NIVE
bibliotheek
drieharingstraat 26
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

24 APR. 1986

" .....leidde m'n beschermengel mij naar een arts....."

- een exploratief onderzoek naar de factoren die volgens huisartsen het contact huisarts-drugverslaafde beïnvloeden

- en een poging om een aantal criteria te formuleren waarmee bepaald kan worden of een drugverslaafde wèl of niet in aanmerking komt voor behandeling door de huisarts.

oktober 1985
Inge M. Hoogeveen

Met dank aan:

- Mijn begeleiders, Cor van Dijkum, namens de vakgroep andragologie R.U.U. en Bas Themans en George van de Poel namens het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut.
- Tine Besseling voor al het typewerk.

Correspondentieadres:

Goudsesingel 217d
3031 EJ ROTTERDAM
Tel. 010 - 12.53.33

VOORWOORD

Voor u ligt mijn doctoraalscriptie Andragologie. Het onderwerp van deze scriptie geeft de twee hoofdonderwerpen weer, waar ik mij tijdens mijn studie in heb verdiept, nl. de drugverslaving en de hulpverlening vanuit de eerste lijn (w.o. hulpverlening door de huisarts).

Tijdens mijn studie heb ik stage gelopen en vrijwilligerswerk gedaan bij de Rotterdamse Stichting voor Kerkelijk Sociale Arbeid (K.S.A.) en bij het Diaconaal Centrum Pauluskerk, dat voor een deel onder dezelfde stichting valt. De Pauluskerk wil een plek bieden voor alle mensen, die elders buiten de boot dreigen te vallen. Oorspronkelijk werd de Pauluskerk vooral bezocht door drugverslaafden, later kwamen er ook dak- en thuislozen, mensen met psychiatrische problematiek enz.
Door de contacten die ik de afgelopen jaren met verslaafden heb gehad, is die groep mij gaan boeien.

Het laatste gedeelte van mijn studie bracht ik door in het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut, waar ik aan een onderzoek meedeed naar intercollegiale toetsing bij huisartsen en waar ik invulling gaf aan mijn bijvak huisartsgeneeskunde.

Huisartsen en Verslaafden. Twee groepen die ik tijdens mijn studie tegenkwam en waar ik vàn en òver leerde. Twee groepen ook die elkaar tegenkomen. Ik hoorde verhalen van verslaafden over huisartsen en ik hoorde de verhalen van huisartsen over verslaafden. Veelal waren deze verhalen negatief gekleurd, gelukkig waren ze soms ook positief.

Vanuit mijn betrokkenheid bij het 'Breed Front voor de vernieuwing van het drugbeleid', dat er o.a. naar streeft het voor verslaafden mogelijk te maken een zo normaal mogelijk leven te leiden, werd ik geïnteresseerd in de mogelijkheden voor de opvang van verslaafden binnen de 'normale hulpverlening', vooral in de eerste lijn. Mede gezien het feit dat er op landelijk en op stedelijk niveau een tendens is om de eerste lijn en met name de huisarts bij de behandeling van verslaafden te betrekken, leek het mij zinnig om te inventariseren hoe het contact tussen huisarts en verslaafde op dit moment verloopt; welke problemen zich voordoen, en welke mogelijkheden de huisarts ziet voor de behandeling van verslaafden. Hierbij heb ik eenzijdig gekozen voor een inventarisatie bij de huisarts, omdat de tijd die ik wilde besteden te beperkt was om ook de andere zijde, de verslaafden, te interviewen en omdat ik me in een aantal andere scripties en stageverslagen al wel met deze groep heb beziggehouden.

In deel I van deze scriptie is een kort overzicht gegeven van de Nederlandse literatuur. Deze bestaat vnl. uit artikelen die de laatste tijd over dit onderwerp zijn verschenen. Ook wordt kort het overheidsbeleid ten aanzien van het betrekken van de huisarts bij het behandelen van verslaafden weergegeven.

In deel II vindt u een beschrijving van de onderzoeksresultaten. Voor het onderzoek is een drieledige vraagstelling geformuleerd, nl.:

1. Welke factoren, -zowel huisarts, als verslaafde-, als interactiefactoren leiden in de ogen van de huisarts tot positieve c.q. negatieve ervaringen t.a.v. het contact tussen huisarts en verslaafde.

2. Zien de huisartsen binnen hun discipline mogelijkheden voor de behandeling van drugverslaafden.
3. Indien vraag 2 positief wordt beantwoord, is het dan mogelijk om, op basis van de literatuur- en onderzoeksgegevens, een aantal criteria te formuleren waarop drugverslaafde patienten wel/niet in aanmerking kunnen komen voor behandeling door de huisarts.

In deel III wordt uitgebreid ingegaan op vraag 3. Verder vindt u daar conclusies, aanbevelingen en enige aanzetten tot discussie.

Ik wens u veel leesplezier.

N.B.: overal waar in deze scriptie de mannelijke vorm is gebruikt, kan natuurlijk ook de vrouwelijke gelezen worden.

LIEFDESBRIEF

In de winter van negentienhonderdnegenenzeventig
en tamelijk aan het eind van mijn lichamelijke
en psychische krachten
LEIDDE M'N BESCHERMENGEL MIJ NAAR EEN ARTS
wiens menselijke warmte en grootsheid
de meeste van zijn arrogante collega's
het schaamrood op de wangen zou moeten jagen.
Hij praatte met mij een paar uur lang
echt geïnteresseerd over de schoonheid en het verval
van drugs, hij vertelde over zichzelf en zijn werk
en alleen al zijn aanwezigheid gaf mij kracht
het toch nog eens met het leven te proberen.
Toen ik uiteindelijk vertelde dat ik
mijn bezoek aan een arts zo lang voor me had uitgeschoven
omdat ik in geen enkele arts meer werkelijk vertrouwen
zou kunnen hebben, zei hij:
'Dat komt omdat zij de mensen
niet meer liefhebben'.

Laat ons de verslaafden liefhebben
anders doden wij ze.

uit: Ketterbrieven van een verslaafde: Konstantin Wecker (49).

INHOUD

Voorwoord

Liefdesbrief

Inhoud pag.

Deel 1 Inleiding op het onderzoek
1.1. Definiering van de begrippen 1
1.1.1. Eerstelijns gezondheidszorg 1
1.1.2. Verslaving 1
1.1.3. Behandeling van drugverslaafden 1
1.1.4. Methadon, een geneesmiddel of een genotmiddel? 1
1.1.5. Methadonverstrekking, afkickgericht of in onderhoudsdosis? 2
1.1.6. Overheidsbeleid ten aanzien van de hulpverlening 3
1.2.1. Verslavingszorg door de eerste lijn - m.n. de huisarts 4
1.2.2. Behandeling van de verslaafde door de huisarts - literatuuroverzicht 4
1.2.3. Enkele voorbeelden van al bestaande opvang voor verslaafden in de eerste lijn 6
1.3. Slotopmerking deel 1 - vraagstellingen onderzoek 7

Deel 2 Onderzoek
2.1. Eerste onderzoeksronde - inventarisatie van de problematiek 8
2.2. Tweede onderzoeksronde - interview 9
2.2.1. Enkele gegevens over de onderzoeksgroep 10
2.2.2. Wanneer en waarom komt de verslaafde naar de huisarts? 10
2.2.3. Hoe verloopt het contact? 12
2.2.4. Het doel van de hulpverlening aan verslaafden 14
2.2.5. Kennis en practische vaardigheden 15
2.2.6. De opvattingen ten aanzien van de organisatie van de hulpverlening aan verslaafden 16
2.2.7. De visie van de huisarts op de verslavingsproblematiek 17
2.2.8. De preventieve taak van de huisarts 18
2.2.9. Samenwerking 19
2.3. Conclusies deel 2 19
2.4. Vraagstelling 21

Deel 3 Discussie
3.1. Inleiding 23
3.1.1. Welke groep kan de huisarts behandelen 24
3.1.2. Criteria voor huisartsenhulp aan verslaafden 26
3.1.3. De omgang tussen huisarts en verslaafden 28
3.1.4. De opzet van de hulpverlening 30
3.2. Slotopmerking deel 3 31
3.3. Suggesties voor de medische opleiding 33

Deel 4 Literatuur

DEEL 1

Inleiding op het onderzoek

1.1. DEFINIËRING VAN DE BEGRIPPEN

1.1.1. Eerstelijns gezondheidszorg:

Hieronder wordt verstaan 'dat subsysteem van zorg waarin de werkers de medeverantwoordelijkheid op zich nemen voor een continue, integrale en persoonlijke zorg in de eigen omgeving van mensen aan wie de zorg wordt verleend' (31).
Deze scriptie is voornamelijk toegespitst op de rol van de eerstelijns discipline 'huisartsgeneeskunde'. Eén reden hiervoor is van practische aard: deze scriptie is geschreven onder supervisie van het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut. De andere redenen hebben met het onderwerp van deze scriptie te maken:
- middels de opiumwet is bepaald dat alleen medici methadon mogen voorschrijven;
- huisartsen hebben vaker met verslaafden te maken dan de eerstelijns disciplines, juist omdat ze methadon kunnen voorschrijven;
- de relatie tussen de huisarts en de verslaafde is gekleurd, omdat de verslaafde graag methadon wil hebben en de huisarts deze methadon kan verstrekken (afhankelijkheids-/machtsrelatie).

1.1.2. Verslaving

Verslaving kan men definiëren als een zeer grote, onweerstaanbare behoefte een stof tot zich te nemen, onafhankelijk van een lichamelijke behoefte in de vorm van onthoudingsverschijnselen. (8, p.4). Van de term verslaving bestaan overigens veel definities (16). Met de term afkick wordt bedoeld, de toestand van ontwenning. Onder drugverslaafden worden in deze scriptie uitsluitend verslaafden aan illegale hard-drugs verstaan (m.n. heroine).

1.1.3. Behandeling van drugverslaafden

Hieronder wordt in deze scriptie verstaan, het verlenen van immateriële hulp aan verslaafden, die gericht is op de verbetering van zijn/haar psychisch- en lichamelijk welbevinden.
Aangezien de methadonverstrekking de laatste jaren een niet meer los te denken onderdeel is geworden bij de behandeling van verslaafden, wordt in deze scriptie de methadonverstrekking als een onderdeel van de behandeling gezien.
Veelal wordt door artsen ook het voorschrijven van andere psychofarmaca als behandeling gezien. Wanneer dit in deze scriptie bedoeld wordt, zal dit apart vermeld worden.

1.1.4. Methadon, een geneesmiddel of een genotsmiddel?

Sinds het verstrekken van methadon in het behandelingspakket van de verslavingszorg is opgenomen, is de vraag in hoeverre artsen betrokken moeten worden bij de hulpverlening aan drugverslaafden actueel geworden, immers middels de opiumwet is bepaald dat het voorschrijven van methadon alleen door medici mag geschieden. Het voorschrijven mag alleen in hoge uitzondering gebeuren, in het kader van een medisch-therapeutisch doel. De vraag is dan of het voorschrijven van methadon aan drugverslaafden geschiedt in het kader van een medisch-therapeutisch doel of niet, m.a.w. moet methadon als het gebruikt wordt voor de behandeling van verslaafden, beschouwd worden als geneesmiddel of als genotsmiddel?
De Mug (25) omschrijft de begrippen geneesmiddel en genotsmiddel als volgt:

Geneesmiddel: Ieder mens heeft er recht op. Er mogen geen financiële belemmeringen zijn voor de verkrijgbaarheid ervan. De arts is eindverantwoordelijk en verstrekt altijd in het kader van een genezingsproces.

Genotsmiddel: De gebruiker is zelf verantwoordelijk voor het verkrijgen, gebruik en de eventuele gevolgen van het gebruik van de middelen.

Het medisch-therapeutisch doel wordt in deze definitie dus ingevuld door 'genezingsproces'. Of methadon als geneesmiddel of als genotsmiddel moet worden gezien hangt derhalve af van het feit of de methadon al dan niet in het kader van een genezingsproces wordt verstrekt.

1.1.5. Methadonverstrekking, afkickgericht of in onderhoudsdosis?

In de reguliere verslavingszorg wordt methadon op dit moment op twee manieren voorgeschreven, nl. òf afkickgericht (de verslaafde krijgt geleidelijk aan een steeds geringere dosis). òf in een onderhoudsdosis (de verslaafde krijgt een tijd lang dezelfde dosis). Veelal worden beide behandelingsmethoden op één verslaafde toegepast: een mislukte ontwenning kan gevolgd worden door een onderhoudsbehandeling en een onderhoudsbehandeling kan gevolgd worden door ontwenning.
De vraag of beide behandelingsmethoden gezien kunnen worden als 'verstrekken in het kader van een genezingsproces' staat ter discussie. Aan de ene kant wordt het geluid gehoord van een groep mensen die het verslaafd zijn beschouwd als een ziekte, en daarmee slechts de afkickgerichte benadering passend vindt in het kader van het genezingsproces. Aan de andere kant staat een groep die onder het genezingsproces niet alleen lichamelijke afkick verstaat, maar veel meer het geestelijk loskomen van de drugs en de wereld van de drugs. Zij geven de hoogste prioriteit aan resocialisatie en zien het verstrekken van methadon als een ondersteuning hiervan.
In de literatuur zijn deze twee standpunten terug te vinden.
Door De Boer (4) wordt betoogd dat het onverantwoordelijk is om methadon in onderhoudsdosis aan verslaafden voor te schrijven: "De verslaafde is ziek, vertoont ziek gedrag en hij moet daarvoor behandeld worden". Alleen afkick-gerichte methadonverstrekking zou volgens hem medisch verantwoord zijn. Verstrekken van onderhoudsdosis is een schijnoplossing: "De arts is niet verantwoordelijk voor het onvermogen van de verslaafde; de arts is wel verantwoordelijk voor het feit dat hij zelf zinnig werk doet. Dit laatste houdt voor de verslaafde in: afkicken, leven zonder heroine, op weg naar gezond gedrag".
Rengelink (38) vertegenwoordigt de andere groep. Hij ziet de verslavingsperiode als een episode in het leven van verslaafden, een periode die voorbij gaat. Functie van de hulpverlening is om als de behandeling in casu afkick niet lukt, de "beperking van de schade" na te streven. Want de schade die de patient zichzelf en de maatschappij berokkent, werkt door, "ook als hij zijn 'carrière' als verslaafde heeft beëindigd".
Een andere visie is die van Braber en De Vries (6) die als doel voor de hulpverlening door middel van methadonverstrekking aangeven: "Het staken van het gebruik van illegale drugs" (drugs die op de zwarte markt gekocht moeten worden). Daarnaast bepleiten zij dat gezocht zal moeten worden naar een dagvulling (bijv. sport, studie, (vrijwilligers)werk) en sociale reïntegratie in de buurt (opdoen van contacten e.d.). De voortgaande vermindering van de vervangende middelen komt, volgens Braber en De Vries, pas op de tweede plaats.

/.3

1.1.6. Overheidsbeleid ten aanzien van de hulpverlening

De tendens, om de hulpverlening meer te richten op het voorkomen van schade dan op de afkick, vindt men ook terug in overheidsrapporten. Het centrale beleidsdoel in de nota over drugbeleid van staatssecretaris Van der Reyden (32) is: "Het voorkomen en opvangen van de risico's die voortvloeien uit druggebruik voor de verslaafde zelf, zijn naaste omgeving en de hele samenleving". Ook in het vier-jarenplan van de gemeente Rotterdam (40) wordt prioriteit gegeven aan "een model dat verslaving aanvaardt en dat de sociale omstandigheden van cliënten wil verbeteren".

