

TACTUS INDE TIJD 3.0

Jaap
van der Stel

1900 - 2023



Colofon

Tactus in de Tijd 3.0 is een uitgave van Tactus Verslavingszorg ter gelegenheid van het afscheid (pensioen) van dr. Ruud Rutten als bestuurder van Tactus Verslavingszorg en is gepresenteerd tijdens de feestelijke afscheidsbijeenkomst op 30 november 2023 in Orpheus te Apeldoorn.

© 2023 Auteur: Dr. Jaap van der Stel

Dr. Jaap van der Stel (1953) werkte jarenlang in de verslavingszorg en de psychische gezondheidszorg. Hij promoveerde in 1995 cum laude op het proefschrift 'Drinken, drank en dronkenschap: vijf eeuwen drankbestrijding en alcoholhulpverlening in Nederland'. Tot zijn emeritaat in 2022 was hij tevens lector GGz bij Hogeschool Leiden.

Redactie: Jeannette Ooink | Tactus Verslavingszorg

Ontwerp: Ilja Nienhaus | desenzo

Druk: G+

Oplage: 10

Voorwoord

Een wandeling door de tijd door het verhaal te vertellen

Herinneringen zijn persoonlijk, subjectief, ze zijn in de tijd veranderd, geëvolueerd. Ze representeren één waarheid: jouw waarheid. Historie daarentegen is waarheidsreconstructie. Het bloot leggen van de veranderingen in de tijd: de spiegel van een gemeenschappelijke waarheid.

Dit geschiedenisboek is geen van beide, of van allebei een beetje. Het is een wandeling door de geschiedenis van wat nu Tactus is, de bundeling van verschillende regionale instellingen voor verslavingszorg in Oost Nederland. De samenstellers van dit boek zijn zich vooral van twee zaken bewust geworden. Allereerst het belang van en ook het plezier in het pluizen in de geschiedenis. Op de tweede plaats de voortdurende herkenning. Steeds meer zorg voor meer verslaafden, meer professionalisering in een voortdurende cyclus van herhaling en herkenning. Veel veranderde, maar veel bleef ook hetzelfde.

De eerste editie van dit boek verscheen in 2001 ter gelegenheid van het 100-jarig bestaan van Tactus in 2000, de tweede editie (2.0) tot 2013 verscheen alleen digitaal vanwege de financiële crisis waar Tactus mee te maken kreeg in 2014, het boek bleef toen op de plank liggen, maar nu verschijnt de derde editie (3.0), ter gelegenheid van het afscheid van Tactus-bestuurder Ruud Rutten op 30 november 2023. En vanwege de opening van het Zwembadmuseum Oldenkotte in Rekken waar de bezoeker een duik in de geschiedenis kan nemen van Tactus Verslavingszorg en de Rekkense Inrichtingen.

Het boek is geen volledige necrologie geworden van de organisatie, de zorgontwikkeling en van de personen die daar een belangrijke rol in hebben vervuld. Het is niet al omvattend, niet verklarend en het is evenmin een optelsom van ons aller herinneringen. Het is boven alles een impressie van hoe de zorg voor mensen met een verslaving past in de tijd. En hoe Tactus zich ontwikkeld heeft door de jaren heen. Het is geen afgeronde geschiedschrijving. Integendeel, het is een startpunt, een eye opener, om er weer eens van overtuigd te raken hoe belangrijk het is om goed met het verleden om te gaan. Een startpunt om ook in de toekomst meer verhalen en ook beelden vast te houden, zodat later het verleden makkelijker toegankelijk zal zijn. Het boek vormt dan ook een onderlegger bij het Zwembadmuseum Oldenkotte in Rekken dat voorjaar 2024 officieel geopend wordt. Zo bewaren we onze geschiedenis.

Tactus in de Tijd 3.0 bestaat uit twee delen. Deel I beschrijft de geschiedenis van het ontstaan van Tactus en haar vele voorlopers vanaf het begin tot en met 2013. Deel II gaat in op de laatste 10 jaar, maar blikt ook terug op de vele veranderingen die in en om de verslavingszorg (i.h.b. Tactus) in meer dan een eeuw hebben plaatsgevonden. Daarin laten we ook twee 'tijdreizigers', een hulpverlener en een cliënt, in verwondering terugblikken op alle, veelal positieve, veranderingen die er in die tijd zijn geweest.

Tactus Verslavingszorg, november 2023

Inhoudsopgave

Tactus in de tijd 3.0

Deel I

| | |
|---|----|
| De geschiedenis vanaf het begin tot en met 2013 | 5 |
| Drankbestrijding als bakermat van verslavingszorg | 8 |
| Intramurale verslavingszorg 1900 - 1950 | 11 |
| Ambulante Verslavingszorg 1915 - 1950 | 13 |
| Ambulante verslavingszorg 1950 - 2000 | 18 |
| Intramurale verslavingszorg 1950 - 2000 | 27 |
| De totstandkoming van TACTUS, later Tactus | 36 |
| Entree in de 21e eeuw | 38 |

Deel II

| | |
|---|----|
| De laatste tien jaar (2013-2023): terugkijken in verwondering | 41 |
| Tactus Tijdlijn 1900 -2023 | 52 |

Deel I

De geschiedenis vanaf het begin tot en met 2013

Een duik in de geschiedenis van
Tactus Verslavingszorg en de
Rekkense Inrichtingen.



Zwembadmuseum Oldenkotte

Inleiding

Tactus is een instelling voor verslavingszorg in het oosten van het land. De instelling bestaat nog niet zo lang, maar heeft een lange voorgeschiedenis. Tactus houdt zich bezig in de vorm van preventie en hulpverlening met alcohol- en drugsverslaving. In het eerste driekwart van de 20e eeuw lag het accent geheel op de alcoholproblematiek. Drugsmisbruik werd in de loop van de jaren zeventig een probleem. Daar kwamen in de loop van de jaren ook verslavingen aan o.a. medicijnen, gokken, eten, seks, gamen en internet bij.

De instelling vormt goed beschouwd een fusie van twee werksoorten in de verslavingszorg die lange tijd betrekkelijk los van elkaar hebben bestaan: de intramurale tak en de ambulante tak. Beide takken zijn in belangrijke mate ontstaan vanuit de protestants-christelijke zuil.

De intramurale tak komt voort uit de christelijke vereniging voor vrouwelijke geheelonthouders die rond 1900 een tehuis voor drankzuchtige vrouwen oprichtte. Hiernaast zijn in het laatste kwart van de 20e eeuw nieuwe 'klinische' voorzieningen tot stand gekomen vanuit een algemene instelling voor sociaal-maatschappelijk werk: de Van Ouwenaller Vereniging. Deze vereniging kent eveneens een uitdrukkelijk protestants-christelijke voorgeschiedenis. Verder moet Het Buitencentrum genoemd worden dat begon als voorziening voor (ex-) drugsverslaafden uit Amsterdam.

De ambulante tak in het werkgebied van Tactus komt eveneens voort uit initiatieven van drankbestrijdersorganisaties. In 1916 werd in Deventer het eerste consultatiebureau opgericht. Verder hielpen veel drankbestrijdersorganisaties drankzuchtigen en/of hun gezinnen. Na de Tweede Wereldoorlog werden in Deventer (IJsselstreek) en in Almelo (Twente) op nieuwe leest streekbureaus opgericht. Daar kwamen in de jaren zeventig enkele instellingen voor drugshulpverlening bij.

Pas in de laatste decennia van de twintigste eeuw gaan de diverse instellingen meer met elkaar samenwerken en allengs komen daar gefuseerde instellingen uit voort. Uiteindelijk is op 1 januari 2001 TACTUS, Instelling voor Verslavingszorg geboren. En in 2006 ontstond uit een fusie met de Stichting Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs in Zwolle e.o. het nieuwe Tactus.

Verslavingsproblemen ontstaan in een sociale context. Net zo hebben instellingen voor verslavingszorg te maken met een sociaal netwerk waarin zij een van de vele knooppunten vormen. In de eerste decennia van de geschiedenis van de verslavingszorg in Oost-Nederland waren het vooral de ambulante consultatiebureaus voor alcoholisme die zich veel gelegen lieten liggen aan hun positie in de regio. De intramurale voorzieningen hadden van oorsprong geen streekfunctie: ze namen cliënten op uit het hele land. De laatste twintig jaar van de twintigste eeuw is daarin geleidelijk verandering gekomen, zodat inmiddels alle werkzaamheden van Tactus nauw verweven zijn met de ontwikkelingen in haar werkgebied.

Drankbestrijding als bakermat van verslavingszorg

In de loop van de 18de eeuw verving het gedistilleerd (jenever en brandewijn) het bier als de belangrijkste alcoholhoudende drank. Door tijdgenoten werd dit laatste gezien als een dramatische ontwikkeling. Vooral in de tweede helft van de 19de eeuw werden veel maatschappelijke noden - armoede en moreel verval - rechtstreeks in verband gebracht met sterke drank. Het drinkgedrag van het volk kwam onder kritiek te staan. Zelfbeheersing, het meester zijn over de eigen geest en het gedrag, werd gepropageerd als noodzakelijke voorwaarde voor emancipatie. Matig gebruik van drank en de versobering van de traditionele drinkrituelen werden nastrevenswaardige doelen.



Anti-alcohol optocht, 1910

Vanaf de jaren dertig en veertig van de 19e eeuw ontstonden vanuit burgerlijke kringen verenigingen die zich toededen op de bestrijding van het gebruik van sterke drank. Hun initiatieven hingen samen met de armoedebestrijding en beschavingsoffensieven die erop gericht waren arbeiders geschikt te maken voor de industriële arbeid. Op de achtergrond speelde de vrees voor 'het spook van het communisme'. Voor sterke drank hadden de mensen heel veel geld over. In de ogen van de gegoede klasse (de predikanten voorop) was dit zuipen de oorzaak van de belabberde sociale en morele omstandigheden in die tijd. In de ogen van de industriëlen verhinderde het drankmisbruik de vorming van een modern en gedisciplineerd industrieel proletariaat. Uit deze hoek kwam dan ook veel steun voor de strijd tegen de sterke drank.

In 1842 werd de eerste landelijke vereniging opgericht, de Nederlandsche Vereeniging tot Afschaffing van Sterken Drank (de NV). In 1875 kwam de Volksbond tegen Drankmisbruik tot stand. Deze bond maakte zich, naast het voeren van propaganda, sterk voor het treffen van sociale voorzieningen die een alternatief vormden voor drankmisbruik. De Volksbond ging uit van het principe van matiging. De Nederlandsch Christelijke Geheel-Onthouders Unie (NCGOV) en de Nederlandsche Christen Vrouwen Geheel-Onthouders Unie (NCVGOU) waren de eerste landelijke verenigingen die het geheelonthoudersprincipe in praktijk brachten.

Zelfbeheersing en verzuiling

De drankbestrijding had als doel de zelfbeheersing ten aanzien van drank te bevorderen, en indirect ook de dronkzuchtigen te helpen. Maar heel erg effectief waren ze in de eerste jaren van hun bestaan nog niet ondermeer doordat de overheid in de 19e eeuw nog niets van directe interventies in de drankverkoop wilde weten. In 1881 kwam weliswaar de eerste Drankwet tot stand, maar veel veranderde daardoor nog niet. Pas toen de verenigingen voor drankbestrijding

veel aanhang kregen, en vooral toen het lukte het thema drank en matiging op de agenda van de grote emancipatiebewegingen van die tijd te zetten, kwam er vaart in. Socialisten, katholieken en 'kleine luyden' erkenden dat de strijd tegen de drank een noodzakelijke voorwaarde was voor hun maatschappelijke succes. Zelfbeheersing bij hun aanhangers was nodig om mee te kunnen werken aan de versterking van de positie van de eigen zuil.

De drankbestrijders kregen vanaf de eeuwwisseling steeds meer gehoor in brede lagen van de bevolking en pas daarna – door een heel praktische organisatie van een drankvrij bestaan – konden zij bogen op succes.

De medici waren wat minder uitgesproken. In de loop van de eeuwen hadden zij steeds een ambivalente houding ingenomen tegenover drankgebruik en -misbruik. Hun eigen gebruik was daar natuurlijk debet aan. Maar belangrijker was toch wel dat artsen nooit veel succes hebben gehad met hun pogingen patiënten van de drank af te houden. Mismoedigheid was hun deel. Niettemin zijn er aansprekende artsen en psychiaters geweest die wél belangstelling hadden voor het onderwerp. In de 19de eeuw was het bijvoorbeeld de vermaarde Zutphense arts J.N. Ramaer (1817-1887) – bekend als hervormer van de Nederlandse geneeskunde en de psychiatrie – die in 1852 de verhandeling *Dronkenschap en Krankzinnigheid* schreef. Hij stelde vast dat in de Nederlandse krankzinnigenhuizen 1 op de 16 patiënten (in)direct vanwege dronkenschap was opgenomen. Daarnaast was er volgens hem nog een (veel grotere) groep waarbij de krankzinnigheid door dronkenschap werd veroorzaakt. Opmerkelijk was dat – in tegenstelling tot auteurs vóór hem – hij zich distantieerde van de idee dat de dronkenschap het gevolg was van een beschavingscrisis. Hij richtte zijn aandacht slechts op individuele ziektegevallen. Ramaer vatte alle onmatigheid in het gebruik van sterke drank op als een ziekteverschijnsel. Afzondering was het beste geneesmiddel, zo mogelijk in een speciale inrichting voor de verbetering van dronkaards. Verder noemde hij de mogelijkheid een verbintenis aan te gaan met een afschaffingsgenootschap. Maar dat lukte volgens hem slechts in die gevallen waar de dronkenschap niet de oorzaak van ziekte was. Dronkenschap

die voortkwam uit 'drinklust' kon niet via opsluiting genezen worden. Drankzuchtigen vielen na behandeling weer snel terug in hun oude gedrag. Alleen als ze 'uit eigene beweging' zich tot de geneesheer zouden wenden had behandeling enige zin. Het werkzame bestanddeel daarvan was toch vooral 'de kracht des wils', een 'gevoel van schaamte' of de 'invloed der godsdienst'. Zulke ideeën hebben ten grondslag gelegen aan de eerste initiatieven tot verslavingszorg.

Dwang tot zelfbeheersing

Tussen 1900 en 1920 daalde het drankgebruik enorm. Voor het eerst in de geschiedenis van ons land verminderde de consumptie terwijl de welvaart steeg. Zelfs de ellende van de crisistijd daarna liet niet de gevreesde stijging in het gebruik zien - het tegendeel was het geval. De keerzijde van het propageren van drankmatiging was de individuele worsteling tegen het hevige verlangen naar de beneveling. De overmatige gebruikers werden gezien als slaven van de drank. Ze misten volgens de nieuwe opvattingen het vermogen tot zelfbeheersing en waren niet in staat en/of niet bereid zich te conformeren aan de maatschappelijke eisen. In de crisistijd namen een aantal 'ellendedrinkers' in hun armoede zelfs toevlucht tot het giftige spiritus.

Zolang de zelfbeheersing voor iedereen nog heel fragiel was, en door het minste en geringste verbroken kon worden, waren ondersteunende maatregelen en voorzieningen vereist. De uiterlijke dwang tot zelfbeheersing moest zo groot mogelijk zijn. Daarom ijverden de drankbestrijders voor staatsinterventie en probeerden ze voormalige dronkaards om te vormen tot een actief lid van hun vereniging. De angst voor terugval werd - als tegenhanger van het succes van de matiging en geheelonthouding - echter alleen maar groter. En naarmate de meeste mensen duidelijk lieten merken dat zij in staat waren tot aangepast gedrag, vielen de 'restgroepen' van mensen die daartoe niet in staat waren extra op. Voor hen werden door de drankbestrijders (en de overheid) dan ook aparte

voorzieningen voorgesteld: ‘opzenden’ naar Veenhuizen en andere plaatsen waar geen drank, maar wel noeste arbeid in het verschiet lag; wettelijke maatregelen die hen moesten dwingen tot geheelonthouding of onder curatele stelling. Maar naast dwang en drang geloofde men ook in het nut van actieve hulp bij zelfbeheersing: reddingswerk.

Reddingswerk

Net als elders in Nederland is in Overijssel en Gelderland de verslavingszorg ontstaan vanuit de drankbestrijdersverenigingen. De drankbestrijders liepen niet alleen te hoop tegen de overheid of de kroegbazen. Ze begrepen al gauw dat ze degenen, die niet uit zichzelf in staat waren om de verlokkingen van de drank te weerstaan, moesten helpen. Zo werden er allerlei vormen van ‘reddingswerk’ bedreven: dronkaards werden vaak letterlijk de kroeg uitgesleurd, ‘bewerkt’ met anti-alcohol propaganda, en als dat aansloeg lid gemaakt van een drankbestrijdersvereniging. En daar werd van alles bedacht om voor hen een alternatieve en drankvrije tijdsbesteding te vinden. Vooral de orden van de ‘goede tempeliers’ waren actief in dit reddingswerk. Voor een groot gedeelte rekruteerden ze hun leden uit gewezen drinkers.

Al deze bonden moesten het in de eerste plaats hebben van plaatselijke afdelingen. Ook in Overijssel en Gelderland waren de belangrijkste bonden in steden zoals Deventer en Zutphen heel actief. In Beekbergen huisde zelfs voor lange tijd het hoofdbureau van de NCGOV. Ook van de goede tempeliers waren afdelingen in het Oosten van Nederland actief, - ze werkten later samen met de consultatiebureaus, zoals dat in Deventer en Zwolle, of ze verrichtten een vorm van ‘nazorg’

voor de ontslagen patiënten uit de sanatoria voor dronkzuchtigen of voor gewezen gevangenen (reclassering). Belangrijk is verder dat de rooms-katholieke drankbestrijding in Oost-Nederland haar oorsprong kent. Het was de Enschedese priester Alphons Ariëns (1860-1928) die uitgaande van zijn werk onder de Twentse textielarbeiders begin jaren negentig van de 19de eeuw het initiatief nam tot de oprichting van een drankbestrijdersvereniging. Ariëns deed dit nadat de christelijke geheelonthouders in Enschede een succesvolle afdeling hadden opgericht. Later groeide deze vereniging uit tot een grote landelijke federatie, Sobriëtas, waarbij tal van bonden waren aangesloten. Rondom 1900 en de daarop volgende jaren nam het aantal drankbestrijdersorganisaties en verenigingsactiviteiten flink toe. Tienduizenden mensen waren actief lid. In Enschede, Zutphen, Apeldoorn/Beekbergen en Deventer werden drankvrije koffiehuisen en hotels opgericht waarvan sommige tot ver na de Tweede Wereldoorlog hebben bestaan. In Zutphen is nog het zogeheten “Volkshuys” gevestigd aan de Houtmarkt dat als drankvrij koffiehuis intact is gebleven.

