

*Bureau voor
grensoverschrijdende
samenwerking*

**voor de sectoren
verslaving,
preventie en beleid**



BINAD INFO 22

 **BINAD-INFO 22**

Hoofdthema

 ***Ambulante
behandeling,
netwerken
en samenwerking***

tactus
instelling voor verslavingszorg

Intro	2
Infos	3
<i>Nieuwe preventiecampagne van de Politie NRW</i>	14
Landeskriminalamt NRW	
Thema »ambulante behandeling, netwerken en samenwerking«	
■ <i>Achilles – leefstijl training 1 en 2</i>	18
Ingrid Leus	
■ <i>Leefstijltraining raakt snel de kern</i>	20
Wencke de Wildt	
■ <i>Een oplossingsgerichte behandeling met de mogelijkheden vrij te kiezen voor abstinentie of gecontroleerd drinken</i>	23
Agnes-Christine Nelle	
■ <i>Optimale en flexibele verzorging van verslaafden in of nabij de gemeente</i>	34
Dr. med.Thomas Reinert	
■ <i>Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid scoort eerste resultaten</i>	42
Niek Dekker	
■ <i>Heroïne op medisch voorschrift levert gezondheidswinst op bij langdurig heroïneverslaafden</i>	46
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	
■ <i>Kwaliteitsstandaards in de ambulante drughulpverlening</i>	49
Hildegard Gerber	
Podium »Drugs: politie en wettelijke regeling«	54
■ <i>De drugsproblematiek en de gevolgen voor het beleid bekeken vanuit de politie</i>	55
Thomas Wenner	
■ <i>Hoe verhoudt de wettelijke regeling van Cannabis zich tot die van de andere verboden roesmiddelen?</i>	64
Fredrick Polak	
■ <i>Heroïne moet een geneesmiddel worden</i>	68
Wim van den Brink	
<i>Stand van zaken en perspectieven van het Duitse verslavings- en drugsbeleid</i>	76
Marion Caspers-Merk	
<i>Druggebruik en de wetgeving in de EU</i>	83
EBDD	
<i>Gebruikspartonen en de kijk op meisjes veranderen</i>	87
Frauke Schwarting	
<i>Actieplan Alkoolhorg: uitbreiding preventie en hulpverlening voor problematische alkoholgebruikers</i>	94
Toon de Vos	
<i>De »Alcoholcent« – een belastingheffing op alcohol ten behoeve van de gezondheidszorg</i>	96
Heino Möller, Edgar Zeissler	
<i>Nederlands-Duitse LSP-BINAD tafel</i>	100
Mechthild Neuer, Hans van Ommen	
<i>Mobiliteit en druggebruik in Europa – ervaringen en resultaten van het AC COMPANY project</i>	102
Eberhard Schatz	
Publicaties	108
Aankondigingen	114

Nee, het is geen vergissing van de drukkerij, deze uitgave van BINAD-INFO is in twee delen, Nederlands en Duits. Zij zijn inhoudelijk grotendeels identiek op enkele onderdelen na in de rubrieken »publicaties en aankondigingen«. Hoewel niet de bedoeling was deze ingreep noodzakelijk, vanwege de omvang van deze uitgave.

Wij vragen om uw begrip hiervoor.

Net als in INFO 19 en 20 – die op verschillende wijze gewijd waren aan het thema »Preventie« – kan ook het thema »Behandeling« maar tot op zekere hoogte de revue passeren in één nummer.

Daarom verschijnen nu weer twee opeenvolgende INFO's met één **speciaal thema**. Het gaat daarbij echter niet om een »voortzetting«, want in het voor u liggende nummer INFO 22 gaat het in eerste instantie om de poliklinische behandeling, netwerken, coöperatie op klinisch vlak, kwaliteitsstandaards en tot slot »gecontroleerd drinken« als een mogelijk therapeutisch doel. Verder worden korte behandelingen beschreven, zoals de Nederlandse vier of tien-gesprekken-modellen, heroïne-verstrekking etc.

