten

Werken bij FACT betekent bijzondere uitdagingen, werkwijzen en situaties. Zodoende heeft Raisa ook specifieke inzichten opgedaan tijdens haar werk de afgelopen jaren. ''Ik heb door deze manier van werken geleerd om uit te zoomen en met een frisse blik te kijken naar het behandelverleden van een cliënt. Wat heeft gewerkt en wat niet? Wat heeft op dat moment niet (helemaal) gewerkt, maar was toch een stapje richting succes? Wisselen van behandelaar of type behandeling kan namelijk heel nuttig zijn, maar het is zeker niet zaligmakend."

Ook is Raisa anders gaan kijken naar bepaalde dingen. "In het verleden zag ik de oplossing nog wel eens in het vinden van de éne juiste klik met de éne juiste behandelaar. Nu merk ik een meer open blik bij mezelf. Ook ging ik in het verleden sneller mee in iemands motivatie om opgenomen te worden. Het blijft in de kern van ons werk zitten om naast de cliënt te staan en niet te bepalen wat er moet gebeuren. En het is waardevol als een cliënt gemotiveerd is voor een interventie zoals een opname, maar soms is het niet de beste route om te bewandelen. Het is de kunst om dat inzicht aan te bieden zonder te sturend te zijn. Het is een kunst om die balans te houden.''

Willem
Vrijwilliger

Hoopverlening: de kracht van het herstelverhaal

Willem (64) is een ervaren hoopverlener. Dat vindt hij de beste term voor het werk dat hij doet voor VNN. Hij werkt nu acht jaar bij VNN als vrijwilliger en hij vertelt zijn herstelverhaal aan verschillende groepen. Bijvoorbeeld artsen in opleiding, jongeren op middelbare scholen en mensen die worstelen met hun verslaving. Met zijn verhaal geeft hij luisteraars een beeld van het ontstaan van zijn verslaving, wat voor hem het omslagpunt was en wat hem heeft gesterkt in zijn herstel. Het is zijn eigen verhaal, dat hij vertelt met passie en openheid. Een verhaal vol met beeldspraak: de verslaving is een wolf in schaapskleren, een sluipmoordenaar, een lawine. De kern van zijn herstelverhaal is echter heel simpel en duidelijk: er is hoop.

Eenzaam

Alcohol was het middel dat Willem jarenlang gebruikte. Drinken begon voor hem als een oplossing voor zijn problemen. Hij vond als klein kind al geen aansluiting, hij was eenzaam en hij kreeg bovendien van alle kanten te horen dat het zijn schuld was. Dat deed pijn. Alcohol leek een geweldige oplossing om het verdriet niet te voelen.

''Een verslaving begint altijd leuk. Dat is ook logisch, anders zou niemand er aan beginnen. Ik merkte als puber al dat er iets met me gebeurde door die alcohol en ik vond het ontzettend aangenaam. Achteraf was het heel duidelijk. Ik merkte van kinds af aan al dat ik anders was. Ik voelde me eenzaam en onbegrepen. Ik kon simpelweg niet met het leven omgaan. Ik zag hoe anderen dat wel konden, maar ik verdwaalde in het leven. Ik voelde me een vreemdeling in een vreemde wereld. Ik heb psychologen bezocht maar ook daar vond ik geen oplossingen. Het lag aan mij, werd er gezegd. Ik begon met drinken om de ellende niet te voelen.

Ik dronk geleidelijk steeds meer en meer, tot het een groot probleem was geworden. Het is net als een lawine: bovenaan de berg lijkt er nog niks aan de hand, maar eenmaal onderaan beland is het allesverwoestend en lijkt er geen verzet meer mogelijk. Ik heb wel duizenden keren tegen mezelf gezegd dat ik die dag geen druppel alcohol zou drinken. Keer op keer deed ik het toch. Ik voelde me machteloos en ik zag mezelf als een slappeling.''

Autisme

Pas toen Willem 52 was, werd duidelijk waarom hij al die tijd zulke eenzaamheid heeft ervaren. Hij kreeg de diagnose autisme. Dit verklaarde zijn moeite met het vinden van aansluiting en het verdriet dat daarmee gepaard ging. Net als veel mensen met een vorm van autisme heeft hij veel kunnen compenseren met zijn intellect, maar nu pas kreeg hij de handvatten die hij al die tijd nodig heeft gehad. Mede daardoor durfde hij een jaar na zijn diagnose voor het eerst echt te kijken naar wat ooit de oplossing leek, maar wat nu zijn verslaving was geworden.

''Als ik vandaag de dag naar een psycholoog zou gaan met de problemen die ik vroeger had, zou ik meteen getest worden op autisme. Die kennis was er vroeger domweg niet. Toen mijn huwelijk op de klippen dreigde te lopen kon ik niks anders verzinnen dan het toch nog één keer te proberen bij een psychotherapeut. En verdomd, het was deze psychotherapeut meteen glashelder dat ik autistisch was. Dankzij die diagnose vielen eindelijk de puzzelstukjes in mijn leven op hun plek. Nadat ik dit nieuws had verwerkt kon ik eindelijk echt kijken naar mijn leven. Ik heb nooit de boel kort en klein geslagen, een auto total loss gereden of mijn baan verloren. Ik functioneerde wel, maar er groeide een enorm gevoel van onvrede in mij over mijn leven en mijn verhouding met alcohol. Doordat ik zoveel dronk, had ik mijn drie kinderen en mijn vrouw op dat moment niks meer te bieden. Zo wil ik niet verder gaan, zei ik tegen mezelf. Toen ben ik hulp gaan zoeken bij VNN.''

Kantelpunt

Het was niet makkelijk voor Willem om hulp te zoeken. Jarenlang hoorde de verslaving bij zijn leven. Nadat de stap toch gezet was, kwam het herstelproces eindelijk in beweging. Kort daarop kwam het moment dat voor hem de doorslag gaf.

''Ik moest een enorme drempel over voor ik toe kon geven waar ik mee worstelde. Het voelde alsof ik de enige op de wereld was met dit probleem. Ik kon de woorden haast niet uitspreken toen ik belde naar VNN. Maar ik heb een ontzettend goede begeleider gehad. Zij kreeg mij zover dat ik vrijwillig naar de kliniek ging. Daar ben ik haar nog steeds oneindig dankbaar voor. In de kliniek kwam voor mij het echte kantelpunt. Ik ontmoette daar twee mannen die allebei ontzettend aan de grond zaten door hun verslaving. Pas toen keek ik echt het allesverwoestende effect van alcohol in de ogen. In die twee mannen zag ik mijn eigen toekomst als ik door zou gaan met drinken. Dat heeft mijn leven gered. Ik stond voor een keuze en ik koos het leven.''

Inspiratie

Het waren de verhalen van die twee mannen die Willem het inzicht gaven dat hij nodig had. Hij herkende zichzelf en zijn eigen worsteling in hun verhalen. Doordat hij zag hoeveel de verslaving bij hen kapot had gemaakt, besefte hij wat er ook voor hem op het spel stond. Zo hebben zij hem geïnspireerd om het leven weer op te pakken. Willem wil nu op zijn beurt anderen inspireren om hetzelfde te doen.

''Ik kan mensen niet genezen, maar ik kan ze wel inspireren. Om iets van hun leven te maken en de strijd aan te gaan, want die strijd is te winnen. Als je er maar keihard aan werkt. Als ik kan herstellen, kan iedereen dat. Die hoop kan ik doorgeven. Dat motiveert mij. Mijn middel was alcohol, maar ook mensen die andere middelen gebruiken of hebben gebruikt herkennen dezelfde worsteling in mijn verhaal. Dankzij de hulp van VNN ben ik nuchter geworden, dat is een van de redenen dat ik zo graag voorlichting geef. Ik wil iets terug doen.'' •

''Ik kan mensen niet genezen, maar ik kan ze wel inspireren. Om iets van hun leven te maken en de strijd aan te gaan.''

Verpleegkundig specialist:

“De mens is als een Zwitsers klokje”

De meeste mensen die de medische wereld ingaan, komen terecht in een ziekenhuis. Een deel komt in de ggz terecht en een nog kleiner deel in de verslavingszorg. Volgens sommigen is deze branche een ondergeschoven kindje binnen de geneeskunde. Volgens verpleegkundig specialist Petra Mulder-van Duinen ook een interessant vakgebied waarbij je veel creativiteit nodig hebt om aan te sluiten bij de belevingswereld van de cliënt. “De mens is als een Zwitsers klokje: als je op de juiste manier aan het raderwerk draait, kan de rest ook meedraaien. Soms krijg je niets in beweging, maar dat hoort erbij.”

Toen Petra haar hbo-v-opleiding afrondde, was er nog weinig werk voor verpleegkundigen. Ze raakte geïntrigeerd door psychiatrie en rondde in 1994 de opleiding Sociaal Psychiatrische Verpleegkunde (SPV) af. Haar stageadres kreeg ze toegewezen op basis van loting en reisafstand. Het werd een locatie van VNN in Drachten. Hoe willekeurig haar plaatsing ook was: haar keuze om te blijven was dat niet. De doelgroep was haar op het lijf geschreven en ze is nooit meer weggegaan. In 2013 werd ze verpleegkundig specialist en ging aan de slag bij een FACT-team voor volwassenen. Dit zijn multidisciplinaire teams die bij cliënten met dubbel- of tripleproblematiek thuis komen voor behandeling.

Petra: “Onze cliënten hebben over het algemeen een bewogen leven gehad en zijn erg goed geworden in overleven. Dat brengt een bepaalde charme met zich mee. Veel hebben te maken met psychosociale problematiek, persoonlijkheidsstoornissen, tripleproblematiek. Dit zijn niet mensen met enige stabiliteit in hun leven, die krijgen over het algemeen poliklinische behandeling. De teams die bij cliënten thuis komen, de FACT-teams, gaan naar de mensen die hulp nodig hebben met geld, wonen, justitie, etc. Dit vergt veel overleg met ketenpartners, zoals wijkteams, politie en gemeenten, en dat maakt het werk heel dynamisch.”

Ook de manier van werken in de verslavingszorg staat Petra enorm aan: “Verslaving is een DSM-stoornis, maar voornamelijk gedragsmatig. Omdat je gedrag kunt beïnvloeden, kun je verslaving ook beïnvloeden. Dit is een minder medische manier van naar een ziekte kijken en vraagt om een flinke dosis creativiteit. Ook is het minder voorspelbaar dan ziektebeelden in een ziekenhuis, bijvoorbeeld. Je kunt de verantwoordelijkheid voor genezing bij de cliënt neerleggen en dat is in een ziekenhuis niet altijd het geval.”

Verassingen

In een FACT-team staan casemanagers (verpleegkundigen, SPV-en en ggz-agogen) het meest in contact met cliënten, verpleegkundig specialisten als Petra zijn met name betrokken als regiebehandelaar. De regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor de behandeling. Geen dag is hetzelfde bij een FACT-team: “Heel soms wijst iemand met een mes naar je, een andere keer gromt een hond gemeen naar je. Realistisch gezien zijn dat wel enge dingen om mee te maken. Maar je komt ook mensen tegen die kunst maken van zwerfplastic en andere inspirerende dingen doen. Ik heb enorm veel respect voor de casemanagers die dag na dag weer bij deze fragiele doelgroep over de vloer komen en energie steken in hun herstel.”

> “Onze cliënten hebben over het algemeen een bewogen leven gehad en zijn erg goed geworden in overleven.”

Soms is daar namelijk een lange adem voor nodig. Petra: “Er was een cliënt die al jaren bij VNN in behandeling was. Hij leidde aan posttraumatische stress-stoornis (PTSS), had last van slaapproblemen en hij dronk te veel. Ook had hij overgewicht en kwam de deur nooit uit. Steeds werd zijn medicatie weer aangepast, maar van de slaapproblemen kwam hij niet af. Uiteindelijk hebben we besloten een slaaponderzoek te doen, gewoon in zijn eigen huis. Wat bleek? Hij sliep goed! Hij had alleen angst dat hij niet goed sliep. We bouwden zijn slaapmedicatie af tot hij uiteindelijk helemaal niks meer gebruikte. Hij kreeg EMDR, we regelden dagbesteding voor hem en uiteindelijk kreeg hij zelfs een baantje. Drinken behoort nu tot de verleden tijd. Na jaren behandeling konden we deze case afsluiten. En dat voelt goed! Niet alleen voor hem, maar ook voor ons. Dit soort successen vieren we dan ook onderling tijdens overleggen.”

Elke stap is een stap vooruit

Cliënten van FACT-teams zijn vaak al zo geïsoleerd dat ze van de coronamaatregelen niet eens veel merken. Mensen met een heftige verslaving maken geen toekomstplannen en leven van dag tot dag. Het beloningssysteem in de hersenen is platgelegd en die komt niet meteen weer op gang. Dingen als genieten van de sneeuw of de zon komt pas veel later. In de verslavingszorg is het daarom belangrijk om kleine stapjes te maken en kleine successen te vieren. Verslaving heeft immers jaren de tijd gehad om te wortelen, dat is niet in een dag opgelost. “Als je al één iemand per jaar kan helpen bij herstel, dan ben je al succesvol”, vertelt Petra. “Cliënten moeten zich ook realiseren dat zelfs bij een terugval ze niet meteen terug bij af zijn. Ze gaan misschien terug naar een “vorig level”, maar niet naar “start”.”

Ook is het belangrijk om te beseffen dat mensen met een verslaving moeite hebben met afwijzing. “Binnen onze cultuur is beheersing erg belangrijk. We keuren het af als mensen zich “laten gaan”. Mensen met een verslaving worden afgestoten door hun omgeving en zijn vaak op hun hoede hiervoor richting hulpverleners. Het is belangrijk hetzelfde te denken, voelen en doen richting deze mensen. Ik zorg er altijd voor dat mijn ogen en mond dezelfde taal spreken, dus dat ik meen wat ik zeg. Je moet consequent zijn, maar niet afstoten.” •

Nynke Wiersma
Verpleegkundig specialist GGZ

“De opleiding tot verpleegkundig specialist ggz gaf mij nieuwe energie”

Sociaal-psychiatrisch verpleegkundige Nynke Wiersma deed de opleiding tot verpleegkundig specialist (GGZ-VS). Een GGZ-VS is vaak behandelverantwoordelijke en tegelijkertijd ook praktijkonderzoeker, initiator van innovatie en coach. Een pittige opleiding. Nynke vertelt in dit interview waarom het voor haar juist zorgde dat ze haar liefde voor het vak hervond.