De verslavingszorg is rechtstreeks uit drankbestrijding ontstaan. De NCGOV en de NCVGOU zijn voor de ontwikkeling van de verslavingszorg van groot belang geweest. De eerste intramurale voorzieningen in het werkgebied van Tactus werden door de NCGOV respectievelijk NCVGOU opgericht.

Intramurale verslavingszorg 1900 - 1950

Het individuele reddingswerk van de drankbestrijdersverenigingen had weinig effect op het gedrag de ernstige dronkaards. Zij worstelden ook met andere problemen dan alleen de drankverleiding. Eind 19de eeuw en vooral in het begin van de 20e eeuw namen de drankbestrijders daarom het initiatief om aparte hulpvoorzieningen op te zetten. In 1891 werd het eerste ‘asiel’ voor dronkzuchtigen, Hoog-Hullen, opgericht en gevestigd in Eelde (Drenthe). De gematigde Volksbond tegen Drankmisbruik had daartoe het initiatief genomen.

Ook de christelijke drankbestrijders zetten inrichtingen op voor de ‘verpleging’ van dronkzuchtigen. De meeste moesten echter na verloop van tijd – door geldgebrek en/of door een tekort aan patiënten – hun poorten sluiten. Een financieringsregeling voor deze centra bestond er nog niet.

Asiel voor dronkzuchtigen

Door christelijke drankbestrijders werd in 1917 in Beekbergen ‘Het Hietveld’ opgericht voor dronkzuchtige mannen. In 1926 was het alweer dicht. Veel succesvoller was het tehuis voor vrouwelijke alcoholisten dat in 1900 was opgericht door de vrouwelijke drankbestrijders. In 1897 deed freule Henriëtte Sarah Hartsen (1860-1946) inspiratie voor sociale arbeid op bij het Leger des Heils in Londen. Het Leger was een van de eerste organisaties die drankbestrijding koppelde aan praktische hulpverlening. Twee jaar later was mevrouw Hartsen betrokken bij de oprichting van de Nederlandse Christen Vrouwen Geheelonthouders Unie, die zich van meet af aan ook een concreet doel stelde: de oprichting van een ‘asyl’ voor de opvang van alcoholisten. In die tijd waren de therapeutische denkbeelden



Freule Henriëtte Sarah Hartsen (1860 - 1946)

nog vrij eenvoudig: verblijf in een rustige, groene omgeving - afgezonderd van de ‘buitenwereld’ - zou wonderen verrichten.

In 1900 werd in Hilversum het asiel geopend in het ‘rusthuisje’ bij de woning van mevrouw Hartsen. Later verhuisde het centrum, eerst naar een villa in Hilversum, om in 1911 voor lange tijd gevestigd te worden in een prachtig landhuis in Beekbergen. Het centrum kreeg toen de naam van Uniehuis. Het huis in Beekbergen lag in een landelijke omgeving. De tuin bood gelegenheid voor wandelingen en werkzaamheden, zoals de teelt van vruchten en de verzorging van kleinvee.

Bij de opening in 1900 waren er 36 plaatsen voor zowel mannen als vrouwen. Maar al snel beperkte het centrum zich uitsluitend tot vrouwelijke alcoholisten. Mevrouw Hartsen was jarenlang directrice. Bij de behandeling, zo daar in onze moderne opvattingen al sprake van was, baseerde men zich op het evangelie.

Tientallen jaren werden de vrouwen 'opgevoed' door bijbellezingen, verplichte groepswandelingen, huishoudelijk werk en niet te vergeten gezang. De redding van de vrouwen vereiste niet alleen geheelonthouding maar in de eerste plaats bekering tot het evangelie, - psychologische behandelvormen werden nog nauwelijks toegepast. Op het vierde Christelijk Congres tegen het Alcoholisme (1926) gaf mevrouw Hartsen duidelijk aan wat zij van de verzorgsters verwachtte: 'zelfverloochening, geduld en bovenal geloof en liefde'. In de eerste dertig jaar van haar bestaan nam het Uniehuis zo'n 350 vrouwen op, afkomstig uit het hele land.

De overheid verstreekte voor het Uniehuis geen subsidie, maar was wel bereid de helft van de verpleegkosten van een klein aantal 'onvermogens' voor haar rekening te nemen. Het Uniehuis maakte gebruik van de mogelijkheden om zich te laten erkennen als reclasseringsinstelling, - hierdoor konden voorwaardelijk veroordeelden door Justitie naar het huis worden 'opgezonden'.

In 1939 verhuisde men naar een pand aan de Jachtlaan in Apeldoorn. Tussen 1940 en 1945 was het evacuatieadres weer in Beekbergen omdat de Duitse bezetters in die tijd het pand aan de Jachtlaan bewoonden. Er werden in die tijd nauwelijks nieuwe cliënten aangemeld.

Na de oorlog werd het centrum omgedoopt tot de Huize Henriëtte, - het bestaat nog, nu gehuisvest in Zutphen, onder de naam Henriëtte Hartsenkliniek en is daarmee de oudste eenheid binnen Tactus.



Ambulante Verslavingszorg 1915 - 1950

De Volksbond tegen drankmisbruik was ook nauw betrokken bij de vorming in 1909 van het eerste consultatiebureau voor alcoholisten te Amsterdam. Als voordeel van een consultatiebureau zag men het kunnen behandelen van de patiënt in zijn eigen omgeving. Hierdoor kon 'den man' in zijn gezin blijven.

Het grootste manco van de sanatoriumverpleging was de gebrekkige herintegratie van de patiënten in de thuissituatie. Voor de nazorg zocht men drankbestrijders die een 'genezen' alcoholist onder hun hoede namen. Dat lukte maar matig. Op verzoek van de Volksbond werkten Th.W. van der Woude (1863-1946) en de latere hoogleraar psychiatrie K.H. Bouman (1874-1947) een plan uit voor een consultatiebureau. Zij waren ook de eerste medewerkers. De behandeling was erop gericht dat de dronkzuchtige tot het besef kwam dat volledige onthouding van alcoholica een absolute eis was. Door een 'persoonlijke toespraak' en door 'overreding' werd de patiënt op dergelijke gedachten gebracht. Het uiteindelijke doel was absolute en levenslange geheelonthouding, liefst als actief lid van een drankbestrijdersvereniging. Nog belangrijker was dat de voormalige dronkaard in ideëel en sociaal opzicht deelgenoot werd van de samenleving.

Consultatiebureau in Deventer

We gaan in dit boek meer in op de ontwikkelingen in de Stedendriehoek omdat van het bureau in Deventer de handgeschreven notulenboeken van de bestuurs- en ledenvergaderingen bewaard zijn gebleven. Ze geven een unieke inkijk in de ontwikkelingen en werkzaamheden. In het overige werkgebied van Tactus zijn vergelijkbare processen geweest, dus de beschrijving over de Stedendriehoek kan gezien worden als voorbeeld.

Het Amsterdamse initiatief kreeg navolging in diverse andere plaatsen in Nederland, zoals in Zwolle en Deventer. Het Consultatiebureau in Deventer werd opgericht op 19 oktober 1916. Het initiatief daartoe ging uit van het Deventer Drankweercmité (een samenwerkingsorgaan van de verschillende plaatselijke verenigingen) op een bijeenkomst waar de 'maatschappelijk leider' van het Amsterdamse consultatiebureau een inleiding hield. Op de oprichtingsvergadering waren vertegenwoordigers van de meeste Deventer drankbestrijdersverenigingen aanwezig, waaronder de NCGOV.

Na de oprichting kreeg het bureau steun vanuit de bevolking. Deze vorm van drankbestrijding werd door sommigen zelfs hoger gewaardeerd dan dat van de geheelonthoudersverenigingen. Het werk richtte zich op de concrete verbetering van 'verkeerde toestanden' in plaats van met het veel abstractere doel van de 'omhoogheffing van het algemeen peil der maatschappij'. Deze sympathie was belangrijk want steun van de zijde van de overheid was er in de beginjaren nauwelijks. Via propaganda moesten mensen ertoe overgehaald worden geld te geven. Om de minimale voorzieningen van het bureau te kunnen bekostigen werd verder subsidie gevraagd bij de drankbestrijdersverenigingen, de gemeente en later ook justitie vanwege de reclasseringstaken die het bureau op zich nam.

De beteugeling van een onweerstaanbare zucht

Het bureau hield elke vrijdagavond een ‘zitting’ in een gebouw van de vereniging voor tuberculosebestrijding. Het eigenlijke werk werd in het begin, op vrijwillige basis, uitgevoerd door zuster Koopman als ‘maatschappelijk leidster’. De plaatselijke huisdokter de heer Van Renesse nam de medische leiding op zich. De bedoeling was de aangemelde personen letterlijk ‘in kaart’ te brengen. Deze gegevens zouden, zo was het plan, gedurende het ‘genezingsproces’ voortdurend worden aangevuld. Voor de ‘patiënten’ waren aan de hulpverlening geen kosten verbonden. De patiëntenstroom verliep – in onze ogen – uiterst traag. Met slechts één medewerker, en slechts één avond zitting per week, kon uiteraard geen toeloop van tientallen patiënten verwerkt worden. Maar in het begin was deze wel heel schraal.

De ervaringen met de eerste vier patiënten werden in het jaarverslag van 1917 als volgt getypeerd: ‘Bij alle vier deze mannen is de drankzucht een degeneratie verschijnsel maar bij twee van hen is op de voorgrond getreden een plotselinge neiging naar drank. Bij een hunner is dat zoo sterk geweest dat hij na een onthouding van 8 maanden plotseling een onweerstaanbare zucht naar alcohol voelde opkomen terwijl hij bezig was met zijn werk. Hij wist te vertellen: om half vijf legde ik het werk neer en liep naar een kroeg. Ik kon niet anders, terwijl ik vijf minuten van tevoren nog niet over een borrel zou gedacht hebben. Dezelfde man zegt ook dat hij in normale tijden ervan walgt.’

In de werkwijze van het bureau was er in voorzien dat de dronkzuchtigen, nadat ze via de gesprekken met de maatschappelijke en medische leiding gestopt waren met drinken, opgevangen zouden worden door een van de geheelonthoudersverenigingen. Slechts de christelijke bonden waren in het begin bereid ‘helpers’ aan te wijzen; zo kende Deventer de vereniging ‘Red uw Kameraad’ als onderafdeling van de NCGOV.

De wekelijkse zitting was ‘s avonds, maar dat gaf toch een onvoorzien probleem: in de zomer, wanneer het langer licht bleef, bleven veel patiënten weg, uit angst gezien te worden door bekenden. Soms gingen weken voorbij dat er helemaal niemand kwam opdagen. Via advertenties in het Deventer Dagblad poogde men meer patiënten te werven. Dat lukte nauwelijks en allengs raakte het bestuur ervan overtuigd ze een bezoldigde kracht aan moest stellen. Dat zou een mannelijke maatschappelijk leider worden. In 1919 werd, in plaats van zuster Koopman, de heer Van den Berg aangesteld, die het werk overigens naast andere werkzaamheden moest doen. Deze aanstelling leidde ertoe dat het bezoek aan het spreekuur alras toenam. Soms kwamen er 8 patiënten op een avond en in totaal waren er in dat jaar 13 patiënten in behandeling. Verder lukte het beter de medische leider voor het werk in te schakelen. Financieel waren de vooruitzichten bovendien iets gunstiger nadat het bureau in 1920 door de rijksoverheid werd erkend als reclasseringsinstelling. Het zelfvertrouwen nam toe, wat bleek uit het plan om zich actief te wenden tot: ‘geneesheeren, ziekenhuisartsen, werkgevers, Justitie, Voogdijraad, predikanten, leden van het genootschap tot zedelijke Verbetering van Gevangenen en verder personen, die geregeld met de drankellende in aanraking komen, om ook hen om, speciaal moreele, medewerking te verzoeken’.

De Vriendenkring

Naast samenwerking met de politie, die bij aanhoudingen vanwege openbare dronkenschap de dronkaards een kaartje van het bureau meegaf, was er vooral met Maatschappelijk Hulpbetoon een intensieve werkrelatie. Deze instelling verstreekte bijstand maar vaak verliep de feitelijke uitkering daarvan via het consultatiebureau. Het bureau verbond daaraan uiteraard bepaalde voorwaarden of gaf de uitkering rechtstreeks aan de echtgenote. Eventueel werd de bijstand, om drankgebruik te verhinderen, verstrekt in de vorm van levensmiddelen.

In de beginjaren was er veel sprake van ‘gehaspel’ tussen het bestuur van het bureau, de helpers en de vertegenwoordigers van de geheelonthoudersvereniging. De patiënten werden geacht lid te worden van zo’n vereniging en het vermoeden bestond dat naar bepaalde verenigingen niet meer werd verwezen. Het leidde zelfs tot het opstappen van Van den Berg, waarna in 1922 A.J. de Weerd zijn functie overnam. Deze man, actief lid van de NCGOV, bleef in functie tot, begin jaren vijftig, het consultatiebureau werd gereorganiseerd.

Opmerkelijk is dat het vertrouwen in de ontwende patiënten vaak groot genoeg was om hen zo nodig een geld te lenen. Maar nóg opmerkelijker is dat de patiënten daar bijna nooit misbruik van maakten: de leningen werden keurig afbetaald.

Had het werk succes? Goed beschouwd waren de resultaten niet zoveel anders dan we tegenwoordig zien. Van de 39 patiënten die bij het bureau in 1920 onder behandeling waren, werden er 6 geheelonthouder en 14 veel verbeterd: ‘zoodat men als zeker kan aannemen, dat het grootste deel van deze 20 aan de maatschappij en aan hun gezin is teruggegeven’. Om die situatie te bestendigen nam de behoefte toe aan een systeem van een aantal actieve helpers. Het idee vormde zich om een aantal helpers een ‘club’ te laten vormen die in de eerste plaats tot taak hadden het wachtlokaal bij het bureau gezelliger te maken. De Club moest zorgen voor ‘voordrachten’ en ‘zang’ en op zo’n manier het aantrekkelijker maken zich tot het bureau te wenden.

Het plan lukte - tot en met de Tweede Wereldoorlog blijft de club van helpers - aangevuld met ‘oude patiënten’ - als de ‘Vriendenkring’ bestaan. Het kreeg langzamerhand de status van een ‘patiëntenvereniging’. Het bleef niet bij een geanimeerde wachtkamer: ook voor de kinderen van de patiënten werd gezorgd. Op de zittingsavonden mochten de dochters van de patiënten handwerken. Verder organiseerde de Club jaarlijks uitstapjes.

Reclasseringswerk

In de loop van de jaren twintig kreeg ook het reclasseringswerk gestalte. Door de wetgever was in 1915 de figuur van de voorwaardelijke veroordeling en die van de voorwaardelijke invrijheidsstelling in het leven geroepen. Drankbestrijdersverenigingen en consultatiebureaus konden voor dit werk een erkenning aanvragen. Dit bood het consultatiebureau de mogelijkheid veroordeelde alcoholisten buiten de gevangenis te houden, mits zij onder toezicht stonden. De mannen konden hun werk behouden, hun gezin onderhouden en onder gunstiger omstandigheden ‘leeren onthouder te worden’. Het inzicht dat de gevangenis daarvoor niet de meest geschikte plek was, vond steun bij de overheid. Later nam het bureau ook de taak op zich de kinderen van alcoholisten, die onder toezicht van een reclasseringsvereniging stonden, onder zijn hoede te nemen.

In 1930 werd het plan opgevat naast de maatschappelijk leider een assistent aan te stellen. Deze moest hem bijstaan bij het huisbezoek en de ‘controle’ op het gedrag van de toevertrouwde patiënten. Dit was voor de reclasseringstaak van eminent belang.

Zwarte lijst

Het aantal patiënten nam in de loop der jaren nauwelijks toe - niet verwonderlijk als we ons realiseren dat het drankgebruik sinds 1900 drastisch was teruggelopen. Het resterende patiëntenbestand veranderde wel van samenstelling. In 1934 meldde de maatschappelijk leider dat naar zijn waarneming er zich 'meer erge gevallen, waarbij misdadigheid in 't spel is, die veel moeite geven' aandienen. Het betrof mensen die allemaal met justitie in aanraking waren gekomen en onder voorwaarden in vrijheid waren gesteld.

Oog voor wat er zich in de maatschappij afspeelde was er zeker ook vanuit het consultatiebureau. Het nam begin jaren twintig het initiatief tot de oprichting van een 'geheelonthouders-kosthuis' omdat het 'vooral voor mensen, die reeds een minder goeden naam hebben, het zeer moeilijk is, behoorlijk onderdak zonder drankverleiding te vinden'.

In 1930 verzocht het de overheid dat de kroegen tijdens de kermis eerder zouden sluiten. Zes jaar later werd het gemeentebestuur opgeroepen een 'Zwarte Lijst' in te stellen, die in kroegen zou moeten worden opgehangen. Het doel was kroegbazen te dwingen de vermelde personen, notoire drinkers, de toegang tot de lokaliteit te ontzeggen. Het bestuur van het bureau werd audiëntie bij de burgemeester verleend om de overwegingen kenbaar te maken. Na maanden soebatten, pleidooien in het Deventer Dagblad en het persoonlijk 'bewerken' van raadsleden, wees het gemeentebestuur het voorstel af. In verschillende omliggende gemeenten werd echter wel gebruik gemaakt van een Zwarte Lijst. Jaren na de oorlog bestonden ze nog, maar toen beseften de medewerkers van het consultatiebureau dat ze, uit het oogpunt van stimulans tot meer aangepast gedrag, weinig effect sorteerden. Plaatsing op de zwarte lijst werd door de betrokkenen zeer sterk als 'schande', als vijandig en als uitstoting uit de gemeenschap

beleefd. Daarbij kwam dat vooral in de kleinere plaatsen het café een monopoliepositie in het maatschappelijk verkeer innam. Bovendien gingen de 'slachtoffers' dan maar in slijterijen hun drank halen of gingen ze in een andere gemeente naar de kroeg.