Het wordt spannend op het **podium**: dit keer staat het uitgangspunt van ons drugsbeleid, de prohibitie, ter discussie. Met name met de eerste bijdrage, van de Hoofdcommissaris van Politie van Bochum, zal niet iedereen het eens zijn. Maar het podium is juist bedoeld om discussie uit te lokken, om uit te dagen! Dat gebeurt ook door de derde bijdrage in deze rubriek - want in deze uitgave hebben wij het podium dat normaliter bestaat uit twee bijdragen, uitgebreid naar drie. Opgenomen werd een interview met Wim van den Brink, dat in maart gevoerd werd. Hij spreekt zich er voor uit om verslaving te zien als neurologisch te behandelen ziekte. Spannende thema's!

Op verschillende plaatsen in deze uitgave zijn onderdelen te vinden van een op jongeren gerichte **preventieve campagne van het Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen**. Deze campagne beviel ons qua opzet en omdat zij alcohol als voornaamste drug ziet en zich daarom hierop concentreert. Reden voor ons de campagne ook in het INFO te presenteren. Vanaf blz. 14 staat een korte beschrijving van de campagne; kaarten met afbeeldingen erop vormen de scheiding tussen de rubrieken in dit nummer.

Andere bijdragen houden zich bezig met alcohol als voornaamste drug – dit is zowel het geval bij het statement van de federale gemachtigde voor drugszaken over uitdagingen voor het drugsbeleid en de verslavingszorg, alsook bij het Nederlandse actieplan alcohol. Het idee een alcoholcent als belasting op alcohol in te voeren hoort hier ook bij. De invoering van een alcoholcent als nieuwe belasting wordt echter in een andere bijdrage bekritiseerd.

Weer een dik nummer, dat hopelijk in de smaak valt bij het doorlezen en -bladeren en bovendien belangstelling wil wekken voor de andere kant van de grens.



Rüdiger Klebeck



Mechthild Neuer



Hans van Ommen

Rüdiger Klebeck

Mechthild Neuer

Hans van Ommen



Enquete onder ruim 38.000 jongeren in Limburg en de Duitse grensregio – minder riskant gedrag bij Limburgse jongeren

In oktober 2001 hebben ruim 21.000 Limburgse jongeren uit klas twee en klas vier van het Voortgezet Onderwijs een enquête ingevuld. In de Duitse grensregio's is dezelfde vragenlijst voorgelegd aan in totaal ruim 17.000 scholieren in de regio's Euskirchen, Dueren, Heinsberg en Aken. Belangrijkste conclusie uit dit recente jongeren-onderzoek is dat in vergelijking met een soortgelijk onderzoek in 1996, het aantal rokers en druggebruikers is afgenomen. Deze positieve wending is opmerkelijk omdat dit afwijkt van de landelijke trend die weinig verandering laat zien. Verder blijkt dat de risicogedragingen in klas 4 meer voorkomen dan in klas 2. Tussen de verschillende regio's in Limburg zijn geen grote verschillen te constateren. Bij Limburgse jongeren komt minder riskant gedrag voor dan bij jongeren in de Duitse grensregio's. Met name het drugsgebruik is bij Limburgse jongeren aanmerkelijk minder. Ook wordt er door minder leerlingen gerookt en zijn minder jongeren dronken/aangeschoten in vergelijking met de onderzoeksgroep in het Duitse grensgebied.

Vooraf op het gebied druggebruik laten jongeren in Limburg minder risicogedrag zien dan Duitse jongeren in de grensregio

Resultaten uit het onderzoek

De resultaten laten zien dat 8% van de jongeren zijn of haar gezondheid matig tot slecht beoordeelt. Bijna een kwart van de ondervraagde jongeren rookt. Een even groot gedeelte is de afgelopen vier weken dronken of aangeschoten geweest. Bovendien drinkt 7% van de jongeren 20 of zelfs meer glazen alcohol per week. Eén op de 10 jongeren heeft de vier weken voorafgaand aan het onderzoek cannabis gebruikt. In dezelfde periode geeft 1,5% van de jongeren aan XTC gebruikt te hebben en 1,7% heeft heroïne, cocaïne, speed of LSD gebruikt.