Nynke groeide op in Stadskanaal en besloot al jong dat ze naar een grote stad wilde verhuizen om verpleegkunde te doen. Amsterdam werd helaas niets vanwege een tekort aan banen, dus ging Nynke naar Groningen om een verkorte hbo-v opleiding te doen. Jarenlang werkte ze bij verschillende zorginstellingen: van het Martiniziekenhuis, tot het Huis van Bewaring en van de H.W. Mesdagkliniek tot de penitentiaire inrichting in Ter Apel.

Ze kwam bij deze organisaties in aanraking met gedetineerden met een verslaving en die doelgroep trok haar op de één of andere manier. “Mensen die leven aan de onderkant van de maatschappij hebben allemaal een uniek verhaal over hoe zij daar zijn gekomen. Deze mensen zijn enorme overlevers. In de verslavingszorg kom je, veel meer dan in andere takken van de zorg, bij mensen over de vloer. Je leert daarom ook veel meer over wie zij zijn en wat voor talenten zij hebben. Je kunt je behandeling pas goed vormgeven als je de cliënt goed kent, dus dit is een belangrijk aspect van het vak.”

Tijd voor verandering

Via VNN deed Nynke de opleiding sociaal-psychiatrische verpleegkunde (SPV). Ze werkte bij VNN in de reclassering, bij BinG (bemoeizorg) en later bij een ambulant FACT-team. Hoewel ze de doelgroep nog steeds erg leuk vond, begon ze in 2017 de uitdaging in haar werk te verliezen.

Nynke: “Ik was toe aan iets nieuws, een volgende stap in mijn carrière. Ik wist niet goed of ik weg moest bij VNN of zelfs het werkveld, en ook dat gaf weinig rust. Op een gegeven moment vroeg mijn leidinggevende of ik niet de opleiding tot verpleegkundig specialist ggz wilde doen. In eerste instantie wees ik het aanbod af, omdat ik dacht dat de opleiding te pittig zou zijn en te veel tijd zou kosten. Maar op een gegeven moment bedacht ik me dat dit juist datgene kon zijn om me weer uit de sleur te trekken: nieuwe kennis, nieuwe mensen en een nieuwe baan.”

Een nieuw begin

De opleiding begint met je ontslag. Althans, je vertrekt bij je huidige functie. Je gaat namelijk een praktijkopleiding volgen bij VNN en een andere ggz-instelling, dus je neemt (voorlopig) afscheid van je team. De opleiding duurt 3 jaar en je volgt 1 dag per week onderwijs in het opleidingscentrum in Utrecht en je werkt 4 dagen in de praktijk. Elk jaar werk je als opleideling in een ander werkveld. In Nynke’s geval was dat bij het FACT-team in Heerenveen, bij het VIP-team van GGZ Friesland en bij BinG in Groningen.

“Je zou het misschien niet verwachten, maar die opleidingsdag voelde voor mij als een luxe. Ik nam om 7:15 uur de trein en kon mij de rest van de dag compleet storten op het consumeren van kennis. Het was al even geleden dat ik had gestudeerd, dit was voor mij een verademing”, vertelt de verpleegkundig specialist. “Ik kreeg een breed scala aan vakken en leerde veel over zowel verpleegkundige als psychiatrische diagnostiek, psychologische behandelingsmogelijkheden, maar ook farmacotherapie. Naast behandelinhoudelijke kennis leer je veel over onderzoek en innovatie. Je leert ook waar je informatie kunt opzoeken, hoe je dat doet en wanneer je dat moet doen. Eigenlijk leer je steeds beter wat je allemaal niet weet.”

Haar tweede opleidingsjaar liep Nynke stage bij het VIP-team in Friesland. Dit team (vroegtijdige interventie psychose) is er voor jongeren en volwassenen die voor het eerst een psychose hebben of hebben gehad. Het team bestaat uit psychiaters, verpleegkundig specialisten, GZ-psychologen, verpleegkundigen/casemanagers, trajectbegeleiders en een systeemtherapeut. “Ik leerde hier veel over psychosezorg, een ziektebeeld dat in de verslavingszorg soms onvoldoende wordt gesignaleerd en behandeld. Mijn kennis over psychose en de behandeling ervan nam ik weer mee naar mijn werk in de verslavingszorg. Je beseft steeds beter hoe verschillende stoornissen en werkvelden met elkaar verbonden zijn en hoe het ene het andere kan beïnvloeden.”

> “Je leert ook waar je informatie kunt opzoeken, hoe je dat doet en wanneer je dat moet doen. Eigenlijk leer je steeds beter wat je allemaal niet weet”

Snijvlak GGZ en verslavingszorg

In haar derde jaar ging Nynke naar BinG, waar ze meer leerde over het geïntegreerd behandelen van dubbeldiagnoseproblematiek. “Het mooie is dat dit team bestaat uit medewerkers van zowel Lentis als VNN. Het is voor ggz-instellingen belangrijk dat ze oog hebben voor verslaving en de invloed daarvan op de geestelijke gezondheid. Daar tegenover staat dat wij bij VNN soms alerter kunnen zijn op zaken als angst, trauma en depressie. Laatst ontmoette ik een vrouw die al 15 jaar in methadonbehandeling was. Recent werd helder dat haar leven, en ook haar verslaving, in grote mate werd beïnvloed door trauma. De psychiatrische kant van haar verslaving werd pas na jaren herkend. Haar trauma kwam aan het licht doordat ze bij een ketenpartner had angegeven last te hebben van traumatische herinneringen.”

Ketenpartners en sparringpartners zijn erg belangrijk in de zorg, zeker in de ggz. Het netwerk (van experts) is dan ook een hot item bij de opleiding. Nynke: “Het is niet erg als je ergens geen kennis van hebt, als je maar weet bij wie je aan kan kloppen om deze kennis te krijgen. Tijdens de opleiding zit je in een klas met zo’n 20 mensen van organisaties uit heel Nederland. Je kunt zoveel van elkaar leren. Je hebt professionals die gespecialiseerd zijn in autisme, eetstoornissen, ouderenpsychiatrie, etc. Als ik nu iets wil weten over bijvoorbeeld forensische zorg, dan kan ik zo bij een klasgenoot aankloppen. De lijntjes zijn kort en daar maak ik dan ook dankbaak gebruik van.”

Niet altijd makkelijk

Hoewel Nynke veel heeft geleerd tijdens de opleiding tot verpleegkundig specialist ggz, was het ook geen eitje. “Je staat altijd aan. Je schrijft verslagen, doet innovatieopdrachten, schrijft onderzoekartikelen en doet literatuuronderzoek. In je achterhoofd ben je voortdurend met de opdrachten bezig. Hoewel de opleidingsdag onder werktijd valt, doe je zelfstudie in eigen tijd. Gelukkig was mijn vriend erg flexibel en kon hij meer werken in de avonden. Omdat vanwege COVID-19 onze kinderen veel thuis waren, moest ik creatief zijn met het vinden van studieplekken. Het is belangrijk dat je een plek vindt waar je rust hebt en je kunt focussen. Voor mij was dat niet thuis.”

De opleiding mocht dan vrij zwaar zijn, Nynke heeft er allesbehalve spijt van. “De hoeveelheid werk is wel te behappen en het heeft mij een ontzettend leuke nieuwe functie gebracht. Ik mag en kan nu diagnosticeren, samen met collega’s behandelbeleid uitstippelen, hierin de regie voeren en behandelonderdelen zoals farmacotherapie en CGT uitvoeren. Mijn baan is erg afwisselend en ik heb door alle nieuwe kennis en ervaring weer frisse energie opgedaan.”

Overweeg je de opleiding zelf te volgen?
Mocht je twijfelen over of de opleiding iets voor je is: ga in gesprek met een verpleegkundig specialist! Loop een dag mee, stel vragen en ervaar zelf of het iets voor je is.

Wil je in contact komen met een verpleegkundig specialist?
Neem dan contact op met Douwe Nauta, coördinator opleidelingen GGZ-VS: d.nauta@vnn.nl.

Uitgeleerd ben je nooit helemaal!

VNN biedt de volgende opleidingen

Wij zijn erkend als opleider ggz en we bieden opleidingsplaatsen voor GZ-psychologen, klinisch psychologen, verslavingsartsen, verpleegkundig specialisten GGZ en AGZ en huisartsen-in-opleiding. Psychiaters-in-opleiding kunnen bij VNN ook hun differentiatie verslavingszorg volgen.

Neem voor meer informatie contact op met:
opleidingen@VNN.nl.

Opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ

We zijn in samenwerking met GGZ Friesland een erkende praktijk-instelling voor de landelijke -opleiding Master ANP-GGZ bij de opleidingsinstelling Stichting GGZ-VS. Voor hbo-verpleegkundigen biedt deze driejarige opleiding doorgroei als verpleegkundig specialist in de ggz.

P-opleidingen: opleiding tot GZ-psycholoog en klinisch psycholoog

We hebben als de grootste instelling op het gebied van verslavingszorg in het noorden van Nederland opleidingsplaatsen voor de opleiding tot GZ-psycholoog en klinisch psycholoog. Voor deze twee opleidingen is VNN erkend als praktijkopleidingsinstelling en werkt hiervoor samen met de Postacademische PSY-opleidingen (PPO) in Groningen.

Opleiding tot verslavingsarts

De opleiding tot verslavingsarts (NOVA) in Nijmegen duurt twee jaar. Eén dag in de week heb je een opleidingsdag bij het Radboudumc. We bieden basisartsen ook de mogelijkheid om als ANIOS aan het werk te gaan bij VNN om kennis te maken met het vak en met de mogelijkheid te solliciteren naar een opleidingsplek tot ver-slavingsarts.

Opleiding tot psychiater

Psychiaters in opleiding kunnen bij ons de differentiatie verslavingszorg volgen. Onderdeel van de opleiding is een stage van zes maanden tot een jaar bij één van onze afdelingen.

Huisartsen A-opleiding

De huisartsenstage betreft de Externe Leer Werk Periode (ELWP) van drie maanden bij kliniek Vossenloo in Eelde of kliniek Bolsterburen in Heerenveen. VNN neemt één huisarts in opleiding (AIOS) per kwartaal aan.

Opleiding tot verpleegkundig specialist AGZ

VNN is een erkende praktijkinstelling voor de opleiding tot verpleegkundig specialist AGZ. Deze duale masteropleiding volg je als hbo-verpleegkundige om je te specialiseren in de algemene gezondheidszorg (AGZ).

Opleiding tot hbo-verpleegkundige

We bieden elk half jaar, in samenwerking met noordelijke ggz-instellingen, opleidingsplekken (met baangarantie!) aan voor de hbo-v-opleiding. Als mbo-verpleegkundige, hbo maatschappelijk werker of hbo-verpleegkundige in opleiding een mooie stap om jezelf te ontwikkelen tot hbo-verpleegkundige in de verslavingszorg.

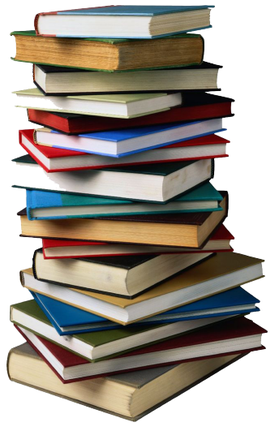
SPV

De opleidingsplaats bestaat uit 32-36 uur werken in de week, waarvan 8 uur opleiding (4 uur school en 4 uur begeleiding op de werkplek). Je krijgt een vaste coach aangewezen op de werkplek, die je coacht in het praktijk-gedeelte.

Je werkzaamheden als SPV'er zijn:

- Informeren, adviseren, begeleiden en behandelen van cliënten met verslavings- en psychosociale problemen.
- Verrichten van intake en diagnos-tiek en opstellen en uitvoeren van behandelplannen.
- Handelen bij crisissituaties, houden van spreekuren en deelnemen aan bureaudiensten.
- Bijdrage leveren aan het ontwikkelen van behandelbeleid.

Overige opleidingen



Natuurlijk zijn er naast bovenstaande opleidingen nog veel meer opleidingen voor zorgprofessionals. Hierboven staat een overzicht van de opleidingen waar-voor wij betaalde opleidingsplekken bieden. Als je bij ons komt werken, investeren wij graag in jouw ontwik-keling en is er nog meer mogelijk. Zo bieden wij voor onze medewerkers zowel een digitaal als klassikaal trainings-aanbod, zowel gericht op de ggz als op jouw persoonlijke ontwikkeling. Verder heb je elk jaar, in ieder geval tot en met 2024, als medewerker beschikking over een budget van €500,- die je kunt inzetten voor jouw eigen opleidings- en ontwikkelingsbehoeften.

Overstappen van reguliere ggz naar... verslavingszorg: hoe is dat?

Begin 2022 werkten er landelijk maar liefst 102.000 mensen in de reguliere ggz en 32.400 bij Jeugd. Als je dit vergelijkt met de verslavingszorg, zijn we eigenlijk best groot. Alleen al bij VNN werken bijna 1.000 mensen. Toch is voor veel zorgprofessionals de verslavingszorg een nog onbekend gebied. We spreken met Coosje Klootwijk, een systeemtherapeut die de overstap maakte van reguliere ggz naar de verslavingszorg. Hoe is haar dat afgegaan?

Coosje is systeemtherapeut bij de polikliniek in noordoost-Groningen. Daarvoor werkte ze bij Lentis, waar ze nog steeds één dag per week werkt. Zij maakte de sprong van de reguliere ggz naar de verslavingszorg en werkt nu al twee jaar met veel plezier bij VNN. Toch was het best spannend.

Waarom besloot je over te stappen naar de verslavingszorg?
"Ik had net de opleiding tot relatie- en gezinstherapeut afgerond en ik vond dit een mooi moment om een nieuwe baan te zoeken. In de reguliere ggz was ik al veel in aanraking gekomen met mensen met een verslaving. Ondanks dat ik er veel mee werd geconfronteerd, had ik er nauwelijks kennis van. Ik had dezelfde vooroordelen over verslaving die nu nog steeds in de maatschappij leven. Ik vond het interessant om meer over de dynamieken van verslaving te leren, juist omdat het deels een ver-van-mijn-bed-show was en tegelijkertijd helemaal niet."

Hoe ben je met VNN in aanraking gekomen?
"Tijdens mijn opleiding tot relatie- en gezinstherapeut sprak ik medestudenten die werkten bij VNN. Daardoor kreeg ik meer zicht op het werken binnen verslavingszorg en werd ik enthousiast. Terugkijkend op mijn opleidingen en andere functies binnen de ggz realiseerde ik mij dat het onderwerp verslaving nauwelijks aan bod was gekomen. Ik was ook niet gewend om cliënten te vragen naar hun eventuele gebruik. Het is misschien een lastig onderwerp, maar wel een essentiële als het gaat om gezondheid. De verslavingszorg is echt een ondergeschoven kindje in de zorgwereld. En dat terwijl middelengebruik zo'n enorme impact heeft op de lichamelijke en geestelijke gezondheid en op het hele systeem er om heen. Het is belangrijk om te kijken wat de impact van drugs op een mens precies is. Hoe reageert iemand erop en hoe moet de omgeving (geliefden) daarmee omgaan? Hoe behandel je iemand die (te) veel middelen gebruikt en wat zijn de onderlinge dynamieken? Hoe kan er erkenning komen voor beider inzet binnen relatietherapie, wat zijn verbindende gebeurtenissen en wat is de hoop die beiden nog koesteren?"