Crisis, mobilisatie en bezetting

Opmerkelijk is dat de economische crisis in de jaren dertig nauwelijks gevolgen had voor het cliëntenbestand. Wel deed zich een gebrek aan financiën gelden wanneer het bureau een patiënt wilde plaatsen in een andere instelling. Vaak werden 'erge slachtoffers van drankmisbruik' nog wel eens voor ontwenning ondergebracht in de psychiatrische inrichting Brinkgreven. Na ontslag ontfermde het consultatiebureau zich weer over hen om terugval in het oude gedrag te voorkomen.

Het consultatiebureau had weliswaar een medisch leider, maar het medische karakter van het werk was beperkt. In de verslagen werd de drankzucht niet geduid als een ziekte maar als 'verslapping van den wil'. Waar de crisistijd niet leidde tot onrust over het drinkgedrag was dat anders tijdens de mobilisatie in 1939. De maatschappelijk leider vreesde dat er een slechte invloed van zou uitgaan op het drinkgedrag van hen die onder de wapenen werden geroepen. Vanzelfsprekend wekte de daaropvolgende bezetting zorgen over de gevolgen voor het drinkgedrag van de bevolking.

Het bureau werkte in de oorlogsjaren gewoon door, ofschoon de aanloop terugviel. Dit werd in het eerste oorlogsjaar niet toegeschreven aan verminderd

drankgebruik, maar aan het feit dat een aantal patiënten naar Duitsland werden gezonden om daar te werken. De stemming onder de overgebleven patiënten wees op een zekere malaise: 'velen hebben nu een houding die uitdrukt het kan mij niets meer schelen', aldus de maatschappelijk leider. In 1941 was sprake van een verhoogd gebruik van sterke drank. Dit werd in verband gebracht met de 'meer dan normale spanning' in deze tijd. Ook was er vaker sprake van openbare dronkenschap. Men wees op de verkoop van goedkope drank in kruidenierswinkels, - het leidde volgens het bureau tot een nieuw verschijnsel: 'huisdronkenschap' in plaats van 'kroegdronkenschap'. Toch was deze onrust over toenemend drankmisbruik maar tijdelijk. Al in 1942 was het duidelijk dat door het tekort aan drank het drankmisbruik terugliep. Het aantal contacten met patiënten nam af. In de verwachting dat dit na de oorlog wel weer zou toenemen bleef het bureau operationeel.

Ambulante verslavingszorg 1950 - 2000

De drankbestrijders hadden vóór de Tweede Wereldoorlog een grote invloed op de verslavingszorg. Bijna iedereen die bij een bureau werkte was zelf ook actief geheelonthouder. De besturen van de bureaus waren grotendeels in handen van drankbestrijdersverenigingen. Dit veranderde in de loop van de jaren vijftig. Met de teruggang van hun bijdrage nam de bijdrage van de professionele zorgverlening toe.

Allereerst beschrijven we de geschiedenis van de ambulante voorzieningen.

Opkomst van het medisch denken

In de jaren vijftig van de 20ste eeuw werden de consultatiebureaus voor drankzuchtigen zoals die vóór de oorlog in Nederland waren ontstaan gereorganiseerd.

In Deventer deed het consultatiebureau direct na de oorlog een subsidieaanvraag bij de gemeente. Toen de rijksoverheid in 1946 een nieuwe reclas-
seringsregeling invoerde was het bureau er snel bij om wederom als reclas-
seringsinstelling erkend te worden. Maar er gebeurde meer. Op initiatief van de
grote consultatiebureaus voor alcoholisme elders in Nederland werd een plan
gemaakt om de ambulante verslavingszorg te reorganiseren. Het werk moest
een professioneel karakter krijgen en er was behoefte aan een dekkend netwerk
van voorzieningen. Daarbij speelde ook de wens het werk een sterker medisch
karakter te geven, - in dat verband werd verwezen naar de Refusalkuur. Om als

reclasseringsinstelling erkend te worden moest het bureau in Deventer
gereorganiseerd worden.

In 1952 adviseerde een regionale commissie om voor de arrondissementen
Zutphen en Zwolle een 'streekbureau' op te richten. De consultatiebureaus van
Zwolle en Deventer moesten hierin opgaan. Op een bijeenkomst in De Munttoren
in Deventer in 1953, bijgewoond door een groot aantal notabelen en vertegen-
woordigers van de drankbestrijding uit Deventer, Zwolle, Apeldoorn en Zutphen,
werd besloten de voorbereiding tot een gezamenlijk bureau van start te doen
gaan. Korte tijd later vond de officiële oprichting van het Medisch Consultatie-
bureau voor Alcoholisme 'De IJsselstreek' plaats, met Deventer als hoofdvesti-
ging en met spreekuuradressen in alle belangrijke plaatsen in het werkgebied
(Apeldoorn, Deventer, Groenlo, Zutphen).

Ook in Twente was in 1951 een consultatiebureau tot stand gekomen te weten
het Medisch Consultatiebureau voor Alcoholisme met Almelo als hoofdvestiging.
Bij de oprichting waren de drankbestrijders, zoals de drankweerc Comité's van En-
schede, Almelo en Hengelo en de rooms-katholieke Ariënsvereniging, prominent
aanwezig. Het bureau was vanaf 1954 gevestigd aan de Oude Kloosterweg te
Almelo, nadat het eerst een tijdje was gehuisvest in het huis van de voorzitter,
de heer J. Ferguson, leider-psiater van de centrale dienst voor de geestelijke
Volksgesondheid in Overijssel (Almelo) aan de Molenkampspark16 in Almelo.
Het bureau werd geleid door de heer S.A.C. Poppe die in die tijd ook nog nauw
betrokken is geweest bij Huize Henriëtte (later Henriëtte Hartsenkliniek) als



*Eerste vestiging Medisch Consultatiebureau voor Alcoholisme Twente aan de
Oude Kloosterweg in Almelo*

adviseur van het bestuur, tevens is hij later lid geweest van het bestuur van het
Johannes Wier-huis en het algemeen bestuur van de Van Ouwenaller Vereniging.
Overigens één van de latere vestigingen van het CAD Twente zat ook aan de
Molenkampspark, maar dan op nummer 10 (van 1981 t/m 1994). De heer Poppe is
ruim 25 jaar directeur geweest. Hij werd opgevolgd door de heer H. Egbers en in
1986 is de laatste directeur begonnen, de heer drs. C.L.A. Struik.

Ogenschijnlijk verschilden de werkzaamheden van de consultatiebureaus weinig
van die van de consultatiebureaus van Deventer en Zwolle van voor de oorlog.
Toch waren er wel degelijk grote veranderingen. Er konden nu meerdere beroeps-
krachten worden aangesteld, die bovendien beter voor hun werk waren opgeleid.
Het begin van 'methodisch werken' kreeg zijn beslag en werd landelijk onder-
steund. Hiernaast hadden de aan het bureau verbonden zenuwartsen duidelijk
meer te bieden: door de heer E.M. Jellinek, adviseur van de wereldgezondheids-

organisatie, was een nieuwe theorie ontwikkeld voor de medische benadering
van alcoholisme die houvast bood. Daarnaast waren er voor het eerst medicijnen
beschikbaar gekomen om alcoholisten te behandelen. Refusal (dat ook onder de
naam Antabus in de handel was), een middel dat een sterke negatieve lichame-
lijke reactie oproept als tegelijkertijd alcohol wordt gedronken, was daarvan wel
het allerbelangrijkste. Toch stuurden hun collegae, huisartsen en zenuwartsen,
hun cliënten zelden voor een behandeling door naar het consultatiebureau. Men
vermoedde dat er bij hen de vrees leefde dat het bureau cliënten aan hen zou
onttrekken. In de praktijk was veeleer van het omgekeerde sprake: het bureau
verwees vaak door naar de zenuwartsen.

Justitie zette de toon

Ondanks de medische benadering bleef Justitie tot ver in de jaren zeventig de be-
langrijkste verwijzer. Zo kwamen in 1955 bij bureau De IJsselstreek van de 112 in
1955 nieuw ingeschreven cliënten veruit de grootste groep via Justitie, - slechts
acht personen kwamen 'uit zichzelf'. De directeur van De IJsselstreek, D.A.
Noordewier, ervoer dit als een probleem. Over het algemeen waren het niet de
cliënten met de gunstigste prognose, waarmee het bureau in contact kwam. Hij
vermoedde dat dit kwam omdat het element 'dwang' een grote rol speelde. Van
een 'kuur onder dwang van een vonnis' verwachtte hij niet veel heil: 'Wanneer de
patiënt niet voelt, dat de oplossing van binnenuit moet komen, helpt alle toezicht
niets.' De dominantie van Justitie was in alle regio's het geval.

Een aanzienlijk aantal cliënten onderging in deze tijd de Refusalkuur. Meestal
namen zij na enige maanden de proef op de som of zij het niet zonder tabletten
konden. De prognose was dan - zo leerden de medewerkers van het consultatie-
bureau - meestal een spoedig 'doorzakken' met hun vrienden. Soms werden de

tabletten na staken van inname – zonder dat de betrokkenen dat wisten - door hun vrouw in de pap of de koffie verwerkt.

In 1957 werd in Deventer een AA-werkgroep opgericht. De ervaringen met de AA-methode, gekoppeld aan de ervaringen bij andere bureaus met ‘groepsbesprekingen’, deed bij het bureau de behoefte ontstaan om groepstherapie te kunnen geven. Van een praktische uitvoering kwam echter weinig terecht; het was – ook toen al – door overbelasting van het personeel niet mogelijk.

De roep om nieuwe werkmethoden en het verlangen naar andere disciplines dan alleen maatschappelijk werk (aangevuld met een psychiater voor enkele uren per week) bleef jarenlang hoorbaar, maar zonder resultaat. Bureau Twente probeerde eind jaren zestig nieuwere behandelvormen (zoals gezinstherapie, rollenspel en psychodrama) naast de gebruikelijke, individuele behandeling in te voeren. Dit stuitte echter op ‘structurele problemen’: gebrek aan financiën en personeel. Pas in de loop van de jaren zeventig vonden de eerste behandelingen van partners van alcoholisten en van echtparen plaats. Opmerkelijk is dat uit een tijdsregistratie uit 1969 bij bureau Twente bleek dat veel contacten nog bij de cliënt thuis plaatsvonden of bij de maatschappelijk werker aan huis.

Drugs en drugsverslaving

Een mijlpaal in de geschiedenis van de verslavingszorg was de verbreding van de aandacht naar andere verslavingsvormen dan alleen aan alcohol. De ‘strijd’ tegen alcohol in het begin van de twintigste eeuw vormde een onderdeel van emancipatiebewegingen. Het verbod van drugs is hoofdzakelijk een onderwerp geweest waar in de eerste plaats de overheid zich hard voor maakte. In 1967 werden bij bureau De IJsselstreek voor de eerste keer cliënten ingeschreven met

andersoortige verslavingen. Het ging om twee cliënten waarvan er een verslaafd was aan marihuana en een ander overmatig ‘zenuwtabletten’ slikte. Die tabletten had de betrokkene door receptvervalsing ‘georganiseerd’. Het was de opmaat naar de komst van drugshulpverlening. Het jaar daarop waren de statuten al zo gewijzigd dat aan ‘de zorg voor alcoholisten’ de passage ‘en andere verslavingsziekten’ werd toegevoegd. Opmerkelijk is de grote belangstelling die de toenmalige directeur ten toon spreidde voor het gebruik van drugs en de daaraan gerelateerde gevolgen. In het jaarverslag besteedde hij er uitgebreid aandacht aan en besprak hij in het bijzonder de middelen die in die tijd bij jonge mensen in de belangstelling stonden: marihuana / hasjiesj en LSD-25. Sinds 1971 heette het bureau Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs (CAD). Min of meer dezelfde ontwikkeling maakte bureau Twente mee.

De groei van het aantal cliënten bij de CAD’s is in de jaren zeventig en daarna goeddeels op het conto van de drugsproblematiek te schrijven. Alcoholproblemen en drankmisbruik leidden na de jaren zestig niet meer automatisch tot moreel verval of sociaal isolement. Drugsgebruik was gloednieuw en beangstigend. Dit gedrag werd nog zó afwijkend bevonden dat de druk op de gebruikers om zich te laten behandelen erg groot was. De illegaliteit van het middel werkte in de hand dat ze snel met politie en justitie in aanraking kwamen, en deze instanties schakelden meestal het CAD in.

Opmerkelijk was dat het aantal vrouwelijke cliënten met alcoholproblemen tot dan toe slechts mondjesmaat was toegenomen. Verslaving was nog hoofdzakelijk een mannenzaak. Dat gold echter eens te meer voor de drugsproblematiek.

Tientallen jaren waren de contacten met politie en justitie een levensader voor het consultatiebureau voor wat betreft de instroom cliënten. De financiering was in hoge mate van Justitie afhankelijk. Vooral het rijden onder invloed (overtreding van artikel 26 van de Wegenverkeerswet) leidde tot een contact met het bureau. Ook in

de beginperiode van de drugs hulpverlening verliep de inschrijving vooral via justitie (overtreding van de Opiumwet). In de jaren vijftig en zestig was er de ambitie om de behandeling een medisch accent te geven. Daarvoor bleven de benodigde middelen echter achterwege. Een adequate verklaring voor verslaving als een ziekte was bovendien nog niet beschikbaar. Behalve Refusal waren er nog nauwelijks medicijnen waarmee het verslavingsproces beïnvloed kon worden. Groot was dan ook de opwinding toen in 1972 berichten in de media verschenen dat alcoholisten van hun verslaving afkwamen na implantatie van het middel Esperal. In de verslavingszorg kwam men er al gauw achter dat geen sprake was van een wondermiddel. Later kwamen zelfs berichten dat patiënten het implantaat er weer uit peuterden.



Knock-out door alcohol

De jaren zeventig

Begin jaren zeventig namen onder het personeel de klachten over ‘overbelasting’ toe. Het werd in verband gebracht met het gebrek aan mogelijkheden tot functie-differentiatie, – de CAD’s waren daar eigenlijk te klein voor. Iedereen moest alle taken kunnen uitvoeren en bovendien werden de eisen die aan het werk gesteld werden telkenmale hoger. Voor de heer Noordewier, directeur van bureau De IJsselstreek was er het probleem ontstaan dat deze – in tegenstelling tot vroeger – niet meer als vanzelfsprekend meewerkte in het uitvoerende werk. Hij was daardoor in een isolement geraakt en ook minder goed in staat de medewerkers te ondersteunen. Gevreesd werd dat door de verdergaande belasting de glans van het werk af zou gaan. De organisatieproblemen werden manifest nadat de directeur in 1973 was overleden. In het jaarverslag werd erkend dat de interne spanningen ook veel te maken hadden met de landelijke ‘democratiseringsverschijnselen’.

Het midden van de zeventig vormde een hoogtepunt van maatschappelijke onrust, maar ook van initiatieven tot verandering. Het gebruik van drugs, met name van heroïne dat in deze periode sterk opkwam, werd hiermee in verband gebracht. In het jaarverslag van bureau De IJsselstreek heette het: ‘Alom is niet alleen een relativeren van eerdere ethische uitgangspunten, ook een terzijde stellen, en een zoeken of kiezen van nieuwe.’ De eerder genoemde klachten over de toegenomen belasting leidden in deze tijd tot de eerste vormen van organisatieontwikkeling: het ‘team’ werd geboren als manier om solistisch werken tegen te gaan én als medium voor gezamenlijke besluitvorming en verantwoording.

Einde jaren zeventig vond de directie (de heren J.W. Bach-Kolling en P.A. Steffen) van bureau De IJsselstreek het ook noodzakelijk het bureau verder te reorganiseren. Voor het eerst was er de noodzaak na te denken over de functie ‘management’. Het bureau was sinds de jaren vijftig uitgegroeid tot een instel-



Masnait Adastraat in Almelo

Het initiatief tot de opzet van een drugshulpverleningsproject voor Molukse jongeren in Twente werd in 1981 genomen door het ministerie van CRM. Het departement nam hiertoe contact op met de werkgroep Masnait, de Gemeentekring Almelo en CAD Twente. Op dat moment schatte men dat er zo'n 150 Molukse gebruikers van harddrugs in de regio aanwezig waren. Als oorzaken van de hang naar drugs werden ook een aantal 'psychologische' factoren genoemd, die duidelijk samenhangen met de Molukse geschiedenis, cultuur en hun komst naar Nederland. In 1982 werden een aantal veldwerkers aangesteld, die gedetacheerd werden bij het CAD Twente.

De Molukse gemeenschap woont voor het overgrote deel in Almelo, Hellen-doorn, Rijssen en Wierden. Het Molukse drughulpverleningsproject Masnait was overeenkomstig dit gegeven opgebouwd uit vier basisgroepen. De werkzaamheden bestonden uit algemene hulpverlening, reclassering, voorlichting en preventie. Omdat het project was ondergebracht bij het CAD lag het voor de hand dat met de andere afdelingen van dit bureau nauw werd samengewerkt.

Ook in de gemeente Epe, met name de Molukse woonwijk te Vaassen, bestonden begin jaren tachtig grote zorgen over het toenemende drugsgebruik onder de Molukse jongeren. Het gebruik is explosief toegenomen na de door de gemeente Epe gelaste ontruiming van het barakkenkamp in 1976. De ontruiming was een traumatische ervaring voor de Molukse gemeenschap en ontregelde voor lange duur de sociale structuur. Het druggebruik was onder deze omstandigheden onbespreekbaar en leidde tot onderlinge spanningen.