Op dit moment wordt de verslavingszorg gekenmerkt door een gedifferentieërd voorzieningenaanbod, dat gebaseerd is op nuanceverschillen in doelstellingen, welke tot uitdrukking komen in verschillende werkwijzen (19).
Ook de hulpverlening aan verslaafden door de eerstelijnszorg (m.n. de huisartsen, het maatschappelijk werk en soms ook het staathoekwerk) wordt gezien als één van de alternatieve hulpverleningsmogelijkheden. Hoekstra (17) noemt twee overwegingen om de verslavingszorg in de eerste lijn onder te brengen, nl.:
Een practische overweging: Bezuinigingen, de tweede lijn is duurder dan de eerste lijn.
Een principiële overweging: Categorale zorg is stigmatiserend, doet fixeren op bepaalde problemen en ondermijnt de zelfstandigheid van patienten.
Deze twee door Hoekstra genoemde overwegingen kunnen we ook terug vinden in bijvoorbeeld de overheidsnota 'Volksgezondheid bij beperkte middelen' (48): "Het categorale karakter van de hulpverlening dient tot het absoluut noodzakelijke beperkt te blijven. In het algemeen heeft de hulpverlening aan drugverslaafden zich tot nu toe te zeer beperkt tot het terrein van de specifieke verslavingszorg. De mogelijkheden die er in niet-categorale voorzieningen van de gezondheidszorg zijn, kunnen, mits zij goed op elkaar afgestemd worden, meer en efficienter worden benut.

J.J.W. Hutjes, werkzaam bij de afdeling Sociale zaken, Volksgezondheid en bijzondere groepen van de gemeente Rotterdam (19), schetst hoe de verslavingszorg er volgens hem in het kader van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) uit zou moeten gaan zien. Hij maakt onderscheid tussen:
Specifieke hulpverlening: Eerstelijns drughulpverlening, specifieke, directe hulp aan drugverslaafden zonder verwijzing, verleend vanuit categorale drughulpverleningsinstellingen èn vanuit de bestaande eerstelijns zorg.
Specialistische hulpverlening: Tweede- en derdelijns hulpverlening, gespecialiseerde hulp aan drugverslaafden op basis van verwijzing, verleend vanuit categorale drughulpverleningsinstellingen en vanuit de (overige) instellingen voor geestelijke gezondheidszorg.
De eerstelijnsverslavingszorg wordt dus zowel bepaald door categorale instellingen als door de eerstelijns disciplines.
Hoekstra (8) wijst ook op dit belangrijke onderscheid: het verschil tussen eerstelijns verslavingszorg èn de verslavingszorg dóór de eerste lijn. Dit laatste is de mogelijkheid die de bestaande eerstelijnszorg heeft om zèlf aan verslaafden hulp te bieden.

Wanneer in deze scriptie gesproken wordt over eerstelijns verslavingszorg, dan wordt niet bedoeld de hulpverlening vanuit de categorale eerstelijnszorg, maar het onderbrengen van de verslavingszorg in de bestaande eerstelijnszorg (thuiszorg).

1.2.1. Verslavingszorg dóór de eerstelijn - m.n. de huisarts

Georganiseerde hulpverlening aan verslaafden door de eerste lijn is (behalve in Amsterdam) nooit goed tot ontwikkeling gekomen. Voordat in 1981 de 'methadonbrief' (24) door het staatstoezicht op de volksgezondheid aan alle huisartsen en apothekers in Nederland werd toegestuurd, werkten de huisartsen die met verslaafden in aanraking kwamen òf samen met de drughulpverleningsinstellingen, òf zij stippelden zo goed en zo kwaad als het ging hun eigen beleid uit. Van georganiseerde samenwerking was geen sprake. De 'methadonbrief' was echter voor vele twijfelende huisartsen of artsen die slechte ervaringen met verslaafden hadden opgedaan, een aanleiding om helemaal met de hulpverlening te stoppen. In deze ' methadonbrief' wordt dringend aanbevolen verslaafden terug te verwijzen naar de gespecialiseerde instellingen en niet zelf de behandeling aan te vatten. Redenen die hiervoor zijn gegeven zijn: te ingewikkelde problematiek; de huisarts moet specifiek geschoold zijn; grote kans dat de methadon wordt doorverkocht (zwarte markt) en moeilijkheden bij de registratie, zodat er meer kans is op dubbele verstrekking aan één verslaafde. Als de huisarts zich wel inlaat met de behandeling van verslaafden moet hij zich aan een aantal voorschriften houden, die streng worden gecontroleerd door de (regionale) inspecteurs voor de volksgezondheid. Over de mate waarin de voorschriften in deze 'methadonbrief' bindend zijn, is een hevige discussie aan de gang (1,23).
Een van de redenen dat de 'methadonbrief' verstuurd is, is de angst bij de overheden (en in mindere mate bij instellingen voor verslavingszorg), dat er een situatie ontstaat, waarin artsen willekeurig methadon verstrekken. Door Bewley (3) wordt de engelse situatie van een aantal jaren geleden geschetst, waarin de verstrekking van methadon en andere psychofarmaca door de huisarts grotere vormen aan ging nemen, zonder dat er overzicht was over de situatie. Vaak werden middelen verstrekt zonder dat nagegaan werd of de patient deze ergens anders ook nog verstrekt kreeg, of er werden zeer grote hoeveelheden aan één patient meegegeven.
Vóór- en tegenstanders van de behandeling van verslaafden door de huisarts, zijn het erover eens dat het willekeurig verstrekken van welk middel dan ook, zowel voor de huisarts als voor de verslaafde geen (lange termijn) oplossing biedt.

1.2.2. Behandeling van de verslaafde door de huisarts - literatuuroverzicht

Ondanks de methadonbrief en de strenge controle blijkt er toch een klein aantal huisartsen te zijn dat zélf verslaafden behandelt (zie de interviews). Ook voor de huisartsen die afzagen van behandeling, betekent het niet dat zij geen (problematische) contacten meer hebben met verslaafde patienten. Hieronder zal ik een kort overzicht geven van de literatuur (vln. artikelen) die over het onderwerp huisarts en verslaafde is verschenen.

In een aantal artikelen wordt aangegeven dat slechte ervaringen met verslaafden de arts veelal de moed ontnemen om verder de behandeling op zich te nemen (2, 4, 8, 9, 10, 27, 36). Genoemd worden onder meer 'junkiegedrag' (9, p.37) van verslaafden en moeilijkheden die ontstaan als de verslaafde een ander doel nastreeft dan de arts. Noorlander (27)

beschrijft enige vindingrijke methoden die verslaafden zoal kunnen gebruiken om de middelen te krijgen die zij willen hebben. Zij komt tot de conclusie dat het vaak: "geen wonder is dat menig arts helemaal geen zin meer heeft als methadonverstrekker te fungeren, vooral niet als hij het eens heeft geprobeerd, met de bovengenoemde slechte resultaten".
Naast de 'slechte ervaringen' die sommige huisartsen hebben opgedaan wordt door Noorlander ook de 'methadonbrief' genoemd als reden waarom artsen principieel zijn gestopt met de behandeling van verslaafden.
Bezwaren die uit de literatuur naar voren komen om verslaafden niet door huisartsen te laten behandelen, maar ze naar de gespecialiseerde instellingen te verwijzen, zijn: - wachtkamerproblemen omdat sommige verslaafden zich a-sociaal gedragen; - de verwachte toename van het aantal verslaafde patienten, wanneer je eenmaal aan één persoon verstrekt; - de arts weet niet of de methadon volgens voorschrift wordt gebruikt; - insufficiëntiegevoelens ten aanzien van de behandeling; - frustraties over het feit dat de verslaafde terugvalt en zich daarna onttrekt aan de waarneming (18).

Naast huisartsen die afzien van de behandeling van verslaafden, wordt in een aantal artikelen ook de mening van huisartsen gegeven die er wel goede ervaringen mee hebben (6, 18, 43).
Braber en De Vries (6) gaan er vanuit dat iedere verslaafde die bij de huisarts komt, als een legitieme hulpvrager gezien moet worden.
Als doel van de behandeling door de huisarts zien zij: "Stigmatisatie en groepsvorming en daarmee de bevestiging van de verslaving in een drugscene te voorkómen".
Een Amsterdamse werkgroep bestaande uit een aantal eerstelijns werkers en een aantal mensen die in de tweede lijn werkzaam zijn, zet in een artikel (18) uiteen waarom zij voor de inschakeling van huisartsen bij de behandeling van verslaafden zijn. Eén van de redenen die zij noemen is, dat het moment waarop de verslaafde voor de eerste keer hulp komt vragen, soms bepalend kan zijn voor het verdere verloop van zijn carrière als verslaafde. Pas in de fase van het excessieve gebruik gaat de verslaafde een beroep doen op de hulpverlening: "De patient wordt zich bewust van de negatieve kanten van het gebruik en doet pogingen ermee te stoppen .... Veel van deze patienten dienen zich op het spreekuur van de huisarts aan en vragen om methadon", Het is volgens deze werkgroep belangrijk om op een dergelijk moment de hulpvraag van de patient niet te frustreren door hem "met een niet werkende verwijzing zo snel mogelijk heen te zenden". Het is belangrijk om contact op te bouwen en zowel ten aanzien van het somatische, het psychische en het sociale aspect van de verslaving een plan op te stellen.

Als argumenten vóór hulpverlening door huisartsen aan verslaafden wordt in de literatuur verder genoemd: eerstelijns zorg staat dicht bij de hulpvrager; - het longitudinale karakter van de eerstelijns hulpverlening; - hoewel de verslaafde veelal niet meer in de oorspronkelijke wijk woont, is toch de (nieuwe) huisarts in de meeste gevallen de medische hulpverlener die het dichtst bij de cliënt staat (lage drempel); - hulp door de eigen huisarts is minder stigmatiserend, dan dat men naar een instelling voor verslavingszorg moet gaan; - bij jonge, pas beginnende gebruikers kan men mogelijk labeling voorkomen; - vermijden van groepsvorming van gebruikers onderling (geen reproductie van de heroïne-scene); - tekortkomen van de bestaande categorale voorzieningen in omvang.

/.6

1.2.3. Enkele voorbeelden van al bestaande opvang voor verslaafden in de eerste lijn

In de Spaardammer/Zeeheldenbuurt (43) in Amsterdam bestaat de opvangmogelijkheid voor drugverslaafden in de eerste lijn al een paar jaar. Vanuit het straathoekwerk is contact gezocht met huisartsen en maatschappelijk werkers in die buurt. Er bestond behoefte om meer samen te werken met elkaar ten behoeve van de drugverslaafden in de buurt.
De volgende redenen werden hiervoor genoemd:
- huisartsen werden steeds vaker geconfronteerd met de hulpvraag van verslaafden en wisten eigenlijk niet wat ze ermee aan moesten;
- verwijsmogelijkheden bleken beperkt en onvoldoende;
- vaak kon slechts een verergering van het probleem ten gevolge van de verwijzing verwacht worden, m.n. bij jonge gebruikers (stigmatisatie);
- vaak wilden patienten niet naar de categorale instellingen verwezen worden.

Naast deze redenen voelden de eerstelijns werkers zich verantwoordelijk voor de stemming in de buurt waar een groeiende angst voor criminaliteit en voor de verloedering van de jeugd was te constateren.
Binnen de samenwerking nemen de huisartsen het medische deel voor hun rekening (voorschrijven van methadon, beoordelen en behandelen van medische complicaties, beoordelen van gestoord gedrag in psychiatrische zin). De begeleiding van de verslaafden wordt gedaan door het straathoekwerk en het maatschappelijk werk.
De volgende resultaten van dit project werden genoemd:
- een minderheid van verslaafden is gestopt met gebruiken;
- veel verslaafden zijn sociale gebruikers geworden (bijv. weekend gebruikers);
- de lichamelijke, sociale en geestelijke gesteldheid is sterk verbeterd;
- slechts een aantal verslaafden moest doorverwezen worden naar de GG & GD of de tweede/derde lijn.

De werkers komen dan ook tot de conclusie dat zij aanwijzingen hebben dat "continue, structurerende aanpak met (her)opbouw van een sociaal netwerk van (vroegere) vrienden, kennissen en familie in/vanuit de eerstelijns gezondheidszorg, kan leiden tot stabilisatie en reïntegratie van de verslaafde in zijn milieu. Er is weer toekomst".

Ook in Rotterdam bestaat een dergelijk buurtgericht project, waarbij huisartsen en sociaal werkers in de buurt met elkaar samenwerken ten behoeve van verslaafden, nl. de 'Opvang Heroïne Verslaafden Afrikaanderbuurt' (OHVA) (20).
De OHVA is een kleinschalig, laagdrempelig, buurtgericht project voor maximaal dertig verslaafden. Voor deze mensen wordt wekelijks door hun eigen huisarts een recept voor methadon uitgeschreven. Deze methadon moet dagelijks worden opgehaald op de wijkpost, waar ook de sociale begeleiding plaatsvindt. De huisarts wordt alleen dan ingeschakeld wanneer de verslaafde lichamelijke klachten heeft.
Aangezien twee van de geïnterviewde huisartsen meewerken aan het OHVA-project, zult u in de beschrijving van de interviews, deel 2 van dit verslag, het project een aantal malen tegenkomen.

Ook in het Rotterdamse 'Oude Noorden' gaat men in het najaar van 1985 op kleine schaal beginnen met de buurtgerichte opvang van verslaafden. Bij dit HADON-project (Hulp Aan Drugverslaafden in het Oude Noorden) zijn de huisartsen echter op een andere manier betrokken dan bij het OHVA-project: de verslaafde moet zijn methadon zèlf bij de huisarts ophalen. De sociaal werkers op de wijkpost zorgen voor de begeleiding en waar nodig voor het geven van consultatie ten behoeve van huisartsen.

1.3. Slotopmerking deel 1 - Vraagstelling onderzoek

Het vraagstuk van de behandeling van drugverslaafden door de eerste lijn c.q. de huisarts bekijkend, valt een aantal tegenstellingen op. Enerzijds bijvoorbeeld zijn er voorstanders van de hulp aan drugverslaafden in de eerste lijn, terwijl aan de andere kant tegenstanders van deze hulp zich laten horen. Wat hierbij opvalt is, dat zowel vóór- als tegenstanders zich in hun argumenten beroepen op positieve c.q. negatieve ervaringen die zij met verslaafden hebben gehad.
Om deze reden is het belangrijk om na te gaan, op welke wijze deze ervaringen tot stand komen. En of dit proces wellicht beïnvloedbaar is; zodat eventueel het contact huisarts-verslaafde in de eerste lijn beter kan verlopen. Gezien de beperkingen in tijd en middelen is de vraagstelling nog wat verder ingeperkt en als volgt geformuleerd:

Eerste vraag: Welke factoren - zowel huisarts-, als verslaafde-, als interactie factoren - leiden in de ogen van de huisarts tot positieve c.q. negatieve ervaringen ten aanzien van het contact tussen huisarts en verslaafde?

Een andere tegenstelling zien we in het feit dat de overheden aan de ene kant streven naar het verder betrekken van de eerste lijn bij de opvang van verslaafden, terwijl aan de andere kant de 'methadonbrief' de huisartsen hiervoor waarschuwt en hen aanraadt de verslaafden terug te verwijzen naar de categorale zorg.
Naast de practische voor- en tegen argumenten voor behandeling van verslaafden in de eerste lijn, is hierbij toch steeds de onderliggende vraag of de verslavingsproblematiek thuishoort in de eerste- dan wel in de tweede lijn.
Toegespitst op de huisartsgeneeskunde wordt de tweede vraag in ons onderzoek:

Zien de huisartsen binnen hun discipline mogelijkheden voor de behandeling van drugverslaafden?

Uit deze vraag volgt voor ons onderzoek tenslotte als derde deel van de vraagstelling:

Indien vraag 2 positief wordt beantwoord, is het mogelijk om, op basis van literatuur- en onderzoeksgegevens, een aantal criteria te formuleren waarop drugverslaafde patienten wel/niet in aanmerking kunnen komen voor behandeling door de huisarts (wel of niet thuishoren in de eerste lijn)?