Moest je veel bijgeschoold worden?
"VNN heeft mij zorgvuldig ontvangen doordat ik de eerste week met diverse collega`s en disciplines kon meelopen op de eigen afdeling en daarbuiten. Ook was ik het eerste jaar gekoppeld aan een collega bij wie ik terecht kon met vragen. Veel in de behandeling binnen de reguliere ggz en verslavingszorg komt overeen. Daarnaast leerde ik veel in de praktijk. Ook zijn er interne cursussen beschikbaar en krijgt iedere nieuwe medewerker de Introductie Nieuwe Medewerker, waarin je meer leert over verslaving en VNN zelf."

Wat is nou echt een overeenkomst tussen de ggz en de verslavingszorg?
"Bij beide doelgroepen is er sprake van ernstige ziekte en complexe psychiatrische problemen. De type behandelingen lijken dan ook erg veel op elkaar. Ik stond er onvoldoende bij stil dat verslaving een psychiatrische ziekte is. Ze denken dat mensen kiezen voor hun pad, in tegenstelling tot mensen met psychische klachten. Onderliggend aan verslaving ligt vrijwel altijd andere psychische problemen. En natuurlijk iemands genetische aanleg en levenservaringen. Mensen met een ernstige verslaving hebben allemaal een bijzonder verhaal. Dat iemand kiest voor verslaving is echt een misconceptie."

Wat zijn verschillen tussen de reguliere ggz en verslavingszorg?
"In zowel de verslavingszorg als in de reguliere ggz wordt naast de psychologische behandeling ook gebruik gemaakt van vaardigheidstrainingen en non-verbale therapieën, zoals psychomotorische therapie en beeldende therapie. Voor sommigen kan dat erg prettig zijn, zeker voor mensen die zich niet goed verbaal kunnen uiten. Daarnaast het taboe. Rondom psychiatrische aandoeningen hangt ook zeker een taboe, dit taboe lijkt nog sterker aanwezig bij verslaving. Verslaving wordt door velen nog niet echt gezien als ziekte, zowel door buitenstaanders als cliënten. Gevoelens van schaamte en schuld, het zichzelf afwijzen en veroordelen, komen opvallend veel voor bij mensen met een verslaving."

Wat viel je als eerste op aan de doelgroep?
"Wat ik opvallend vind, is dat veel cliënten een negatief waardeoordeel over zichzelf hebben. De vicieuze cirkel van afwijzing en schaamte speelt bij de cliënten en hun naasten een belangrijke rol. Vaak wordt de persoon als mens veroordeeld, in plaats van dat anderen de verslaving zien als symptoom van een verstoord evenwicht door bijvoorbeeld weggedrukte pijn of ander onderliggend leed. Er wordt vaak nog te veel individueel behandeld en het systeem onvoldoende meegenomen in de behandeling. Bij een individuele behandeling wordt de cliënt behandeld, leert hij vaardigheden aan door de diverse therapieën en verandert zijn gedrag. De omgeving heeft die slag echter niet gemaakt waardoor ze elkaar meer uit het oog kunnen verliezen. Daarom is het belangrijk om het hele systeem te behandelen."

Wat vond je fijn aan je overstap?
"Ik ben erg zorgvuldig ingewerkt binnen een leuk team met een mix aan deskundige collega's. De verschillende achtergronden en ervaringen maken dat we er als team echt voor staan. Ik werk nog steeds één dag in de week bij Jonx: een onderdeel van Lentis, de reguliere ggz. Bij beide werkvelden is het van belang om na te gaan hoe het komt dat mensen uit evenwicht raken en wat er nodig is om dat evenwicht te herstellen. Bij verslaving spelen veel verschillende factoren een rol, en dat maakt het werk zo interessant. Tenslotte is het ook erg betekenisvol, omdat verslaving een zeer groot probleem is dat de levens van mensen met een verslaving en van de naasten ernstig kan beïnvloeden." •

Marije Veldman
Preventiemedewerker

Het moment dat er beweging komt

Marije Veldman is preventiemedewerker bij VNN. Soms praat ze met mensen die bellen voor een adviesgesprek. Ze weet nooit wie er zal bellen, of wat het contact teweeg zal brengen. Ze vertelt in dit verhaal hoe een klein contactmoment leidt naar vertrouwen, naar hoop en uiteindelijk naar beweging.

Op een middag ligt er een terugbelverzoek van een meisje van 17 jaar. Ik bel het nummer en ik vertel dat ik preventiemedewerker ben bij VNN. Het blijft stil aan de andere kant van de lijn. Als ik vraag of ik gelegen bel, geeft het meisje aan dat ze op haar slaapkamer zit. Haar moeder is thuis, onder invloed van alcohol. Haar zusje van 14 jaar is bij moeder.

Ze belt omdat ze zich radeloos voelt. Haar moeder is, zolang ze zich kan herinneren, verslaafd aan alcohol en dit geeft de nodige problemen. Het meisje vertelt wat ze gedurende haar leven met moeder (en stiefvader) heeft meegemaakt. Het meisje vertelt ook dat zij en haar zusje een goed netwerk om zich heen hebben. Ze zijn met regelmaat bij hun opa en oma en van haar tante en het gezin krijgen ze ook veel steun.

“Ik laat het meisje weten dat ik het dapper vind dat ze belt, ondanks de angst die ze voelt”

Tijdens ons gesprek is ze bang dat haar moeder haar hoort. Ze laat weten dat moeder absoluut geen hulp aanvaart en dat dit regelmatig tot heftige ruzies leidt. Ik laat het meisje weten dat ik het dapper vindt dat ze belt, ondanks de angst die ze voelt. Dat ik me de radeloosheid, de wanhoop en het verdriet goed voor kan stellen. Ik bied een luisterend oor en probeer samen met het meisje in te schatten of de situatie voor het meisje en haar zusje veilig is. Het meisje laat weten dat zij zich goed redden dankzij het netwerk om hun heen. Ze heeft wel zorgen om het gedrag van haar zusje.

Met een verdrietige stem zegt ze: “Het moet toch een keer klaar zijn, ze moet toch een keer hulp aanvaarden?.”Ik vraag het meisje of ik haar iets mag uitleggen over verslaving en over de wet- en regelgeving in Nederland. Dat haar moeder zelf mag besluiten om hulp te aanvaarden of te weigeren. Ik leg haar op haar verzoek uit dat de huisarts van moeder, in geval van nood, kan ondersteunen als het gaat om lichamelijke klachten of psychische klachten. Samen bekijken we andere mogelijkheden die er zijn in geval van een crisissituatie.

Ik blijf met het gevoel zitten dat ik graag iets voor het meisje en haar zusje wil betekenen. Het meisje geeft aan zich sterk genoeg te voelen. Ze leeft immers al zo lang in deze situatie. Ze twijfelt aan het welzijn van haar zusje, maar refereert tegelijkertijd aan de steun van haar familie. Met haar toestemming vertel ik over de mogelijkheden die VNN biedt voor haar en voor haar familie, zoals Team KOV: Kinderen van Ouders met Verslavingsproblematiek, Lotgenotencontact of een cursus over ‘Het gebruik van een Ander Zat’. Ze luistert aandachtig en geeft aan dat ze de mogelijkheden wil delen met haar familie. Voor het meisje is het even genoeg. We wisselen contactgegevens uit en ze vertelt dat ze een volgende keer met haar tante zal bellen.

Het blijft even stil. Niet in mijn hoofd. Het telefoongesprek blijft me bezighouden. Er zijn kinderen betrokken. Mijn hulpverlenershart klopt. Echter, het meisje heeft de eerste stap gezet. Ik besluit af te wachten. Na enkele dagen gaat mijn telefoon. Het meisje belt, samen met haar tante. Tante geeft aan dat de situatie voor hen al jaren ontzettend moeilijk is. Ze vindt het dapper dat haar nichtje aan de bel getrokken heeft en ze zou niets liever willen dan hulp voor haar zus. We staan uitgebreid stil bij hun ongelooflijk lastige en verdrietige situatie en met elkaar zien we in dat het lastig wordt om moeder te overtuigen. Dit hebben ze ruim 18 jaar geprobeerd en het was niet gelukt.

Als ik het meisje en haar tante nogmaals vertel over de mogelijkheden die VNN biedt, geven ze aan na te willen denken. Ons aanbod is anders dan gehoopt, namelijk op moeder afstappen en zorgen dat ze hulp aanvaart. We spreken af dat we contact houden. We beëindigen het gesprek en ik voel opluchting. Er is contact! Mijn onderbuik zegt dat het meisje en haar tante nadenken over de investering die zij kunnen doen: de situatie op een andere manier gaan aanpakken.

In een mailwisseling die volgt vraagt tante of VNN bereid is hen allen (oma, tante en het meisje) te ontvangen in de cursus ‘Het gebruik van een Ander Zat’. Tante geeft aan dat ze het graag met elkaar willen doen. De stap naar VNN was groot. Het andere aanbod van VNN is voor hen een te grote stap. De loyaliteit aan de aan alcohol verslaafde moeder/zus/dochter is groot. Na overleg in ons team besluiten we hen allen te ontvangen.

Er komt beweging

De cursus ‘Het gebruik van een Ander zat’ start. De familie is aanwezig. Ze beleven met elkaar bijzondere cursusdagen. De kennis over verslaving, over gedragsverandering, over verschillende gesprekstechnieken nemen ze tot hen. Ze luisteren aandachtig, delen hun ervaringen met ons en de andere cursisten. Er is aandacht voor de wanhoop en het verdriet van het gezin en een ieder staat stil bij het aangeven van eigen grenzen. De familie besluit de ervaringen te delen met hun aan alcohol verslaafde moeder/zus/dochter. Ze proberen allemaal de nieuwe kennis, de andere manier van omgaan met verslaving en het daarbij behorende gedrag, toe te passen. In de bijeenkomst vertellen ze over de worsteling en de successen daarin.

Er komt nog meer beweging

Iedereen om de alcohol verslaafde moeder heen verandert, waardoor moeder in beweging lijkt te komen. Er volgen enerverende weken en voor het eerst in het leven van het meisje ziet ze dat haar moeder hulp zoekt.

En nog meer...

In de laatste bijeenkomst geeft oma aan dat ze graag in contact wil komen met lotgenoten, zodat ze haar ervaringen kan blijven delen en kan blijven leren.

Het meisje geeft aan dat ze graag van gedachten wisselt met medewerkers van het KOV-team. Niet alleen voor haar, ook voor haar zusje. Het eerste contact tussen hen is gelegd... Tante geeft aan dat de cursus haar nieuwe handvatten heeft gegeven en dat ze tijd nodig heeft om alles te verwerken.

Het is mooi om te zien wat een telefoontje naar VNN teweeg kan brengen. Het gezin en de familie liep vast, wanhoop en verdriet voerden de boventoon. Nu voelen ze ruimte. Ruimte voor verandering in eigen denken en handelen, ruimte om te groeien als individu en ruimte om aan te sluiten bij het proces van hun aan verslaafde geliefde.

Sjoerd Veenstra
Preventiemedewerker

Verslavingszorg door de jaren heen

Van dwangarbeid tot professionele hulp

Sjoerd Veenstra werkt al 40 jaar voor VNN, waarvan 25 jaar als preventiemedewerker. Hij heeft zijn vakgebied zien ontwikkelen tot serieus beroep en heeft de samenleving zien veranderen tot wat het vandaag is. In deze column vertelt hij over de geschiedenis van de verslavingszorg en de rol van Preventie daarin.

“Preventie van alcoholgebruik en –misbruik is van alle tijden. Dat is niet zo gek als je beseft dat alcohol een riskante stof is die niet enkel schadelijk is voor het individu maar ook voor de samenleving. De manier waarop preventie plaatsvindt, zegt natuurlijk veel over de actuele opvattingen over misbruik en over de ideale maatschappij die wij nastreven.

In de negentiende eeuw ontstonden de eerste publieksorganisaties voor onthoudings- of matigingsbeleid ten aanzien van alcohol. Ze kwamen soms voort uit de hogere standen die zich zorgen maakten over maatschappelijke wantoestanden. Of ze kwamen voort uit de emancipatiebewegingen van die tijd. Zoals de arbeidersbeweging met Domela Nieuwenhuis die de uitspraak gebruikte: ‘Denkende arbeiders drinken niet, drinkende arbeiders denken niet’.

Alcoholmisbruik werd in de negentiende eeuw doorgaans gezien als een uiting van morele zwakte. Behoorde je tot de lagere standen, dan kon het daarom gebeuren dat je dwangarbeid moest verrichten in Veenhuizen; behoorde je tot de hogere stand, dan wachtte het Sanatorium voor Drankzuchtigen Hoog-Hullen in Eelde op je.

> **“Het afgenomen alcoholgebruik onder jongeren beschouw ik dan ook het grootste succes van Preventie.”**

Naast drinken nu ook slikken, snuiven en spuiten

In de eerste helft van de twintigste eeuw kreeg het ziektemodel meer de overhand en in de tweede helft werd het sociale model populair. Maar er gebeurde in die periode nog iets: er kwamen nieuwe psychotrope stoffen in omloop die meestal werden aangeduid met de verzamelnaam ‘drugs’ of ‘verdovende middelen’. De paniek in de samenleving was groot omdat vooral jongeren aangetrokken leken te worden tot deze middelen. De angst dat gebruik van drugs maatschappelijke verloedering met zich mee zou brengen, bracht de overheid ertoe om gebruik en bezit van deze middelen streng te straffen. Tot wetenschappers zich in de discussie gingen roeren en nuance over risico’s aanbrachten. Dit leidde in 1976 tot een onderscheid in middelen met een onaanvaardbaar risico en middelen met een aanvaardbaar risico. Oftewel lijst 1 of lijst 2 van de Opiumwet. Hasj en wiet kwamen op lijst 2 terecht waardoor de repressie van cannabisgebruik afnam. Toch waren de problemen met sommige nieuwe drugs erg groot in de jaren zeventig. Psychedelische middelen als LSD spraken sterk tot de verbeelding van het publiek omdat media vertelden dat gebruikers in een staat van waanzin terecht kwamen, waarbij ze dachten dat ze konden vliegen. Maar het echte gevaar kwam uit een andere hoek: die van de opiaten. Want in de jaren zeventig ontstond er in Nederland een groot probleem met het sterk verslavende middel heroïne. Aanvankelijk had de maatschappij hier een simpel antwoord op en had je als verslaafde gebruiker de keuze uit drie mogelijkheden: de afkickboerderij, de gevangenis of de goot.