Op een gemeenschap van 1100 personen waren er in 1980 150 jonge drugsgebruikers. In overleg met de gemeente Epe werd in hetzelfde jaar het opvangcentrum Waspada opgericht. Waspada is Moluks-Maleis voor "op je hoede zijn" of "alert zijn". De oprichting van Waspada was niet enkel gericht op de opvang van verslaafden maar ook bedoeld om de sociale structuur in de gemeenschap te herstellen. Met acht beroepskrachten ging Waspada onder leiding van directeur J.F. Raubun van start en werd in samenwerking met de Molukse kerken, de wijkraad en de jongeren een wijkgerichte aanpak ontwikkeld. De hulpverleningsfilosofie was gebaseerd op het Moluks "adat isti adat" (verbond tot wederzijdse steun en hulp). Het was een vorm van laagdrempelige en outreachende hulpverlening gericht op opvang van de verslaafde binnen en door het eigen familiesysteem. Mede in samenwerking met de gemeente, de rijksoverheid, het arbeidsbureau en de reclassering werden werkprojecten ontwikkeld en werden verslaafden toegeleid naar scholing en werk. De spilfunctie van Waspada in de samenwerking tussen Molukse organisatie en overheidsinstanties heeft haar vruchten afgeworpen. Het vertrouwen tussen de Molukse gemeenschap en de gemeente Epe verbeterde en leidde tot de oprichting van een aparte Moluks sociaal cultureel centrum. Hierdoor was Waspada in staat om zich meer te richten op enkel de verslavingszorg. Na 15 jaar Molukse verslavingszorg met veel vallen en opstaan is Waspada in 1995 opgegaan in de nieuwe organisatie IVS.



Dagcentrum (villa de Stadswei) Ripperdastraat in Enschede

Verslavingscircuits

In de jaren tachtig krijgt het regionaal overleg tussen de instellingen een steeds duidelijker profiel. De CAD's overlegden regelmatig met het Johannes Wier-huis te Rekken. De CAD's zagen de klinische opname als 'een incident in de totale hulpverlening', zodat het CAD bij een opname daarbij direct betrokken moest zijn om de nazorg te kunnen verzorgen. Ook de contacten met de lokale overheid werden geïntensiveerd, waarbij in deze periode vooral de opvang van drugsverslaafden centraal stond. Midden jaren tachtig leidde de meer naar buiten gerichte oriëntatie tot de vorming van 'verslavingscircuits'.

In Twente werd het verslavingscircuit gevormd door het CAD, het dagcentrum Enschede 'de Stadswei' (geopend in 1985), het Molukse drugshulpverleningsproject 'Masnait', het Johannes Wier-huis, dat op dat moment nog alleen in Rekken was gevestigd, en de Stichting Veldwerk Harddrugshulpverlening Hengelo.

Deze laatste stichting was in 1983 opgericht met actieve steun van de gemeente. In de Deldenerstraat kwam een hulppost met een 'huiskamer' voor drugsgebruikers. Het bleef een kleine voorziening, die zich toelegde op 'veldwerk'. Het werk bestond, aldus de medewerkers, 'domweg uit hangen aan de bar (...) we ouwehoeren, drinken een pilsje en langzaam word je dan wel een keer aangesproken. Zo van: wie ben jij en wat doe je. Als ze dat dan weten en ze willen wat van je, dan geven ze dat wel aan. Helpen kun je toch pas als ze dat willen'. De stichting heeft maar kort bestaan; al in 1989 fuseerde het met het CAD Twente. De aanleiding voor de 'inlijving' hing samen met de wens van de rijksoverheid om het veldwerk in te passen in een grotere organisatie - met behoud van de laagdrempeligheid van het werk. Verzet was er nauwelijks: het CAD werd niet langer door de verslaafden en de veldwerkers gezien als een 'bureaucratische moloch, een verlengstuk van Justitie'. De veldwerkers wilden ook geen aanspraak meer maken op de titel 'alternatieve hulpverlening'.

Het dagcentrum voor verslaafden in Enschede was midden jaren tachtig door het CAD geopend. In dit centrum konden de cliënten hun kleren wassen, een warme maaltijd nuttigen, zich douchen en deelnemen aan educatieve activiteiten. Later kwam er de mogelijkheid tot de omruil van spuiten. Het dagcentrum organiseerde jaarlijks met een aantal bezoekers een trip naar een kampeerboerderij in de Weerribben.

Ook in Deventer was in deze tijd een vorm van 'dagopvang' tot stand gekomen. Het CAD verzorgde een Inloopcentrum in Deventer voor drugsgebruikers (gehuïsvest in een gebouw van het CAD) en een vergelijkbaar project in Groenlo. Op het terrein van de drugshulpverlening was een nieuwe ontwikkeling dat, in samenwerking met (psychiatrische) ziekenhuizen en de gemeente, werd begonnen met de verstrekking van methadon. Wat bij alcohol (tot op heden) niet mogelijk was – het verstrekken van een minder schadelijk substituut voor de verslavende

stof - bleek wél mogelijk voor de behandeling van verslaving aan heroïne. Vanuit het inloopcentrum werden veel cliënten doorverwezen naar het methadonproject van het CAD. Het bureau droeg in 1988, op initiatief van de gemeente Deventer, het Inloopcentrum over aan het Straathoekwerk, dat vervolgens overging in de Stichting Drughulpverlening Deventer (SDD). Het inloopcentrum werkte vanuit het 'acceptatiemodel'. Dit hield in dat drugsgebruikers, zoals dat heette, 'niet moeten worden beschouwd als bijzonder, afwijkend van de dominante cultuur en dat zij (alleen) als individuen (personen) moeten veranderen, doch dat druggebruik een onderdeel is van het totale maatschappelijk gebeuren en dat de problematiek als zodanig moet worden benaderd'. Vanaf het begin bleek dat een groot gedeelte van de doelgroep geen contact wenste met de CAD-hulpverlening. Met de reclasseringstaak van deze instelling wilden veel bezoekers niet geconfronteerd worden. De SDD voerde verschillende projecten uit, zoals een banenproject, huis-kamer, Aids-preventie, straathoekwerk en maatschappelijk herstel-activiteiten.

De jaren negentig

Sinds 1990 had het CAD De IJsselstreek (als gevolg van de decentralisatie van het rijksbeleid) te maken met ingrijpende bezuinigingen. In 1993 ontstond het plan tot integratie van het CAD, de SDD en Waspada. Door de overdracht van de financiering van de ambulante verslavingszorg van het rijk naar de gemeenten kwamen verschillende subsidiestromen in één regeling bijeen. Zo was het makkelijker voor de gemeente om ook op het beleid van het CAD invloed uit te oefenen. Voorheen hadden de instellingen slechts vrijblijvende contacten. Hierbij kwam dat er jarenlang een 'historische afkeer' tussen de instellingen bestond: het CAD aan de ene kant en de kleinere instellingen (de SDD en Waspada), die zich veeleer als laagdrempelige hulpverlening presenteerden, aan de andere



Hoofdkantoor IVS aan de Brink in Deventer

kant. De laatstgenoemde instellingen stelden toegankelijkheid en laagdrempeligheid centraal, - de SDD had ook meer ervaring met Surinaamse, Antilliaanse en Molukse cliënten. Toch nam geleidelijk de bereidheid tot samenwerking toe.

In 1995 fuseerden het CAD De IJsselstreek, de Stichting Drughulpverlening Deventer en de Stichting Waspada tot de Instelling Verslavingszorg Stedendriehoek (IVS) onder leiding van de nieuwe directeur de heer P.C.M. van Hulzen. Wat betreft de cliënten in de jaren negentig was het aandeel van de vrouwen weliswaar toegenomen, maar toch was hun omvang slechts 30 procent van het totale aantal, - in het deelgebied van de reclassering vormden de vrouwelijke cliënten zelfs een heel kleine groep.

Intramurale verslavingszorg 1950 - 2000

We hebben hiervoor beschreven hoe de ambulante verslavingszorg zich heeft ontwikkeld. We zijn daarbij ook ingegaan op de maatschappelijke ontwikkelingen die daarop van invloed waren. Hier en daar zijn al de raakvlakken met de intramurale, klinische verslavingszorg aangestipt. Hoe verging het deze instellingen?

Na de oorlog volgden voor het Uniehuis moeilijke jaren. Er was een groot gebrek aan geld. Het centrum was aangewezen op giften en persoonsgebonden subsidies van sociale diensten. De kwaliteit was onder de maat en het centrum werd daarom bijna opgeheven. Vooral in de jaren vijftig groeide vanuit de ambulante instellingen voor de alcoholistenzorg de kritiek op het huis. In die tijd fungeerde het eigenlijk als een rusthuis. Financieel ging het bar slecht, de staf was niet gediplomeerd en de inrichting van het pand was voor de klinische functie niet toereikend. Daar kwam bij dat er weinig patiënten waren, en slechts een minderheid had alcoholproblemen. Verder was er geen psychiater aan het centrum verbonden.

In 1955 werd het Uniehuis dat op dat moment geleid werd door directrice zuster A.J. Zwarts door de NCVGOU overgedragen aan de Stichting Huize Henriëtte. Dit maakte het mogelijk dat in het sanatorium ook patiënten voor rekening van het ziekenfonds konden worden opgenomen. Na uitvoerige onderhandelingen was de Ziekenfondsraad in 1960 bereid Huize Henriëtte te erkennen als 'neurosenkliniek met beperkte doelstelling'. Hierdoor konden de verpleegkosten tot 70 dagen geheel vergoed worden en was Huize Henriëtte in staat op een professionelere manier te gaan werken. De voorzitter van het eerste bestuur mevrouw J.E. Smit-Koenderink (moeder van de bekende feministe Joke Smit) heeft baan-

brekend werk gedaan voor de verslavingszorg zowel in Nederland als Europa. Na de erkenning konden nieuwe en goed opgeleide beroepskrachten worden aangesteld, waaronder een huisarts en later een psycholoog. Hierdoor kwamen er nieuwe mogelijkheden voor groeps gesprekken, individuele gesprekken en creatieve therapie. De naam Huize Henriëtte verdween in 1980 en werd vervangen door Henriëtte Hartsenkliniek, - daarmee werd recht gedaan aan freule Sarah Henriëtte Hartsen door ook haar achternaam aan de kliniek te verbinden.

Werkontwikkeling

In het begin van de jaren zeventig, onder leiding van de in 1970 aangetreden directrice zuster H.J. Hiskes, werd een nieuw tijdperk ingeluid. De oude bewoners die blijvend verzorging nodig hadden, werden ondergebracht in rusthuizen. Er vond een verschuiving plaats van verantwoordelijkheid voor de behandeling van voornamelijk parttime naar meer fulltime medewerkers en dit had ook gevolgen voor de behandelvisie. Het team werd multidisciplinair samengesteld. De meeste werkzaamheden werden verricht door verpleegkundigen. De opnames kwamen uit het hele land en dat was niet altijd makkelijk, gezien de toestand waarin de cliënten zich bevonden. Er werd dan ook veel gevraagd van de werkers. De opnameduur was zo'n drie maanden. De gedachte was ontstaan dat het beter was om mensen kortdurend op te nemen: liever twee keer drie maanden met tussentijd in de maatschappij, dan achter elkaar opnemen.

In veel gevallen kon een begin worden gemaakt met de behandeling die door de ambulante instelling kon worden voortgezet. Er werden nog steeds alleen vrouwen behandeld met alcoholproblemen en medicijnverslaving, maar nieuw was wel dat er telkens ook een drugsverslaafde in de cliëntengroep werd toegestaan.

Al met al was de cliëntenpopulatie in de kliniek heel gevarieerd, ook qua milieu. Sommige echtgenoten vonden het prettig dat hun verslaafde partners naar de vrouwenkliniek gingen.

De cliënten kwamen vanuit het hele land; de CAD's namen de meeste verwijzingen voor hun rekening.

In de begin jaren tachtig werd onder leiding van directeur de heer P.H. Drabbe, arts, door de behandelstaf het behandelprogramma steeds meer gestructureerd. Dit gebeurde onder invloed van de methodiek van de therapeutische gemeenschap, met name die van Hoog Hullen. De toenmalige directeur van genoemde instelling, de heer W. Mateboer, was indertijd ook voorzitter van het bestuur van de HHK. Met Hoog Hullen bestond een werkrelatie met dien verstande dat personeel daar werd geschoold. Verder kreeg het gedachtegoed over de vrouwenhulpverlening steeds meer aandacht.

De vrouwenbehandeling was populair. Dit resulteerde in een programma-evaluatieonderzoek. De HHK was de eerste verslavingskliniek die zijn resultaten liet zien via een onderzoek door de SWOAD, nu Trimbos Instituut. Het programma-evaluatieonderzoek werd landelijk onder de aandacht gebracht op televisie bij de talkshow van Sonja Barend.

De cliënten werden in drie groepen verdeeld. De eerste groep bood mogelijkheid voor ontwenning; in deze fase stond anamnese, diagnostiek, kennismaking met de leefsituatie in de kliniek en observatie (hoe functioneert de cliënt in de groep en in individuele gesprekken) centraal. Deze fase duurde zes weken. Daarna waren er twee vervolggroepen waar de eigenlijke therapie plaats vond.

De werkwijze van de vervolggroep was te komen van inzicht naar gedragsveran-

dering. De methoden zijn confrontaties, reflecties, bij brengen van realiteitszin, ventilatie en ondersteuning, aanvaarding.

Een vervolg hierop was voor vrouwen met nog meer groeimogelijkheden. In de vervolggroep kregen de gezins- en relatietherapie en de creatieve therapie een belangrijke plaats.

Een ochtendprogramma bestond o.a. uit cultureel nieuws: schouwburg- en theaternieuws, tv-programma's afgesloten met een gedicht en "temperaturen": elk lid van de groep laat weten hoe zij zich voelt, zonder dat hier verder op wordt ingegaan.

Ook de relaties met de regio kregen in deze periode meer gestalte. Het centrum nam deel aan verschillende regionale overlegsituaties, - dit correspondeerde met het gegeven dat de cliënten intussen vooral uit de provincies Gelderland en (in minder mate) Overijssel kwamen. Vanaf 1985 werd er gesproken over integratie van de kliniek in de Van Ouwenaller Vereniging vanwege de affiniteit met het Johannes Wier-huis. Een belangrijke voorwaarde vond men het behoud van de specifieke functie voor vrouwelijke verslaafden.

Er werd ook nog gedacht aan samenwerking met de vrouwenkliniek van het Jellinekcentrum in Amsterdam, - op de achtergrond speelde de discussie over het behoud van een bovenregionale functie. In 1986 kreeg de regionale integratie desalniettemin haar beslag en werd met het Johannes Wier-huis de intentie uitgesproken om samen voor Oost-Nederland een netwerk van klinische voorzieningen op te zetten.

Van Ouwenaller Vereniging

De Van Ouwenaller Vereniging is begin 20ste eeuw ontstaan vanuit zorgen over het lot van gedragsgestoorde zwakzinnigen. Een studiegroep onder leiding van de christelijke hoogleraar psychiatrie professor dr. L. Bouman nam in 1910 het initiatief tot de oprichting van de "Centrale Vereniging ter behartiging van de belangen der zwakzinnigen in Nederland". Deze richtte op haar beurt enkele maanden later de "Vereniging tot Stichting van Christelijke Inrichtingen voor Verpleging van Zwakzinnigen" op. De eerste voorzitter en stimulator was de heer E.R. van Ouwenaller, waar de vereniging later haar naam aan ontleende. Enkele jaren later werd in Rekken een groot stuk – onontgonnen – terrein opgekocht. Nadat het terrein geschikt was gemaakt voor de toekomstige activiteiten opende de vereniging in 1914 het eerste paviljoen voor mannen en even later een paviljoen voor vrouwen. Dit was het begin van wat later de Rekkense Inrichtingen heette. Dominee W.L. Slot die het nodige geld en terrein bijeen had gebracht, legde zijn ambt als predikant neer en werd de eerste directeur. De inrichtingen begaven zich op velerlei gebieden van de maatschappelijke zorg, in het bijzonder de jeugdzorg en de forensische psychiatrie.

In 1976 zette de vereniging – na overleg met de CAD's – ook een centrum voor alcoholverslaafden op: het Johannes Wier-huis, eerst als onderdeel van Oldenkotte en in 1983 als zelfstandige eenheid binnen de vereniging. Belangrijkste motor achter de totstandkoming was de heer R. Vegelien, in de zestiger jaren één van de twee algemeen directeuren van de Rekkense Inrichtingen en op dat moment algemeen secretaris van het bestuur. De kliniek is genoemd naar de beroemde humanistische geneesheer, die zich in de 16e eeuw verzette tegen de heksenprocessen. Eerste directeur was de heer drs. J.I. Soesman, in 1984 opgevolgd door de heer drs. J.A. Walburg. In 1984 kwam ook de heer R.J.Th. Rutten in dienst als afdelingshoofd (hij werd later bestuurder van Tactus t/m 2023). Tien jaar na de oprichting had het Johannes Wier-huis een capaciteit van ruim 30 plaatsen en nam het per jaar zo'n 300 mensen op. In de beginperiode waren dat verslaafden uit heel Nederland.



Johannes Wier-huis voor alcoholverslaafden in Rekken



Ruud Rutten in 1984 met Koningin Beatrix tijdens haar werkbezoek aan het Johannes Wier-huis in Rekken



Johannes Wier-huis in Enschede

In het begin van het bestaan van het Johannes Wier-huis werd nog gebruik gemaakt van een eisende en confronterende benadering tegenover de verslaafden, zoals dat ook in de hiërarchisch opgezette 'therapeutische gemeenschappen' plaatsvond. Maar nadat de kliniek steeds meer een regionale functie ging vervullen, brak het inzicht door dat de kliniek zich aan zijn cliënten moest aanpassen in plaats van omgekeerd. Het Johannes Wier-huis maakte naam met de ontwikkeling en toepassing van moderne behandelmethoden, op grond van nieuwe inzichten uit vooral de psychologie. Een belangrijk onderdeel van de behandeling vormde sociale vaardigheidstrainingen. Verder was er aandacht voor motivatieontwikkeling, het trainen van de cliënten in het hanteren van zelfcontroletechnieken en het voorkomen van terugval. Deze vernieuwingen vonden plaats binnen een cognitief gedragstherapeutisch denkmodel.