DEEL 2

Onderzoek

2.1. EERSTE ONDERZOEKSRONDE - INVENTARISATIE VAN DE PROBLEMATIEK

Voordat het onderzoek meer expliciet op de vraagstelling werd toegespitst, is eerst een inventarisatieronde gehouden, om inzicht te krijgen op hoe het feitelijke contact tussen huisarts en verslaafde verloopt en waar (om) er tijdens contact problemen ontstaan. Voor deze inventarisatieronde is gebruik gemaakt van de methode van het groepsinterview. Hiertoe werden at random 31 Rotterdamse huisartsen gekozen. Deze huisartsen werden aangeschreven, met de vraag of zij wilden komen praten over hun ervaringen met drugverslaafde patienten. De respons op de uitnodiging was redelijk: uiteindelijk konden twee groepen geformeerd worden, waarvan de ene groep bestond uit 8 personen en de andere groep uit 10 personen.

Als richtlijnen voor de twee groeps-bijeenkomsten werd een aantal aandachtspunten opgesteld, die gebaseerd waren op argumenten die in de literatuur te vinden waren en respectievelijk vóór of tegen de bemoeienis van huisartsen met verslaafden pleiten (zie hiervoor deel 1, resp. p. 5 en p. 6). Geprobeerd werd om tijdens de bijeenkomsten al deze aandachtspunten aan bod te laten komen. Het bleek dat de genoemde punten een aardige weergave waren van wat de huisartsen ervoeren in de dagelijkse praktijk: zonder verdere interventie van onze kant, kwamen in beide groepen tijdens de discussie vrijwel alle door ons gekozen aandachtspunten spontaan aan de orde.

Aan het begin van beide bijeenkomsten werd aan één van de deelnemende artsen gevraagd een ervaring te vertellen die hij/zij had gehad met een verslaafde patient (met welke hulpvraag de patient kwam, of de arts op deze vraag is ingegaan, hoe het contact verliep, enz). Daarna werd aan de andere deelnemers gevraagd of zij het voorbeeld herkenden. Zo werden langzaamaan de andere deelnemers bij de discussie betrokken. Er werd steeds gekeken welke consequenties de ervaringen van de artsen hadden voor hun beleid (bijv. leidt het hebben van een slechte ervaring tot het afkappen van elk contact met verslaafden). Hiermee werd geprobeerd enig zicht te krijgen in de argumenten en ervaringen die meespelen in de beslissing van de huisarts om wel of niet met verslaafden in zee te gaan.

In de ene groep zaten drie huisartsen die zich daadwerkelijk inlieten met de behandeling van een (klein) aantal verslaafden. Zij hadden allen een zeer duidelijk beleid, waarmee zij zichzelf als het ware beschermden tegen mogelijk 'negatieve bijwerkingen' van de verstrekking (bijv. grote aanwas van verslaafde patienten, agressie, enz.)
Van de andere huisartsen schreef er een aantal wel eens bijv. slaapmiddelen of kalmerende middelen voor, terwijl een aantal artsen zich geheel onthield van verstrekking aan verslaafden. Deze laatsten hadden over het algemeen slechte ervaringen met verslaafden òf waren principiëel tegen hulp aan verslaafden in de eerste lijn.

In de tweede groep huisartsen liet geen van de deelnemers zich in met de behandeling van verslaafden. Vrijwel alle artsen hadden negatieve ervaringen opgedaan met verslaafden. Het bleek hun niet mogelijk op een goede manier samen te werken met verslaafden of om afspraken met

ze te maken. Een aantal van deze artsen schreef echter wel eens slaap- of kalmeringsmiddelen voor. Opvallend in deze groep was dat men ten aanzien van de puur somatische klachten juist zeer toeschietelijk was met 'medische hulp'. Eén van de huisartsen verwoordde zijn gevoelens met: "Als ze maar met een fatsoenlijke klacht komen, dan wil ik ze wel helpen". Juist ten aanzien van deze 'somatische' klachten trad als als het ware een overcompensatie op. Men verklaarde dit met: "Je wilt laten merken dat ze voor medische zaken best bij je terecht kunnen, dat je best iets voor ze wilt doen".

Tijdens deze inventarisatie werd duidelijk dat de in de literatuur gesignaleerde tegenstelling tussen vóór- en tegenstanders van behandeling van verslaafden door de huisarts, ook onder de door ons geïnterviewde huisartsen aanwezig was. Aan de ene kant was een klein groepje huisartsen dat wel methadon verstrekte aan een aantal verslaafde patienten. Aan de andere kant was een grotère groep die niets met de behandeling van verslaafde van doen wilde hebben, omdat ze daar alleen maar slechte ervaringen mee had opgedaan. Daar tussenin stond een groep artsen die twijfelde over wat hun bijdrage aan de hulp aan de verslaafde zou kunnen zijn. Veelal hadden de artsen uit deze groep wat slechte ervaringen gehad met verslaafde patienten en hielden daarom nu de boot maar af, omdat ze niet wisten hoe ze escalaties konden voorkomen. Jammer was, dat er tijdens de tweede avond geen huisartsen aanwezig waren die ook goede ervaringen met verslaafden hadden of die zelf verslaafden behandelden. Daardoor kwam - vergeleken met de eerste avond - een nogal ongenuanceerd beeld naar voren, waarbij de huisartsen elkaar versterkten in hun negatieve ervaringen.

Concluderend kan opgemerkt worden dat deze methode van het 'groeps-interview' goed dienst heeft gedaan als eerste inventarisatie van de problematiek, maar dat - wil men een genuanceerd beeld hiervan krijgen - deze methode een vervolg moet hebben. Hierbij zal dan een nauwkeuriger manier van interviewen moeten worden toegepast.

2.2. Tweede onderzoeksronde - interview

Om een nauwkeuriger indruk te krijgen van het contact tussen de huisarts en de verslaafde patient en zodoende een beter zicht te kunnen krijgen op de vraagstelling zoals geformuleerd op p. 7, werd in deze tweede - en belangrijkste - ronde van het onderzoek, gekozen voor de methode van het 'individuele-gedeeltelijk-gestructureerde-interview'. Als uitgangspunt voor dit interview werden de uitkomsten van de inventarisatieronde gebruikt. (Voor de vragenlijst die op grond hiervan is samengesteld, zie bijlage I).

De vragenlijst, aan de hand waarvan het interview werd afgenomen, is met opzet kort gehouden om niet teveel beslag op de tijd van de huisarts te leggen. Alle interviews werden tussen 3 mei en 20 mei 1985 gehouden. Het gesprek werd opgenomen op een cassette-band en later uitgewerkt. Het bleek dat middels deze methode toch in korte tijd een grote hoeveelheid informatie verzameld kon worden.

In totaal zijn in deze 'interviewronde' 14 huisartsen geïnterviewd. Hiervoor zijn alleen huisartsen aangezocht in de buurten in en rond het centrum van Rotterdam, omdat wij verwachtten dat daar de meeste verslaafden wonen en huisartsen dus ook het meest frequent met verslaafden in contact kunnen komen. In deze wijken werden de artsen a-select gekozen (wel werden hierbij de 30 huisartsen die al voor de inventarisatieronde waren aangeschreven uitgesloten).

/.10

Totaal zijn 30 huisartsen benaderd met de vraag of zij aan het onderzoek wilden meedoen. Acht huisartsen hadden naar eigen zeggen geen of nauwelijks contact met verslaafden en vielen om die reden af; vier huisartsen hadden geen zin of tijd om aan het onderzoek mee te werken; vier huisartsen waren met vacantie in de periode van het onderzoek.

Om dit stuk over de beschrijving van de onderzoeksgegevens leesbaar te houden, hebben wij noodgedwongen moeten selecteren uit het beschikbare materiaal. Het is onvermijdelijk dat hierbij informatie verloren gaat. Toch is geprobeerd om in dit verslag zoveel mogelijk meningen, ervaringen en standpunten van huisartsen weer te geven, omdat tijdens de interviews veel huisartsen lieten merken graag te weten hoe hun collega's 'het deden' en welke ervaringen zij hadden opgedaan. Het verslag zal aan alle huisartsen, die voor het onderzoek zijn geïnterviewd, worden toegestuurd.

2.2.1 Enkele gegevens over de onderzoeksgroep

De 14 huisartsen die uiteindelijk voor een interview in aanmerking kwamen, waren als volgt over de wijken van de stad verdeelt:
- 2 huisartsen uit de Afrikaanderwijk
- 2 huisartsen uit Rotterdam-West (1 uit Delfshaven en 1 uit Spangen)
- 4 huisartsen uit Bloemhof/Hillesluis
- 3 huisartsen uit Rotterdam-Noord (1 uit Crooswijk en 2 uit het Oude-Noorden
- 3 huisartsen uit Rotterdam-Centrum (1 uit het Oude-Westen en 2 uit Middelland).

Wat betreft de periode dat de huisarts zijn beroep uitoefent, zijn twee huisartsen langer dan 20 jaar in het vak, zes huisartsen zijn rond de 10 jaar gevestigd en zes huisartsen oefenen het beroep 5 jaar of korter uit.

Het aantal verslaafden dat de huisarts in zijn praktijk heeft, verschilt sterk: twee huisartsen zeggen 30 of meer verslaafde patienten te hebben, zes huisartsen noemen aantallen rond de 10 verslaafde patienten, vijf huisartsen zeggen er ongeveer 3-5 te hebben een één huisarts heeft er op dit moment geen.
Deze cijfers zijn door de huisartsen gebaseerd op het aantal verslaafden dat op het spreekuur geweest is. Zij vermelden er echter allemaal bij dat het zeer goed mogelijk is dat er meer verslaafden onder hun patienten zitten die zij niet als zodanig herkennen. Het aantal verslaafden in Rotterdam wordt geschat op 4.000 (schatting Boumanstichting, oktober 1985), waarvan ongeveer 900 in een hulpverleningsproject zijn ondergebracht. Voor de meeste projecten is momenteel geen wachtlijst.

2.2.2 Wanneer en waarom komt de verslaafde naar de huisarts?

Hoewel de huisartsen in de inventarisatieronde aangaven dat zij eigenlijk voornamelijk in de weekend- en avonddiensten met verslaafden werden geconfronteerd, wordt dit in de individule interviews slechts door twee huisartsen genoemd. De meeste huisartsen zeggen wel dat ze voorheen in de diensten vaak geconfronteerd werden met verslaafden, maar dat dit sterk is verminderd sinds er goede afspraken zijn gemaakt in de waarneemgroepen. In alle waarneemgroepen is de afspraak gemaakt dat er in de diensten hooguit ter overbrugging wordt verstrekt, maar alleen dan als men er niet omheen kan (bijv. bij agressie) of wanneer er een duidelijke indicatie voor is. Deze afspraken blijken in de waarneemgroepen van alle geïnterviewde huisartsen gemaakt te zijn en alle huisartsen zeggen

/.11

- zonder uitzondering - zich aan deze afspraken te houden.

Op het spreekuur wordt de ene huisarts vaker dan de andere met verslaafden geconfronteerd. Men zou voorzichtig kunnen stellen, dat de huisarts, die absoluut niet ingaat op de vraag van de verslaafde en geen middelen verstrekt op den duur zeer weinig tot geen verslaafden meer op zijn spreekuur krijgt. De stelling echter dat van de huisarts die wél ingaat op de vraag van de verslaafden en in sommige gevallen wél middelen verstrekt, een aanzuigende werking naar andere verslaafden zou uitgaan, blijkt niet op te gaan. Zeker niet als de huisarts zich beperkt tot de patienten uit zijn eigen praktijkpopulatie.

Alle geïnterviewde artsen gaan overigens alleen contacten aan met verslaafden die in de praktijk zijn ingeschreven. Het blijkt dat de meeste verslaafden die op het spreekuur verschijnen al langere tijd tot de praktijk behoren. Slechts af en toe - zo geven de meeste huisartsen aan - verschijnt er een verslaafde die niet is ingeschreven of nog maar nét (komt bijvoorbeeld met een voorlopig inschrijvinsbewijs). Door alle geïnterviewde huisartsen wordt ten aanzien van déze groep snel duidelijk gemaakt wat zij van de huisarts kunnen verwachten. De verslaafde kan op basis van die informatie zelf beslissen of hij patient wil blijven of niet. Niet zelden komt het dan voor dat wanneer de huisarts te kennen geeft dat hij geen middelen verstrekt, de verslaafde zich weer snel laat uitschrijven. Dit roept nogal eens wat frustraties op bij de huisartsen: "Als je zegt je krijgt niets, maar je kunt altijd komen voor een praatje of een kop koffie, dan zie je ze niet meer terug. De aandacht die ik ze wil geven willen ze niet".

Toch blijkt het niet zo te zijn dat verslaafden alleen maar voor 'een receptje' bij de huisarts komen. Op de vraag waarom verslaafden naar het spreekuur komen, zijn de antwoorden zeer uiteenlopend.
Vier huisartsen zeggen dat verslaafden alleen met somatische klachten komen. Twee van deze vier echter zijn aangesloten bij het OHVA-project (zie voor beschrijving hiervan p. 6), waarin de taak van de huisarts louter beperkt is tot het in actie komen bij lichamelijke klachten. Vijf huisartsen geven aan dat de verslaafden bij hen alleen voor het verkrijgen van middelen komen. Soms - zo zeggen zij - gaat de vraag ernaar gepaard met een heel mooi verhaal, wordt als het ware ingepakt; soms ook vragen ze er direct naar, maar die vraag om middelen is altijd waar het uiteindelijk op uit komt. Vijf andere huisartsen geven aan dat het verschillend is waar verslaafden mee op het spreekuur komen. Soms is het alleen met de vraag naar middelen, soms komen ze alleen voor lichamelijke klachten, soms ook met weer andere vragen. Deze huisartsen zeggen dat naarmate je langer contact met de verslaafden hebt, je steeds meer gewoon als 'huisarts' gezien gaat worden.

Wanneer we nagaan hoe deze groepen huisartsen tegen verslaafden aankijken, dan is opvallend dat de huisartsen behorende tot de laatst genoemde groep, over het algemeen vrij neutrale gevoelens ten aanzien van verslaafde patienten hebben. Ze beschouwen de verslaafde als een (soms lastige) patient, waar je in sommige gevallen wél eens iets en in andere gevallen niets voor kan doen. Dit in tegenstelling tot de artsen in de daarboven genoemde groep die de verslaafde toch over het algemeen bestempelen als een lastige patient, welke ze het liefst zo snel mogelijk weer zien vertrekken.

/.12

2.2.3 Hoe verloopt het contact

Alle geïnterviewde huisartsen zeggen dat ze verslaafden in eerste instantie toch wel anders benaderen dan andere patienten. Vier huisartsen geven aan, bij voorbaat veel wantrouwen te hebben of zelfs angstig te zijn. Zeker als ze de verslaafde nog niet goed kennen.

Twee huisartsen zeggen dat hun benadering in zoverre anders is, dat zij extra bedacht zijn op somatische complicaties, die het druggebruik met zich meebrengt.
De grootste groep huisartsen, acht van de veertien, zegt de verslaafde patient misschien in eerste instantie wel wat anders te benaderen, maar - ondanks dat - ze als gewone patient te willen behandelen. Met name de groep verslaafde patienten die al wat langer bij de huisarts bekend is en waarmee een relatie is opgebouwd, waarin beide partijen weten waar ze aan toe zijn, is normaal contact mogelijk, aldus deze huisartsen.

Vrijwel allemaal stellen zij, dat juist door het maken van goede strakke afspraken, het mogelijk is een werkzame relatie met bepaalde verslaafden te krijgen. Het gaat hier met name om de groep verslaafden die een redelijk stabiel leven leidt en sociaal enigzins geworteld is. Met de groep verslaafden die een zeer zwervend bestaan leidt, zeggen alle geïnterviewde huisartsen weinig te kunnen en te willen.