Gaandeweg nam het besef de overhand dat risico’s van middelengebruik niet alleen voortkwamen uit de eigenschappen van het middel zelf, maar ook uit de eigenschappen van de gebruiker en diens omgeving. Dit inzicht bracht nieuwe vormen van hulpverlening en preventie voort, gericht op het beperken van de schade door gebruik. Niet enkel abstinentie was het heilig doel, maar het verbeteren van de leefsituatie van de patiënt (die inmiddels cliënt werd genoemd). Zo ontstonden spuitomruil en methadonverstrekking, terwijl op voorlichtingsgebied nieuwe initiatieven ontstonden zoals de Jongeren Adviescentra en Drugs Infopunten.

Voor je verslavingsproblemen moest je in die jaren bij het Consultatiebureau voor Alcoholisme zijn. Al spoedig omgedoopt tot Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs (CAD). Je had deze bureaus door het hele land. Ze boden vooral maatschappelijke hulp en ondersteuning. Voor ontgiften of therapeutische behandeling werd je doorgestuurd naar een klinische voorziening. Daarbij had je als cliënt de vrije keuze! Je kon kiezen voor iets antroposofisch, of een vrouwenkliniek, een mild programma op Texel, of een hiërarchisch gestructureerde therapeutische gemeenschap, zoals het latere Hoog-Hullen.

Het ontstaan van Preventie als vakgebied

Eind jaren zeventig sloegen de CAD’s van Groningen en Friesland de handen ineen en stelden ze gezamenlijk hun eerste preventiewerker aan: Ab Albas. Tot die tijd moesten de hulpverleners van de CAD’s het voorlichtingswerk erbij doen. De eerste echte Friese preventiewerker was Marianne van Mansom, die in 1980 werd aangesteld. Zij werd het eerste hoofd van de afdeling en zij werd mijn baas toen ik in 1982 daar administratief medewerker werd. De eerste pioniersjaren van de afdeling waren toen net voorbij. De preventie van alcohol en drugs was een vak geworden met een wetenschappelijke basis. >

We worstelden bij Preventie nogal eens met de vraag waar we onze aandacht aan moesten besteden. Want we werden veel gevraagd voor lezingen in de regio, maar ook om brandjes te blussen wanneer het middelengebruik ergens uit de hand liep. Maar we wisten dat eenmalige voorlichtingen voor allerlei publieksgroepen geen zoden aan de dijk zouden zetten en enkel nuttig waren om onze bekendheid te vergroten. Vandaar dat we zelf actief projecten gingen opzetten. In de jaren '80 maakten we ons veel zorgen over het toenemende alcoholgebruik onder jongeren. Ook kwam er aandacht voor gokken. In die dagen stond in iedere snackbar en café een fruitautomaat waardoor er een lage drempel was om te gokken.

In de jaren '90 kwam er structurele aandacht voor preventie in het onderwijs met het project De Gezonde School en Genotmiddelen. Hier ging het niet enkel om voorlichting in de klas, maar ook om het bijscholen van docenten en het betrekken van ouders. Met name dat laatste bleek een gouden greep, want we merkten keer op keer dat onze voorlichting voor jongeren vruchteloos was. We hebben het geprobeerd met humor en met waarschuwingen, maar niets hielp. Jongeren trokken zich weinig aan van een voorlichter die vertelde dat drank slecht voor hen was. Daarom gingen we ons in de nieuwe eeuw richten op hun ouders, met de boodschap dat zij erop toe moesten zien dat hun kinderen geen alcohol zouden drinken voor hun 18e. We vertelden hen dat alcohol slecht is voor puberhersenen en dat uitstel van elk middelengebruik enkel voordelen kent. En dat zij een nieuwe norm moesten stellen en daarbij het goede voorbeeld moesten geven.

We werden daarbij geholpen door de campagne NIX 18, die landelijk werd uitgerold. Na enig sputteren ("we zijn zelf ook jong geweest; laat ze toch") werd onze boodschap steeds breder aanvaard. Het afgenomen alcoholgebruik onder jongeren beschouw ik dan ook het grootste succes van Preventie. Maar zonder hun ouders was het ons nooit gelukt! De afdeling Preventie heeft nog steeds veel direct contact met jongeren, maar dan meer bij adviesgesprekken dan tijdens algemene voorlichtingen. Want preventie werkt het beste wanneer het wordt afgestemd op specifieke personen of situaties. Dat wisten we al veertig jaar, maar het wordt iedere keer opnieuw bevestigd.

Verandering in publieke opinie

De toenemende zorg voor de ontwikkeling van jongeren beschouw ik als de grootse maatschappelijke verandering die ik heb meegemaakt. De generatie van mijn ouders moest om economische redenen met 14 jaar volwassen worden want er moest worden gewerkt. Daarbij hoorde in die tijd het gebruik van alcohol en tabak. Mijn generatie werd op dezelfde wijze, maar zonder economische noodzaak, rond het 14e jaar de volwassenheid ingeworpen. Want onze ouders wisten niet beter. Dus mochten wij als schoolgaande, zakgeld ontvangende pubers in de jaren '70 roken, drinken, seksen en alles doen wat volwassenen ook deden. Zolang we onze ouders maar beloofden dat we van de drugs zouden afblijven. Dat liep niet altijd goed af. Het is daarom goed dat we tegenwoordig eerder en op meer plaatsen een vinger aan de pols houden en dat we ouders beter weten te ondersteunen bij opvoedingsvragen rondom drank, drugs, gokken en gamen."

"De toenemende zorg voor de ontwikkeling van jongeren is de grootse maatschappelijke verandering die ik heb meegemaakt."

VNN zet virtual reality in tegen verslaving pijnmedicatie

Goed nieuws: we maken virtual reality (VR) vast onderdeel van ons behandelaanbod. Speciale VR-brillen worden ingezet voor cliënten die vanwege chronische pijnklachten verslaafd zijn geraakt aan opioïde pijnstillers, zoals oxycodon. Na een proef van enkele maanden in de polikliniek in Leeuwarden wordt VR ook op andere VNN-locaties ingezet, waaronder de polikliniek in Emmen en Sneek.

"In 2019 verstrekten apotheken in Nederland aan zo'n 600.000 mensen opioïde pijnstillers", vertelt Lucie Manden, verpleegkundig specialist ggz bij VNN. "We krijgen veel aanmeldingen van mensen die afhankelijk zijn geworden van oxycodon. Omdat de verslaving voorkomt uit voorgeschreven medicatie, zien veel mensen zichzelf niet als verslaafd. Een onconventionele verslaving of afhankelijkheid vraagt om een onconventionele aanpak. Daarom zijn we op zoek gegaan naar een innovatie die onze cliënten kan helpen met het afbouwen van de medicatie en kwamen terecht bij het VR-programma van Reducept."

3D-wereld

Virtual Reality is een effectieve en veilige complementaire pijnbeheersingstherapie. Bij het VR-programma wordt de patiënt meegenomen in een 3D-wereld die de patiënt leidt door de zenuwbanen, het ruggenmerg en de hersenen. Tijdens deze reis krijgt de patiënt uitleg over wat pijn is en hoe dit werkt, en vooral hoe dit bij hem of haar niet meer op de juiste manier werkt.

Scan de QR code om de video te zien waarin Lucie meer vertelt over hoe zij virtual reality inzet.

Een gezin op de weg naar herstel

De namen in dit artikel zijn gefingeerd.

Wanneer een kind kampt met verslavingsproblemen, raakt dat het hele gezin. Daarom biedt VNN niet alleen hulp voor jongeren met een verslaving, maar ook voor hun naasten. De ouders van Mark (17) verdachten hem ervan drugs te gebruiken en stapten naar VNN. GGZ-agoog Annabel Luppes gaf de oudercursus 'Help! mijn kind gebruikt!'. De cursus is inmiddels iets aangepast en heet nu 'Help, mijn kind kan niet zonder', waarin ouders handvatten krijgen om de communicatie binnen het gezin te verbeteren, beter grenzen te leren stellen en ervaringen uitwisselen met andere ouders. Mark, zijn moeder Ingrid en Annabel delen hun ervaringen met de cursus en hun weg naar herstel.

De oudercursus 'Help! mijn kind gebruikt!' is voor ouders die zich zorgen maken over hun kind, meer willen weten over drugs en gameverslaving, of willen leren in gesprek te gaan met hun kind over deze onderwerpen. Ingrid en haar man ontmoetten Annabel voor het eerst op deze cursus.

Ingrid: ''We hebben ons aangemeld voor de cursus omdat we het idee hadden dat Mark drugs gebruikte. We zagen gedragsveranderingen bij hem. Hij was vaak afwezig, kwam afspraken niet meer na en hing vaker rond op straat. We hebben hem een keer betrapt op het gebruik van een xtc-pil. Dat was nog maar het topje van de ijsberg, maar dat wisten we toen nog niet. De cursus zelf was heel nuttig. We kregen goede informatie en het waren ervaren mensen die de cursus gaven. Door de cursus kregen we al snel het idee dat het met Mark misschien wel erger gesteld was dan we dachten. We liepen in de cursus bijvoorbeeld vijf levensgebieden bij langs die door drugsgebruik beïnvloed kunnen worden. Bij Mark waren alle vijf levensgebieden behoorlijk verstoord.''

Contact maken

Annabel vermoedde ook dat Mark en zijn ouders meer hulp nodig hadden. Ze gaf hen na afloop van de cursus haar kaartje. Kort daarna begon het contact met Mark vanuit haar rol als outreachend jongerenwerker.

Annabel: ''Het begon klein, met een simpele kennismaking. Gewoon samen een wandeling maken, zodat hij wist dat ik bestond. Daarna hebben we wekelijks afgesproken. Ik heb vooral ingestoken op écht contact maken, zonder te oordelen. Ik heb veel geluisterd naar Mark. Over hoe zijn wereld in elkaar zit en of hij daar tevreden over is. Over zijn gebruik en hoe hij dingen aanpakt.''

Mark verwachtte in eerste instantie niet veel van het contact met Annabel. Zijn wereld draaide op dat moment om gebruiken.

Mark: ''Het gebruik begon bij mij met af en toe een pilletje toen ik ongeveer vijftien was. Daarna ging het over naar cocaïne en later speed. Ik verkocht het toen zelf ook. Daardoor was het altijd in de buurt. Zo liep het snel uit de hand. Mijn vrienden begonnen ook steeds meer te gebruiken. Het werd op den duur normaal. Ik werd er impulsief en paranoïde van. Dat ging niet samen met school, dus ik zat veel thuis. Ondertussen verloor ik het contact met vrienden die niet gebruikten. Toen het contact met Annabel startte zag ik dat nog niet meteen zitten. Ik dacht eerst dat ze gewoon een waarschuwingspraatje zou houden en dat het daarbij zou blijven. Maar vanaf toen is het contact gebleven.''

Systeemtherapie

Kort nadat het contact tussen Annabel en Mark begon te lopen, startte Mark en zijn ouders met systeemtherapie. Systeemtherapie richt zich op relaties met familie en andere belangrijke naasten (het systeem). Het gaat om het herstellen of verstevigen van die relaties en het verbeteren van de communicatie met elkaar.

Ingrid: ''Op den duur werd ons systeemtherapie aangeboden vanuit VNN. We werden als gezin al een tijd geconfronteerd met Marks gedrag. We konden geen afspraken met hem maken, hij was vaak boos en hij ging telkens over grenzen heen. Hij is nooit agressief geweest, maar zijn gedrag had een grote impact op het gezin. Wij hadden hulp nodig om daarmee om te gaan. De systeemtherapie hielp ons bijvoorbeeld om als ouders dezelfde koers te varen. Dat was enorm waardevol, het bracht stabiliteit. Vaak waren de gesprekken alleen met mijn man en mij, maar soms ook met Mark en Annabel erbij. Zij hadden hun eigen contact, maar het was heel helpend dat het nooit helemaal gescheiden was van de systeemtherapie. Die samenhang was voor ons heel belangrijk. Het contact was heel open en transparant. We voelden ons daardoor als ouders heel erg gesteund en gehoord, door zowel Annabel als de systeemtherapeut.''

Opgenomen

Er volgde een periode van veel ups en downs. Mark was nog niet klaar om advies op te volgen en bleef gebruiken. Dat ging een paar maanden zo door, totdat Mark steeds verder afzakte. Hij werd opgenomen in de kliniek Vossenloo, maar daar hield hij het niet lang vol. Een tweede opname volgde kort daarna, in de kliniek Bolsterburen. Daar is hij in goed overleg weggegaan. Samen werd er gekeken naar wat er wél bij hem paste op dat moment. >

“Ik hoor hem nu bijvoorbeeld dingen zeggen die ik hem tijden geleden op het hart heb gedrukt. Als een soort zaadjes die toen zijn geplant en nu opbloeien. Dat vind ik heel mooi.”

Mark: ‘’Ik dacht eerst nog dat ik het wel alleen af kon. Na een week of twee in Vossenloo gaf ik het op. Het was behoorlijk confronterend. Van de ene op de andere dag zit je daar en heb je ineens niks om te gebruiken. Dan kom je jezelf echt tegen. Ik was nog niet klaar om helemaal te stoppen, maar ik ben daarna wel gaan minderen. Ik begon in te zien hoeveel effect het had op mijn omgeving. Later in Bolsterburen had ik meer motivatie. Ik wou er zelf graag heen om het te proberen, maar het paste niet goed bij mij. Ik vond er weinig aansluiting bij de groep en ik miste thuis heel erg.’’

Annabel: ‘’Soms vertrekt iemand tegen advies in. Dat was hier niet het geval. We hebben afgesproken dat als de kliniek niet bij hem paste, we dan samen gingen zoeken naar wat er dan wél bij hem paste. Dat is vanaf het begin de rode draad geweest in zijn behandeling. We zijn constant naast hem gaan staan. We volgden hem en begeleidden hem in de kleine veranderingen waar hij klaar voor was. Soms is het moeilijk als iemand je advies nog niet opvolgt. Maar door vol te houden merk je dat het advies uiteindelijk toch doordringt. Ik hoor hem nu bijvoorbeeld dingen zeggen die ik hem tijden geleden op het hart heb gedrukt. Als een soort zaadjes die toen zijn geplant en nu opbloeien. Dat vind ik heel mooi.’’