Het beleid was er in die tijd op gericht het aantal behandelplaatsen uit te breiden en meer op de landelijke norm te komen van het aantal verslavingszorgbedden. Het was ook de tijd waarin behandelvoorzieningen dichterbij de mensen werden gebracht. De capaciteitsuitbreiding werd dan ook aangewend om een vestiging in Enschede te realiseren. Het dichterbij het dagelijks leven van de mensen zelf brengen, gold ook voor de behandelfilosofie. Die was erop gericht de behandelduur te verkorten, de denkbeelden vanuit de cognitieve gedragstherapie waren hierin leidend. Steeds minder werd er uit gegaan van een algehele verandering van de persoonlijkheid en levensstijl, maar meer en meer richtte de behandeling zich op het verslavingsgedrag zelf. Het middelengebruik en het abstinenzijn in het dagelijks leven was aangrijpingspunt voor verandering. Naast het aanleren van zelfcontroletechnieken en het doen van terugvalpreventie was er veel aandacht voor het aanleren van sociale en probleemoplossende vaardigheden. In die strategie paste het niet meer om cliënten langere tijd te isoleren in een afgeschermd therapeutisch milieu, maar ze sneller en directer te confronteren met het maatschappelijk leven van alledag. Ook het betrekken van het thuismilieu in de behandeling was meet af aan, aan de orde. Het was de tijd van de opkomst van de systeemtherapie. In die behandelfilosofie paste het ook om niet zonder meer uit te gaan van algehele abstinentie. Met name bij alcoholisten werd er geëxperimenteerd en later ook structureel gewerkt met het aanleren van sociaal en gecontroleerd alcoholgebruik als een behandeldoel. Ondanks dat dit in die tijd en soms nu ook nog wel zeer controversieel is, werden er goede resultaten geboekt. De klinische behandeling werd niet gezien als een lang intensief afgesloten traject, gericht op algehele abstinentie, maar meer als een intensieve fase in een langlopend verandertraject. Ook in die tijd was wetenschappelijke onderbouwing al een leidraad voor de innovatie van de behandeling. Het Johannes Wier-huis in Enschede timmerde aan de weg door zijn werk gedegen te evalueren en daarvoor eigen meetinstrumenten te ontwikkelen. In 1988 bleek uit een onderzoek, dat in de vijf voorafgaande jaren ongeveer 70 procent van de behandelde verslaafden geheel of grotendeels van hun verslavingsproblemen waren afgekomen.

Dit waren de cijfers bij ontslag. Follow-up metingen waren niet representatief te noemen. Tot de dag van vandaag is het moeilijk gebleken wetenschappelijk onderzoek, gekoppeld aan de behandeling, gefinancierd te krijgen. Hierdoor bleef het doen van metingen na lange tijd na de behandeling (follow-up meting) problematisch.

Sinds 1987 heeft het Johannes Wier-huis dus naast de vestiging in Rekken (enkele units voor voortgezette klinische behandeling) ook een vestiging in Enschede (units voor crisisinterventie, diagnostiek en ontgiftiging en deeltijdbehandeling). Het Johannes Wier-huis neemt zowel mannen als vrouwen op.

Na de opening van de vestiging in Enschede met een capaciteit van 18 bedden voor zowel alcohol- als drugsverslaafden werd daarnaast een beperkte poliklinische functie ingericht. Door een intensieve dagbehandeling kon tegemoet worden gekomen aan de toename van het aantal cliënten. De CAD's waren vanwege hun beperkte budgetten niet in staat de toeloop op te vangen. De druk op de behoefte aan klinische opnamen bleef evenwel hoog.



Henriëtte Hartsenkliniek in Zutphen

De vorming van het IVON

In de loop van de jaren tachtig nam het Johannes Wier-huis steeds actiever deel aan regionaal overleg. De inzet was om de van oorsprong landelijk werkende instelling om te vormen tot een regionale kliniek. Hiernaast was er behoefte aan uitbreiding van de capaciteit. De vraag was actueel wat uiteindelijk het verzorgingsgebied voor de kliniek zou worden. Het lag voor de hand te opteren voor een fusie tussen het Johannes Wier-huis en de Henriëtte Hartsenkliniek. De nieuwe instelling zou klinische zorg voor de regio's Twente, Stedendriehoek en Oost Gelderland voor haar rekening moeten nemen. Van belang was dat er ook een voorstel lag om de categoriale Henriëtte Hartsenkliniek om te vormen tot een regionaal en categoriaal psychiatrisch ziekenhuis.

In 1985 werd in het regionale overleg tussen instellingen gesproken over een eventuele aanvraag voor een (regionale) verslavingskliniek. Men dacht aan een ombouw van de Henriëtte Hartsenkliniek tot een regionale voorziening, die bij voorkeur ook voor mannen zou moeten worden opengesteld, maar wel met een aparte diagnostiek en behandelafdeling voor vrouwen.

Uiteindelijk vormde het Johannes Wier-huis in 1987 samen met de Henriëtte Hartsenkliniek het Instituut Verslavingszorg Oost Nederland (IVON) onder leiding van directeur, de heer J.F. Scheepens. De heer R.J.Th. Rutten werd adjunct-directeur behandelzaken. Het IVON werd een onderdeel van de Van Ouwenaller vereniging. Ten tijde van de fusie had het IVON zo'n 68 behandelplaatsen en 60 medewerkers. Korte tijd later kwamen er plannen om in Zutphen een nieuwe kliniek te bouwen. Deze kliniek moest worden gevormd uit de Henriëtte Hartsenkliniek die op dat moment nog was gevestigd in Apeldoorn (op dat moment zo'n 16 bedden en 100 opnamen per jaar) plus nieuwe klinische voorzieningen voor

mannen. De oude naam van het centrum in Apeldoorn blijft echter gehandhaafd. Zutphen wordt gekozen omdat het centraler ligt in de regio Oost Gelderland en Stedendriehoek.

Verder was er het plan hier ook deeltijdbehandelingen uit te voeren. Met de ontwikkeling van deeltijdbehandeling voor verslaafden had het IVON in Enschede al een ervaring opgedaan.

Het IVON kenmerkte zich van meet af aan dus door kortdurende interventies en een sterke regionale gerichtheid dichtbij de eigen lokale bevolking. Dit zorgde voor een relatief groot aantal opnames. De goede bereikbaarheid en toegankelijkheid maakte dat de stroom cliënten jaar na jaar toenam. Deels door deze ontwikkeling maar ook die in de cliëntpopulatie zelf was er sprake van een sterke toename van meldingen van cliënten met (chronische) drugsproblematiek. Evenals bij andere zorginstellingen was er een toename van cliënten met meervoudige problematiek. Een ernstige verslaving ging in toenemende mate gepaard met psychiatrische, justitiële en sociale en lichamelijke problemen. Naast een verdergaande therapeutische ontwikkeling was er dan ook steeds aandacht voor stabilisatie en integratie in de maatschappij en werden werkwijzen en behandelmethodes ontwikkeld die zich primair richtten op maatschappelijke handhaving. Naast ontwikkelingen als deeltijdbehandeling, psychotherapie en de behandeling van eetverslaafden (binge eating disorder) werd er daarom ook een meer resocialiserende behandeling voor de chronische cliënten ingericht.

Een voorbeeld hiervan is de resocialisatie-unit De Weerd 10, een samenwerkingproject van de regionale CAD's, het psychiatrisch ziekenhuis SGO (het huidige GGNet) en het IVON dat in 1992 van start ging. Doelgroep zijn cliënten bij wie de primaire verslavingsproblemen behandeld zijn, maar die nog niet aan ontslag toe zijn. In 2000 is de Weerd 10 toegevoegd aan de erkenning van Tactus.

In De Weerd 10 werd eerst alleen met chronische alcoholisten gewerkt. Recent is er ook een toename van de behandeling van drugsverslaafden. Uitgangspunt was van meet af aan minder nadruk te leggen op het bereiken van zelfstandigheid in de samenleving. De veranderdruk werd sterk beperkt. Als snel bleek dit een bijzonder succesvolle strategie te zijn voor deze groep cliënten. De relatieve rust en het accepteren van de structurele beperking van de cliënten heeft een goed effect op deze groep. De therapietrouw nam sterk toe en ook de bereikte zelfstandigheid na behandeling bleek aanmerkelijk hoger te liggen dan bij de start van het project gedacht werd en ook aanvankelijk de bedoeling was. Nog steeds is de doelstelling de behandeling expliciet ook te richten op structurele vormen van begeleid en beschermd wonen en beschermende arbeid. Toch zijn er van meet af aan ook veel cliënten die een hernieuwde zelfstandigheid in de samenleving bereiken. De behandelresultaten van De Weerd 10 zijn, evenals de ervaringen binnen de Sociale Verslavingszorg, een sterke stimulans geweest om het zorgaanbod voor deze groep cliënten verder te ontwikkelen en duidelijk oog te hebben voor de chroniciteit die vraagt om een meer op rehabilitatie gericht zorgaanbod. Een heel ander voorbeeld van succesvolle samenwerking met de algemene GGZ is de ontwikkeling van het zorgprogramma voor eetstoornissen. Vanuit de traditie van de vrouwenbehandeling was er van meet af aan een motivatie van het IVON, met name de Henriëtte Hartsenkliniek, om in dit programma samen te werken. Veel vrouwen met verslavingsproblematiek hebben ook eetstoornissen, en omgekeerd een groep mensen met eetstoornissen, met name de binge eaters hebben problematiek die te karakteriseren is als een verslavingsprobleem. Dit leidde tot een aparte afdeling voor deeltijdbehandeling voor de behandeling van binge eating disorder die structureel onderdeel uitmaakte van het regionale zorgprogramma voor de behandeling van eetstoornissen. De groep werd gehuisvest in een aparte locatie in Zutphen, gezamenlijk met

andere door GGNet geëxploiteerde programmaonderdelen van dit zorgprogramma. Begin twintigste eeuw werd het plan opgevat meer en meer van dit soort gezamenlijke voorzieningen te laten ontstaan, onder meer ter behandeling van dubbeldiagnosecliënten.

Overige voorzieningen

In de jaren negentig komen nog meer nieuwe, klinische voorzieningen tot stand. Allereerst noemen we de Piet Roordakliniek. De Piet Roordakliniek werd in 1998 door het IVON geopend in het huis aan de Jachtlaan in Apeldoorn waar jarenlang de Henriëtte Hartsenkliniek was gevestigd. Het was bedoeld voor drugsverslaafden die met justitie in aanraking waren gekomen. Deze nieuwe voorziening paste binnen het beleid van de overheid om in de drugshulpverlening het 'dwang en drang'-principe gestalte te geven in nieuwe voorzieningen. Dit beleid was in 1994 geformuleerd na groeiende onvrede onder de bevolking én de gemeentelijke overheden over de overlast die een kleine groep criminele drugsgebruikers gaf. Er kwam in korte tijd veel geld vrij voor (justitiële) verslavingszorg.



Het Buitencentrum in Beneden-Leeuwen

De heer dr. P.A. Roorda, de naamgever van de nieuwe kliniek, was jarenlang gevangenisarts in Haarlem. In die hoedanigheid kwam hij in aanraking met veelal jonge verslaafden. Het was zijn ideaal hen buiten de gevangenis een behandeling te geven. In zijn tijd was er nog veel weerstand tegen dit idee.

De Piet Roordakliniek startte als een experimentele kliniek waar verslaafde criminelen werden opgenomen die op een juridische titel een zogenaamde drangvariant werd opgelegd, met andere woorden ze konden zelf uitmaken of ze hun gevangenisstraf wilden uitzitten of een afkickprogramma volgen. Het programma bood de mogelijkheid werkervaring op te doen, - na afloop bestond de mogelijkheid een vervolgbehandeling te ondergaan.

Verder vermelden we Het Buitencentrum. Dit centrum is in 1975 opgericht door een aantal medewerkers van De Princenhof, een van de eerste drugshulpverleningsinstellingen in Amsterdam. In 1980 verhuisde men naar de huidige locatie: een oude pastorie met aangebouwde werkplaatsen aan de Waalbandijk in Beneden Leeuwen (Zuid Gelderland). Jarenlang fungeerde dit onder de bezielenleiding van de heer G.de Jong als een zelfstandige woon-werkgemeenschap voor een klein aantal drugsgebruikers, die er kwamen afkicken, werken, leren en wonen met als doel een drugsvrij bestaan op te bouwen.

De grondslag voor de gemeenschap was de gedachte en de ervaring, dat verslaafden hun onafhankelijkheid van middelen kunnen bereiken door mee te denken over de dagelijkse problemen, die zich in een gemeenschap voordoen. Door vervolgens mee te werken aan de oplossing daarvan ontwikkelen zij vaardigheden die bij hun passen en van daaruit ontwikkelt zich eigenwaarde en een identiteit. Dat vormt de basis die nodig is om hun individuele problematiek te kunnen hanteren als zij weer zelfstandig deel uitmaken van de maatschappij. Om de op te lossen problemen zo eenvoudig mogelijk en zo praktisch mogelijk te houden werd gekozen voor een selfsupporting woon-werk en leefgemeenschap.

Selfsupporting betekende zelf kaas maken, voor de eigen vleesproductie zorgen (schapen fokken), brood bakken, groenten verbouwen, meubels maken, het pand onderhouden, et cetera.

Al werkende merkte men dat cliënten op een natuurlijke manier hun onvermogen tegenkwamen. Sociale-, psychische- en scholingsachterstanden werden in de praktijk zichtbaar en bespreekbaar. Deze barrières werden met dezelfde energie en voortvarendheid aangepakt als de praktische problemen van de gemeenschap. Er gold: Jouw probleem is mijn probleem en iedereen, cliënten en medewerkers namen hun verantwoordelijkheid ten opzichte van elkaar naar draagkracht. Zo ontstond een geheel eigen methodiek, die zich kenmerkte door een verrassende openheid in het bespreken van individuele problematiek. Vele extreem problematische verslaafden hebben op deze manier de weg gevonden naar scholing, werk en een eigen woonplek buiten het centrum. Zij vonden op deze manier hun gewenste doel.

Ook al voorzag het centrum in een behoefte, de subsidie vanuit de gemeente Amsterdam werd in 1986 stopgezet. Het centrum bleef voortbestaan. Financiering kwam moeizaam via de herkomst-gemeente van de individuele cliënt of via justitie. Noodgedwongen kreeg het centrum er een specialisatie bij: langdurende behandeling en resocialisatie van criminele verslaafden met een maatregel van justitie, hetgeen de grondslag vormde voor de latere Forensische Verslavingskliniek.

In 1995, vlak nadat Het Buitencentrum getroffen was door de ernstige overstromingen waarbij de cliënten nog een tijdje geëvacueerd waren geweest naar het op dat moment lege pand aan de Jachtlaan in Apeldoorn, nam het IVON de activiteiten van Het Buitencentrum over. Het IVON heeft het centrum geïntegreerd in de (voor Nederland eerste) Forensische Verslavingskliniek (FVK), met een vooralsnog bovenregionale functie. In de behandeling is de insteek van wonen en werken overeind gebleven: de oude selfsupporting methodiek is nog steeds een leidend beginsel.

De FVK bestond aan het begin van de twintigste eeuw uit de Piet Roordakliniek met 25 bedden en Het Buitencentrum met 20 bedden. Hiernaast zijn er negen plaatsen voor begeleid wonen. In de Piet Roordakliniek vond de eerste, besloten fase plaats, met het accent op diagnostiek en het starten van de behandeling. In de tweede fase, die een meer open karakter draagt, werd de behandeling voortgezet met gedragsverandering als doel. Tijdens deze fase werd ook aandacht besteed aan arbeidsrehabilitatie. Tot slot werden in de derde fase de cliënten begeleid naar zelfstandigheid, onder andere op het gebied van het wonen.

Verder zette IVON in 1997 een Intramuraal Motivatie Centrum (IMC) op met een capaciteit van 20 plaatsen, verdeeld over locaties in Zutphen en Enschede. Het verschil tussen het IMC en de FVK is dat in het laatste centrum de ‘zwaardere’ delinquenten worden opgenomen na verwijzing door de rechter of de officier van justitie. Ook de IMC’s waren tot stand gekomen als onderdeel van het beleid van de rijksoverheid om de overlast als gevolg van druggebruik te bestrijden. Maar in de praktijk kwam het accent te liggen op de klinische opvang en behandeling van ‘extreem problematische druggebruikers’ al dan niet met behoud van het gebruik van methadon. Het IMC vangt drugsverslaafden op die in het criminele circuit zijn beland of overlast veroorzaken, maar niet gerekend kunnen worden tot de groep zware criminelen. Het betroffen vooral heroïnegebruikers die tenminste vijf keer met de politie in aanraking zijn geweest. Kandidaten werden voor de keuze gesteld tussen ‘bed’ of ‘cel’. Opname kon trouwens ook op vrijwillige basis. In tegenstelling tot de gewone verslavingsklinieken is de opvang in het IMC niet alleen gericht op ontwenning en/of behandeling maar ook op opvang en beperking van de schade voor henzelf en op maatschappelijke rehabilitatietrajecten, vooral binnen de ambulante voorzieningen. Uiteraard werd ernaar gestreefd verandering op gang te brengen. Van de deelnemers kwam ruim 30 procent uit de groep allochtonen. In de praktijk was het IMC een ‘schakelstation’ gebleken tussen

verschillende voorzieningen. Bij Tactus stroomde ruim de helft van de opgenomen IMC-cliënten door naar een vervolgvoorziening. Het IMC nam een vooraanstaande plaats in binnen het circuit voor de sociale verslavingszorg; het aspect van dwang en drang geraakte allengs op de achtergrond.

Aanvullend op deze voorzieningen bestaat er nog de penitentiaire verslavingszorg als onderdeel van de verslavingsreclassering. Deze vindt plaats binnen het huis van bewaring en de gevangenis (Verslaafden Begeleidings Afdeling).

Goed beschouwd zijn in het laatste decennium van de twintigste eeuw de extra investeringen van de rijksoverheid in het dwang- en drangbeleid een belangrijke impuls geweest voor allerlei vernieuwingen in de verslavingszorg. In heel korte tijd werden nieuwe klinische voorzieningen, maar ook woonprojecten en arbeids- en scholingsprojecten opgezet. De samenwerking met politie en justitie werd geïntensiveerd door vroeghulpprojecten. Een goed voorbeeld van overlastbeleid is het Opvang en Advies Centrum (OAC) in Apeldoorn. In deze plaats was overlast van drugsgebruikers in een binnenstadspark. De politie nam in 1998, na veelvuldig wegsturen, een initiatief dat leidde, met steun van de gemeente, tot het beschikbaar stellen van een voormalige taxigarage nabij het NS station als gebruikruimte. Daarna vond de verhuizing plaats naar een beter geoutilleerde voorziening aan het Sophiaplein in Apeldoorn. Maximaal 50 personen konden van deze voorziening gebruik maken. Op grond van hulpvragen werd aan de bezoekers actieve dienstverlening geboden. Zo vond regelmatig verwijzing plaats naar het IMC in Zutphen. Al deze vernieuwingen hebben de vorming van Tactus bespoedigd.