Of de huisarts ook werkelijk tot een vorm van hulpverlening komt en onder welke condities dat dan gebeurt, verschilt sterk. Zes huisartsen weren het contact zoveel mogelijk af en zijn zeker niet bereid hetzij methadon, hetzij tranquilizers voor te schrijven. Drie huisartsen willen slechts onder zeer strenge condities, in zeer uitzonderlijke omstandigheden, een deel van de begeleiding van één enkele verslaafde op zich nemen. Vijf artsen houden zich wel bezig met de behandeling van enkele verslaafden uit hun eigen praktijk. Deze 'behandeling' varieert van het verstrekken van tranquilizers tot methadon en van het praten over lichamelijke klachten tot en met de psycho-sociale problematiek. De condities waaronder middelen verstrekt worden verschillen per arts. De ene arts zegt: "Ik wil alleen verstrekken als ze afkicken", de ander zegt: "Ze moeten zich in ieder geval aan de praktijkregels houden". Duidelijk is dat allen het erover eens zijn dat alleen goede afspraken vooraf een goed verloop van het contact waarborgen: "Ze moeten zich houden aan mijn condities. Ik stel de voorwaarden en de regels".
Eén van de huisartsen gaf tijdens het interview heel duidelijk aan hoe hij verslaafden benadert, op welke wijze hij met ze omgaat: "Ik benader ze zeker wel anders, enerzijds amicaal, anderzijds ook wel hard. Als je het al te afstandelijk houdt dan hoor je alleen een heleboel slappe leugens. Probeer je wat amicaler te zijn, dan komen er toch wel echte verhalen. Aan de andere kant ben ik streng. Ik stel een contract op en wie zich daar niet aan houdt, krijgt niets meer (deze huisarts verstrekt aan 10 patienten tranquilizers/slaapmiddelen). Van groot belang is dat ik die jongens zeg: je moet op mijn tijd komen en niet op jullie tijd. Je moet afspraken met elkaar kunnen maken. De eerste afspraak is dat je net als andere mensen vroeg op kunt staan om naar je huisarts te gaan, en niet om drie uur nog even bellen omdat je er juist achter komt dat je pillen op zijn".

Op de vraag of drugverslaafden zich anders ten opzichte van hun huisarts opstellen dan andere patienten, antwoordden 6 huisartsen 'ja, ze stellen zich anders op', 6 huisartsen antwoordden 'dat hangt ervan af' en 2 huisartsen vonden niet dat verslaafden zich principieel anders gedragen dan andere patienten. De argumenten en overwegingen die

/.13

door de huisartsen werden genoemd, zal ik hieronder apart weergeven:
De huisartsen uit de groep die vond dat verslaafden zich duidelijk anders opstelden dan andere patienten noemden de volgende voorbeelden:
"ze vragen niets, ze eisen alleen maar"; "ze leggen alles bij jou"; "ze draaien er omheen, ze komen met een andere vraag, maar uiteindelijk gaat het altijd om die middelen:; "ze trachten je op een schandalige wijze te bedotten".
Wanneer we kijken naar de antwoorden die deze huisartsen geven op de vraag 'welk gevoel roept de verslaafde bij u op', blijkt dat zij over het algemeen ook weinig positieve gevoelens jegens verslaafden koesteren. Eén huisartsen zegt bijvoorbeeld: "Hevige minachting aan de ene kant en zielig aan de andere kant. De vindingrijkheid van deze figuren grenst aan het onwaarschijnlijke". Een ander zegt: "Veel negatieve gevoelens, heel veel, het heeft me in die tien jaar veel schade berokkend". Weer een anreageerde met: "je praat erop in, maar je hebt niet het idee dat het iets uitmaakt". Tot slot de reactie: "Ergens irritant, je kunt niet gewoon functioneren als huisarts. Het irriteert je om als drogist behandeld te worden. Ze komen een bestelling bij je plaatsen. Dat vind ik erg frustrerend".

Bij de tweede groep van 5 huisartsen, die op de vraag of drugverslaafden zich anders opstellen dan andere patienten, antwoordde 'dat hangt er vanaf', wordt door een aantal huisartsen aangegeven dat het erop lijkt, alsof de verslaafde en de huisarts elkaar in de eerste contacten uittesten, op de proef stellen. Wanneer echter een beetje duidelijk is wat men aan elkaar heeft en wat men kan verwachten, haakt de verslaafde òf af (omdat hij merkt dat hij niet kan krijgen wat hij wil), òf beide partijen zijn in staat een werkbare relatie op te bouwen. Dit proces kan zich in één consult afspelen, maar ook in verschillende opeenvolgende consulten, gedurende langere of kortere tijd. Eén van de huisartsen zegt hierover: "Het hangt ervan af hoelang je iemand kent. Als je iemand langer kent, als je afspraken kunt maken is het best mogelijk om een relatie op te bouwen, waarin zij zich gaan gedragen als andere patienten". Een andere arts zegt: "Als ze zelf gemotiveerd zijn, dan loopt het naar mijn ervaring heel rustig, heel gewoon, net als bij andere patienten".
Als we kijken naar de gevoelens die de verslaafde bij deze groep huisartsen oproept, zien we ook weer veel verschillende antwoorden. Twee reacties: "Het hangt ervan af hoe ze zich opstellen, maar gevoelens probeer je juist weg te drukken, want vaak zijn die gebaseerd op vooroordelen", en "Het ligt eraan wat voor persoon het is. Soms heb ik heel veel medelijden met zo'n jongen, dan voel je toch wel iets van hun ellende, want dat is het toch. Soms heb ik dat veel minder, dan handel ik gewoon practisch".
Er zijn ook artsen die gewoon ontzettend boos worden, als een verslaafde zich bijvoorbeeld niet aan de afspraken houdt: "Als zij zich niet aan de regels houden, wil ik laten merken welke reactie dat geeft bij mensen. Ze moeten de gevolgen van hun gedrag ook ondervinden".
Het antwoord van één van de huisartsen op de vraag 'wat voor gevoel roept de verslaafde bij u op', valt nogal uit de toon, maar wordt waarschijnlijk met name door de huisartsen in de oude stadswijken herkend en is daarom wellicht aardig om te vermelden: "Ik heb weleens het gevoel van 'daar heb je er weer één'. Dat komt dan eigenlijk omdat dit zo'n wisselende wijk is. Veel oude patienten, veel gezinnen trekken weg en daar komen dan eenlingen voor in de plaats. Veel van die mensen brengen problemen met zich mee, o.a. de drugverslaving. Vandaar dat je dan wel eens denkt 'daar heb je er weer zo één'".

/.14

Tot slot zijn er twee huisartsen die vinden dat verslaafden zich niet wezenlijk anders opstellen dan andere patienten. Hierbij is opvallend, dat dit twee zeer van elkaar verschillende huisartsen zijn. De ene huisarts is verbonden aan de OHVA, en heeft zich van het begin af aan bemoeid met de opvang van verslaafden in de eerste lijn. De andere huisarts is de enige van al de geïnterviewde huisartsen die expliciet heeft gezegd dat hij het verslavingsprobleem in de tweede lijn thuis hoort vinden.
De huisarts die samenwerkt met de OHVA zegt over het gedrag van verslaafden: "Het gedrag zelf tref je ook aan bij andere mensen die iets van je gedaan willen hebben, waar jij niet aan mee wil werken. Daarin onderscheiden ze zich dus niet. Het is het typische gedrag van het 'alsmaar doorgaan', ieder argument wordt ontzenuwd, na een hele tijd praten ben je gewoon weer bij het begin en je kunt hetzelfde verhaal weer de ronde laten gaan. Je treft dit gedrag bijvoorbeeld aan bij mensen met een fobie voor kanker, die steeds verwijsbriefjes of medicijnen komen halen, terwijl je al een aantal malen hebt duidelijk gemaakt dat ze lichamelijk kerngezond zijn".
De andere huisarts, die vindt dat hij niet anders benaderd wordt door de verslaafde, beargumenteert dit verder niet. Over het gevoel dat de verslaafde bij hem oproept zegt hij: "Weinig, soms, als er één komt die het je moeilijk maakt, dan denk ik 'daar heb je hem weer'. Maar verder niets speciaals".

2.2.4. Het doel van de hulpverlening aan verslaafden

Op de vraag wat het uiteindelijke doel van de hulpverlening aan verslaafden moet zijn, antwoordden vijf huisartsen dat 'het afkicken' als belangrijkste doel moet worden gezien. De ene huisarts zegt het wat duidelijker dan de andere: "Gedetoxificeerd krijgen en inpassen in het maatschappelijk bestel"; "Terug in de maatschappij en dat kan alleen met een beetje dwang"; "Ze ervan af helpen is het belangrijkste doel en zolang dat nog niet gebeurd is zorgen dat ze maatschappelijk een beetje draaien".

De andere huisartsen noemen de afkick niet als primair doel van de hulpverlening, alhoewel de meesten wel aangeven te hopen dat de verslaafde eens clean zal worden. Het doel van de hulpverlening moet volgens hen zijn: "mensen weer een redelijk stabiel leven laten leiden, gezond houden en minder crimineel en lastig". De verslaafde in evenwicht krijgen (bijv. op een lage dosis methadon) is al een heel mooi streven, vinden deze artsen. Eén van de huisartsen formuleert het als volgt: "De mensen die erom vragen moet je aanmoedigen in hun proces van afkicken, dus het overwinnen van de verslaving. Aangezien verslaving een sociaal probleem is, is de begeleiding die zich richt op de sociale omstandigheden het belangrijkst. Het is heel belangrijk dat mensen iets hebben waarop ze terug kunnen vallen. Dat is veel belangrijker dan die methadon die ik ze geef. Daarom geef ik ze die ook alleen nog als die achtergrond er is, anders heeft het volgens mij geen zin: het proces van maatschappelijk herintegreren probeer ik te ondersteunen met methadon".

Wanneer het gaat om de bijdrage van de huisarts in het nastreven van dit hulpverleningsdoel (mensen weer een redelijk stabiel leven laten leiden, al dan niet ondersteund door methadon), is er een aantal huisartsen terughoudend: "Dat is niets voor mij, dat kan ik niet"; "Een arts kan dat nooit in z'n eentje"; "Een huisarts krijgt daar nooit een vinger tussen. Je kunt nooit achterhalen wat de motieven van de verslaafden zijn, je weet nooit of ze nou echt willen afkicken, bijvoorbeeld"; "Dat kost veel te veel tijd"; "Daar ben ik niet deskundig voor".

Zoals al eerder werd genoemd, vervult een aantal huisartsen wel een duidelijke taak in de behandeling. Zij verlenen hulp aan verslaafden met als doel: een kleine randgroep pogen tegen te houden volledig verslaafd te worden of terug te vallen. Zij doen dit op zeer kleine schaal (niet meer dan 10 mensen; meestal ± 3), alleen met mensen uit hun eigen praktijk en hanteren duidelijke regels. "In principe ben ik bereid om aan mensen die bij mij ingeschreven staan en die verslaafd zijn geworden en via het CAD (Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs) of andere instellingen bij mij terecht gekomen zijn, met de vraag of ik ze wil helpen afkicken, methadon voorschrijven. Niet voor mensen die hier zomaar binnen komen waaien, die stuur ik weg. Dus in principe sta ik positief tegenover hun vraag of ik ze wil helpen. Ik vind dat een taak van mijn pakket...
Als alle huisartsen het tot hun normale pakket zouden rekenen (voor hun eigen patienten) dan zouden de artsen in het centrum van de stad veel minder overlast hebben"

Sommige huisartsen willen wel een deel van de hulpverlening aan verslaafden op zich nemen, maar zij beperken zich daarbij tot het behandelen met psychofarmaca (géén methadon). De reden om psychofarmaca te verstrekken en geen methadon, komt niet helder uit de interviews naar voren. Een aantal malen werd het feit dat er genoeg mogelijkheden zijn om methadon verstrekt te krijgen als argument genoemd. In hoeverre het Staatstoezicht op de Volksgezondheid hierin meespeelt (o.a. methadonbrief, 24) wordt niet duidelijk. Wel kwam naar voren dat de huisartsen die niets met de behandeling van verslaafden met welk middel dan ook, te maken willen hebben, zich gesterkt voelen door de 'methadonbrief'.

2.2.5. Kennis en practische vaardigheden

Wanneer de éne huisarts zich wél met de behandeling van verslaafden bezighoudt, zichzelf daar blijkbaar wél deskundig toe acht en de andere huisarts niet, wordt het interessant om eens te kijken naar de inhoud van dat begrip deskundigheid.
Op de vraag of de huisarts vindt dat hij voldoende kennis van de verslavingsproblematiek heeft, antwoordden de meeste huisartsen niet echt goed met de problematiek bekend te zijn. Slechts twee huisartsen gaven aan van wel. Vooral de kennis over de achtergronden van verslaafden en het practisch gebruik van de middelen en hun uitwerking, vindt men onvoldoende. De huisartsen hebben de kennis die ze bezitten veelal opgedaan door zelfstudie, het lezen van artikelen en door wat ze in de praktijk - met vallen en opstaan - hebben geleerd. Allen gaven aan dat de kennis die ze in de opleiding verwierven wat dit onderwerp betreft, nihil of niet adequaat was.

Dat het hebben van 'voldoende kennis' een relatief begrip is, getuigt bijvoorbeeld de reactie van een huisarts die zich niet met de hulp aan verslaafden wil bezighouden: "Ik kan met de kennis die ik heb uit de voeten, omdat ik de echte verslavingsproblematiek buiten de deur houd".
Een andere huisarts zegt: "Nee hoor, ik heb onvoldoende kennis. Vandaar dat ik blij ben dat we het kunnen afschuiven naar de instanties waar die kennis wel is. Ik lees braaf de artikelen van Els Noorlander in Medisch Contact, die vind ik erg goed. Verder weet je wat uit ervaring. Je hebt wel een heleboel theoretische kennis, maar daar kom je er niet mee".

/.16

Opvallend is dat dit punt door een aantal huisartsen genoemd is: het gaat niet zozeer om de theoretische kennis, maar veel meer om hoe je met de verslaafde en zijn verslaving om moet gaan, welke afspraken je kunt maken, waar en hoe je een grens moet trekken. "Het practisch handelen, dat is juist zo moeilijk, hoe moet je afspraken maken en hoe hou je zicht op wat ze doen buiten de praktijk met de spullen die je geeft".

Wanneer we terug gaan naar het begrip deskundigheid, dan blijkt de invulling daarvan te worden bepaald door kennis en door practische vaardigheden. De combinatie van deze twee aspecten lijkt noodzakelijk om het contact tussen huisarts en verslaafde een kans van slagen te geven (en daarmee de behandeling).

2.2.6. De opvattingen ten aanzien van de organisatie van de hulpverlening aan verslaafden

In deel I van de scriptie wordt de tendens weergegeven om de verslavingszorg voor een deel in de eerste lijn onder te brengen. Zowel op landelijk als op stedelijk niveau worden hiervoor in beleidsnota's plannen uiteen gezet (zie pag. 3). De vraag naar de meningen van de huisarts ten aanzien van deze tendens, werd door de huisartsen die zich niet met verslaafden willen inlaten, logischerwijs negatief beantwoord. Maar ook de huisartsen die zich nu wel bezighouden met de behandeling reageren niet enthousiast op de plannen: "Ik zou het vervelend vinden als de plannen van de wethouder doorgaan. Dat gaat dan onder het mom van integratie, maar het is natuurlijk een verkapte bezuiniging". Een andere reactie: "Huisartsen krijgen steeds meer problemen toegeschoven, het dieptste motief zijn de bezuinigingen". De huisartsen geven verder aan, dat ze àls ze hulp bieden aan verslaafden, zij in ieder geval zèlf willen beslissen aan wie ze dat wèl en aan wie ze dat níet doen.