De laatste druppel

Ondersteund door Annabel en de systeemtherapie werd het Mark steeds duidelijker dat hij helemaal moest stoppen met gebruiken. Hij heeft geprobeerd om het te houden bij af en toe alcohol drinken, maar dat leidde naar een eenmalige terugval. Die avond heeft hij toch weer gesnoven. Dat was voor hem het signaal dat alleen minderen niet genoeg was. Het was de laatste keer dat hij heeft gebruikt of gedronken.

Het gaat nu goed met Mark, maar hij weet dat hij er nog niet helemaal is. Hij is nog in behandeling. Hij heeft deelgenomen aan een groep voor cognitieve gedragstherapie en heeft nu gesprekken bij een terugvalpreventiegroep. Dat wilde hij zelf graag.

Mark: ‘’Het is niet een verkoudheid ofzo, die zomaar weggaat. Het kan nu wel goed gaan, maar je bent nou eenmaal verslaafd en daar kom je niet zomaar vanaf. Daar moet je rekening mee blijven houden. Elke week ga ik nu naar een praatgroep met mensen die in hetzelfde traject zitten als ik. Ik heb snel het gevoel dat ik de enige ben die hiermee zit, maar in de groep merk ik dat anderen hetzelfde probleem hebben. Zij kunnen echt begrijpen wat ik doormaak. Daar heb ik veel aan. Ik moet zeggen dat ik echt respect heb voor VNN. Ze hebben het niet opgegeven met me. Ook niet als ik een vervelende houding had. Dat heeft echt mijn leven gered. Vooral Annabel is er altijd voor me geweest.’’

Vertrouwen

Als Ingrid vertelt over de aanpak van Annabel, krijgt ze tranen in haar ogen.

‘’Ik vind het zo goed van Annabel dat ze echt heeft kunnen aansluiten bij Mark. Ze zag hem voor wie hij is. Dat raakt me ook nu ik het vertel, want zo iemand leert je kind kennen als hij zich echt niet leuk gedraagt. Ik heb altijd het gevoel gehad dat Annabel door dat verslavingsgedrag heen kon kijken. Ze benaderde hem als mens en niet als verslaafde, maar zonder haar ogen te sluiten voor het probleem. Dat zorgde voor het vertrouwen. Ik denk dat iemand zich echt gezien moet voelen binnen een behandeling. En dat is bij hem zeker gebeurd.’’

Annabel kijkt met voldoening terug naar de weg die Mark en zijn ouders hebben afgelegd.

Annabel: ‘’Ik vind het mooi om te zien wat je kan bereiken met een investering vanuit de zorg. Je volgt iemand eigenlijk vanaf de straat, maar met een lange adem komt er uiteindelijk resultaat. Je leert iemand in zo’n lang traject ook goed kennen. Als hij gebruikte kon Mark soms akelig gedrag laten zien, dan legde hij alles buiten zichzelf en was hij best asociaal. Maar nu is hij nuchter en is hij netjes in het contact, hij luistert en je kan een goed gesprek met hem hebben. Het is ook een echte grappenmaker, een leuke jongen. Een wereld van verschil.’’ •

Gezamenlijke aanpak GHB in Drenthe

Een GHB-verslaving is bijzonder heftig en moeilijk te behandelen. Dat komt onder andere door de kans op medische complicaties bij het afkicken (detox). Op dit moment biedt VNN als enige in Noord-Nederland de mogelijkheid tot klinische opnames voor dit type verslaving, namelijk in Kliniek Bolsterburen in Heerenveen. We bouwen nu ook op verschillende andere fronten verder op onze expertise. Een aantal speerpunten staan centraal: het samenwerken met ketenpartners, een focus op meerdere levensgebieden en het delen van kennis.

Sommige mensen zijn door hun GHB-verslaving zoveel kwijt geraakt dat ze een basis missen om na de detox hun leven op te kunnen bouwen. Ze hebben een plek nodig waar ze voor langere tijd kunnen worden opgevangen. In Leeuwarden is zo’n plek. Daar maakt VNN samen met Wender en het Leger des Heils deel uit van het Assertive Community Treatment Team (ACT). Cliënten doorlopen een traject en krijgen hulp met werk, wonen, relaties, inkomen, etc. Met succes!

Opvang en onderzoek in Emmen

De ervaring met de opvang in Leeuwarden wordt sinds 2022 meegenomen naar Emmen. Daar werkt VNN samen met Wender aan een locatie waar mensen terecht kunnen nadat ze door hulpdiensten zijn gevonden onder invloed van GHB. Het initiatief is deels gestoeld op onderzoeken van VNN en enkele ketenpartners naar de behoeften rondom GHB-problematiek in Emmen. Het Trimbos Instituut heeft een verdiepend onderzoek gedaan, waarna de aanbeveling volgde om deze plek in Emmen te realiseren. Een andere aanbeveling was om een kernteam te vormen van ketenpartners dat op casusniveau zorgt dat cliënten niet uit het oog worden verloren.

Afspraken acute keten Drenthe

Er worden in Drenthe ook stappen gezet op regionaal gebied. Er was al een tijd behoefte aan een werkwijze voor GHB-problematiek in de acute zorg, waarbij meer kennis wordt gedeeld tussen ketenpartners. Mensen met een verslaving aan GHB kwamen vaak wel in zicht bij de spoedeisende hulpen en crisisdienst van de GGZ, maar verdwenen vaak ook weer uit beeld voordat andere ketenpartners de kans kregen om vanuit hun expertise hulp te bieden. Daarom zijn VNN, het WZA, GGZ Drenthe en Treant Emmen met elkaar in gesprek gegaan om in de acute zorg beter op elkaar te kunnen aansluiten.

Dit heeft geresulteerd in een aantal concrete afspraken;

1. VNN zorgt voor deskundigheidsbevordering bij de crisisdienst van de GGZ omtrent de detox van GHB.

2. VNN is bereikbaar voor de GGZ voor (acute) consultatie, collegiaal overleg en voor het inzetten van opvolging van zorg.

3. VNN krijgt een melding van de spoedeisende hulp van Treant Emmen, wanneer daar mensen met GHB-intoxicatie zijn binnengekomen.

4. Het WZA gaat bij wijze van een pilot de mogelijkheid bieden voor een GHB-detox. Dit gebeurt alleen in gevallen waarbij detoxen bij VNN geen optie is, bijvoorbeeld door medische risico’s. Anders dan bij VNN gebeurt deze detox onder narcose.

Deze nauwere samenwerking en nieuwe behandelmogelijkheden zorgen voor beter contact met de doelgroep. Herstel vindt op deze manier duurzamer plaats en heeft grotere kans van slagen.

Forensische zorg: een uniek karakter

Erik ter Maten is sociaal-psychiatrisch verpleegkundige op de forensische polikliniek van VNN in Leeuwarden. In zijn ruim twintig jaar bij VNN heeft hij tal van functies bekleed op meerdere afdelingen. Van sociotherapeut bij een kliniek tot teammanager van de methadon- en heroïnebehandelunit (HBU) in Leeuwarden. Uiteindelijk wilde hij terug naar zijn passie: zelf hulpverlenen. De afgelopen vier jaar doet hij dat op de forensische polikliniek. Door zijn brede achtergrond weet hij het unieke karakter van forensische zorg goed te duiden en waarderen.

Forensische zorg is zorg dat onderdeel is van een (voorwaardelijke) straf of maatregel. Deze zorg wordt meestal door de rechter opgelegd als onderdeel van een straf en/of maatregel aan iemand met een psychische/psychiatrische stoornis die een strafbaar feit heeft gepleegd. Forensische zorg beweegt zich op het snijvlak van twee werelden: die van het strafrecht en die van de zorg.

“Forensische zorg heeft een heel uniek karakter. Dat begint met het verplichte element. Mensen komen in principe bij ons in behandeling als dat verplicht is vanuit hun reclassering. Er zit dus enige dwang achter. Bovendien is de insteek nu om het risico op recidive te verminderen. We richten ons nog steeds op het welzijn van de cliënt en het verminderen van zijn of haar verslavingsproblematiek, maar wel met dat oogmerk.”

In de praktijk betekent dit onder andere intensief contact tussen VNN en de reclasseringswerker van de cliënt. Er zijn vaak bijzondere voorwaarden in het spel waar een cliënt aan moet voldoen, wil hij of zij op vrije voeten blijven. Meewerken aan de behandeling kan één van die voorwaarden zijn.

Erik: “Als mensen niet meewerken en daardoor niet voldoen aan hun voorwaarden, meld ik dat bij hun reclasseringswerker. Zo kan er extra gemotiveerd en gestuurd worden. Wil iemand echt niet, dan wordt het teruggelegd bij het openbaar ministerie. Dit is in de praktijk nooit helemaal zwart-wit en ik meld alleen aan de reclassering wat echt nodig is. Ik werk namelijk niet voor het openbaar ministerie of de reclassering, ik ben echt hulpverlener. Over de inhoud van de behandeling zeg ik dus niks. Wel houd ik, in overleg met de cliënt, regelmatig de reclasseringswerker op de hoogte van hoe het met de behandeling gaat. Dat gebeurt vaak in bijzijn van de cliënt.”

“Het belangrijkste in dit vak is dat je niet moet oordelen. Je moet oprecht belangstelling hebben en nieuwsgierig zijn naar iemands verhaal.”

Samenwerking met reclassering

“Het contact tussen behandelaar en reclasseringswerker gaat verder dan het geven van een globaal overzicht of het doen van een melding. Bij een ingewikkelde casus trekken we soms samen op. Zo was er bijvoorbeeld eens een cliënt die veel gebruikte en zich ook best dreigend opstelde. We gingen toen samen naar de cliënt toe. Ook als de behandeling juist heel goed loopt, is dat aanleiding voor een goed overleg tussen behandelaar en reclasseringswerker. Hoe nu verder? Vragen om met elkaar mee te denken kunnen van beide kanten komen. We zijn vaak een klankbord voor elkaar.”

Verschilt de behandeling bij de forensische poli dan ook van de behandeling bij een reguliere poli? “Vanuit mijn ervaring bij andere afdelingen bij VNN kan ik zeggen dat de behandeling in principe niet anders loopt dan bij vrijwillige zorg. Wel is er binnen ons team extra aanbod op bepaalde gebieden. We hebben veel psychologen in het team en veel aanbod zoals traumabehandeling, ADHD-diagnostiek en coaching, psycho-educatie en agressieregulatie op maat. Dat aanbod zie je in de vrijwillige zorg ook wel, maar bij ons wat nadrukkelijker. Met name op het gebied van agressie wordt er bij ons meer geboden. Het speelt ook vaker een rol in de problematiek. Er zijn overigens ook cliënten die vrijwillig bij ons behandeld worden. Die komen bij forensische zorg uit omdat ze bijvoorbeeld eerder via justitie bij ons in behandeling zijn geweest. Andere keren is de verplichting tot behandeling afgelopen, maar zet de cliënt de behandeling vrijwillig bij ons voort.”

Heftig

Net als veel andere banen is ook dit werk niet voor iedereen weggelegd. Erik: “Ik denk dat je wel een klein beetje gek moet zijn als je werkt in de forensische zorg, op een positieve manier. We werken met mensen bij wie soms veel speelt: zowel delicten als verslaving, maar vaak ook ingewikkelde persoonlijkheidsproblematiek. Er zijn ook mensen die niet altijd graag willen meewerken. Daarvoor heb je een lange adem nodig, je moet mee kunnen bewegen en kunnen meevoelen. Maar je moet ook niet snel overstuur raken.”

“Ik moet denken aan een cliënt die een heftig delict had gepleegd en ook een behoorlijk heftige persoonlijkheid had. Daar kan je best van schrikken. Maar je moet toch het contact leggen. Dat doe je al judoënd: balanceren tussen meebewegen, transparant zijn en vertrouwen opbouwen. Niet met een gestrekt been erin. Mensen hebben vaak een kwetsbaar vertrouwen in hulpverlening opgebouwd. Bij aanvang van de behandeling zien cliënten me dan ook vaak als verlengstuk van justitie. Dat beeld moet ik eerst wegnemen. Door het goed uit te leggen, maar ook door te laten zien dat wat we tijdens de behandeling bespreken echt tussen ons blijft. Zo bouw je het vertrouwen langzaam op. Als dat dan lukt, kan ik daar dolgelukkig van worden. Dat contact is waar het uiteindelijk om draait.”

Niet oordelen

“Het belangrijkste in dit vak is dat je niet moet oordelen. Je moet oprecht belangstelling hebben en nieuwsgierig zijn naar iemands verhaal. Deze basishouding moet je overal in de verslavingszorg hebben, dus ook in de forensische verslavingszorg. Dat kan extra moeilijk zijn als een cliënt iets vreselijks heeft gedaan. Als ik daar in de krant over zou lezen zou ik het bijvoorbeeld stuitend vinden, maar vanuit deze basishouding komt dat gevoel toch anders binnen. Je zou denken dat je er niet overheen kunt stappen, maar vanuit oprecht contact leer je de persoon kennen. Iemand is niet zijn of haar verslaving en iemand is net zo min het delict dat hij of zij heeft gepleegd. Het is soms niet makkelijk om met de heftige momenten van het werk om te gaan. Daarin moet je eerlijk zijn tegen jezelf en ook daar niet over oordelen. In de loop der jaren heb ik geleerd dat je het soms even niet weet en dat dat oké is. Op die momenten heb je collega’s nodig om de zaken samen helder te bekijken. Daar ligt een enorme kracht in ons vak.”

Ook de samenwerking met collega’s op de niet-forensische afdelingen vindt Erik prettig. “Collega’s van een reguliere poli doen weleens beroep op mijn expertise op het gebied van agressieregulatie. Ik kan dan met ze meekijken of een deelbehandeling doen.” Naast fijne collega’s vindt Erik ook de doelgroep heel interessant. “Al verschillen ze niet zoveel als andere doelgroepen van VNN als je op het eerste gezicht zou denken. Als je de mensen eenmaal leert kennen en je het verhaal achter hun delicten kent, dan begin je ze te snappen.”

Richard zag zijn laatste wensen in vervulling gaan

>> toolkit palliatieve zorg

De namen in dit artikel zijn gefingeerd.

Palliatieve zorg is relatief nieuw binnen Verslavingszorg Noord Nederland. Langdurig verslaafde cliënten overlijden helaas vaker vanwege hun levensstijl en daarom kwam er vanuit de organisatie de vraag naar manieren om hen beter te begeleiden naar het einde. Een werkgroep werd in het leven geroepen, onderzoek werd gedaan en al snel kwam er een toolkit voor palliatieve zorg. We zoomen in op een casus in Drenthe waarbij deze kit effectief werd ingezet en de cliënt zijn laatste wensen in vervulling zag gaan.