Vuurwerkkramp in Enschede

Project Nazorg Vuurwerkkramp

Tot slot nog aandacht voor een recent in het oog springend project waaruit de blijkt dat Tactus om andere dan werkinhoudelijke redenen nauw verweven is met haar werkgebied: de Enschedese vuurwerkkramp op 13 mei 2000 trof direct één van de vestigingen van Tactus, het Johannes Wier-huis dat net in de tweede ring van het getroffen gebied ligt. Cliënten werden tijdelijk geëvacueerd naar Rekken. Tactus was als verslavingszorginstelling nadien betrokken bij de opvang van slachtoffers en de preventie van ernstige trauma’s in de vorm van het project “Nazorg Vuurwerkkramp”.

De totstandkoming van TACTUS, later Tactus

We hebben tot nu toe de ambulante en de intramurale of klinische verslavingszorg als aparte circuits besproken. Vooral sinds de jaren tachtig nam de samenwerking en samenhang tussen deze voorzieningen sterk toe. En vooral sinds de jaren negentig komt de verslavingszorg in een stroomversnelling terecht. De traditionele scheiding tussen ambulante en intramurale/klinische voorzieningen voldoet niet meer goed als organisatieprincipe. Men vond het praktischer om de diverse ‘functies’ van verslavingszorg in één organisatorische verband bijeen te brengen. Dat bood de cliënten de beter de mogelijkheid op het individu toegesneden zorg te verlenen. Daarbij kwam dat er in de verslavingszorg – vooral voor drugsverslaafden - allerlei nieuwe behandelvormen werden ontwikkeld die beter in een geïntegreerde instelling van enige omvang tot zijn recht konden komen. Het voortbestaan van aparte instellingen werd kortom minder vanzelfsprekend.

Zowel vanuit bestuurlijke, maar meer nog vanuit zorginhoudelijke overwegingen, kreeg de integratie van de diverse voorzieningen in een grotere instelling haar beslag. Met een paar tussenstappen leidde dit uiteindelijk tot de oprichting van TACTUS in 2001, als samenvoeging van alle vormen van verslavingszorg in de regio. Daarmee werd een betere uitgangspositie verkregen om vorm te geven aan de groei van de verslavingszorg, diversificatie van de zorg én om tegemoet te komen aan de behoeften van de uiteenlopende groepen cliënten.

Hink-stapsprong

De eerste belangrijke stap was de vorming van het IVON in 1987 als bundeling van de klinische voorzieningen. De volgende stappen bestonden uit fusies met de ambulante instellingen.

In 1990 zochten het CAD De IJsselstreek, het CAD Twente en het IVON elkaar op en bespraken de wijze waarop zij meer samenhang tussen hun werkzaamheden zouden kunnen vinden. Ook het Gelders Centrum Verslavingszorg (GCV) Arnhem en het Cad Zwolle e.o. waren bij de besprekingen aanwezig. Het streven was erop gericht drie verslavingszorgcentra in het oosten van het land tot stand te brengen al dan niet in een federatief verband. De voorzieningen zouden bovendien beter moeten aansluiten op de behoeften van de verslaafden. Op dat moment moesten zij zich met veel moeite een weg banen in het hulpaanbod van

de diverse instellingen. Samenwerking moest er ook voor zorgen dat de instellingen beter gebruik zouden gaan maken van elkaars deskundigheid. Verder werd er aan gedacht om het ‘gat’ tussen de kliniek en het CAD te vullen. Tot slot werden plannen beraamd om gezamenlijk groepswork voor verslaafden op te zetten. Het bleef echter bij praten en dat bevorderde niet het vertrouwen in een goede en snelle afloop. In 1993 werden de gesprekken over een juridische vorm van samenwerken daarom stopgezet. Voor een fusie was het nog te vroeg. Samenwerking op uitvoerend niveau ging evenwel onverminderd voort.

Midden jaren negentig vond een toenadering plaats tussen het CAD Twente, de kort daarvoor gevormde Instelling Verslavingszorg Stedendriehoek (IVS) en het Cad Zwolle e.o. Het voornaamste aanknopingspunt was betere zorginhoudelijke samenwerking tussen deze voorzieningen door drie verslavingszorgcentra in het oosten van het land tot stand te brengen, maar ook samenwerking met de klinische verslavingszorg, het psychiatrisch circuit, reclassering en het algemeen maatschappelijk werk. De vraag was hoe deze samenwerking het beste een juridische onderbouwing kon krijgen, ervan uitgaande dat de samenwerking vooral binnen het verslavingscircuit moest blijven. Het was ook nog geen uitgemaakte zaak of de samenwerking vooral binnen het ambulante circuit moest plaatsvinden, of dat (eventueel zonder het Cad Zwolle e.o.) de formele samenwerking ook met de klinische sector (het IVON) zijn beslag moest krijgen. Een jaar later bleek uit het onderzoek naar fusiemogelijkheden dat er tussen de drie CAD's geen basis tot een gezamenlijk traject aanwezig was. Zo ontstond er ruimte voor toenadering tussen het IVON, het CAD Twente en de IVS om met elkaar te fuseren of een

federatie te vormen. Daarmee zou één organisatie voor verslavingszorg ontstaan die ambulante en klinische hulp zou bieden in de Stedendriehoek en Twente en alleen klinische hulp in Oost Gelderland.

In 1999 fuseerden het CAD Twente en het IVON met elkaar. Uit deze fusie kwam Tactus, Instelling voor Verslavingszorg voort, toen nog met kleine letters geschreven. Op 1 januari 2001 fuseerde Tactus met de IVS en bleef de naam Tactus gehandhaafd, alleen werd deze vanaf dat moment met hoofdletters geschreven: TACTUS, Instelling voor Verslavingszorg.

Entreé in de 21e eeuw

TACTUS is in staat gebleken om van allerlei, van oorsprong kleine instellingen, samen te smeden tot één samenhangend zorgprogramma. Een leidend idee van TACTUS was de ontschotting van traditionele klinische en ambulante verslavingszorg, en het ombuigen van ‘verkokerde’ en aanbodgerichte zorg naar integrale en vraaggerichte zorg (inclusief preventie).

Als pijlers werden gezien:

- Verwerven wetenschappelijke kennis op het terrein van verslavings- en afhankelijkheidsgedrag.
- Het omzetten van deze kennis naar evidence-based (bewezen effectieve) interventies.
- Het positioneren van deze interventies in ketens van zorg.
- Het aanbieden van interventies/ producten voor een aanvaardbare prijs.

De zorg werd op een nieuwe manier geordend. Het belangrijkste ordeningsprincipe van TACTUS werd het organiseren vanuit programma’s en modules en vervolgens de uitwerking hiervan naar een heldere structuur: de clustering van samenhangende programma’s in stuurbare organisatorische eenheden.

Zo ontstond het idee tot de vorming van een reeks circuits:

- Behandeling en Begeleiding
- Sociale Verslavingszorg
- Forensische Verslavingszorg
- Verslavingsreclassering
- Preventie en Consultancy



Hoofdkantoor Cad Zwolle e.o. aan de Dr. Stoltweg in Zwolle

Uitgangspunt binnen het circuitwerken was het principe ‘regionaal waar het kan en centraal waar het moet’. TACTUS verbond zich nadrukkelijk aan het landelijke verslavingszorg-verbetertraject Resultaten Scoren. Hierbinnen heeft TACTUS zich vooral beziggehouden met verbetering van de methadonverstrekking en het meetbaar maken van resultaten van zorgverlening. In 2001 is mede door TACTUS het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA) opgericht, een samenwerkingsverband tussen het Academisch Centrum Sociale Wetenschappen van de Katholieke Universiteit Nijmegen en een consortium van verslavingszorginstellingen. In 2006 fuseerde TACTUS nogmaals. Nu met de Stichting Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs Zwolle e.o. Deze organisatie had ook een rijke geschiedenis, die teruggaat tot de drankbestrijding, meer dan honderd jaar geleden. TACTUS heette van dat moment weer gewoon Tactus.

Tactus veranderde in een circuitorganisatie waarin op grond van zorgbehoeften diverse niveaus werden onderscheiden. Om die zorgbehoeften in kaart te brengen werd gebruik gemaakt met een voor de verslavingszorg nieuw beoordelingsinstrument: de MATE. Hiermee kan de ernst en omvang van de verslaving, en eventueel aanpalende problemen, zodanig in beeld komen dat vervolgens een verantwoorde beslissing kan worden genomen welke zorg iemand nodig heeft.

Inhoudelijk betekenden deze jaren een sterke verbetering van de kwaliteit van de zorg voor mensen met de chronische ziekte verslaving. De verstrekking van methadon was, ook elders in Nederland, vanuit medisch gezichtspunt, onder de maat. Door op verandering gericht onderzoek zijn de richtlijnen voor methadonverstrekking en, ruimer opgevat, de zorg voor mensen met chronische verslaving aan heroïne op ‘deltahoogte’ gebracht. Een belangrijk aspect hiervan was de segmentatie van de doelgroepen, waardoor zorg op maat uitgangspunt werd voor het zorgbeleid. Hiernaast kwamen er projecten voor harm reduction door bijvoorbeeld alcoholgebruiksruimtes te creëren voor gebruikers die na diverse pogingen voor-

alsnog niet in staat zijn te stoppen met gebruik. Verder is er hard gewerkt aan verbetering van de forensische zorg, de introductie van internetbehandeling en projecten gericht op verandering van leefstijl. Voor wie er middenin stond waren het kleine stapjes, maar bekeken over een decennium zijn de inhoudelijke veranderingen omvangrijk geweest. De geleidelijke transformatie die de organisatie heeft doorgemaakt, resulteert vandaag de dag in het werken in zorgpaden. Deze zorgpaden vormen het sluitstuk van een ontwikkeling die de cliënt centraal zet.

Focus op organiseren

Maar niet alleen het zorgproces, ook de organisatie van Tactus kreeg in deze tijd volop aandacht. Om zorgprocessen goed te laten verlopen is vastgoed én een adequate infrastructuur vereist. Wie nog herinneringen heeft aan hoe de verslavingszorg functioneerde in de jaren tachtig zal zich niet meer kunnen oriënteren in het moderne Tactus. De interne werkwijzen en overlegstructuren zijn effectiever en professioneler geworden, de doelgroepen zijn vanwege overwegingen van efficiency ‘ontvlochten’ en gerelateerd aan nauwer omschreven taak- en functieomschrijvingen van de daarbij betrokken medewerkers.

Focus op nieuw beleid

Aan het einde van het eerste decennium van de 21e eeuw formuleert Tactus nieuwe beleidslijnen. De belangrijkste kenmerken daarvan zijn de volgende:

- Intensivering van de aanpak van verslaving bij jongeren door de opening van een jeugdkliniek, nog meer preventie activiteiten voor jongeren en door intensieve samenwerking met de jeugdzorg.

- Intensivering van de aanpak van verslaving bij ouderen door consultatie en deskundigheidsbevordering van ouderenwerkers en door een op ouderen toegespitst zorgaanbod.
- Vernieuwing en 'ont-organisatie' door kortere verwijs- en doorlooptijden voor cliënten, door te experimenteren met zelfstandige teams en door minder overleg en meer zorg.
- Profilering als expertisecentrum door van Tactus een opleidingsinstituut te maken, door permanente (bij)scholing aan haar medewerkers te bieden, en door nieuwe coalities met onderzoek en onderwijs aan te gaan.

Zorgvernieuwing, organisatieverandering gingen gelijk op met een groei van het aantal cliënten, een stijging van het beschikbare budget en, onvermijdelijk, een toename van het personeel. Het maakte een betere organisatie en bedrijfsvoering mogelijk en het stelde Tactus in staat een eigen vermogen te vormen waardoor het meer veerkracht heeft.

De Tactus-methode

Tactus presenteert zich als specialist op het gebied van verslavingszorg. Richting gemeenten, de belangrijkste opdrachtgever, presenteert Tactus zich als partner; een bondgenoot die de juiste kennis heeft voor een rendabele aanpak van verslavingsproblematiek.

Tactus streeft er naar zoveel mogelijk kennis en kunde in huis te hebben. Daardoor hoeft niemand de deur te worden gewezen. Daarnaast wordt actief de samenwerking gezocht. In dat opzicht is Tactus de afgelopen jaren meer en meer een netwerkorganisatie geworden. Dit houdt allereerst in dat wordt bekeken of

Tactus anderen kan helpen problemen zelf op te lossen. Daarnaast is er de mogelijkheid actief te participeren in de dagelijkse bedrijfsvoering van andere instellingen.

Een onderdeel van de cultuur is ook dat cliënten een steeds belangrijkere rol spelen in de organisatie. Eerst was er slechts een cliëntenraad die inspraak kreeg in de discussies over het instellingsbeleid. Nu zijn ex-clieënten ook als ervaringsdeskundige actief op de werkvloer. Hun invloed neemt op alle niveaus van de instelling toe. Een ontwikkeling uit noodzaak én uit overtuiging: het is niet meer van deze tijd om cliënten van beslissingen, beleidsontwikkeling én de praktijkvoering buiten te sluiten. Het is goed mogelijk dat in de toekomst cliënten zelf projecten gaan runnen. Dit sluit aan bij de ideeën die door cliëntenorganisaties zijn geformuleerd rondom herstel: cliënten zijn niet slechts object, maar ook subject van hun veranderingsproces. Langzamerhand heeft de invloed van cliënten ook zijn weerslag gekregen in bijvoorbeeld de inrichting van gebouwen of de opvattingen over privacy.

Het outreachend werken heeft de laatste jaren een grote vlucht genomen. Voornamelijk in de Sociale Verslavingszorg is deze methode een succesvolle gebleken. Het opzoeken van de cliënt, of dat nu thuis of in een park is, is niet zozeer een service aan cliënten maar vooral ook een manier om meer te weten over de context waarin iemand leeft. Cliënten uitnodigen op een locatie heeft zijn beperkingen omdat je mensen dan in 'jouw' context uitnodigt.

In de visie van Tactus is zorg voor iedereen toegankelijk en gelijk. Voor mensen met een hoge maatschappelijke positie zijn dan ook geen aparte faciliteiten. In de praktijk is gebleken dat je de zorg het beste kunt aanpassen aan de individuele behoeften en kenmerken.

Deel II

De laatste tien jaar (2013-2023): terugkijken in verwondering

Als we terugkijken naar het verleden van Tactus, naar het werk van haar voorlopers, tientallen jaren terug, wordt direct duidelijk dat het een illusie is om te denken dat er een tijd komt dat de organisatie staat als een huis, dat de werkwijzen zijn uitontwikkeld en alle medewerkers, cliënten en opdrachtgevers zich wentelen in tevredenheid. Mensen zijn altijd bezig om hun werk te verbeteren: effectiever te worden, complexere doelen te stellen en aan anderen telkens weer hogere eisen te formuleren. Evenwicht is er slechts voor het moment – dynamiek bepaalt het beeld. Beleid en organisatie van Tactus kunnen daarom beter opgevat worden als inzet om interne en externe vragen op te lossen en processen te verbeteren en resultaten te optimaliseren dan als vaststaande dingen.

In Deel II kijken we terug naar het begin van Tactus, naar wat er is gebeurd en bereikt in de afgelopen meer dan 100 jaar, en wat er sinds 2013 is tot stand gekomen. In het jaar 2023 neemt bestuurder dr. Ruud Rutten afscheid, hij gaat met pensioen, nadat hij in 1984 bij het Johannes Wier-huis begon als afdelingshoofd. Ruud Rutten heeft in die vele jaren niet alleen een bijdrage geleverd aan belangrijke ontwikkelingen bij Tactus, de verslavingszorg en de ggz in het algemeen, maar ook aan de wieg en aan het roer gestaan ervan.

Inleiding

Tactus heeft een geschiedenis van ongeveer 150 jaar, als we de drankbestrijdingsorganisaties meetellen die hebben bijgedragen aan de oprichting van de eerste faciliteiten voor alcoholisme. Als echte eerste wapenfeit van de geschiedenis van Tactus beschouwen we de oprichting in 1900 van Huize Henriëtte door jonkvrouw Henriëtte Sarah Hartsen als tehuis voor vrouwen met drankproblemen. In de afgelopen 150 jaar kende Nederland verschillende ontwikkelingen die

van invloed zijn geweest op het gebruik van verslavende middelen, verslavend gedrag en de ontwikkeling van verslavingszorg. Het is belangrijk om te begrijpen hoe deze ontwikkelingen hebben bijgedragen aan de huidige situatie. In deze tekst bespreken we een aantal van deze ontwikkelingen.

Allereerst richten we ons op enkele belangrijke maatschappelijke ontwikkelingen die de context hebben gevormd voor de ‘levensloop’ van Tactus. Daarna bekijken we vanuit het perspectief van twee tijdreizigers wat er in 100 jaar veranderd is voor hulpverleners en cliënten, en wat er in onze ogen daadwerkelijk is verbeterd. Het is tijd om te verwonderen. Vervolgens bespreken we enkele voorbeelden van ontwikkelingen in de praktijk van Tactus in de afgelopen 10 jaar.

Maatschappelijke veranderingen

De drankbestrijding en de beweging van de geheelonthouding kwam op in het kielzog van de industrialisatie en verstedelijking einde 19e en begin van de 20e eeuw. Deze periode bracht grote sociale veranderingen met zich mee: trek naar de steden, andere werk- en leefomstandigheden, en ook meer sociale ongelijkheid. Veel vermaak was er nog niet behalve het gebruik van (sterke) drank. De excessen daarvan kregen allengs aandacht van verontrustte burgers en overheden. Het gebruik van tabak werd in deze periode overigens niet gezien als een verslavende gewoonte, en dat bleef zo tot het midden van de 20e eeuw.