De meeste ondervraagde huisartsen vinden het echter wel een goed idee om de opvang en behandeling van verslaafden wat kleinschaliger op te zetten, al dan niet in de buurt waar de verslaafde woont.
De twee huisartsen van de OHVA, die ervaring hebben met kleinschalige wijkgerichte opvang van verslaafden, gaven beiden aan dat zij tevreden zijn met de opvang en hun rol als huisarts daarin. Wel merkte één van de huisartsen op: "De OHVA zal ook moeten bewijzen dat het goed werkt, want daar is verder nog niets over bekend, met name ten aanzien van de resultaten. Op zich is het voor de huisarts een fijne manier van opvang, het ontlast de huisarts. Maar gaat het daar in eerste instantie om? Je hebt het probleem weer bij één groep die er last van had weggenomen, maar voor de verslaafde en zijn omgeving is er misschien niets verbeterd".
Ook de huisartsen in de wijken naast de Afrikaanderwijk (waar de OHVA is gevestigd), zien de OHVA over het algemeen als een geschikte manier om kleinschalige buurtgerichte hulpverlening op te zetten. Eén van hen zegt: "Ik denk dat wijkgerichte hulpverlening een verbetering zou zijn ten opzichte van de stedelijke hulpverlening. Daar hoor je van verslaafden niet zoveel goeds van en ook de statistieken melden geen bijster goede resultaten. Je zit bij de stedelijke hulpverlening met een concentratie van verslaafden en zo maak je ze los van de maatschappij; ze vormen daar ook weer een scene. Het is denk ik veel beter om de verslaafde in zijn eigen wijk te helpen en te laten groeien, als hij dat tenminste wil".

/.17

Ondanks het feit dat de meeste geïnterviewde huisartsen zeker iets voelen voor de opvang van verslaafden in de eigen wijk, noemen zij ook allemaal een aantal nadelen hiervan op. Enkele bezwaren zijn:

- In de wijken waar veel verslaafden wonen, wordt de opvang evengoed grootschalig, wat toch ook een concentratie van gebruikers, scene-vorming en overlast teweeg kan brengen;
- Wij kunnen alleen mensen helpen die nog iets hebben om op terug te vallen (familie, relaties) anders is de taak voor een individuele huisarts veel te zwaar. Dus de grootstedelijke hulpverlening zal er altijd moeten blijven voor een bepaalde categorie;
- Als de huisarts een taak krijgt in de opvang van verslaafden zal hij daarvoor meer tijd ter beschikking moeten krijgen, want de opvang en begeleiding van verslaafden kost veel meer tijd dan bij een gewone patient;
- "Ik zou me er niet voor willen lenen om alleen een recept uit te schrijven. Maar als je de mensen ziet en je bent in staat ze te begeleiden, dan kun je daar misschien wel bevrediging uit halen. Maar daar zal dan wel een heel team van deskundigen omheen moeten staan om de huisarts te begeleiden, want ik zou niet weten hoe ik dat zou moeten aanpakken of hoe ik me zou moeten gedragen. Dat moeten ze me dan wel eerst leren. Anders zou het denk ik bij mij direct uit de hand lopen".

Eén van de geïnterviewde huisartsen is tevens verzekeringsarts. Hij voorziet nogal wat problemen op het personele vlak: "Ik zie in de praktijk als verzekeringsarts nogal eens wat werkers van het CAD en dergelijke instellingen, die het werk niet meer volhouden. Wie moet dat werk in de wijk eigenlijk gaan doen en waar moeten deze mensen en huisartsen ook, hun feedback vandaan halen?".

Twee geïnterviewde huisartsen staan op het standpunt dat de hulpverlening aan verslaafden thuishoort in de tweede lijn, bij de gespecialiseerde instellingen. Zij vinden de verslavingsproblematiek dermate gecompliceerd en problematisch, dat zij niet zien hoe op wijkniveau of in de eerste lijn de opvang plaats zou kunnen vinden: "Verslaafden houden zich niet aan de afspraken. Ze weten precies dat als jij een druk spreekuur hebt, hun chantage-technieken beter werken. Verder zijn ze absoluut niet wijk-gebonden".

2.2.7. De visie van de huisarts op de verslavingsproblematiek

Het verslavingsprobleem wordt door geen van de artsen gezien als een medisch probleem. Eén van de huisartsen merkt op dat onthoudingsverschijnselen wel gezien kunnen worden als een medische complicatie, maar hij zegt erbij, dat het volgens hem nog de vraag is of die door een huisarts behandeld moet worden.
Verreweg de meeste huisartsen (tien) noemen de verslavingsproblematiek een 'sociaal'- of 'maatschappelijk' probleem: "Het heeft te maken met het soort wereld waar we in zitten". Verslaving slaat, volgens deze artsen, vooral toe bij jonge mensen en het heeft veel te maken met het zoeken naar een identiteit: "Voor jongeren die in deze wereld geen identiteit kunnen krijgen is junk zijn een alternatief; als je junk bent, dan ben je iets". Door sommige huisartsen wordt het verslavingsprobleem een maatschappelijk probleem genoemd, omdat de maatschappij het toestaat dat de middelen overal verkocht kunnen worden: "Het is volop te krijgen in Nederland. Overheid en maatschappij laten het maar gebeuren. Het is te gemakkelijk om eraan te komen".

/.18

Twee huisartsen spreken over de verslavingsproblematiek als over een ongeneselijk c.q. onoplosbaar probleem. Zij pleiten beiden voor een harde aanpak. De ene huisarts zegt: "Op vrijwillige basis lukt het niet om af te kicken". De ander zegt: "Zolang je mensen vrij laat om verslaafd te zijn, zullen ze verslaafd blijven".
Door een aantal huisartsen werd er verder op gewezen, dat elke tijd zijn eigen verslaving kent, het hoort erbij. Verslavingsmechanismen zijn niet zo gemakkelijk uit te bannen, aldus deze artsen.

Op de vraag wat de huisartsen zien als oorzaak voor de verslaving, zijn veel verschillende antwoorden gegeven.
Een aantal oorzaken die werden genoemd zijn bijvoorbeeld:
- stoornissen in de vroege ontwikkeling van het kind;
- adolescenten problematiek (hoe sterk sta je in je schoenen als je ermee in aanraking komt);
- verzetshouding;
- maatschappij die jongeren niet veel vreugde tot leven geeft;
- onvrede met het leven, geen plezier kunnen hebben;
- pushen van dealers;
- nieuwsgieringheid.

2.2.8. De preventieve taak van de huisarts

Over de preventieve taak die de huisarts ten aanzien van deze problematiek zou kunnen hebben, zijn alle geïnterviewde huisartsen pessimistisch. Aangezien er niet een specifieke risico-groep is te onderscheiden, is niet duidelijk op wie men de preventie moet richten. Bijkomend probleem dat door de huisartsen werd genoemd, is dat de groep die percentueel gezien het minst vaak op het spreekuur verschijnt (de jongeren), de meeste kans loopt om verslaafd te worden. De huisarts wordt vaker geconfronteerd met ouders die komen met problemen over hun kinderen. Maar daarbij blijkt dat ouders er vaak ook pas achter komen dat hun kinderen verslaafd zijn, als het al te laat is.
Ondanks het pessimisme van de meeste huisartsen, probeerden twee huisartsen toch, in het klein iets van hun preventieve taak te verwezenlijken: één huisarts had bijvoorbeeld het plan om een aantal avonden te houden voor de buurtbewoners. Onder andere zou een avond georganiseerd worden, waarop informatie over de verslavingsproblematiek wordt verstrekt. De hoop van deze huisarts is, dat met name ouders door dit soort avonden een beetje wijzer worden, zodat zij misschien eerder signaleren als er iets mis is. De andere huisarts zegt: "Je probeert het zo snel mogelijk op tafel te krijgen als je vermoedt dat er zoiets speelt in een gezin. Dat is in feite het enige wat je kunt doen: op één of andere manier aan de patienten duidelijk maken dat ze veel aan je kunnen vertellen, dat alles bespreekbaar is. Ik probeer dat te bevorderen door in mijn wachtkamer affiches over dit soort problematiek op te hangen".

Aangezien de meeste artsen het verslavingsprobleem zien als een maatschappelijk- of sociaal probleem, vinden zij dat met name de overheid een belangrijke taak heeft op preventief terrein. De overheid, zo zeggen de huisartsen, kan ook veel beter nagaan wat de risicogroepen zijn, zodat ze preventie daarop kunnen richten.

2.2.9. *Samenwerking*

Hoewel de meeste huisartsen het verslavingsprobleem bestempelen als een sociaal probleem, blijkt dat zij op dit punt nauwelijks samenwerken met andere disciplines, die hulp proberen te bieden in de direkte leefsituatie van mensen - hun sociale omgeving.
Maar liefst acht huisartsen zeggen, dat ze niet weten of bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige of het maatschappelijk werk wel eens met de verslavingsproblematiek geconfronteerd wordt (vier van deze huisartsen bestempelen het verslavingsprobleem wèl als een sociaal probleem).
Vijf huisartsen weten niet of de wijkverpleegkundige met de problematiek geconfronteerd wordt, maar weten wel dat het maatschappelijk werk er regelmatig mee in aanraking komt. Over het algemeen blijkt het maatschappelijk werk volgens hen in frequentie minder met de verslaafde zèlf te maken te krijgen, maar meer met de uit de verslaving voortvloeiende gezins- en relatieproblemen.
Eén huisarts zegt niet te weten of het maatschappelijk werk met verslaafden of verslaving in aanraking komt, maar aangezien hij samen met de wijkverpleegkundige het consultatiebureau doet en daar regelmatig moeders of vaders komen die heroine gebruiken, weet hij dat de wijkverpleegkundige er wel mee in aanraking komt.

Het contact tussen de huisartsen en gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg vindt evenmin frequent plaats. Twaalf van de veertien huisartsen zeggen weinig tot geen contact te hebben: "Heel weinig contact mee, ik kan ze wel bellen voor advies, maar echt samenwerking bestaat niet".
Het contact blijft, zoals blijkt, beperkt tot af en toe een briefje of een telefoontje, van één van de instellingen aan een arts om te laten weten dat een patient in een programma is opgenomen of er weer is uitgeschreven. De meeste huisartsen hebben een neutraal gevoel ten aanzien van de gespecialiseeerde instellingen. Een klein aantal had wat slechte ervaringen gehad, een klein aantal had goede ervaringen.

2.3. *Conclusies, deel II*

De ene huisarts zal meer met verslaafden geconfronteerd worden dan de ander, maar er zijn waarschijnlijk maar weinig huisartsen die nog nooit met verslaafden te maken hebben gehad. Ook de huisartsen die vooraf aan het onderzoek meedeelden dat zij 'geen contact' met verslaafden hadden, en om die reden af moesten vallen, bleken bij nader doorvragen toch - zij het sporadisch - wel eens met verslaafden te zijn geconfronteerd.

Zowel bij de huisartsen uit de eerste, als bij de huisartsen uit de tweede ronde, bestond zeker interesse voor het onderzoeksonderwerp. Over het algemeen hoefde er weinig moeite gedaan te worden om de tongen los te krijgen. Ook bijvoorbeeld de frustraties en onmachtsgevoelens werden zonder meer door de huisartsen op tafel gelegd. Dat huisartsen problemen hebben met drugverslaafden blijkt alleen al uit het feit dat in de waarneemgroepen van alle geïnterviewde huisartsen afspraken zijn gemaakt omtrent de opstelling naar verslaafden (m.n. in de avond- en weekend diensten).
In de meeste gevallen wordt in deze afspraken de lijn uit de methadonbrief gevolgd, dus een afwijzende houding t.o.v. de behandeling van verslaafden. Het feit dat alle geïnterviewde huisartsen zeggen zich ook aan deze afspraken te houden, lijkt uniek. Niet vaak zal het voorkomen dat huisartsen ten aanzien van een maatschappelijk probleem een zo gelijkluidend standpunt innemen.

/.20

Deze afwijzende houding lijkt inderdaad tot gevolg te hebben dat huisartsen minder worden lastig gevallen door verslaafden. Zoals uit de individuele interviews naar voren komt, worden de huisartsen - naar eigen zeggen - minder lastig gevallen door verslaafden, dan een aantal jaren geleden het geval was. Ook huisartsen, die een aantal jaren een praktijk hebben, geven aan dat naarmate de stellingname van de huisarts duidelijk afwijzender is, de contacten afnemen.
Uit het onderzoek komt naar voren dat duidelijkheid in de houding van de huisarts naar de verslaafde belangrijk is. Ook huisartsen die het contact met verslaafden niet willen afhouden, geven aan dat duidelijkheid over wat de verslaafde wel en niet van de huisarts kan verwachten, een voorwaarde is voor het ontstaan van een werkbare relatie.
De in de literatuur (deel I) geconstateerde tegenstelling tussen voor- en tegenstanders van de behandeling van verslaafden door de huisarts, wordt ook in de onderzoeksgegevens teruggevonden. Daarbij wordt, evenals uit de literatuur bleek, zowel door voor- als tegenstanders in de ondersteuning van hun argumenten een beroep gedaan op hun eigen ervaringen: zonder op nuances te letten, kan gezegd worden dat de artsen die het contact afhouden, over het algemeen slechte ervaringen hebben opgedaan met verslaafden (bijv. agressief benaderd, bestolen, problemen in de wachtkamer, geruzie over de hoogte van de dosis van een voorgeschreven middel, verstrikt raken in de complexiteit van de problemen of gefrustreerd vanwege de slechte resultaten).
Door de artsen die wél zelf behandelen wordt overigens ook aangegeven dat het contact met de verslaafden niet altijd even bevredigend verloopt.
Ook zij geven aan dat een aantal verslaafden het af liet weten, omdat zij de regels die de huisarts stelde te steng vond. Ook zij vertellen soms doodmoe te worden van steeds maar hetzelfde verhaal van verslaafden voor wie de huisarts "de enige is die hem nog kan helpen".
Toch lijkt het alsof deze huisartsen de ervaringen kunnen nuanceren, door ze te relateren aan de gevallen waar het wél goed gaat.
Door deze laatste groep huisartsen werd ook een duidelijk onderscheid tussen de verschillende verslaafden gemaakt: aan de ene kant de "zwervers" aan de andere kant de wat meer "geïntegreerde verslaafden". De huisartsen die het contact met verslaafden afhielden, maakten dit onderscheid ook wel, maar riepen met hun (negatieve) ervaringen toch steeds het beeld van de verloederde verslaafde op (zwerver).
Bij het zoeken naar criteria waarop verslaafden wel of niet voor de behandeling door de huisarts in aanmerking kunnen komen, lijkt dit onderscheid tussen de verschillende groepen verslaafden zeker van belang. In deel III van de scriptie wordt hier nader op ingegaan.

Hoewel de meeste huisartsen er wel vóór zijn om de opvang van verslaafden wat kleinschaliger op te zetten, (indien mogelijk in de buurt waar de verslaafde woont), zijn zij er geen van allen enthousiast voor om zomaar hun medewerking te verlenen. Met name de plannen van de gemeente Rotterdam om de verslaafde, waarmee het goed gaat bij de hulpverleningsinstelling, terug te verwijzen naar de eigen huisarts om daar de behandeling af te laten ronden (o.a. om de instellingen te ontlasten), stuit op veel verzet bij de huisartsen. Zij die nu de behandeling afhouden, omdat ze zichzelf niet deskundig genoeg achten, of omdat ze om principiële of practische redenen geen methadon willen verstrekken, zien niet in waarom al deze redenen opeens niet meer geldig zouden zijn.

/.21

Ook de huisartsen die nu wel een aantal verslaafden behandelen, zijn niet enthousiast over de plannen: zij zien de mogelijk van het opbouwen van een vertrouwensband als een heel belangrijke voorwaarde voor het slagen van de hulp. Het ontstaan van een vertrouwensband is iets - aldus deze huisartsen - dat zich alleen kan ontwikkelen wanneer de huisarts en de verslaafde het met het elkaar kunnen vinden. Zij willen daarom zelf kunnen bepalen met wie ze wél en met wie ze níet in zee gaan en niet opgezadeld worden met verslaafden omdat de instellingen te vol zitten. Daarnaast werd door één van de huisartsen het argument genoemd, dat je iemand die het 'goed doet' bij een hulpverleningsinstelling niet moet overplaatsen naar wie dan ook. Het zou best kunnen dat het mis gaat wanneer je zo iemand terug verwijst naar zijn huisarts.