Richard was een grootgebruiker. Drank, speed, coke, heroïne en wiet, en dat al sinds zijn twaalfde. Op zijn 57e werd hij gediagnosticeerd met terminale longkanker. Later trokken de artsen die diagnose terug en dachten ze toch dat het een longontsteking was. Weer even later bleek het toch kanker te zijn met uitzaaiingen. Mentaal was dit erg zwaar voor Richard en zijn omgeving, want moet je nu wel of niet afscheid nemen? Enkele maanden later stierf hij.

Een wild leven

Richard was niet alleen verslaafd. Hij was vader van twee kinderen, een (ex)man en lid van een punkband. Al vanaf de jaren 80 speelde hij in de band en verkreeg al snel lokale faam. Door de jaren heen leefde hij volgens het motto 'sex, drugs and rock and roll'. "Het was een boefje maar ook een graag geziene gast", zegt Rita de Kleine, verpleegkundige bij Beschermd Wonen (BW), waar Richard woonde.

Door Richards leefstijl hield zijn relatie geen stand en kon hij er niet altijd zijn voor zijn dochter en zijn zoon. Zijn gezin kon niet op hem rekenen, maar hij was daarbuiten erg geliefd. Zijn laatste maanden bij de BW klaagde hij geen moment, terwijl hij flinke pijn moet hebben gehad. Met zijn behandelaren en verzorgers grapte hij continu. Ze hadden zo'n goede verstandhouding dat hulp van buitenaf dan ook met scheve blikken, een tong uit de mond en gemopper door hem werd ontvangen. Maar hulp was wel nodig, want Richard was stervende.

Palliatieve zorg bij verslaving

Even speelde Richard met de gedachte om buiten de BW een overdosis te nemen, om "uit het leven te stappen en er maar vanaf te zijn", maar hij besloot dat uiteindelijk toch niet te doen. Zowel de verpleegkundigen als de agogen op de BW gaven aan hem te helpen bij het proces, dus zowel bij het sterven zelf als bij de weg er naartoe. Dit was voor sommige collega's vrij nieuw: palliatieve zorg werd er nog niet in deze mate gegeven.

Rita's collega Ellen Habsburg stond net als zij in nauw contact met Richard. "Onze cliënten zijn over het algemeen al jaren verslaafd. Daardoor is het niet ongewoon dat mensen bij ons komen te overlijden. We hielden altijd al rekening met hun wensen, maar sinds kort hebben we een toolkit. Dit bestaat uit verschillende documenten die je met de cliënt bespreekt, als voorbereiding op het overlijden. We leveren in samenwerking met ketenpartners echt palliatieve zorg nu."

Het hele proces rondom de palliatieve zorg voor Richard duurde ongeveer vier tot vijf maanden. Al ver voor hij in zijn laatste fase kwam, besprak de begeleiding met hem wat er zou gebeuren, mocht hij komen te overlijden en wat hij graag nog zou willen voor die tijd. Hiervoor hebben zij een wensenboekje gebruikt. In dit boekje staat van A tot Z precies wat Richard wilde. Zo had hij de wens om zelf zijn kleding voor de crematie uit te zoeken en die had hij dan ook zelf gekocht.

Anders dan in andere gevallen had Richard veel familie en specifieke wensen voor zijn dood. Ellen: "Zo zei hij altijd: 'Ik wil absoluut geen pijn. Ik ben altijd stoned door het leven gegaan en wil ook stoned het leven weer uit.' Ook wilde hij graag met zijn familie naar de hunebedden. Hier is Richard samen met zijn familie geweest om een fotoreportage te maken. Tenslotte wilde hij naar het pop- en rockmuseum in Gronau." Ellen en enkele naasten van Richard gingen daarom met hem in een busje naar Duitsland om die laatste wens in vervulling te laten gaan.

Ellen: "Richard heeft deze dag enorm genoten. Ondanks de afspraak om nuchter te vertrekken, lukte dit hem niet en had hij al een slok op voor we vertrokken. Vanaf het vertrek tot en met de terugkomst had hij echter een lach op zijn gezicht.

Hij heeft gezongen, met zijn neef samen gebeatboxed, moppen getapt in de bus en sterke verhalen verteld en als afsluiter hebben we met elkaar op het terras gegeten. Richard straalde de hele dag en was uiteindelijk bekaf. Na deze dag heeft hij het er nog vaak over gehad en foto's gedeeld. Hij zei elke dag: 'Wat heb ik ervan genoten en wat was die halve liter bier toch lekker in Duitsland.'"

Goede samenwerking tussen de artsen

Richard had last van veel bijwerkingen en hij was bang om veel pijn te krijgen en te stikken. En omdat hij in zijn leven zoveel had gebruikt, had hij een hoge tolerantie voor pijnstilling. Dit vroeg om een goede afstemming tussen zijn verslavingsarts bij VNN en zijn huisarts, want hij moest meer morfine krijgen dan een gezond iemand. Vanuit Icare kwam er op het laatst een specialistisch zorgteam langs om specifieke zorg te verlenen in de terminale fase. Naar een hospice of een ziekenhuis wilde Richard absoluut niet. De beschermde woonvorm was zijn thuis na er een jaar gewoond te hebben, dus daar wilde hij dan ook sterven.

Rita: "De artsen hebben ons goed voorbereid op wat we konden verwachten bij het overlijden van Richard en wat we in bepaalde situaties moesten doen. Hierop hebben we gevraagd wie nog wel of niet Richard actief wilde begeleiden in de laatste fase. Daar hielden we natuurlijk rekening mee."

"Ik wil absoluut geen pijn. Ik ben altijd stoned door het leven gegaan en wil ook stoned het leven weer uit."

Ellen: "In de laatste dagen voor zijn dood heeft Richard veel spullen weggegeven aan andere bewoners. Samen met zijn zwager heeft hij zijn hele crematie geregeld, precies zoals hij het wilde. Hij wilde absoluut geen speeches, maar wilde een diavoorstelling van zijn leven. Zijn familie had nog een paar T-shirts geregeld van zijn oude band en draaide op het einde ook zijn muziek."

Nazorg voor de nabestaanden

Rita: "Na Richards overlijden pakten we de toolkit en het wensenboekje er weer bij en zorgden we ervoor dat we er waren voor zijn nabestaanden en dat alle praktische zaken afgehandeld waren, zoals post e.d. Met de familie en behandelaren organiseerden we een eindgesprek. Zowel de huisarts als zijn familie waren heel tevreden over de samenwerking. Wij vonden het heel mooi hoe we met zijn allen dit tot stand hebben kunnen brengen en Richard zijn wensen in vervulling hebben kunnen laten gaan. De toolkit was hierbij erg handig. Zo'n proces is moeilijk genoeg, daarbij is een handvat erg fijn." •

Ook seks hoort bij een leven na (of met) verslaving

Eigenlijk is iedereen het er wel over eens: een gezond seksleven hoort bij een gezond leven. Het is wat dat betreft opvallend dat binnen de verslavingszorg (en bij ketenpartners) er naar een heel palet aan levensgebieden wordt gekeken bij de behandeling, maar seks vaak achterwege blijft. Ja, verslaving is voor veel mensen een taboe, maar seks blijkbaar ook. Klinisch psycholoog Meine Bosma vertelt waarom en hoe we deze taboes kunnen doorbreken.

"Op verslaving rust over het algemeen een stigma: 'mensen met een verslaving zijn zelf in hun situatie terecht gekomen', 'zij zijn niet te helpen' en 'het is beschamend om uit te komen voor een verslaving'. Bij VNN proberen we actief het onderwerp verslaving te destigmatiseren en mensen met een verslaving te behandelen zoals zij zijn: mensen.

We kijken vanaf het eerste moment, de intake, naar verschillende aspecten in iemands leven en proberen aan elk aspect te werken. De leefomgeving is erg belangrijk. Heeft iemand een goede woonruimte? Heeft iemand werk of een dagbesteding? Hoe zit het met familie, vrienden en relaties? Het is daarom opvallend dat het seksleven van cliënten in de verslavingszorg vaak niet wordt meegenomen tijdens gesprekken.

Genieten zonder middelen

Het verband tussen seks en verslaving kan erg sterk zijn. Denk aan mensen die bepaalde genotsmiddelen, zoals GHB, gebruiken voor de versterking van seksueel genot en daarna verslaafd raken. Hoe zorg je dat deze mensen tevreden blijven of raken over hun seksleven zónder drugs? Het voorschrijven van antidepressiva kan een negatief effect hebben op het libido van de cliënt. Als dit aspect niet wordt besproken, is de kans op terugval groot.

In 2017 deed Meine tijdens zijn opleiding tot klinisch psycholoog onderzoek naar de relatie tussen het gebruik van een middel en het seksuele gedrag en functioneren bij cliëntengroepen van gebruikers van alcohol, stimulerende middelen, kalmerende middelen en GHB. Ervaren cliënten een relatie tussen het gebruik van hun middel en hun seksuele functioneren en zo ja, is deze relatie positief of negatief? En hoe ziet het seksuele gedrag (bijvoorbeeld het aantal seksuele partners of seksuele activiteit) van mensen met een verslavingsprobleem eruit en verschilt dit ook van de algemene bevolking? En zijn er ook verschillen tussen de drie groepen te vinden?

> "Ja, verslaving is voor veel mensen een taboe, maar seks blijkbaar ook"

In totaal namen 180 patiënten met problematisch middelengebruik deel aan het onderzoek. Iedereen rapporteerde veranderingen in seksuele gedachten, gevoelens en gedrag als gevolg van het gebruik van hun middel. Meer dan de helft van de patiënten rapporteerde verbeteringen in seksuele domeinen (seksueel genot, seksuele opwinding, seksueel gedrag), maar ook verslechtering of toename in risicovol gedrag. Ongeveer een kwart verklaarde dat hun seksuele gedachten, gevoelens en gedrag vaak werden geassocieerd met middelengebruik.

Cliënten kunnen aarzelen om te stoppen met hun middelengebruik wanneer ze veel positieve effecten ervaren in hun seksueel gedrag. Jaren hebben zij onder invloed seks gehad: hoe zal dat nuchter bevallen? Daarom is het belangrijk om de relatie tussen middelengebruik en seksueel gedrag in behandelprogramma's mee te nemen.

Perspectief geven

Maar er zijn meer redenen voor meer aandacht voor seksleven. Denk aan mensen die juist een slechte ervaring met seks hebben gehad tijdens hun verslaving, bijvoorbeeld doordat ze onder invloed van middelen negatieve seksuele ervaringen gekend hebben. Hoe geef je deze mensen het vertrouwen dat stoppen met middelengebruik een positieve invloed op dit deel van hun leven kan hebben? Of als we het hebben over jongeren die tijdens hun seksuele ontwikkeling veelal onder de invloed van middelen waren en daardoor ervaring hebben gemist? Eventuele vragen die zij hebben, moeten wel behandeld worden.

Voorlichting an sich is belangrijk, aangezien er veel misverstanden zijn over wat bepaalde middelen met je lijf doen. Zo denken veel mensen dat alcohol lustopwekkend werkt, maar niets is minder waar. Alcohol neemt remmingen weg, waardoor mensen het gevoel krijgen gestimuleerd te worden, maar intussen hebben mensen moeite een erectie te krijgen of vochtig te worden. Hun lichaam wordt verdoofd en gewenste effecten worden onderdrukt.

Hoe neem je seksualiteit mee in gesprekken?

Het kan wat ongemakkelijk voelen, maar hoe makkelijker behandelaren het onderwerp benaderen, hoe makkelijker cliënten reageren. Snijd het onderwerp gewoon aan. Heb je ooit een huisarts meegemaakt die het ongemakkelijk vond een lichamelijk onderzoek te doen? Waarschijnlijk niet. Praten over seks zou ook genormaliseerd moeten worden en meegenomen bij intakegesprekken, zowel in klinieken als op poliklinische afdelingen. Behandelaren zouden moeten doorvragen en kijken hoe zij het onderwerp seksualiteit kunnen verwerken in een behandelplan. Misschien wordt er wel afgezien van bepaalde medicijnen als libidobehoud belangrijk is voor een cliënt.

In mijn eigen werk probeer ik zoveel mogelijk het onderwerp seksualiteit mee te nemen in de behandeling en ik heb tot nu toe alleen maar positieve reacties gekregen. Sterker nog, sommigen waren opgelucht dat er eindelijk over het onderwerp gesproken mocht worden! Laten we er vooral voor zorgen dat we het taboe rondom seks weghalen, net als het taboe rondom verslaving en middelengebruik." •

“Ik wist dat als ik niet stopte met crystal meth, ik dood zou gaan”

Simon (28) spreekt naast Nederlands ook Spaans, Duits, Engels en Filipijns. Daarnaast is hij verslaafd. Daarom is hij opgenomen in Kliniek Vossenloo op de intensieve behandeling, waar hij 8 maanden verblijft. Hij vertelt over zijn opname, hoe hij daar is terecht gekomen en zijn ervaringen.

*Dit verhaal is waarheidsgetrouw opgeschreven.
Uit privacyoverwegingen is de naam ‘Simon’ gefingeerd.

"Op mijn 15e kwam ik uit de kast op school. Dit viel niet goed. Ik werd ingesloten op het schoolplein door veel mensen en werd bedreigd en geslagen. De politie, mentors en de conciërge moesten de groep uit elkaar halen. Ik droeg destijds gothic kleding en ook dat hielp niet. Ik heb me echter niet opgesloten thuis, omdat ik niet wilde toegeven aan de intimidatie. Wel wilde ik mijn woonplaats na mijn middelbare school zo snel mogelijk verlaten."

Simon zit tegenover me in Kliniek Vossenloo in Eelde, in een relatief koele kamer voor deze zinderende zomerdag. Ik heb hem gevraagd zijn verhaal te doen, zodat anderen weten dat er mensen zijn zoals zij, en dat VNN hen ook kan helpen. Ik weet dat ik veel van hem vraag, door hem directe vragen te stellen, maar hij lijkt zich niet te schamen en hij zit er ontspannen bij.

Thrill-seeking

Toen hij jonger was, ging zijn familie veel op vakantie. Eenmaal oud genoeg wilde hij zelf ook graag reizen. Hij droomde van een jetset-leven, spanning en feest. "Ik ging naar Texel voor mijn stage en toen ik 18 werd naar Spanje, om te werken. Ik werkte te veel, feestte te veel en reisde te veel. Omdat ik een aantal vrienden had die voor budgetluchtvaartmaatschappijen werkten, kon ik goedkoop aan tickets komen. Ik ging naar Malgrat de Mar, Costa Maresme, en naar skioorden om te werken als receptionist, animatiemedewerker en steward van een feesttrein. Ik kwam terecht in Barcelona, waar ik zo'n tien jaar heb gewoond. Dat is eigenlijk waar de echte ellende pas begon."