Ruim 10% van de jongeren heeft in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek van school gespijbeld en één op de 20 jongeren is in de week voorafgaand aan het onderzoek gepest op school. Andere opmerkelijke resultaten zijn, dat éénviufde van de jongeren te weinig ontbijt (4x of minder per week) en dat ruim 15% nooit buiten school sport beoefend. Tot slot geeft 6% aan niet veilig te vrijen (nooit of meestal zonder condoom).



GGD Zuidelijk Zuid-Limburg

Mariëlle Houben-Vaessen

☎ 0 43-3 82 18 73

www.ggdzzl.nl

Jongerenbeleid

Deze eerste globale provinciale, regionale en grensoverschrijdende resultaten tonen opmerkelijke verschillen en trends. Naar verwachting zullen op lokaal niveau deze verschillen nog duidelijker naar voren komen. De afzonderlijke GGD'en zullen de onderzoeksgegevens gebruiken om de lokale situatie in beeld te brengen. Met de resultaten trachten de GGD'en samen met de scholen en de gemeenten het jongerenbeleid verder te optimaliseren.

Persbericht 25 maart 2002

Geslaagd Nederlands-Duits werkcongres over klinische verslavingszorg

Op 06-03-2002 vond in Almen (NL) een werkcongres plaats, dat voorbereid was door BINAD in samenwerking met WESD (Verband Westfälischer Einrichtungen Stationärer Drogentherapie). Uitgenodigd waren ook vertegenwoordigers uit het klinische behandelingsstelsel TACTUS, instelling voor verslavingszorg. Er vonden één dag lang intensieve discussies plaats over vijf thema's, waarbij iedere keer impulsen werden gegeven door korte inleidingen van Duitse of Nederlandse collega's.

De thema's waren:

- korte behandeling
- motiveren
- geslachtsspecifieke concepten
- therapie met gesubstitueerde personen en
- adaptatie en nazorg

De systemen voor verslavingszorg zijn weliswaar zeer verschillend van opzet, toch was er op vakniveau ook sprake van een reeks overeenkomsten – daarnaast werden er echter ook een aantal suggesties gedaan, die voortkwamen uit de bestaande verschillen. Deze suggesties konden door de deelnemers mee naar huis worden genomen en leidden tot een levendige discussie, die zonder problemen verliep door de simultaan vertaling.

BINAD zal een documentatie uitgeven over dit congres, waarin de inleidingen en de belangrijkste resultaten van de discussie worden beschreven. Deze speciale publicatie zal (hopelijk) nog voor het zomerreces verschijnen.

(voor verdere informatie: Hans van Ommen, BINAD Enschede of Rüdiger Klebeck, BINAD Münster)

Omgaan met cannabis na de laatste herziening van de Zwitserse opiumwet»

Vakcongres in de drielanden-regio CH/D/F

De gevolmachtigde voor drugszaken van de bondsregering, Marion Caspers-Merk, organiseerde dit vakcongres in samenwerking met het Zwitserse Federale Bureau voor Gezondheidszaken en met medewerking van Frankrijk op 25 maart 2002. Uitgenodigd waren vertegenwoordigers van de verslavings- en jeugdzorg, politie en gemeentepolitici, die met name afkomstig waren uit de grensstreken van de landen in kwestie. Als vertegenwoordiger van BINAD was Mechthild Neuer aanwezig bij de conferentie.

De conferentie vond plaats tegen de achtergrond van de geplande herziening van de Zwitserse opiumwet. Het ligt in de bedoeling dat o.a. het kopen en verbouwen van cannabis onder bepaalde voorwaarden zonder strafrechtelijke gevolgen zal blijven. Men vreest voor negatieve gevolgen in de aangrenzende gebieden in Frankrijk en Duitsland wanneer deze geplande herziening van de regelgeving voor het omgaan met cannabisproducten van kracht wordt. Deze gevolgen betreffen de douane en de politie vanwege de controle op drugs aan de grens, de drugspreventie en de behandeling van drugsverslaafden. Voorts zal dit gevolgen hebben voor de algemene politieke discussie over de cannabis-kwestie.