Naast de industrialisatie hadden de twee wereldoorlogen grote invloed op de Nederlandse samenleving, waaronder de psychische gezondheid. Het ging pas de goede kant op met de opkomst van de welvaartsstaat na de Tweede Wereldoorlog. Het bracht een grotere focus op sociale zekerheid en gezondheidszorg. Meer welvaart leidde ook tot meer vrije tijd en meer mogelijkheden voor reizen

en recreatie. De keerzijde was het resultaat van de drankbestrijding in de eerste helft van de 20e eeuw (een enorme afname in de alcoholconsumptie) goeddeels teniet werd gedaan. Daar kwam bij dat er meer mogelijkheden kwamen om te experimenteren met het gebruik van andere middelen. De toegenomen welvaart maakte die bovendien ‘betaalbaar’.

De jaren ‘60 en ‘70 staan bekend als een periode waarin maatschappelijke onrust hand in hand ging met sociale verandering. De naoorlogse generatie jongeren experimenteerden met een ‘tegen’cultuur waarin vrijheid (kritiek op autoriteiten, seksuele revolutie) centraal stond. Gebruik van cannabis en LSD maakte daar onderdeel van uit.

In cultureel opzicht verdampte de ‘verzuilde’ samenleving en de sociale controle die daarmee samenhang. De individualisering van de samenleving nam toe en dat schiep eind jaren ‘60 steeds meer ruimte om van andere middelen dan de traditionele alcohol (sterke drank, bier en wijn) gebruik te maken. Maar het leidde ook tot een vraag naar hulp, want lang niet iedereen was in staat het gebruik te beperken tot incidentele experimenten.

Vanaf de laatste decennia werd de Nederlandse samenleving ook nog eens steeds meer divers door de komst van mensen uit andere delen van de wereld met verschillende culturele achtergronden. Bij een aantal groepen, vooral jongvolwassenen, ging dat gepaard met een toenemend, en vaak ook problematisch, gebruik van drugs. En drugs kunnen we zeker in meervoud schrijven want de variëteit aan middelen neemt nog steeds toe. In de afgelopen decennia was er een sterke opkomst van synthetische drugs (bijvoorbeeld ecstasy of MDMA) of smartdrugs (zoals pado’s of psilocybine). Maar er kwamen ook stoffen in de belangstelling die voorheen in een andere context werden gebruikt zoals de narcosemiddelen lachgas (N₂O), ketamine of GHB. Dit heeft geleid tot nieuwe uitdagingen voor de volksgezondheid en de verslavingszorg. Wat Nederland en dus ook Tactus vooralsnog bespaard is gebleven betreft de sterke opkomst van

het gebruik van synthetische opioïden (pijnstillende middelen). Deze zeer sterk verslavende middelen zijn in de VS gerelateerd aan jaarlijks vele tienduizenden sterfgevallen. Ook in Nederland vindt gebruik plaats maar hiervoor komen heel weinig mensen in behandeling.

Als we kijken naar onze 21e eeuw dan valt de opkomst van digitale technologieën het meest op. Het heeft een enorme impact gehad op de samenleving, de communicatie, de informatievoorziening en sociale interactie. De opkomst van het internet en smartphones maakten nieuwe vormen van verslavend gedrag mogelijk, zoals de opkomst van gameverslaving, online gokken en problematisch gebruik van sociale media. Het vergrootte de beschikbaarheid van (illegale) middelen en het leidde ook tot nieuwe vormen van verslaving, zoals gameverslaving en gokken. Ook de toenemende globalisering heeft mogelijk de beschikbaarheid van (verslavende) middelen in de hand gewerkt. Denk alleen maar aan de dagelijkse aanvoer van cocaïne via de Atlantische Oceaan in de havens van Rotterdam en Antwerpen. Al deze veranderingen hebben, gemerkt of ongemerkt, ook de ontwikkeling van Tactus beïnvloed. Het heeft de ontwikkeling van eHealth mogelijk gemaakt. Tactus heeft in 2005 als eerste verslavingszorginstelling in Nederland een internetbehandeling gestart: Alcoholdebaas.nl.

Wetgeving en beleid

Het (toenemende) gebruik en misbruik van middelen was voor de overheid aanleiding tot wetgeving. Het begint met de Drankwet van 1881 die was bedoeld om alcoholmisbruik tegen te gaan en de verkoop van alcohol te reguleren. De wet stelde minimumleeftijden vast voor de verkoop van alcohol en beperkte het aantal vergunningen voor de verkoop van alcoholhoudende dranken. In 1919 kwam de Opiumwet waarmee de handel, productie en verkoop van opium, cocaïne en

heroïne werden verboden. De wet maakte het mogelijk om het gebruik van deze middelen te verminderen en de volksgezondheid te beschermen. De wet vormde later de basis voor het Nederlandse drugsbeleid. In 1964 werd de Gokwet van kracht; het maakte onder andere de weg vrij voor de oprichting van het staats-casino. Al deze wetten, en er zijn er nog meer, zijn op gezette tijden aangepast aan de veranderende omstandigheden, wensen en behoeften. Recent is er in Nederland sinds de inwerkingtreding van de nieuwe kansspelwet van oktober 2021 sprake van de legalisering van het online gokken. Dat dit gepaard gegaan met een forse toename van het aantal verslaafde gokkers.

Wetgeving is meestal het sluitstuk van ander beleid. Het alcoholbeleid is in de loop van de tijd zo veranderd dat de nadruk van aandacht voor de handhaving van de openbare orde verschoof naar het beperken van alcoholmisbruik en het voorkomen van aan alcohol gerelateerde problemen. Denk aan de een verhoging van de wettelijke leeftijdsgrens voor de verkoop van alcohol van 16 naar 18 jaar in 2014. Toch was er, naast investeringen in preventieprogramma's, ook aandacht in het beleid voor de aanpak van aan alcohol gerelateerd geweld (uitgaansleven). De meeste aandacht ging er vanaf de jaren '70 van de vorige eeuw uit naar het drugsbeleid. Enerzijds was er de opgave om het misbruik van harddrugs (i.h.b. heroïne) en daaraan verbonden problemen aan te pakken. Anderzijds was er de introductie van het Nederlandse gedoogbeleid voor softdrugs. Het bezit en de verkoop van kleine hoeveelheden cannabis werd gedecriminaliseerd (of genormaliseerd). Het leidde tot de opkomst van coffeeshops (voor de verkoop) en een meer tolerante houding ten opzichte van cannabisgebruik. Dat deze ontwikkelingen van invloed waren op de taken waar Tactus en haar voorlopers voor stonden spreekt voor zich.

Naast het gedogen van het gebruik van softdrugs was het beleid gericht op het decriminaliseren van gebruikers van harddrugs zoals heroïne of cocaïne. De

focus werd gelegd op het beschermen van hun gezondheid. Met dit beleid, ook wel harm-reduction genoemd, wist Nederland de schadelijke gevolgen van drugsgebruik te beperken. Het speelde een belangrijke rol toen in de eerste helft van de jaren '80 hiv, het virus dat aids veroorzaakt, zich onder anderen onder druggebruikers verspreidde. Het beleid faciliteerde de implementatie van methadonprogramma's, naaldruilprogramma's en veilige gebruiksruidten. Ook Tactus en haar voorlopers deden hier volop aan mee.

Tot slot is er de laatste decennia meer aandacht in het beleid voor het roken van tabak. Dat het zeer schadelijk is voor de gezondheid van mensen, en dat het roken een zeer verslavende gewoonte is, is inmiddels onomstreden. De overheid voert stap voor stap een tabaksontmoedigingsbeleid door het stimuleren van voorlichting, waarschuwinglabels op tabaksproducten, het aan banden leggen van de verkoop en het uitbreiden van plaatsen waar een rookverbod geldt. Toch zijn de instellingen voor verslavingszorg nog steeds geen voorziening waar mensen met alleen een tabaksverslaving hulp kunnen krijgen.

De verslavingszorg is voortgekomen uit de 19e-eeuwse burgerbeweging die mensen bewust maakte van de risico's van alcoholgebruik. De instellingen die daaruit voortkwamen richtten zich echter vele decennia louter op hun cliënten. Dat is inmiddels weer rechtgezet. Actieve deelname aan landelijke preventie- en bewustwordingscampagnes om het bewustzijn rondom verslaving te vergroten en preventie te bevorderen is een onderdeel geworden van het reguliere werk, en Tactus doet daar volop aan mee. Het draagt bovendien bij aan een beter begrip van verslaving en de beschikbaarheid van hulp en ondersteuning.

Het voeren van campagnes trad in de 20e eeuw in de jaren '80 weer naar voren in verband met een hernieuwde aandacht voor alcoholmisbruik ('Drank maakt meer kapot dan je lief is'). Daarvoor had drugsgebruik een reeks van jaren alle aandacht opgeslokt (ook al betrof het veel minder mensen dan de groep proble-

matische drinkers). In allerlei varianten is het voeren van campagnes doorgegaan, gericht op verschillende groepen mensen (veelal jongeren) en ook gericht op andere middelen (waaronder tabak) en gokken.

Tijdreizen: wat is er voor medewerkers en cliënten veranderd?

In 100 jaar kan er veel gebeuren. In ieder geval kunnen we, vanuit het perspectief van de twee tijdreizigers concluderen, dat Tactus beslist met zijn tijd is meegegaan.

Het perspectief van een hulpverlener

Gesteld dat een hulpverlener van een organisatie voor de opvang en hulpverlening aan drankzuchtigen van meer dan 100 jaar terug als tijdreiziger nu een kijkje zou nemen in de moderne verslavingszorg. Wat zou hem of haar opvallen? Of anders gezegd: wat heeft Tactus in meer dan 100 jaar bereikt?

Niet alles is natuurlijk meteen zichtbaar, maar het is zeker het geval dat de verslavingszorg tegenwoordig is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en bewezen behandelmethoden. Dat was 100 jaar geleden nog niet mogelijk. Tactus heeft daarin een belangrijk aandeel gehad en de aandacht voor wetenschappelijk onderzoek is de afgelopen jaren alleen maar groter geworden (\$). De cognitieve gedragstherapie is daarvan een goed voorbeeld. Het is een vorm van therapie die erop gericht is denkpatronen die leiden tot verslaving, of de verslaving in stand houden, te veranderen. Een ander voorbeeld dat psychologen hebben ontwikkeld

betreft de motiverende gespreksvoering, een methode die mensen helpt hun motivatie voor gedragsverandering te vergroten. Zo'n 100 jaar geleden hadden morele, religieuze of juridische overtuigingen en daarop gebaseerde werkwijzen hadden nog de overhand.

Verder is er nu sprake van medische ondersteuning en de benadering van de persoon zouden we 'holistisch' kunnen noemen: hulpverleners houden bij de behandeling rekening met fysieke, psychologische, sociale en culturele aspecten. De zorg is door een breed scala aan behandelingsmogelijkheden ook veel meer gedifferentieerd. Wie het overzicht heeft van wat Tactus nu te bieden heeft raakt onder de indruk van het aanbod. Verder is er in het huidige tijdperk meer oog voor de achtergronden van verslaving en de gevolgen ervan. De stigmatisering van cliënten is minder (is er helaas nog wel), er is met vroeger vergeleken minder schaamte, en daardoor is de stap naar de zorg makkelijker geworden.

De medewerker die als een tijdreiziger 100 jaar later komt kijken, zal het ook opvallen dat Tactus als organisatie zeer nauw samenwerkt met andere instellingen, zowel in de zorg (huisartsen, ziekenhuizen) als ook daarbuiten, zoals werkgevers of woningcorporaties. Ook is er meer oog voor familie of andere naasten van de cliënten. En verder is er tegenwoordig meer aandacht voor preventie en voorlichting om verslaving te voorkomen of vroegtijdig te signaleren. Risicogroepen worden actief benaderd. Een bijzonderheid van andere orde is dat Tactus haar werk verricht in een gebied (Flevoland) dat 100 jaar terug nog een binnenzee was.

Vanzelfsprekend is er in de afgelopen 100 jaar ook veel veranderd in de technische kenmerken van Tactus. Er worden nog een paar gebouwen gebruikt die er 100 jaar geleden (met toen een andere bestemming) al stonden. Maar veel is nieuw, groter en met een toen nog onbekende architectuur gebouwd. De gebouwen zijn nu zo ontworpen of heringericht dat ze een rustige, veilige en uitnodigende omgeving bieden voor cliënten en hun naasten. Als dat nodig is komt er videobewaking of een alarminstallatie om de veiligheid te waarborgen. De inrichting is echt anders

dan toen en toegespitst op het creëren van een omgeving die helpt bij het herstelproces. Er zijn vaak gemeenschappelijke ruimtes of faciliteiten voor recreatie en in de centra waar cliënten overnachten zijn er privékamers. Onpersoonlijke slaapzalen zijn er niet meer.

De term informatietechnologie bestond 100 jaar terug nog niet. De aanwezigheid van computers, tablets en smartphones in de verslavingszorg is zeer opmerkelijk voor iemand uit het verleden. De technologie wordt gebruikt voor administratie, communicatie, het bijhouden van patiëntendossiers en het aanbieden van online hulpbronnen en therapieën. De telefoon was 100 jaar terug al uitgevonden maar werd nog weinig gebruikt. Dat ons huidige leven en ook het werk van Tactus nu bijna fungeert 'bij de gratie van' computers en smartphones, en dat er al wordt gesproken over kunstmatige intelligentie, had 100 jaar terug niemand kunnen bevroeden. Het was onbestaanbaar dat de medewerker in het verleden de mogelijkheid van eHealth zou hebben, cliënten op afstand zorg en ondersteuning bieden via beeldbellen en online behandeling.

Het perspectief van een client

Wat zou een cliënt van 100 jaar terug nu opvallen? De verzamelterm verslaving werd in het verleden nog heel weinig gebruikt – het ging in die tijd uitsluitend om alcohol en alcoholisme. Maar los daarvan zou deze tweede tijdreiziger (cliënten waren toen nog hoofdzakelijk mannen) waarschijnlijk heel positief oordelen over de moderne verslavingszorg. Men spreekt nu over een complexe aandoening (met vaak een chronisch beloop), en niet meer over een moreel falen of een gebrek aan wilskracht. Dat betekent een meer empathische en ondersteunende benadering van alle betrokkenen. De zorg is ook meer afgestemd op de individu-

ele behoeften en situatie van de cliënt. Er wordt met veel meer factoren rekening gehouden. Daarom vindt er veelal een gedegen onderzoek plaats voordat de hulp van start gaat. Ook is er nu veel meer oog voor andere psychische aandoeningen.

Vervolgens ervaart de cliënt van 100 jaar terug dat er nu heel veel behandelopties beschikbaar zijn – allemaal 'uitvindingen' die er vroeger nog niet waren. Denk aan cognitieve gedragstherapie, groepstherapie, gezinstherapie, behandeling met behulp van medicatie en nog zoveel meer. Verder is er (om terugval te voorkomen) veel meer aandacht voor nazorg en ondersteuning na de behandeling. En niet onbelangrijk is er ook de aandacht voor privacy en vertrouwelijkheid. Vroeger was het voor de autoriteiten een fluitje van een cent om cliëntgegevens op te vragen. Er zijn nu bij Tactus strikte regels en protocollen om de privacy van cliënten te waarborgen en hun gegevens te beschermen. Tot slot zou net als de medewerker van 100 jaar terug, de cliënt de ogen uitkijken bij het zien van alle digitale middelen die nu beschikbaar en toegankelijk zijn, waaronder online therapieën, mobiele apps en zelfhulpgroepen op internet. Bij elkaar genomen vergemakkelijken die het herstelproces.

De tijdreizende cliënt zou nog iets opmerken. Bij het moderne Tactus zijn ook ervaringsdeskundigen in dienst: mensen die persoonlijk ervaring hebben met een psychische aandoening of verslaving. Ze zetten deze ervaringen in om anderen te helpen in het herstelproces. In de verslavingszorg, en zeker ook bij Tactus, wordt steeds vaker gewerkt met ervaringsdeskundigen. Zij zijn een waardevolle aanvulling op de professionele hulpverlening. In het verre verleden, in het begin van de ambulante zorg, kwam het ook al voor dat mensen die na een alcoholverleden geheelonthouder waren geworden meehielpen in het zorgproces. Bijvoorbeeld als gesprekspartner in een wachtruimte. Verder is de AA die in Nederland na de Tweede Wereldoorlog van start ging bij uitstek een organisatie van ex-alcoholisten. Tactus richtte hiervoor in 2003 Intact Herstel en Zelfhulp op.

Ervaringsdeskundigen hebben via een andere route dan de overige professionals kennis opgedaan over verslaving. Zij hebben dit zelf meegemaakt. Daardoor kunnen zij goed begrijpen wat mensen doormaken en wat zij nodig hebben om te herstellen. Zij kunnen inzicht bieden in de persoonlijke beleving en de gevolgen van verslaving, zoals voor het dagelijks leven en de omgeving. Deze ontwikkeling ziet men bij Tactus als een waardevolle aanvulling op het klinisch herstel in de verslavingszorg. De ervaringsdeskundigen moeten wel een opleiding volgen: het zijn net als de andere medewerkers professionals.

Ontwikkelingen in de laatste 10 jaar

In het afgelopen decennium heeft Tactus te maken gehad met allerlei externe ontwikkelingen die ook andere zorginstellingen hebben beïnvloed. Een aantal van die ontwikkelingen heeft een grote impact gehad op het werk. Een voorbeeld hiervan is de wens van de overheid om het aantal bedden in de zorg af te bouwen. De financiële crisis die in 2008 de wereld deed sidderen, heeft via een aantal tussenstappen bijvoorbeeld geleid tot bezuinigingen op onder andere de verslavingszorg. Dit leidde rond 2015 tot een aantal faillissementen. Ook Tactus had het toen moeilijk. Er was zelfs sprake van gedwongen ontslagen. Dat staat dan weer in schril contrast tot de situatie waar Tactus nu voor staat: de arbeidsmarkt heeft zich zodanig ontwikkeld dat er sprake is van een flink personeelstekort.