2.4. Vraagstelling

Ten aanzien van de vraagstelling komt uit het onderzoek het volgende naar voren. Naar aanleiding van vraag 1, welke factoren het contact tussen huisarts en verslaafden positief, dan wel negatief beïnvloeden, herkennen we de volgende factoren:

	factoren die door de huisarts als positief genoemd worden	factoren die door de huisarts als negatief genoemd worden
patient gebonden factoren	- stabiliteit in het leven van de verslaafde - wanneer de verslaafde mensen heeft op wie hij kan terugvallen	- 'junkie-gedrag', agressie, chanteren, stelen, enz. - geen motivatie van verslaafde
arts gebonden factoren	- neutrale gevoelens van de huisarts t.a.v. de verslaafde - amicale, maar strenge houding - op de hoogte zijn van de achtergronden - agressieve benadering, dan weten ze gelijk waar ze aan toe zijn.	- geen methadon of ander middelen voorschrijven (omdat dit agressie kan oproepen) - wel methadon of ander middelen voorschrijven (omdat dit chantage kan oproepen) - negatieve gevoelens van de huisarts ten aanzien van de verslaafde - geen motivatie van de huisarts - angst van de huisarts - feit dat de huisarts een solist is
interactie factoren	- goede afspraken - continuïteit in het contact - als de verslaafde komt met lichamelijke klachten. Dan kun je als huisarts tenminste iets voor ze doen - practische vaardigheden in het omgaan met verslaafden - ondersteuning door andere disciplines	- teveel verslaafden in de praktijk - onvoldoende kennis van practische vaardigheden

Op grond van de onderzoeksresultaten is het onmogelijk om vraag 2, of de huisartsen binnen hun discipline mogelijkheden zien om verslaafden te behandelen, negatief te beantwoorden. Er zíjn huisartsen die de behandeling van verslaafden zelf verzorgen en aangeven dat dat goed gaat. In principe is behandeling van verslaafden door de huisarts dus mogelijk. Hiermee mag echter niet zomaar de conclusie getrokken worden, als zou dit voor elke willekeurige huisarts gelden. Over de mogelijkheid om de behandeling op zich te nemen, zeggen de huisartsen zelf (pag. 15) dat ze

a. kennis en practische vaardigheden missen en
b. de samenwerking met andere disciplines gering is en weinig houvast biedt.

Duidelijk wordt verder uit de onderzoeksgegevens dat het zeer afhankelijk is van de persoon van de huisarts, of hij zichzelf in staat acht om de behandeling op zich te nemen. Daarnaast komt naar voren dat het slagen van de behandeling onder meer afhankelijk is van de motivatie van de arts. Artsen die met tegenzin een verslaafde behandelen lopen grote kans zichzelf èn de verslaafde te frustreren.
Wél kan gezocht worden naar mogelijkheden om de kans dat een behandeling mislukt zo klein mogelijk te houden, zodat voorkómen kan worden dat huisartsen die met goede moed beginnen aan de behandeling gedesillusioneerd raken. Een aantal aandachtspunten hiervoor is al door de huisartsen in het onderzoek aangegeven. In deel III van de scriptie zal verder worden ingegaan op dit onderwerp aan de hand van de onderzoeksgegevens en literatuur. Geprobeerd zal worden een aantal criteria te formuleren, waarop drugverslaafde patienten wel of niet in aanmerking kunnen komen voor behandeling door de huisarts.
Verder zal in deel III ingegaan worden op de rol van huisarts en op de bijdrage die de huisarts zou kunnen leveren om het contact tussen hem en de verslaafde plezieriger te laten verlopen.

DEEL 3

Discussie

3.1. INLEIDING

Wanneer we de resultaten van het onderzoek op een rijtje zetten, kunnen we stellen dat er - zij het op kleine schaal - door een aantal Rotterdamse huisartsen methadon wordt verstrekt aan een klein aantal verslaafden aan harddrugs.
Deze huisartsen zijn over het algemeen redelijk tevreden over het verloop van de contacten met deze groep patienten. Veel huisartsen blijken echter hun verslaafde patienten voor behandeling door te verwijzen naar de diverse instellingen voor verslavingszorg. Zij hebben over het algemeen onaangename ervaringen en contacten met verslaafden gehad en voelen zich in hun "verwijs-beleid" gesteund door de aanbevelingen in de 'methadonbrief' (24).

De stellingname van de diverse overheden ten aanzien van het betrekken van huisartsen bij de behandeling van verslaafden, is overigens - zoals in deel I van deze scriptie al werd opgemerkt - nogal ambivalent. Aan de ene kant worden er plannen ontvouwd om de huisarts méér bij de behandeling te betrekken (32, 40). Aan de andere kant wordt dit in de methadonbrief afgeraden, omdat de problematiek te complex en te ingewikkeld zou zijn.

Zelf ben ik van mening, dat de huisarts in een aantal gevallen aan de behandeling van individuele verslaafden iets zou kunnen doen. Wel denk ik dat goede criteria geformuleerd moeten worden op basis waarvan de huisarts kan beslissen of hij de behandeling van een verslaafde zelf op zich kan nemen.

De voorstellen voor het inschakelen van huisartsen bij de behandeling van verslaafden moet overigens zeker niet gezien worden als 'het ei van Columbus' voor de verslavingsproblematiek. Huisartsen moeten ook niet denken dat zij nu de zwarte piet toegeschoven krijgen.
In een eerder artikel heb ik gesteld: "Artsen kunnen het heroïneprobleem niet oplossen. Ze kunnen wel in een enkel geval helpen zoeken naar oplossingen voor moeilijkheden van individuele mensen die verslaafd zijn" (5).

In dit deel wil ik ingaan op de vraag, wanneer een huisarts wellicht wèl en wanneer hij de behandeling beter niét op zich zou kunnen nemen. Daarvoor moet nagegaan worden of:
- Het mogelijk is aan te geven voor welke groep verslaafden er kans is op een succesvolle behandeling door de huisarts? (Zie 3.1.1.).

Hieruit volgen de vragen:
- Welke criteria moet de huisarts hanteren om wel of niet aan de behandeling van verslaafden te beginnen (3.1.2.)?
  Hoe zou de huisarts beter voor deze taak ge-equipeerd kunnen worden (3.1.3.)?
- Welke veranderingen zouden er op het organisatorisch vlak moeten plaatsvinden, wil de behandeling zo goed mogelijk kunnen verlopen (3.1.4.)?

3.1.1. Welke groep kan de huisarts behandelen?

Als men het over verslaafden heeft, wordt meestal het beeld opgeroepen van de verloederde 'junk', die bedriegt, steelt, chanteert, enz. Het is mijns inziens legitiem wanneer een huisarts deze niet in 'zijn' praktijk wil hebben. Het is echter de vraag in hoeverre dit beeld van de 'junk' gegeneraliseerd kan worden naar alle mensen die hard-drugs gebruiken. En daarop aansluitend is het de vraag of het terecht is dat de huisarts op grond van slechte ervaringen met enkele verslaafden, alle verslaafden weert. Uit de literatuur en uit de onderzoeksgegevens blijkt dat er wel een groep verslaafden is die door de huisarts behandeld kan worden. Hieronder wil ik ingaan op de begrippen gebruik, verslaving en verloedering, omdat ik denk dat dit onderscheid enig zicht geeft op de vraag welke groep baat zou hebben bij de behandeling door de huisarts. Ik baseer me op een artikel van Sengers (44) over dit onderscheid.

Gebruik

We spreken van gebruik als iemand iets tot zich neemt, los van de vraag hoeveel, hoevaak, hoelang of waarom iemand gebruikt. Teveel van een middel gebruiken is niet goed. Dat geldt voor alle middelen. Alle middelen hebben een optimale dosis, waarbij het gewenste effect duidelijk de overhand heeft bij ongewenste effecten.
Kenmerken van de meeste harddrugs, is dat als je ze gebruikt, je er steeds meer van nodig hebt om het optimale effect te krijgen (gewenning, tolerantie). Een ander effect van de harddrugs is dat men - van de ene meer dan van de andere drug - onthoudingsverschijnselen krijgt als men stopt met het gebruik (abstinentiesyndroom). Sengers vindt het optreden van gewenning en onthoudingsverschijnselen op zich niet wijzen op een toestand van verslaving.

Verslaving

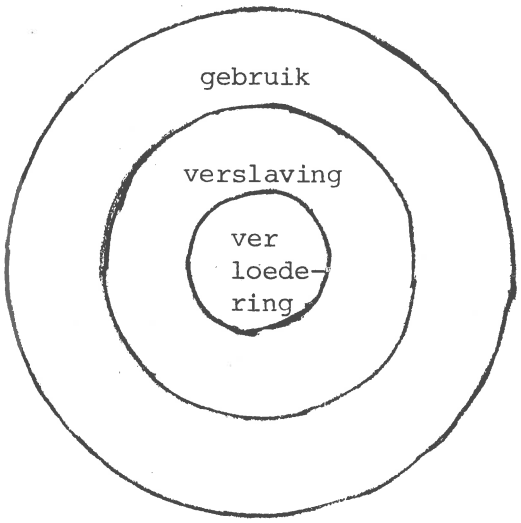
Volgens Senger is men aan iets verslaafd als men er 'niet meer buiten kan'. Onder 'er niet meer buiten kunnen' verstaat hij: een onweerstaanbaar verlangen ernaar hebben. Men is van het middel afhankelijk geworden, niet alleen lichamelijk maar ook geestelijk. Met name de geestelijke afhankelijkheid, het psychische verlangen, gaat een heel belangrijke plaats innemen in het leven van de persoon. De mate waarin dat verlangen zich manifesteert is volgens Sengers onder andere afhankelijk van de beschikbaarheid van een middel. Het verlangen naar een sigaret bijvoorbeeld, zal een roker meestal niet eens gewaar worden, omdat hij automatisch de volgende sigaret opsteekt en daarmee het verlangen bevredigt, voordat het zich heeft gemanifesteerd. Als het pakje echter op is of niet te vinden, wordt het verlangen duidelijker en gaat men op zoek (zoekgedrag), naar het pakje van de buurman of naar een sigarettenautomaat. Bij het verlangen naar verboden drugs, ziet men dit zelfde patroon. Aangezien de middelen moeilijker te verkrijgen zijn en kostbaar, zal het verlangen op den duur heviger worden en het zoekgedrag sterker.

Verloedering

Verloedering omschrijft Sengers als de toestand waarin met aan lager wal geraakt, er steeds slechter uit gaat zien, verzwakt en ziek is, op den duur bijna niets meer bezit, een leven leidt dat helemaal om de 'dope' draait, een zwerver in de scene wordt, verlaten door iedereen en met lak aan iedereen.

Het proces van verloedering is een sneller of langzamer verlopende neerwaartse spiraal. Met parallel eraan een toenemend geïsoleerd bestaan, omdat de omgeving zich van de gebruiker afkeert (moe of bang is), omdat de gebruiker zelf alleen de 'dope' nog belangrijk vindt.

Hoewel er ten aanzien van het drinken van alcohol (een stof waar men eveneens geestelijk en lichamelijk aan verslaafd kan raken) niet vanuit wordt gegaan dat men van een sociale drinker ineens een alcoholist kan worden (de meeste mensen weten dat uit eigen ervaring), hoort men ten aanzien van het gebruik van opiaten wel de stelling als zou iedere gebruiker verloederen. Dit beeld wordt m.n. in de algemene opinie gehoord en bevestigd door het feit dat men vrijwel alleen hoort van verloederde verslaafden. De niet verloederden, komen niet in de krant en zullen vanwege het taboe dat rond het gebruik van opiaten hangt, hun gebruik of verslaving niet aan de grote klok hangen.
Een aantal verslaafden blijkt bijvoorbeeld te werken, getuige het feit dat er methadonprogramma's zijn voor 'werkers'. Men mag aannemen dat slechts een percentage van de gebruikers verslaafd raakt en dat weer een percentage van de verslaafden uiteindelijk verloedert.
In schema ziet het er als volgt uit:



Met name ten aanzien van de groep gebruikers en verslaafden zou de huisarts een taak kunnen hebben. Deze taak ligt dan mijns inziens met name op het preventieve vlak: nl. <u>het voorkomen van de verloedering van de verslaafde</u>. Opvallend in het onderzoek was dat de meeste huisartsen niet zagen hoe zij een preventieve taak zouden kunnen hebben ten aanzien van verslaafden. Hierbij werd door hen echter slechts gedacht aan primaire preventie (voorkomen van ziekten) of secundaire preventie (vroegtijdig onderkennen van ziekten). Tertiaire preventie (het voorkomen van de gevolgen van een ziekte) werd niet genoemd. Met name ten aanzien van de gevolgen van het gebruik of van de verslaving die niet in eerste instantie voortkomen uit het middel zelf, maar het gevolg zijn van de illegaliteit van het middel: de duurte, het taboe, ontbreken van kwaliteitscontrole, enz. enz., denk ik dat de huisarts voor een bepaalde groep ver-

slaafden een belangrijke taak kan hebben.

In de literatuur wordt deze stelling teruggevonden in het stuk van een Amsterdamse werkgroep die zich met drughulpverlening bezighoudt (18). Deze werkgroep zet uitéén waarom zij voor de inschakeling van de huisarts bij de behandeling van verslaafden zijn. Eén van de redenen die zij noemen is dat het moment waarop de verslaafde voor de eerste keer hulp komt vragen soms bepalend kan zijn voor het verdere verloop van zijn carrière als verslaafde. Pas als in de fase van de verslaving de ongewenste effecten duidelijk de overhand krijgen op de gewenste effecten òf als de verslaafde het idee heeft dat hij zijn verslaving niet meer in de hand kan houden, doet hij een beroep op de hulpverlening. "Veelal gebeurt dit als er naast de zich ontwikkelde verslaving problemen naar voren komen op het gebied van partner, gezin, wonen, werken, school en dergelijke. Door deze bijkomende problemen decompenseert de patient en dreigt zijn toestand te verslechteren. Veel van deze patienten dienen zich aan op het spreekuur van de huisarts en vragen hem dan om methadon. Zij zijn te beschouwen als mensen in nood, voor wie het niet zelden een grote stap betekent uiteindelijk hulp te gaan zoeken. Het is belangrijk op een dergelijk moment de hulpvraag van de patient niet te frustreren door hem met een niet werkende verwijzing zo snel mogelijk heen te zenden. Het gaat er veeleer om een contact op te bouwen waarin een plan voor de toekomst kan worden opgesteld".

3.1.2. Criteria voor huisartsenhulp aan verslaafden

Behalve de drie-deling die in de vorige paragraaf gemaakt is, zijn er in een aantal artikelen diverse - mijns inziens bruikbare - criteria geformuleerd.
Uit het onderzoek zelf kwamen ook een aantal criteria naar voren op basis waarvan de huisartsen die verslaafden behandelen, besluiten wie ze wel en wie ze niet kunnen helpen. Deze criteria zijn:
- Verslaafde moet ingeschreven staan in de praktijk van de huisarts;
- De huisarts moet de verslaafde enigzins kennen voordat hij aan de behandeling begint;
- De verslaafde moet mensen hebben waarop hij terug kan vallen, bijv. relatie, familie, goede vrienden;
- Behandeling van verslaafden kan alleen op kleine schaal (max. aantal in het onderzoek was 10, de meeste huisartsen hadden ± 3 à 4 patienten).