Ik kijk naar de jongen voor me en probeer me voor te stellen wat voor leven hij heeft geleid. Hij ziet er gezond uit, draagt een casual T-shirt, heeft kort haar en gaatjes in zijn oren. Zoals zoveel andere jongeren. Hij vervolgt: "Ik kwam in de underground gay scene terecht. Ik dacht eindelijk een groep mensen te hebben gevonden die was zoals ik. Als tiener had ik weleens afspraakjes gehad via een website, en hoewel daar een gevaarlijke kant aan zat, genoot ik van die vorm van aandacht. In Barcelona ging ik veel op stap, ontmoette veel mensen, en kwam ook in aanraking met drugs. In die scene is het niet vreemd om GHB of ketamine te gebruiken tijdens de seks."

"Op een gegeven moment kreeg ik speed aangeboden – dacht ik. Het bleek crystal meth te zijn. Ik was onmiddellijk hooked. Ik had niet eens tijd om kwaad te zijn op de leugen, want ik moest op zoek naar een nieuwe hit. Ik was de controle compleet kwijt, en dat terwijl mijn toenmalige vriend niets in de gaten had. Toen hij erachter kwam stelde hij me een ultimatum: of ik vertelde het mijn familie zelf, of hij zou het doen. Ik heb alles verteld aan mijn ouders en zus, die me smeekten naar Nederland te komen. In plaats daarvan probeerde ik zelfmoord te plegen door een overdosis te injecteren. Dat mislukte, ik raakte bewusteloos en toen ben ik seksueel misbruikt. Dat was voor mij de druppel."

Van romantiek naar isolement

Zijn toenmalige vriend ontmoette Simon op een manier waarop dat normaal alleen in Hollywood-films gebeurt: op een strand in Spanje. Hij werd op slag verliefd op de Filipijnse jongen en woonde de eerste 6 maanden bij zijn familie in huis, waar hij de taal, 'Tagalog', leerde verstaan. Toch was het niet makkelijk voor het stel: de ouders van zijn ex spraken geen Engels en leefden bovendien op een heel andere manier. Waar Simon hield van het wilde leven, ging het geld van zijn ex allemaal naar zijn familie. Samen op vakantie zat er niet in. Toen het stel besloot afstand van elkaar te nemen, ging het mis.

" Op een gegeven moment kreeg ik speed aangeboden – dacht ik. Het bleek crystal meth te zijn. Ik was onmiddellijk hooked."

"Vanaf de herfst van 2019 begon het steeds meer uit de hand te lopen. Toen kwam corona ook nog eens begin 2020. Ik werkte als planner en data-analist en werkte vanaf toen alleen nog maar vanuit huis. Dit betekende dat niemand doorhad wat ik precies deed achter gesloten deuren. Gedurende ongeveer een heel jaar had ik een tweede leven. Tussendoor ben ik anderhalve maand nog in Nederland geweest, bij mijn familie. Toen was ik helemaal clean en had niemand iets door. Zodra ik terug in Barcelona was, ging ik weer totaal los en zorgde dat ik het minimale op werk bleef doen, zodat ze niets in de gaten hadden." In die tijd vermagerde hij sterk, en hij zakte steeds verder in een isolement. De trek naar drugs groeide zoveel dat hij op een gegeven moment niets anders meer wilde. "Met crystal meth, ook wel Tina genoemd onder gebruikers, treed je buiten je lichaam. Zeker als je cocktails maakt met verschillende drugs. Onbewust zet je alles op het spel. Ik dacht steeds dat ik het onder controle had en het zelf wel kon oplossen. Tot het dus zo uit de hand liep dat ik dood wilde. Ik besefte dat ik niet lang meer verslaafd kon zijn. Als ik zou blijven gebruiken, zou ik sterven. Dat is een enge gedachte, maar wel een realistische."

Terug naar Nederland

Met de hulp van vrienden in Barcelona en zijn familie is Simon terug naar Nederland begeleid. Hij gebruikte nog wel, maar was al geminderd. Eenmaal thuis ging hij afkicken bij zijn ouders en ging hij de medische molen in: afspraken met de dokter, lichamelijk onderzoek en langs de internist voor mogelijke infecties. In zijn rechterarm had hij geen gevoel meer vanwege misprikken, hij had Syfilis, en nog erger: HIV. Dit wist Simon al langer, toen hij andere ziektes opliep in de Filipijnen en daarvoor onderzocht werd. De dokters waren bang dat hij door zijn onregelmatige medicijninname resistent was geworden, maar dat bleek gelukkig niet het geval.

In november 2020 werd hij ingeschreven bij kliniek Vossenloo voor Observatie & Diagnose en in december ging hij naar de afdeling Intensieve Behandeling. Bij VNN staat de omgeving van cliënten, ook wel 'het systeem' genoemd, centraal. Simon zijn familie kwam dan ook naar de kliniek voor therapie. Niet alleen waren zij ook erg geraakt door Simon zijn ziekte, het is ook belangrijk om de omgeving te leren omgaan met zijn gedrag. Tijdens systeemtherapie krijgt de familie de kans om te vertellen hij zij geraakt zijn en leren zij hoe zij Simon kunnen helpen.

Ruimte om de trauma binnen te laten

Toen Simon eenmaal nuchter was en de rust had om te realiseren wat hem allemaal was overkomen, kon zijn brein de trauma's niet aan. Hij kreeg epileptische insulten, soms wel twee keer per dag, gepaard met flashbacks. Door middel van EMDR, wekelijkse gesprekken met de psychiater, systeemgesprekken en groepsgesprekken werken Simon en zijn behandelaren om de trauma's een plek te geven. Hij moet vaak naar het ziekenhuis voor testen en uitslagen. Ook de staf en zijn medebewoners in de kliniek zijn getraind om hem op te vangen als "het insultencircus" weer begint. Ze weten dat ze hem niet alleen moeten laten.

"De mensen met wie je op de groep komt, zoek je natuurlijk niet uit. Maar toch is deze groep als een familie voor me geworden. En we groeien ook als groep. We zijn met 17 man en iedereen voelt zich vrij om te praten over van alles. Aan het begin willen de meeste mensen geen contact, maar na verloop van tijd merk je dat iedereen naar elkaar toetrekt. We huilen en lachen samen en delen de meest persoonlijke verhalen. Maar je moet altijd in je achterhoofd houden dat dit mensen zijn met een heftige verslaving en dat ze zomaar de kliniek kunnen verlaten. Dat is een vreemd spanningsveld."

"Ik was altijd bezig met de volgende hit, niet met hoe ik me werkelijk voelde op dat moment"

In groepsverband werken is erg belangrijk bij Vossenloo. Bepaalde rituelen komen voort uit de tijd dat het Hoog-Hullen was. De mensen in de groep spreken elkaar aan op gedrag. Dit doen ze bijvoorbeeld door 'pak-aans', waarbij als iemand zich niet aanpast aan de groep, iemand hem daarop terecht kan wijzen. Diegene wijst dan naar degene die zich misdraagt, vertelt wat diegene doet dat vervelend is, en die persoon mag daar pas 24 uur later op reageren, als hij erover na heeft kunnen denken. Veel mensen hebben lange tijd onaangepast geleefd en moeten op deze manier leren hoe zij op een andere manier met mensen kunnen omgaan.

De groep leerde Simon dat hij graag in de spotlight staat en veel aandacht opvraagt. "Ik bemoeide me overal mee en mengde me in elk gesprek. Ik was me daarvan totaal niet van bewust en leerde dat dan ook snel af. In het begin kan dat best lastig zijn, je moet stevig in je schoenen staan om kritiek goed te kunnen ontvangen. En je investeert veel in elkaar en incasseert veel. Je leeft hier toch in een minimaatschappij met bepaalde regels. Dit kan confronterend zijn, maar als je een leven wil zonder drugs, dan is dit nodig. Je kunt de kliniek altijd verlaten, maar dan is de kans groot dat je je problemen nooit oplost."

Plannen voor de toekomst

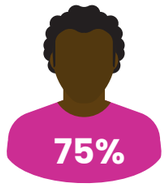
In Vossenloo ging Simon ook meer in het 'hier en nu' leven. "Ik was altijd bezig met de volgende hit, niet met hoe ik me werkelijk voelde op dat moment." Dat betekent niet dat hij geen plannen heeft voor de toekomst. "5 augustus is mijn laatste dag in de kliniek. Ik heb mijn Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) binnengekregen en ga naar een Begeleid Wonen van VNN. Als dagbesteding zal ik vrijwilligerswerk doen, en ga ik de structurele deeltijdbehandeling bij VNN volgen. Als ik dat heb afgerond, ga ik de kappersopleiding doen, zodat ik barbier kan worden. Dat leek me altijd een leuk en creatief beroep. Ook is het voor mij een realistische keuze. Ik moet niet iets gaan doen met een enorme werkdruk, bijvoorbeeld."

Simon is ver gekomen in minder dan een jaar tijd. Van 6 tot 7 dagen achter elkaar wakker dankzij vriendin en vijand ''Tina'', naar rust vinden in de kliniek en in contact staan met zijn vrienden en familie. Zijn advies aan anderen die twijfelen of zij een behandeling moeten aangaan of niet: "Doe het en zie de zware momenten als leermomenten. Je middel heeft jou in zijn greep. Alleen door behandeling kun jij het middel weer onder controle krijgen. Je moet misschien wel diep zinken om eruit te komen, maar jij bent dat waard." •

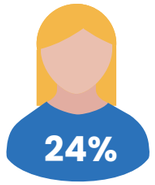
VNN in beeld

Cliënten

8869 cliënten in zorg



Man



Vrouw

1% is n.v.t.

Gemiddelde leeftijd

47 43 30

Soort hulp

POLI-KLINISCHE HULP **89%**

OPNAME IN EEN KLINIEK **11%**

Cliënttevredenheid

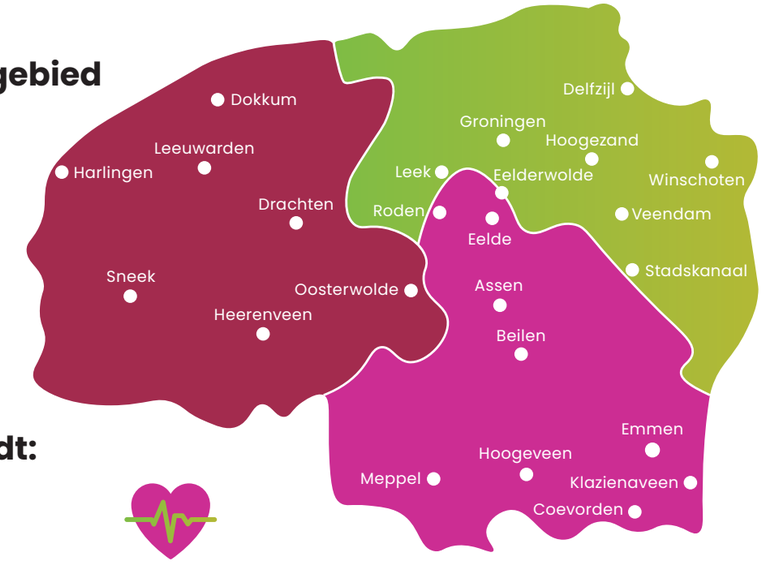
Gemiddeld cijfer ambulante afdelingen: **8,7**

Gemiddeld cijfer klinieken: **8**

Medewerkers

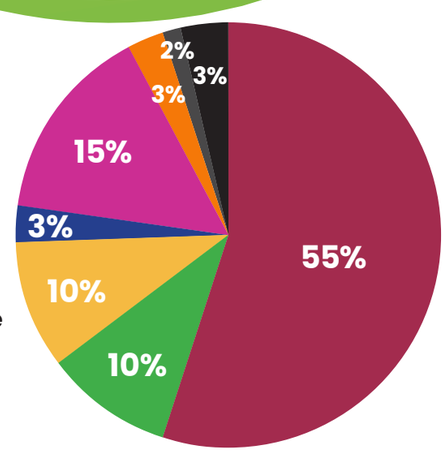
1030 medewerkers in dienst

Werkgebied



Verslaving beïnvloedt:

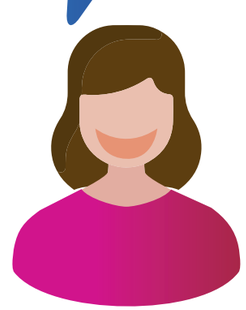
Financiering VNN in 2022



- Zorgverzekering
- Reclassering
- Justitie
- Jeugdzorg gemeente
- WMO Gemeente
- WLZ Wonen
- Subsidies
- Overig

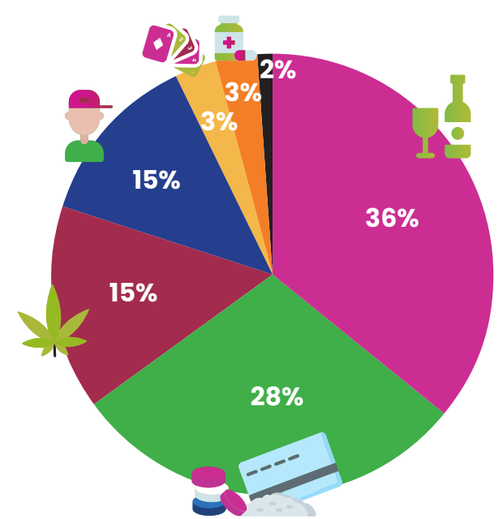
Medewerkers-tevredenheid

Medewerkers waarderen VNN gemiddeld met een **8**



Aard hulpvragen

- Alcohol
- Harddrugs
- Cannabis
- Jeugd/WMO
- Gokken
- Medicijnen
- Overige middelen



Een dag aan het werk als...

Eens in de zoveel tijd gaat een outreachend jongerenwerker op pad, al dan niet met een ketenpartner, zoals wijkagenten of jongerenwerkers. Dit is een dag uit het leven van een outreachend jongerenwerker bij VNN.

10:00 uur

"Ik benader jongeren via Whatsapp om ze te helpen herinneren aan hun afspraak. De behandelingen die ik vandaag geef, zijn gevarieerd. Van cognitieve gedragstherapie (CGT) tot terugvalpreventie tot het maken van een signaleringsplan. De één wil helemaal stoppen met gebruik, de ander wil gestopt blijven en één wil allereerst minderen en ook kijken hoe ze haar agressie onder controle kan krijgen. Aan het einde van de dag ga ik met een collega op pad in de provincie."

14:00 uur

"Ik voer een bemoeizorggesprek met een jongere die nog niet klaar is voor behandeling, maar wel vragen heeft over zijn gebruik. Ik spreek bij hem thuis af, waar zijn ouders ook bij het gesprek aan kunnen sluiten om te bespreken wat we voor elkaar kunnen betekenen."