Andere ontwikkelingen waren de wijziging van het stelsel van de psychische zorg en de rol van gemeenten in de organisatie en financiering van de jeugdzorg. De invloed van zorgverzekeraars nam toe, en dat gold ook voor de druk op de

verantwoording van wat er met het ontvangen geld wordt gedaan. Dit heeft er ook mee te maken dat de zorg, zeker op termijn, minder goed betaalbaar is. De samenleving vergrijsst. Als er niets wordt gedaan om de druk op de zorg te verminderen, bestaat er de kans dat in Nederland een op de vier werknemers in de zorg actief is. Om dit voor te zijn, hebben instellingen op initiatief van de overheid een Integraal Zorgakkoord gesloten. Het akkoord behelst de mogelijkheid van transities, maar die moeten wel binnen het bestaande budget blijven. Verder is de financiering van de psychische en forensische zorg weer veranderd. Men maakt sinds 2022 gebruik van het zogenaamde zorgprestatie model. Zorgverleners declareren voortaan niet meer per traject, maar per afspraak of behandeling. Het risico bestaat dat de vergoedingen lager worden. Een andere gezamenlijke activiteit betreft de Green Deal. Dit is een reeks voornemens van instellingen om de zorg duurzamer te organiseren.

Ontwikkelingen die specifiek zijn voor Tactus zijn bijvoorbeeld de aandacht voor op herstel gerichte zorg, het centrum Omnizorg (sinds 2008), initiatieven op het vlak van forensische zorg en eHealth en wetenschappelijk onderzoek. Verder kunnen we wijzen op de ontwikkeling van het zorgaanbod en projecten op het vlak van de aandacht voor naasten en de kinderen van mensen met een verslaving. We lichten deze ontwikkelingen hieronder toe.

Herstel

Sinds 2003 richt Tactus zich op herstelgerichte zorg met de introductie van Intact Herstel en Zelfhulp, oorspronkelijk ontwikkeld in Duitsland. Als Nederlandse voorloper versterkt Tactus het persoonlijk en maatschappelijk ontwikkelingsproces van cliënten. Intact fungeert als herstelacademie en zet opgeleide ervaringsdeskundigen prominent in, waarbij zij een vast inkomen krijgen. Intact biedt zelfhulpgroepen en herstelcursussen aan, waarmee een uniek gemeenschappelijk herstelsysteem ontstaat.

Intact biedt ondersteuning aan mensen met verslavingsproblemen en hun naasten, als onderdeel van Tactus Verslavingszorg. Ervaringsdeskundigen en vrijwilligers werken samen om 24/7 hulp te bieden. Intact organiseert zelfhulpgroepavonden en herstelcursussen om mensen te helpen hun leven op orde te krijgen en persoonlijke balans te vinden. Het doel is om mensen met een verslaving te helpen terugkeren in de maatschappij, naasten te leren mensen met een verslaving te ondersteunen, en vooroordelen over verslaving te bestrijden. Intact neemt deel aan nationale ontwikkelingen rondom lotgenotenondersteuning, zelfhulp, ervaringsdeskundigheid en herstel, en is lid van de Europese koepelorganisatie EMNA. EMNA beïnvloedt Europees beleid op het gebied van alcohol- en drugspreventie en verslavingszorg en initieert regelmatig Europese projecten.

Tactus besteedt verder specifieke aandacht aan beeldvorming en streeft naar meer aandacht voor persoonlijke verhalen van cliënten in de media om stigmatisering van verslaving en verharding van de samenleving tegen te gaan.

Omnizorg

Omnizorg Apeldoorn, opgericht in 2008, een initiatief van de gemeente Apeldoorn, Tactus Verslavingszorg, IrisZorg en Riwis Zorg en Welzijn is geïnspireerd door een voorbeeld uit Parijs en is een organisatie die zich inzet voor de rehabilitatie en het herstel van mensen die kampen met verslavingen en psychiatrische problematiek. Veel van de cliënten hebben te maken met een combinatie van problemen, wat vaak resulteert in dak- of thuisloosheid. Dit leidt ertoe dat deze individuen moeite hebben om hun plek in de samenleving te vinden en met gezondheidsproblemen te maken krijgen.

Het unieke pand van Omnizorg, gelegen in het centrum van Apeldoorn, combineert diverse functies zoals slaaphuis, dag- en nachtopvang en een beschermde woonvorm. Door de concentratie van functies is er minder overlast voor de buurt, die de aanwezigheid van Omnizorg dan ook als positief ervaart. Echter, de doorstroming verloopt nog niet goed, omdat mensen er vaak op achteruitgaan als ze weggaan. Dit zegt iets over hoe goed Omnizorg functioneert.



De cliënten vinden in het pand een rustige omgeving om te herstellen, waar ze in contact kunnen komen met lotgenoten en kunnen werken aan het opbouwen van noodzakelijke vaardigheden en zelfvertrouwen. De doelen van Omnizorg zijn gericht op het ondersteunen van cliënten bij het (her)intreden van het arbeidsproces, het deelnemen aan het dagelijks leven, het nemen van verantwoordelijkheid voor hun eigen bestaan en het bevorderen van betrokkenheid bij hun directe omgeving. Daarnaast streeft de organisatie ernaar om zorg en veiligheid voor de buurt te bieden.

Dataverzameling en wetenschappelijk onderzoek

Er is veel werk verzet op het vlak van het verzamelen en analyseren van data over cliënten en de resultaten van de zorg. De resultaten daarvan zijn heel nuttig voor de beleidsontwikkeling. Duidelijk is geworden dat cliënten veel andere problemen hebben dan louter verslaving. Ze hebben te maken met schulden en dat gaat gepaard met veel stress en de gevolgen daarvan voor het functioneren zijn ongunstig en behoeven aandacht. Onderzoek heeft laten zien dat heel veel mensen zonder hulp van hun verslaving afkomen en dat de verslavingszorg vooral bedoeld is voor de uitzonderingen. Oorspronkelijk was de aanname dat zonder hulp de betrokkenen het niet zouden redden. Het belang van dataverwerking en analyse liet echter zien dat dat onjuist was.

Tactus is stapsgewijs een instelling geworden waar veel wetenschappelijk onderzoek plaatsvindt, met medewerkers die promoveren en publiceren. Dit versterkt de wetenschappelijke basis van het werk en verbetert de resultaten. Als professionele organisatie hecht Tactus veel waarde aan hoogwaardige zorg en preventie

door middel van onderzoek en het terugkoppelen van onderzoeksresultaten naar de praktijk en vice versa. De ambitie is om zorg, onderzoek, ontwikkeling en opleiding dichter bij elkaar te brengen, waarbij een Wetenschappelijke Commissie een centrale rol speelt.

Onderzoek is de katalysator van innovatie en richt zich op vier domeinen: eHealth, forensische verslavingszorg, verslaving en lichte verstandelijke beperking (LVB), en verslaving en trauma. Tactus onderzoekt eHealth-innovaties, zoals apps, virtual reality en sensortechnologie. Binnen forensische verslavingszorg ligt de focus op risicotaxatie en instrumenten zoals de RIVJU (Risicotaxatie voor Verslaafde Justitiabelen). Verslaving en LVB onderzoekt de behandeling van cliënten met een LVB, met aandacht voor screening en technologische innovaties.

Binnen verslaving en trauma ligt de focus op screening en behandeling van PTSS, waarbij cliënten vaak meer lijdensdruk ervaren door aan trauma gerelateerde klachten dan door verslaving. Vervolgonderzoek richt zich op het optimaliseren van de behandeling met behulp van verschillende traumabehandelingen naast de geïmplementeerde Seeking safety-module, een behandelingsmethode voor forensische patiënten met verslavingsproblemen en traumaklachten.

Zorgvernieuwing

In deze tijd is het haast niet meer mogelijk om niet geregeld vernieuwingen aan te brengen in het zorgaanbod. Tactus is bijvoorbeeld voorloper geweest in het op gang brengen van eHealth. Evaluatieonderzoek heeft positieve resultaten laten zien en is tot op de dag van vandaag koploper op eHealth gebied.

Verder heeft Tactus meer aandacht ontwikkeld voor het leggen van combinaties in de zorg waardoor problemen meer integratief benaderd worden. Denk aan een

combinatie van comorbiditeit (verslaving en een andere psychische aandoening), lichte verstandelijke beperking (sinds 2028 TOP GGz erkenning) en trauma. Bij veel cliënten waar Tactus mee te maken heeft staan problemen niet op zichzelf, zoals de samenhang tussen lichte verstandelijke beperking, verslaving, een persoonlijkheidsstoornis en crimineel gedrag. Problemen zijn moeilijk te scheiden en daardoor is een behandeling die de diverse aspecten in ogenschouw neemt vaak beter.

In de afgelopen periode stond het afbouwen van bedden en meer ambulante werken centraal. Veel cliënten worden thuis begeleid, ook bij het ontwennen. Aan de andere kant is er wel sprake van een toename van specifieke bedden: forensische zorg, bedden in het kader van de uitvoering van de Wet verplichte GGZ en ook een specialistisch centrum in Rekken dat zich onder andere richt op mensen met een lichte verstandelijke beperking en forensisch wonen. In het n 2023 geopende Tactus Oldenkotte in Rekken (in de voormalige TBS kliniek die sinds 2015 leegstond).

Tactus richt zich op de ontwikkeling van forensische zorg voor mensen met langdurige verslaving en crimineel gedrag. In 2008 opende de Piet Roordakliniek, gericht op behandeling en terugkeer in de maatschappij. Tactus biedt ook forensisch begeleid wonen aan dezelfde groep cliënten. Cliënten leren tijdens de behandeling naar hun eigen gedrag te kijken en de basis leggen voor een terugvalpreventieplan. Hiermee worden risicosituaties tijdig herkend en voorkomen. Contacten buiten de kliniek dragen bij aan het herkennen van de eerste stappen van een terugval. Tactus biedt een gestructureerd en ondersteunend behandelklimaat met de vroegsignaleringsmethodiek als centraal onderdeel. Forensische verslavingsklinieken, zoals de Piet Roordakliniek en Forensische Verslavingskliniek (FVK) Basalt, bieden intensieve behandeling en ondersteuning in een beschermde omgeving. De Piet Roordakliniek heeft twee locaties, in Apeldoorn en Zutphen, en FVK Basalt bevindt zich in Almere.

De aandacht voor de naasten, waaronder in het bijzonder ook de kinderen van cliënten, is in de verslavingszorg helaas nog niet goed op gang gekomen. Dit neemt niet weg dat Tactus er zeker oog voor heeft. Niet onbelangrijk is een jaarlijks terugkerende vakantieweek voor de kinderen van mensen met een verslaving. Jaarlijks werken Tactus-medewerkers hier vrijwillig aan mee.



Tactus Oldenkotte in Rekken. Hier is ook het Zwembadmuseum Oldenkotte gehuisvest over de geschiedenis van Tactus en de Rekkense Inrichtingen.

Leefstijl

De laatste jaren heeft de Rijksoverheid (op initiatief van voormalig staatssecretaris van VWS Paul Blokhuis) haar verantwoordelijkheid genomen met betrekking tot de preventie van roken en alcoholmisbruik. Er zijn diverse campagnes gevoerd waar ook Tactus haar bijdrage aan heeft geleverd om landelijke initiatieven regionaal door te zetten in samenwerking met de GGD en andere lokale partijen. De landelijke campagnes om jeugd minder te laten drinken zijn succesvol gebleken. Het probleem waar Tactus voor staat is dat het middelengebruik min of meer is genormaliseerd. Er worden in de regio's heel veel verschillende middelen gebruikt waaronder niet alleen XTC maar ook stoffen als GHB, lachgas of diverse recent op de markt gebrachte 'designerdrugs'.

Door de normalisering is het mogelijk dat (jonge) mensen door intensievere preventieactiviteiten minder roken of alcohol gebruiken. Maar het totale gebruik aan middelen neemt daardoor nog niet af: er lijkt sprake van een waterbedeffect. Er is helaas ook nog geen indicatie dat het aantal mensen met een verslaving afneemt. Verder moet ook Tactus vaststellen dat veel mensen die problematisch middelen gebruiken vaak te laat in zorg komen. Een andere complicatie is dat nog steeds het roken geen primaire behandelindicatie is waardoor de zorg voor deze groep niet is gefinancierd.

Tot slot

Tactus is, na meer dan een eeuw actief te zijn in de verslavingszorg, een veelzijdige maar overzichtelijke organisatie gebleken. Telkens opnieuw is zij in staat gebleken om de kwaliteit van haar werk tijdig te verbeteren. Nog belangrijker is dat Tactus beschouwd kan worden als een reeks van processen die bijdragen aan het tactisch aansluiten van de organisatie en het zorgaanbod op de behoeften van haar cliënten en de wensen van de samenleving.

Tactus Tijdlijn

1900

Oprichting tehuis voor de opvang van alcoholisten; later het Uniehuis, Huize Henriëtte en Henriëtte Hartsenkliniek genoemd, - eerst gevestigd in Hilversum, vervolgens Beekbergen / Apeldoorn.

1910

Oprichting Vereniging tot Stichting van Christelijke Inrichtingen voor Verpleging van zwakzinnigen; later Rekkense Inrichtingen en Van Ouwenaller Vereniging (VOV) genoemd.

1916

Oprichting Consultatiebureau voor Drankzuchtigen te Deventer.

1951

Oprichting Medisch Consultatiebureau voor Alcoholisme (later: Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs [CAD]) Twente te Almelo.

1953

Oprichting Medisch Consultatiebureau voor Alcoholisme (later: Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs [CAD]) 'De IJsselstreek' te Deventer.

1975

Vestiging van Het Buitencentrum in Beneden-Leeuwen.

1976

Oprichting Johannes Wier-huis voor alcoholverslaafden te Rekken.

1980

Oprichting drugshulpverleningsproject Waspada voor Molukse jongeren in Vaassen.

1982

Oprichting drugshulpverleningsproject Masnait voor Molukse jongeren in Almelo.

1983

Oprichting Stichting Veldwerk Harddrugshulpverlening Hengelo.

1987

Fusie Henriëtte Hartsenkliniek en Johannes Wier-huis: Instituut Verslavingszorg Oost-Nederland (IVON), als divisie van de Van Ouwenaller Vereniging; opening vestiging Johannes Wier-huis Enschede.

1988

Oprichting Stichting Drugshulpverlening (SDD) Deventer.

1989

Fusie Stichting Veldwerk Harddrugshulpverlening Hengelo met het CAD Twente: CAD Twente.

1992

De Weerd 10 geopend op terrein GGnet Warnsveld.

1994

Heropening Henriëtte Hartsenkliniek in Zutphen, ingebruikname nieuwe kliniek aan de Piet Heinstraat.

1995

Fusie van het CAD De IJsselstreek, Waspada en de SDD: Instelling Verslavingszorg Stedendriehoek (IVS); overname van Het Buitencentrum door het IVON.

1997

Opening Intramurale Motivatie Centra in Enschede en Zutphen. Boerderijproject neemt een belangrijke plaats in.

1998

Opening Piet Roordakliniek, forensische verslavingskliniek in Apeldoorn in de voormalige Henriëtte Hartsenkliniek; Het Buitencentrum in Beneden-Leeuwen werd hieraan toegevoegd als resocialisatiekliniek.

1999

Fusie CAD Twente en IVON: Tactus, Instelling voor Verslavingszorg.

2001

Fusie IVS en Tactus: TACTUS, Instelling voor Verslavingszorg.

Opheffing Van Ouwenaller Vereniging.

Oprichting Nijmegen Institute for Scientist Practitioners in Addiction (NISPA).

2003

Start Intact Zelfhulp voor verslaafden en hun naasten.

2004

Start eerste integrale dag- en nachtopvang Polstraat Deventer in samenwerking met Arcuris (nu Iriszorg).

Introductie door Tactus mede ontwikkeld meetinstrument MATE.

2005

Start eerste internetbehandeling Alcoholdebaas.nl.

Opening eerste gebruikersruimte Tactus op de locatie Ripperdastraat Enschede.

Invoering Elektronisch Patiëntendossier.

2006

Fusie TACTUS, Instelling voor Verslavingszorg en Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs Zwolle e.o. tot Tactus Verslavingszorg.

Eerste vakantieweek voor kinderen van ouders met een verslaving in Ommen.

2007

Opening Hoofdkantoor Tactus aan de Keulenstraat in Deventer.

Opening Dubbeldiagnose Deventer i.s.m. Dimence.

Opening Jeugdkliniek in Wapenveld. Inmiddels verhuisd naar Zutphen.

Start medische heroïneverstrekking in Enschede en Deventer.

HKZ-certificering.

2008

Opening Omnizorg Apeldoorn.

Start Tactory arbeids-re-integratie.

2010

Opening hernieuwde kliniek locatie Piet Heinstraat Zutphen na aanbouw.

2013

Oprichting Amethyst Verslavingszorg Flevoland vanuit een samenwerkingsverband tussen Tactus en GGZ Centraal.

Opening nieuwe kantoorlocatie Enschede aan de Raiffeisenstraat 75 waarin meerdere afdelingen zijn samengevoegd.

2014

Opening nieuwe vestiging Piet Roordakliniek in Zutphen; de Piet Roordakliniek locatie Beneden-Leeuwen verhuist naar het voormalige PRK-pand in Apeldoorn.

Opening Intensieve Behandelkliniek Zutphen (High & Intensive Care), sluiting Dubbeldiagnose Deventer.

Start Bureau Herstel: in dienstneming van drie ervaringsdeskundigen. Nieuwe naam Intact Herstel en Zelfhulp.

Opening locatie Pannekoekendijk voorziening voor beschermd wonen en begeleiding in Zwolle.

2015

Grote reorganisatie bij Tactus met ontslagen.

2017

Start Forensische Verslavingskliniek Basalt Almere in samenwerking met de Oostvaarderskliniek.

2018

Toekenning TOPGGz-keurmerk aan Het Centrum Verslaving & LVB van Tactus (in 2022 opnieuw).

2020

Coronacrisis. Versnelde invoering digitale zorg.

2021

Start digitale poli Tacton 100% online.

2023

Blendend behandelen steeds verder ingevoerd.

Opening nieuwe vestiging Tactus Oldenkotte in Rekken. Het Johannes Wier-huis in Rekken verhuist daar naartoe met uitbreiding van het Centrum Verslaving & LVB.

Fotografie

Ron van der Schee/Koninklijke Bibliotheek, Ewout Staartjes, ANP en archief Tactus.