In het artikel 'Huisarts en hulpverlening aan heroïnegebruikers' (18), wordt uitgebreid ingegaan op de behandelingsmogelijkheden voor verslaafden in de eerste lijn. Uitgangspunt hierbij dient volgens de werkgroep de hulpvraag aan de individuele patient te zijn.
In het artikel wordt door de werkgroep een aantal indicatiegebieden geschetst voor hulpverlening aan verslaafden door de huisarts. Twee categorieën komen volgens de werkgroep niet in aanmerking voor behandeling door de huisarts, nl. illegaal in Nederland verblijvende buitenlanders en druggebruikers met psychiatrische problematiek. Deze laatste groep wordt in drieën gesplitst:

1. Patienten met psychotische kenmerken: wanen, hallucinaties, verwardheid en vaak extreme angsten. Over het algemeen hebben deze mensen een uitermate shaotisch druggebruik.

2. Patienten met ernstige stemmingsstoornissen: veelal patienten die drugs zijn gaan gebruiken als anti-depressivum (depressies, suicidaliteit en dagschommelingen). N.B.: hieronder vallen niet de patienten met reactieve depressies, die veelvuldig optreden in de periode nà het stoppen met druggebruik.
3. Patienten met polydruggebruik: zeer ongestructureerd gebruik van middelen; allerlei stoffen door elkaar heen gebruiken, vaak ook alcoholgebruik.

Ten aanzien van dit laatste moet wel worden opgemerkt dat de meeste verslaafden wel eens middelen door/naast elkaar gebruiken (denk bijvoorbeeld aan heroïne of slaapmiddelen naast methadon). Aangemerkt moet dus worden dat de mate van gebruik - o.a. de dosis en frequentie - bij de afweging betrokken moet worden.

De derde groep vertoont (samen met de eerste) veelal een verregaand 'acting out' gedrag, agressief gekleurd, dat vaak gericht is op manipulatie. Dit beeld is voor een deel terug te herkennen in de beschrijving van de verloederde verslaafde.

Braber en De Vries (6) geven in hun artikel 'hulp aan heroïne-verslaafden door huisartsen' aan welke verslaafden volgens hen in aanmerking komen voor hulpverlening door de huisarts. Omdat ik denk dat de aangegeven criteria zeker bruikbaar zijn, wil ik ze hieronder weergeven:
- De verslaafde moet tot de eigen praktijkpopulatie van de huisarts behoren;
- De verslaafde moet niet illegaal in Nederland verblijven;
- Het ziekenfonds/ziektenkosten moeten geregeld zijn;
- De patient moet gehuisvesd zijn;
- De patient moet met grotere hoeveelheden methadon en andere geneesmiddelen om kunnen gaan;
- De patient moet zich aan de afspraken kunnen houden.

Bijgebruik (van bijv. heroïne naast de door de huisarts verstrekte methadon) wordt door Braber en De Vries op zich niet als contra-indicatie voor huisartsenhulp gezien, mits dit bijgebruik niet uit de hand loopt. De ervaring leert echter, dan dàn ook veelal niet meer aan de bovengenoemde voorwaarden wordt voldaan.

De Plaatselijke Huisartsen Vereniging in Amsterdam sprak zich in een discussiestuk (7) uit voor de behandeling van drugverslaafden door de huisarts mits aan bepaalde voorwaarden is voldaan. De meeste voorwaarden komen overeen met de door Braber en De Vries genoemde criteria. De PHV voegt mijns inziens als belangrijke voorwaarden toe:
- De bindende plicht dat de huisarts niet meer dan vijf verslaafde patienten behandelt;
- De plicht tot het registreren van de verslaafden die methadon verstrekt krijgen;
- Het beter uitwerken van de samenwerking tussen de gespecialiseerde hulpverlening en de eerste lijns disciplines (o.a. huisarts, maatschappelijk werk, straathoekwerk).

Tot slot van deze paragraaf heb ik geprobeerd de genoemde criteria zodaning op een rij te zetten, dat een soort 'afvallijst' is ontstaan, die de huisarts zou kunnen helpen bij zijn besluit om een patient wel of niet in behandeling te nemen.

/.28

Wanneer de patient bijvoorbeeld niet aan het eerste criterium voldoet, is het beter dat de huisarts de patient doorverwijst. Voldoet de patient wel aan criterium één, dan kan gekeken worden of hij aan criterium twee voldoet enz.
De criteria zijn:

1. De verslaafde moet als patient bij de huisarts staan ingeschreven;
2. De patient moet legaal in Nederland verblijven;
3. De huisarts moet op dat moment minder dan vijf verslaafden behandelen;
4. De patient moet zijn ziektenkosten/ziekenfonds geregeld hebben;
5. De patient moet gehuisvest zijn;
6. De huisarts en de patient moeten elkaar in enige mate kennen;
7. De patient moet een aantal mensen hebben op wie hij terug kan vallen (familie, relaties, opvanginstantie e.d.);
8. De patient moet zich aan afspraken kunnen houden;
9. De patient moet met grotere doses methadon of andere psychofarmaca kunnen omgaan (bijv. doses voor één week).

Bij de eerste vijf criteria is vrij hard vast te stellen of de patient er wel of niet aan voldoet, daarna zal de beoordeling veel meer van de inschatting van de huisarts zelf afhangen. Het zesde criterium is daarom mijns inziens belangrijk. Wanneer de huisarts zijn patient beter kent, zal hij ook beter kunnen inschatten of de behandeling een enigszins succesvol verloop kan hebben. Elkaar beter leren kennen kan soms in één of twee gesprekken plaats vinden. Soms zal daar langer tijd voor nodig zijn. Eén van de geïnterviewde huisartsen stelde bijvoorbeeld als voorwaarde dat een patient een jaar bij hem moest zijn ingeschreven en een aantal malen op het spreekuur moest zijn geweest, voordat hij/zij in aanmerking kon komen voor methadonverstrekking.
Naast deze criteria zal de huisarts moeten inschatten in hoeverre er psychiatrische problematiek in het spel is. Uit de literatuur bleek dat wanneer er sprake was van psychiatrische problematiek de verslaafde over het algemeen ook niet aan de bovengenoemde criteria voldeed. Dit gold overigens ook voor verslaafden met een zeer hoge methadondosis.

3.1.3. De omgang tussen huisarts en verslaafde

Alleen het opstellen van criteria waaraan de verslaafde moet voldoen om voor behandeling door de huisarts in aanmerking te komen, is mijns inziens onvoldoende om tot een goede behandeling te komen.
Hoewel de meeste huisartsen aangeven dat zij veel problemen hebben op het gebied van de practische vaardigheden - de omgang met verslaafden - viel mij vooral op dat hun kennis ten aanzien van deze problematiek veelal gering en soms onjuist is. Kennis van de achtergrond van de problematiek van verslaafden is onmisbaar, wil men hun gedrag begrijpen en er mee leren omgaan. Het gedrag van verslaafden riep bij een aantal huisartsen veel irritaties op. Irritaties die mijns inziens voortkomen uit het niet begrijpen van dit gedrag. Verslaafden voelen zich door niet-verslaafde mensen vaak niet geaccepteerd en aan de kant gezet. Iedere weigering roept grote frustraties op bij de verslaafde die daarin weer een afwijzing ziet. Wanneer de huisarts begrijpt waar het verongelijkte en soms agressieve gedrag van de verslaafde uit voort komt, zal hij in staat zijn adequater hierop te reageren en de verslaafde wat tactischer tegemoet kunnen treden. Tactischer tegemoet treden betekent niet altijd toegeven aan dat wat de verslaafde wil, maar begrijpen waarom de verslaafde met die vraag bij de huisarts komt en samen vanuit die vraag zoeken naar een reële oplossing.

Nu komt het vaak voor dat huisartsen slechts geïrriteerd en agressief op de verslaafde kunnen reageren. De kans op escalaties in dan groter. Ik wil in dit verband wijzen op een artikel van Els Noorlander (28), waarin zijn een aantal vuistregels opstelt voor een 'succesvolle behandeling van drugverslaafden'. Naast het feit dat het goed is acht te slaan op deze vuistregels, geeft Noorlander naar mijn mening heel goed aan wat de achtergronden zijn van gedrag dat verslaafden ten toon spreiden. Het artikel is zeer de moeite waard om te lezen.

Naast de practische vaardigheden en de kennis waaraan bij de scholing van (huis)artsen meer aandacht besteed zou moeten worden, zijn er nog twee punten die ik zou willen noemen. Deze punten zijn gericht op een verandering van de houding van de huisarts. Allereerst betreft dit het punt dat van een huisarts altijd verwacht wordt dat hij geneest. Gevaar van het inschakelen van de huisarts bij de verslavingsproblematiek is dat de indruk gewekt zou kunnen worden (bij ouders, de man in de straat, overheden en artsen zelf) dat de huisarts de verslaafde volgens het schema ziek-pil (bijv. methadon)-beter zou kunnen maken. De rol van de huisarts zal echter vaak niet meer zijn dan die van het 'stand-by' zijn om telkens terugkerende crises te bezweren dan wel niet te voorkomen problemen te helpen (ver)dragen. In sommige gevallen zal wellicht in curatieve zin nog iets bereikt kunnen worden (36). Dit vraagt een andere opstelling en houding van de huisarts dan die van 'genezer' (zorg- en begeleidingsfunctie). Een ander punt dat exclusief is voor de verslavingsproblematiek en veel problemen kan opleveren in het contact tussen huisarts en verslaafde, is de methadon. Aangezien dit middel onder de opiumwet valt, kan het alleen via het medische kanaal verstekt worden. De verslaafde kan het dus òf via een arts in het methadonprogramma verkrijgen, òf via een andere arts (bijv. huisarts). Artsen hebben in feite een monopoliepositie waar het gaat om het legaal verstekken van methadon. Uit de interviews kreeg ik de indruk dat geen van de artsen hiermee erg blij was. Een feit is echter dat de arts zich bij voorbaat in een (ongewilde) machtspositie bevindt ten opzichte van de verslaafde. Hij kàn methadon voorschrijven en kan daarmee ook bepalen welke regels er gesteld worden als voorwaarde voor de verstrekking.
Wat nu echter opvallend is in het contact tussen huisarts en verslaafde, is dat een aantal huisartsen zichzelf ten opzichte van verslaafden afschildert als machteloos en angstig. De verslaafde zou de huisarts onder druk zetten, chanteren, uitschelden. Zoals ook hiervoor al gesteld is, is het zeker legitiem dat huisartsen verslaafden met een dergelijk gedrag weren. De monopoliepositie van de huisarts zal echter ook een negatief stempel drukken op het contact met verslaafden die in principe wel geschikt zijn voor behandeling door de huisarts. Opvallend vind ik, dat deze machtsongelijkheid als gevolg van de monopoliepositie van de huisarts zowel in de literatuur als in de interviews niet naar voren is gekomen, terwijl het naar mijn mening één van de belangrijkste oorzaken is voor het mislopen van het contact. De verslaafde is afhankelijk van de huisarts, heeft echter niets te verliezen, allen maar te winnen en zet de huisarts onder druk. De huisarts voelt èn weerstand tegen het feit dat hij methadon kan verstrekken èn weerstand tegen de verslaafde die hem onder druk zet. Ik merkte hierbij op dat een aantal huisartsen door hun geïrriteerdheid niet meer in staat was een zekere (nuchtere) professionele afstandelijkheid aan te nemen ten aanzien van de problematiek. Zij werden meegesleept in de emotionele onderhandelingsstrijd om de methadon, hoewel deze strijd in feite al bij voorbaat in het voordeel van de huisarts is beslecht.

/.30

3.1.4. De opzet van de hulpverlening

Gezien de complexiteit van verslavingsproblemen kan men van geen enkele hulpverlener verwachten dat hij er zomaar in zijn eentje mee aan de gang gaat en succes boekt. Toch blijkt dat de meeste huisartsen ten aanzien van verslaafden wél solistisch hun standpunt bepalen over het wel of niet behandelen. Het behandelen wordt bij hen een soort 'trial and error' -proces, dat niet zelden uitloopt op grote frustraties, op grond waarvan vervolgens de beslissing wordt genomen om nooit meer iets met verslaafden te doen.
Een probleem als verslaving dat zoveel kanten heeft (sociaal, individueel, maatschappelijk, medisch) is mijns inziens bij uitstek geschikt om in samenwerking met andere (eerste lijns) disciplines aan te pakken. Wanneer blijkt dat bijvoorbeeld in de eerste lijn niet genoeg deskundigheid voorhanden is, zou men kunnen denken aan het halen van meer deskundigheid naar de wijk, met name in de wijken waar veel verslaafden wonen. Gedacht kan hierbij worden aan de in deel I beschreven projecten in Rotterdam en Amsterdam (HADON,OHVA, Zeehelden/Spaarndammerbuurt). Deze projecten bieden voor de huisarts het voordeel, dat zijn behandeling slechts een onderdeel vormt van het hulpverleningspakket en dat hij terug kan vallen op, en makkelijk door kan verwijzen naar andere disciplines.
Ook de contacten tussen huisartsen en de gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg blijken zeer sporadisch plaats te vinden. Het verlenen van consultatie gaat, voor zover ik kon opmaken, meer uit van individuele hulpverleners die daar plezier in hebben, dan dat het een beleid is dat de instellingen nastreven.

3.2. Slotopmerking deel 3

In dit deel van de scriptie wordt aangegeven welke groep verslaafden baat zou hebben bij een behandeling door de huisarts. Daartoe is een aantal criteria genoemd op basis waarvan nagegaan kan worden of een verslaafde al dan niet geschikt is voor huisartsenhulp. Ongetwijfeld zijn er nog meer criteria aan deze lijst toe te voegen.

Uitgangspunt bij het schrijven van dit deel is voor mij steeds geweest, dat een verslaafde als gewone patient moet worden gezien. Een patient die evengoed als ieder ander terecht moet kunnen bij zijn huisarts. Daarbij is gebleken dat er onderscheid gemaakt moet worden tussen de verschillende verslaafden. Dit onderscheid werd gemaakt op basis van de indeling van Sengers: gebruik - verslaving - verloedering (44). Er werd geconcludeerd dat wanneer een verslaafde verloederd is dit over het algemeen een te complexe problematiek met zich meebrengt, om door de huisarts te kunnen worden aangepakt. Ten aanzien van gebruikers en verslaafden zou de huisarts vooral een taak hebben op het gebied van de tertiaire preventie: "Het voorkomen van de verloedering". Het maken van een dergelijk onderscheid geldt mijns inziens overigens niet alleen voor de groep verslaafden, maar bijvoorbeeld ook voor depressieve patienten. Tot op zekere hoogte zal de huisarts deze mensen zelf behandelen met antidepressiva, maar een aantal patienten zal doorgestuurd moeten worden naar de specialistische psychiatrische zorg. Hiervoor worden in de medische literatuur ook criteria doorgegeven.

Een aantal criteria die als voorwaarde zijn genoemd om de behandeling van de verslaafde door de huisarts goed te laten verlopen zijn:
- de verslaafde moet tot de eigen praktijkpopulatie van de huisarts behoren en niet illegaal in Nederland verblijven;
- de verslaafde moet practische zaken, zoals ziekenfonds/ziektenkosten, huisvesting e.d. geregeld hebben;
- de verslaafde moet mensen hebben, waarop hij terug kan vallen.

Een criterium dat niet expliciet is, is de hoogte van de methadondosis. De vraag is of men een maximale dosis moet bepalen, die door een huisarts verstrekt kan worden. Naast de criteria is er ook nog een aantal aandachtspunten gegeven voor het functioneren van de huisarts ten aanzien van deze problematiek. Uit het onderzoek bleek dat op het gebied van de verslavingsproblematiek, de kennis en practische vaardigheden te kort schieten. Wanneer huisartsen op grote schaal ingeschakeld zouden gaan worden bij de behandeling van verslaafden zullen er zeker meer mogelijkheden voor bijscholing aanwezig moeten zijn. Zoals één van de huisartsen in het interview zei: "Maar dan moet er wel een heel team van deskundigen omheen staan om de huisarts te begeleiden, want ik zou niet weten hoe ik dat zou moeten aanpakken of hoe ik me zou moeten gedragen. Dat moeten ze me dan wel eerst leren. Anders zou het denk ik bij mij direct uit de hand lopen".
Behalve een aantal practische vaardigheden die de huisarts zou moeten leren, zal ook de organisatie van de hulpverlening enige aanpassing vragen. Aan de ene kant zal de opvang in de wijk (eerste lijn) meer gestalte moeten krijgen, waarbij gedacht kan worden aan de projecten in Amsterdam en Rotterdam. Aan de andere kant zou veel meer gebruik gemaakt moeten kunnen worden van de kennis die in de specialistische instellingen voor handen is, bijvoorbeeld in de vorm van consultatie.