16.00 uur

"Mijn collega en ik stappen in de kleurrijke, met graffiti bespoten, jongerenwerkbus en zetten koers naar diverse hangplekken in Westerveld. Als eerste plek bezoeken we een strandje langs de Oude Vaart en spreken we met een buurtbewoner die zich opvallend positief uitlaat over de locatie én het gedrag van de jongeren die zich daar vaak ophouden."

17:00 uur

"We vinden een clubje jongeren dat in het water aan het ouwehoeren is. Nadat ze even de kat uit de boom hebben gekeken ("jullie zijn toch niet van de politie?") volgt er een geanimeerd gesprek over alcohol en drugs. Het zijn typische plattelandsjongeren. Een van hen is nota bene met de tractor naar de plas gereden. Je moet toch wat als je geen e-bike hebt!"

16:30 uur

"Op een aantal andere hangplekken vinden we niks, niemand, nada. Niet bij hangplekken achter de supermarkt, niet bij een prachtig aangelegd sport-court in Diever. We realiseren ons dat het Donderdag Meppeldag is en dat Lowlands net begonnen is. Misschien zitten de jongeren daar? Ook is het nog broeierig warm, dus we gaan naar het Blauwe Meer nabij Hoogersmilde. Westerveld is een uitgestrekte gemeente en reizen kost altijd meer tijd dan je denkt, maar het is de moeite waard."

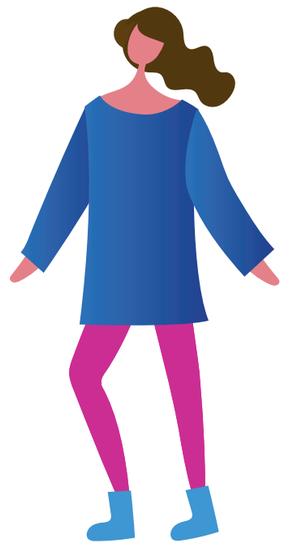
"In het algemeen zijn ze niet "van de drugs", wel van het drinken. Met wat gesprekstechnieken, eerst meebewegen en weerstand verlagen, kunnen ze toch ook wel instemmen dat te veel drinken niet goed is. De rest van de avond komen we nog een paar verdwaalde jongeren tegen: o.a. een paar boos kijkende jongeren in een auto op een parkeerplaats die duidelijk niets met ons te maken willen hebben. Ook dat is een signaal. Een jongeman die met een scooter aan de hand laat weten dat er zeker wel drugs in Westerveld gebruikt wordt, maar dat hij daar niet meer aan meedoet. Geen grote "oogst" qua aantallen jongeren vanavond, maar wel interessante signalen opgepikt!"

Mieneke van der Laan
Teammanager

Van stagiaire naar teammanager

Mieneke van der Laan begon bij VNN als stagiaire. Zestien jaar later werkt ze er nog steeds, maar inmiddels is ze teammanager van de locatie Hoogeveen. Deze locatie bestaat uit de teams FACT/methadon, Jeugd en de polikliniek volwassenen. Hoe heeft ze haar weg gevonden langs haar verschillende functies? Wat maakte dat zij die sprongen waagde en wat is voor haar de kern van haar huidige werk als teammanager?

“Ik kreeg het vertrouwen en de kans om me te ontwikkelen, ondanks dat de rol nog nieuw voor me was.”



Stoute schoenen

‘’Ik ben alweer 16 jaar in dienst bij VNN. Dat is lang, maar ik vind dat juist mooi. Het zegt iets over mij natuurlijk, maar ook over de organisatie. Ik ben begonnen als stagiaire maatschappelijk werk op de polikliniek in Emmen. CAD Drenthe heette het toen nog. Het was vlak voor de tijd dat de organisaties uit de 3 provincies zich samenvoegden tot 1 VNN. Ik deed intakes, sprak cliënten en ik doorliep met hen de hulpverleningstrajecten. Kort na mijn stage van 1 jaar kon ik weer aan de slag op dezelfde locatie, maar dan in een ‘echte baan’ als maatschappelijk werker. Ik moest mijn scriptie eigenlijk nog inleveren, maar ik zag die vacature en ik trok de stoute schoenen aan. Na een jaar in Emmen vond ik een gelijke functie op de polikliniek in Hoogeveen. Daar ben ik nooit meer weggegaan.

Ik heb eerst 2 jaar op de polikliniek gewerkt, maar toen kwam ‘sociale verslavingszorg’ steeds meer op. Dat hield in dat we de mensen meer wilden gaan bereiken vanuit bemoeizorg. Daar werden nieuwe teams voor gevormd en de vraag luidde: wie zou dit willen? Het was precies iets voor mij, want ik had altijd al meer met de cliënten waar het juist moeilijker mee ging. Hoe ingewikkelder hun situatie, hoe fijner het was om hen te kunnen helpen. Ik gaf me op, en zo ben ik begonnen met wat we nu FACT noemen: Flexible Assertive Community Treatment. Het draait om contact maken en houden met mensen die heel moeilijk in zorg te krijgen zijn, maar die de zorg juist hard nodig hebben. Dat werk heb ik 10 jaar lang gedaan, met heel veel plezier.’’

Talent en vertrouwen

‘’Ik had op den duur goede gesprekken met mijn teammanager over wat ik wilde en wat mijn ambities waren op werkgebied. Net rond die tijd kondigde zij aan dat ze in aanloop naar haar pensioen minder ging werken en dat er dus een vacature vrij zou komen voor teammanager in Hoogeveen. Deels door de bijzondere vacaturetekst durfde ik het erop te wagen. Er lag namelijk geen nadruk op de ervaring en kwalificaties die je moest hebben, maar juist op je talent. VNN faciliteerde bovendien een bijbehorende opleiding en er was nadrukkelijk ruimte om jezelf te ontwikkelen en je de functie eigen te maken. Ik hakte de knoop door en ik ging ervoor.

In januari 2018 startte ik met de functie van teammanager en pas september van dat jaar startte ik met de opleiding Management in Zorg en Welzijn. Ik moest het eerst dus vooral hebben van gevoel, intuïtie en mijn algemene ervaring in het werkveld. Gelukkig was mijn oude teammanager nog niet helemaal gestopt met werken. Op de achtergrond was zij beschikbaar om me in het hele traject te coachen. Met die basis dacht ik: ik probeer het gewoon!

Waar ik in die tijd heel blij van werd, is dat er in me werd geloofd. Ik kreeg het vertrouwen en de kans om me te ontwikkelen, ondanks dat de rol nog nieuw voor me was. Ik wist al wél zeker dat ik graag wilde bijdragen. Ik wilde zorgen dat mensen hun werk goed konden doen en dat het veilig voor hen was. Inmiddels kan ik alweer terugkijken op 4 heel fijne jaren als teammanager.’’

Drie verschillende teams

‘’Ik geef leiding aan de polikliniek, Team Jeugd en FACT/methadon. Dat zijn heel verschillende teams die verschillende dingen van me vragen. De polikliniek volwassenen is bijvoorbeeld heel gestructureerd. Er komen over het algemeen mensen met een hele duidelijke hulpvraag. Ze willen hun verslaving of gebruik stoppen of minderen en krijgen daarvoor verschillende soorten hulp. Bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie of systeemtherapie. Het team bestaat uit verschillende disciplines, denk aan: verpleegkundigen, een klinisch psycholoog, systeemtherapeut, of verpleegkundig specialist somatiek. Ik ben voor hen vooral faciliterend. Als het moeilijk gaat, ben ik altijd beschikbaar voor een gesprek, maar in principe loopt het.

Team Jeugd biedt hulp aan jeugd tot en met drieëntwintig jaar oud. De aanmeldingen zijn wisselend van aard, soms is er een eigen hulpvraag en soms een hulpvraag van de omgeving van de jongere. Bijvoorbeeld dat school of ouders aan de bel trekken in verband met spijbelen of veranderd gedrag. Het is kenmerkend dat er vaak externe partijen betrokken zijn bij een casus, die elk hun rol hebben. Het vraagt veel inzicht van het team om in zo’n puzzel de juiste benadering te vinden voor elk van die partijen. Onze outreachend jongerenwerkers gaan bijvoorbeeld af op hanggroepen op straat om contact te maken, of ze gaan met scholen in gesprek. Ook nemen we deel aan samenwerkingsverbanden, denk hierbij aan FACT Jeugd, samen met o.a. Accare en Ambiq. Als er een hulpvraag is, kunnen we onder andere Multidimensional Family Therapy (MDFT) bieden. Daarbij wordt het hele gezin behandeld. De financiële kant van deze zorg kan door alle leeftijden, regels en financiële regelingen erg lastig zijn. Als teammanager kan ik het team op dat vlak ondersteunen met advies, of ik kan nét de juiste connectie aanspreken waardoor er een deur opent.

Het werk van het FACT/methadon team is uniek. Het is complex, soms heftig en geen dag is hetzelfde. Daar ligt ook nog steeds een beetje mijn hart, daar kan ik eerlijk over zijn. Ik heb het immers jarenlang gedaan. Ook in mijn rol als manager daagt het me uit. De lastige casussen vragen soms van mijn collega’s om een beetje in een ‘cowboy’ rol te stappen. Er moet beweging in de situatie komen en dat vraagt om creatieve oplossingen. Die creativiteit mag niet te veel ten koste gaan van de goede werkafspraken die we samen hebben. Daarom moet ik dat soms wat begrenzen. Ik houd het overzicht en ik moet daarbij ook denken om de impact die het werk heeft op mijn collega’s zelf. Bijvoorbeeld als ze te maken krijgen met agressie of als ze een overleden cliënt aantreffen.’’

Uitdaging en succes

‘’Niet alles gaat me even makkelijk af. Ik hoef bijvoorbeeld nooit zo nodig op de voorgrond te staan, ik ben geen haantje de voorste. Maar dat hoort misschien wel een beetje bij de rol van teammanager. Dat is soms een flinke uitdaging voor mij. Maar toch doe ik het op mijn eigen manier. Ik zie mezelf als onderdeael van het team. Natuurlijk wel met een eigen rol en positie, maar ik hoef niet per sé altijd de baas te zijn. En die manier van leidinggeven werkt óók goed. Niet alleen voor mezelf, maar ook collega’s geven aan dat ze mijn benadering waarderen. Ik ben nog steeds dezelfde Mieneke van tien jaar terug, die zich graag af en toe bemoeit met een moeilijke casus, of mee gaat op huisbezoek als een collega uitvalt.

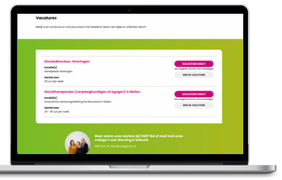
Uiteindelijk werken we samen aan één doel: het leveren van goede zorg aan onze cliënten. In mijn optiek is dat geslaagd als de cliënt tevreden is. Dat kan namelijk ontzettend verschillen per persoon. Voor een FACT cliënt kan het een wereld van verschil maken als iemand even op de koffie komt en vraagt hoe het gaat. Maar voor iemand op de polikliniek kan het draaien om het behalen van een doel, bijvoorbeeld het stoppen of minderen met drinken.

Voor mij persoonlijk, als teammanager, is er nog een andere definitie van succes. Dat is als we hier met elkaar een veilige, leuke plek hebben waar we goed werk kunnen leveren voor onze cliënten. En dat ik daar aan kan bijdragen door iedereen zo goed mogelijk te ondersteunen en in hun kracht te zetten.’’

“Ik hoef nooit zo nodig op de voorgrond te staan. Ik ben geen haantje de voorste.”

Hoe werkt de sollicitatie-procedure bij VNN?

1



Je surft naar vnn.nl/vacatures en zoekt naar vacatures in je postcodegebied en/of je opleidingsniveau of je scrollt door het vacatureoverzicht op functietitel. Een passende vacature gevonden? Stuur je sollicitatie naar ons via de knop 'solliciteer direct'. Heb je vragen over de vacature, bel dan met de contactpersoon. Voor algemene vragen over het werken en de mogelijkheden bij VNN, kun je een mail sturen naar werving@vnn.nl. Eén van onze collega's neemt dan zo snel mogelijk contact met je op.

2

Na ontvangst van jouw sollicitatie, sturen we je binnen één à drie werkdagen een ontvangstbevestiging per mail. Na de sluitingsdatum sturen we alle brieven en cv's door naar de teammanager. Je krijgt via de mail bericht of je bent uitgenodigd voor een gesprek.

3

Als je door bent naar de volgende ronde, voer je het sollicitatiegesprek met één of twee commissies die doorgaans bestaan uit de teammanager, collega's uit het team en een adviseur van P&O. Soms is er een tweede gespreksronde, een assessment of meeloopdag(deel).

Als de keuze niet op jou gevallen is, verwijderen we je gegevens. Als we denken dat we in de toekomst mogelijk wel een functie hebben die bij jou past, nemen we de gegevens met jouw toestemming op in ons portefeuillebestand.

4

Als we blij zijn met elkaar, verwelkomen we je graag als nieuwe collega! De teammanager belt je met het goede nieuws en bericht je over de verdere procedure. De teammanager wint ook informatie in bij jouw referenties, over hoe zij je kennen en hoe we je het beste thuis kunnen laten voelen.

5

Tijdens het aanstellingsgesprek bespreken we de arbeidsvoorwaarden. Dit gesprek is tussen jou en een P&O-adviseur en soms je toekomstige teammanager. Komen we er samen uit? **Gefeliciteerd! Je hoort bij het team!**

Ben je geïnteresseerd geraakt in een carrière bij VNN? Onze collega's van Werving & Selectie vertellen je graag meer over de mogelijkheden.

Mail naar werving@vnn.nl, dan nemen we contact met je op.

Colofon

FRANK is een uitgave van
Verslavingszorg Noord Nederland
Reacties: communicatie@vnn.nl

Redactie
Annette Hoeksema

Art direction, beeldconcept en ontwerp
Buenaparte

Teksten
Annette Hoeksema en Jamal Bedijn

Fotografie
Ronald Zijlstra, Stephan Keereweer

Eindredactie
Arnoud Evenhuis

Drukwerk
MarneVeenstra Drukkers, Groningen

Copyright @ 2023 VNN
Niets uit deze uitgave mag, in welke vorm dan ook, worden overgenomen zonder schriftelijke toestemming vooraf van VNN. VNN kan niet aansprakelijk worden gesteld voor eventuele zet- of drukfouten.

Fan van VNN?

Bekijk onze vacatures en vind jouw baan met betekenis!

www.vnn.nl/vacatures

Meer weten over werken bij VNN?
Bel of mail met onze collega's van Werving & Selectie

088 234 34 34
werving@vnn.nl

VERSLAVINGSZORG
NOORD NEDERLAND