/.32

In Amsterdam werken bij de GG & GD voor dit doel bijvoorbeeld twee consultatieve artsen, die oproepbaar zijn door huisartsen als zij informatie willen hebben of met een patient zitten en niet weten welke beslissing zij moeten nemen.

Als men op basis van de indeling gebruik - verslaving - verloedering, beslist om de verloederde verslaafden niet voor behandeling door hun eigen huisarts in aanmerking te laten komen, is de vraag wat er verder met deze patienten moet gebeuren. Uit het onderzoek blijkt namelijk dat zij ook maar weinig voor het "gewone huisartsenconsult" bij de huisarts verschijnen, terwijl het zeker een groep is met een verhoogd risico wat betreft somatische aandoeningen (ontstekingen, orgaanziektes). Om te voorkomen dat deze groep van de verloederde verslaafden wat huisarts betreft buiten de boot dreigt te vallen, zou gedacht kunnen worden aan het aantrekken van huisartsen in de gespecialiseerde instellingen in plaats van gewone 'methadon-artsen'. Ook met het oog op de consultatie naar huisartsen toe, zal deze functionaris wellicht beter kunnen aansluiten bij vragen van de huisarts. Met andere woorden: het zou de samenwerking en verwijzing wellicht vlotter kunnen laten verlopen en daarmee de juiste hulp aan de juiste verslaafde kunnen bewerkstelligen.

/.33

3.3. Suggesties voor de medische opleiding

Aangezien deze scriptie is geschreven onder supervisie van het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut, wil ik tot slot proberen aan te geven hoe aan de verslavingsproblematiek aandacht zou kunnen worden geschonken binnen het onderwijs aan huisartsen.
Vooraf wil ik opmerken dat de aandacht voor de verslavingsproblematiek (in het algemeen) al veel vroeger in de medische opleiding op het programma zou moeten staan (zie hiervoor ook 34).

In het onderwijs moeten mijns inziens drie aspecten aan de orde komen, namelijk:
- een kennis aspect;
- een attitude aspect;
- practische vaardigheden.

Het kennisaspect
Dit aspect is juist bij de verslavingsproblematiek uitermate belangrijk, omdat er rond het gebruik van harddrugs nogal wat mythes bestaan. Het kennisaanbod zou ten minste moeten omvatten:
- op medisch gebied - informatie en voorlichting over de farmacologische werking van de verschillende middelen, waarbij aan de orde kan komen wat de werking van een zuiver middel is en welke gevolgen het kan hebben wanneer het middel versneden is.
- op sociaal gebied - waarom raken mensen verslaafd. Welke verschillende groepen zijn er te onderscheiden. Informatie en voorlichting over de leefwijzen van verslaafden. De problemen waar zij mee te maken krijgen als ze gaan afkicken (zwarte gat).
- op gebied van de hulpverlening - hoe is de hulpverlening opgezet. Welke verschillende hulpverleningsmodellen worden er voor de hulpverlening gebruikt. Wat betekenen die modellen voor de hulpverleningspraktijk. Wat zou de plaats van de huisarts binnen de hulpverlening kunnen zijn (als verwijzer en als behandelaar)?

Het attitude aspect
Hierbij zijn te onderscheiden (34):
- Attitude tegenover eigen gebruik: Hoe staat de arts zelf tegenover verslaving; afkeurend, onverschillig. Hoe gaat hij met zijn eigen verslavingen om.
- Attitude tegenover de verslaafde: Hoe kijkt de arts tegen de verslaafde aan, is hij afwijzend of accepteert hij de verslaafde.
- Attitude tegenover de behandeling van verslaafden: Ziet de arts überhaupt mogelijkheden voor de behandeling van welke verslaafde dan ook. Ziet hij de behandeling alleen als geslaagd wanneer de verslaafde is afgekickt of ook wanneer de verslaafde een redelijk stabiel leven heeft.
- Attitude tegenover de eigen mogelijkheden een vaardigheden om verslaafden te behandelen: Ziet de huisarts mogelijkheden in de eerste lijn, denkt hij de behandeling zelf en in samenwerking met anderen te kunnen doen.

Practische vaardigheden
Als belangrijkste practische vaardigheid noem ik: Het leren omgaan met het machtsaspect dat voortkomt uit het feit dat de huisarts de methadon heeft die de verslaafde graag wil hebben (aandacht-distantie, verantwoordelijkheid overdragen enz.). Hierbij zou men in de opleiding voor huisartsen kunnen denken aan het betrekken van practizerende huisartsen, die al verslaafden behandelen èn natuurlijk de verslaafden zelf!

4. LITERATUUR

1. Administratief rechtelijke beslissingen, nr. 215, t.a.v. de bevoegdheid van de methadonbrief,
   Arr. rechtbank Groningen, 21 februari 1984, rolnr. 18/84.

2. Avonts, Dirk
   Huisarts en Heroineverslaafde
   Huisarts Nu, 12 (1983) 4, p. 133-136.

3. Bewley, T. e.a.
   Unacceptable face of private practice: prescription of controlled drugs to addicts
   British Medical Journal, 286 (1983) 6381, p. 1876-1877.

4. Boer, A.F.A.M., de
   Methadonverstrekking, wel of niet een medische zaak
   Medisch Contact 39 (1984) 43, p. 1383-1384.

5. Bos, J. en I. Hoogeveen
   Methadon op recept van de huisarts
   Medisch Contact 40 (1985) 31, p. 921-924.

6. Braber, L.C. en D. de Vries
   Hulp aan heroineverslaafden
   Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde, 128 (1984) 6, p. 246-266

7. Braber, L.C. en G. van Santen
   Drughulpverlening Eerste Lijns Gezondheidszorg Amsterdam - een inventarisatie
   GG & GD Amsterdam (consultatieproject), dec. 1982

8. Epen, J.H. van
   Drugverslaving en Alcoholisme, diagnostiek en behandeling
   Elsevier medica reeks, Amsterdam, 1983.

9. Epen, J.H. van
   De drugs van de wereld, de wereld van de drugs, een gids voor verpleegkundigen en andere hulpverleners
   Stafleu, Alphen aan den Rijn, 1981.

10. Es. J.C., van
    Heroineverstrekking, medische behandeling of misdaadbestrijding
    Medisch Contact, 39 (1984) 16, p. 495

11. Fabriek, A.
    Heroineverstrekking door artsen: Quo vadis Amsterdam
    Medisch Contact, 39 (1984) 16, p. 501-503

12. Fraenkel, H.M., en J.M. van Ree
    De farmacotherapeutische aspecten van hulp aan heroineverslaafden
    Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde, 128 (1984) 6, p. 257-259.

/.2

13. F.Z.A.
Methadonverstrekking in Nederland, verslag van een onderzoek naar de methadonprogramma's in de regio's
Bilthoven, 1982.

14. F.Z.A.
Gids voor alcohol en drugzorg
Bilthoven, 1982.

15. Goos, C.J.M. en H.J. van der Wal,(red.)
Druggebruiken, verslaving en hulpverlening
Samsom S.C.R. Alphen aan den Rijn, 1981.

16. Grund, J.P.
Over de definitie van het begrip verslaving, doctoraalscriptie klinische psychologie
Uitgave: Instituut voor Preventie en Sociale Psychiatrie, E.U.R. studenten publicatie 30, september 1984.

17. Hoekstra, M.J.
Mogelijkheden van verslavingszorg in de eerste lijn
De Eerste Lijn, 9 (1984) 4, p. 15-19

18. Huisarts en hulpverlening aan heroinegebruikers
Amsterdamse werkgroep omschrijft indicatiegebieden voor methadonverstrekking door huisartsen
Medisch Contact, 36 (1981) 46, p. 1415-1419.

19. Hutjens, J.J.W.
Verslavingszorg en echelonnering
Medisch Contact 37 (1982) 48, p. 1540-1543.

20. Jong, A. de
Verslaafden aan heroine krijgen opvang in eigen omgeving - uniek project in Afrikaanderwijk -
fronttaal, 6 (1983) 11, p.6-7.

21. Janssen, O. en K. Swierstra
Heroinegebruikers in Nederland, een typologie van levensstijlen
Uitgave: Kriminologisch Instituut Groningen, 1982.

22. Kerssemakers, R.P. en G. van Santen
Overzicht van de Amsterdamse drughulpverlening
Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde, 128 (1984) 6, p. 263-264.

23. Leenen, H.J.J.
Het voorschrijven van Opiumwet-middelen door artsen aan verslaafden
Tijdschrift alc. drugs 10 (1984) 4, p. 145-147.

24. Methadonbrief
Staatstoezicht op de volksgezondheid, geneeskundig hoofdinspecteur van de Volksgezondheid Leidschendam
Tweede Kamer zitting 1980-1981, 16680, nrs. 1-3.

/.3

25. Mug, W. de
Heroine, een geneesmiddel of een genotmiddel?
Tijdschrift alc. drugs 10 (1984) 4, p. 171-173

26. Nascholing voor huisartsen
C.A.D. Haarlem, januari 1984.

27. Noorlander, E.
Druggebruik en psychofarmaca
Medisch Contact, 38 (1983) 39, p. 1214-1216

28. Noorlander, E.
Vuistregels voor succesvolle behandeling drugverslaafden
Medisch Contact, 38 (1983) 49, p. 1535-1537.

29. Noorlander, E.
Heroineverstrekking, een overzicht van de (on)mogelijkheden
Medisch Contact, 39 (1984) 5, p. 151-152.

30. Noorlander, E.
Het verschijnsel 'methadonarts'
Medisch Contact, 40 (1985) 9, p. 254-256.

31. Nota eerste lijnszorg
Tweede kamerstuk, 18180, nrs. 1-2, 1983/1984.

32. Nota van de bijzondere commissie voor het drugbeleid t.b.v. U.C.V. 45,
13 juni 1983, zitting 1982-1983.

33. Nota drugbeleid bevestigt rol van consultatiebureaux
Welzijnsweekblad, 8 (1983) 23, p. 14-23.

34. Nut, het, van (vroege) aandacht voor verslaving in de medische opleiding
Subfaculteit Geneeskunde Amsterdam, i.s.m. F.Z.A.
Bilthoven, 1984.

35. Onderzoeksverslag
nr. 1 Methadonteam Utrecht, 1981
(samengesteld door Paul Bindels).

36. Ook de hulpverlening heeft grenzen
Welzijnsweekblad, 8 (1983) 25/26, p. 20-24.

37. Rapport van de interdepartemantale werkgroep
Inventarisatie hulpverlening aan druggebruikers, Leidschendam, 1978.

38. Rengelink, H.
Hulpverlening aan drugverslaafden
Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde, 128 (1984) 6, p.259-260.

39. Rotterdam, gemeente
Gecoördineerd drugvoorlichtingsbeleid
afd. GVO (GG & GD) - drs. W.G.M. de Haes, januari 1982.

/.4

40. Rotterdam, gemeente
Vierjarenplan drughulpverlening 1983-1987.

41. Rotterdam, gemeente
Jaarprogramma drughulpverlening 1984-1985, versie 18/5'84.

42. Sanders, H.E.
KNMG en gereguleerde heroineverstrekking
Medisch Contact, 40 (1985) 9, p. 253.

43. Schoenmaker, J., A.M. Swart-Sprenger, D. de Vries
Samenwerking t.b.v. hulpverlening aan heroineverslaafden in de Eerste Lijn
In: hulpverlenen in samenwerking, onder red. van R.S. ten Cate e.a.
Alphen aan den Rijn, Samsom, 1983, p. 2690-1 - 2690-12.

44. Sengers, W.J.
Gebruik, verslaving, verloedering
In: Onderwijsreader Heroineverslaving
Instituut voor Preventie en Sociale Psychiatrie
september 1984, p. 34.

45. Staatssecretaris voor Volksgezondheid, brief van, aan de Tweede kamer over het drugbeleid
Tweede kamerstuk 17867, zitting 1982-1983.

46. Tijdschrift voor Alcohol, drugs en andere psychotrope stoffen
Themanummer: verstrekking van opiaten en tranquilizers,
10 (1984) 4, p. 140-184,

47. Visser, J.
Met zorg omzien naar druggebruikers
Uitgave: St. K.S.A., Walenburgerweg 55, Rotterdam, september 1984.

48. Volksgezondheid bij beperkte middelen
nota W.V.C., Tweede kamerstuk 18108, zittingsjaar 1983/1984.

49. Wecker, Konstantin
Liefdesbrief
Uit: 'Drugwerk', krantje van de Belangenvereniging voor methadongebruikers, Groningen, najaar 1984.

Bijlage

INTERVIEW: HUISARTS EN DRUGVERSLAAFDE

Huisarts:
buurt:
huisarts sedert:

A. Is er contact tussen huisarts en verslaafde?

1. Hoeveel drugverslaafden heeft u op dit moment in uw praktijk?
   Waarop baseert u dit getal, is het een schatting of bent u redelijk zeker van dit aantal?

2. Op welke manieren wordt u als huisarts met de verslavingsproblematiek geconfronteerd?

3. Zijn alle verslaafden waar u mee in aanraking komt bij u in de praktijk ingeschreven?
   Tijd van inschrijving? Lang/kort?

4. Zijn er binnen de waarneemgroep afspraken gemaakt over de behandeling van verslaafden?
   (m.n. in weekend-diensten)

Huisarts:

B. HOE VERLOOPT HET CONTACT TUSSEN HUISARTS EN VERSLAAFDE?

1. Met welke vragen komen verslaafden op het spreekuur?
   Welke problematiek staat centraal, somatische of psycho-sociale?

2. Benadert u drugverslaafden anders dan andere patienten?
   (t.a.v. somatische- of psycho-sociale problematiek, en t.a.v. de persoon van de patient)

3. Stellen drugverslaafden zich anders op tegen hun huisartsen, dan andere patienten?

4. Wat voor gevoel roept de drugverslaafde over het algemeen bij u op?

5. Vindt u dat u voldoende kennis over de verslavingsproblematiek heeft?
   Waar heeft u die kennis opgedaan?

6. Maakt u onderscheid tussen verslaafden?
   Bijv. tussen mensen die alleen middelen komen halen en mensen die een redelijk sociaal leven hebben?

/.3

Huisarts:

C. VISIE OP HULPVERLENING AAN VERSLAAFDEN

1. Wat is uw visie op het verslavingsprobleem?
   Is het een medisch- of een sociaal-maatschappelijk of een psychosociaal probleem?
   Is het op te lossen/uit te bannen?
   Achterliggende visie?

2. Waarom raken mensen verslaafd?
   Wat zijn volgens u de oorzaken?

3. Wat moet volgens u het doel zijn van de hulpverlening aan verslaafden?

4. Wat kan de bijdrage van de huisarts zijn om dat doel te verwezenlijken?
   Tevreden met die bijdrage?

/.4

Huisarts:

D. MENING TEN AANZIEN VAN HET BELEID

1. Er is een algemene tendens om de eerste lijn te versterken. Ook de hulpverlening aan verslaafden wil men voor een deel in de eerste lijn onderbrengen.
   Wat vindt u daarvan?

2. Wordt er binnen de samenwerkingsverbanden in de eerste lijn waarbij u betrokken bent, overleg gevoerd over verslaafde patienten?

3. Hoe verloopt de samenwerking met de gespecialiseerde instellingen voor verslavingszorg?
   Practisch verloop van de samenwerking?

4. Hoe zou de huisarts een preventieve taak kunnen hebben t.a.v. de verslavingsproblematiek?
   (individueel en in het kader van de GVO)