De goed bezochte conferentie bood gedifferentieerde informatie en ruimte voor een zakelijke discussie, in het bijzonder met het oog op de ontwikkeling van grensoverschrijdende strategieën ten aanzien van het omgaan met het cannabisprobleem.

Marion Caspers-Merk gaf een overzicht van het Duitse drugsbeleid en Ueli Locher, plaatsvervangend directeur van het Zwitserse Federale Bureau voor Gezondheidszaken, lichtte de geplande herziening van de Zwitserse opiumwet toe. De deelnemers hadden in parallelle workshops de gelegenheid te discussiëren over preventieve concepten, behandelingen, vroegtijdig ingrijpen en mogelijkheden voor grensoverschrijdende samenwerking. De workshops werden steeds voorafgegaan door inleidingen en handelden over:

- regionale preventieve concepten,
- ontwikkeling van het cannabisgebruik in Duitsland,
- verslavingspreventie en cannabis – maatregelen aan de hand van het voorbeeld Basel-Stadt,
- ervaringen met de poliklinische behandeling van aan cannabis verslaafde jongeren,
- supra-f, een model voor het vroegtijdig ingrijpen bij risicjongeren,
- ervaringen van de politie met grensoverschrijdende bestrijding van drugscriminaliteit en
- ervaringen met grensoverschrijdende samenwerking op het terrein van verslavingspreventie in de drielanden-regio Duitsland/Nederland/België.

Het secretariaat van de gevolmachtigde voor drugszaken zal een gedetailleerde documentatie over deze conferentie samenstellen.

Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten des Bundes

Mohrenstr. 62
10117 Berlin
Duitsland

☎ 00 49-30-2 06 40-14 54

☎ 00 49-30-2 06 40-49 60



Gewerkschaft der Polizei (GdP, Duitse politievakbond) eist verandering van de Duitse opiumwet

De GdP eist volgens een artikel in FOCUS een gedeeltelijke legalisering van de verkoop van cannabis. De opiumwet moet volgens de waarnemend voorzitter Witthaut van de GdP worden gewijzigd om marihuana en cannabis in apotheken te kunnen verkopen. Volgens de plannen van de vakbond moet een vastgelegde hoeveelheid (als voorbeeld wordt één gram genoemd) voor eigen gebruik geen strafrechtelijke gevolgen meer krijgen. Cannabis moet legaal kunnen worden gekocht, zodat criminele structuren op handelsniveau kunnen worden opgerold. Apotheken zijn hiervoor geschikt. Op deze manier zou controle door de overheid en een vastgelegde prijs kunnen worden gerealiseerd. De prijs zou ca. twee Euro per gram moeten bedragen omdat moet worden verhinderd dat de verkoop van cannabis een lucratieve bezigheid voor apotheken wordt.

De reden die de GdP aanvoert voor dit voorstel is dat meer dan de helft van de drugsdelicten te maken heeft met cannabis, terwijl de meeste processen echter worden geseponeerd door het openbaar ministerie; de politie moet zich kunnen concentreren op de vervolging van misdrijven waarbij harddrugs in het geding zijn, aldus de GdP.

FOCUS (D) nr. 11, 11-03-2002

Druggebruik in de EU

Nederland en Duitsland vormen volgens de statistieken van het Europees waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving (EWDD) qua »problematisch drugsgebruik« met twee tot drie gebruikers per 1.000 inwoners tussen 15 en 64 jaar de hekkensluiters van de lijst. Italië, Luxemburg, Portugal en Groot-Brittannië hebben volgens de statistiek met vijf tot acht consumenten per 1.000 inwoners het hoogste aantal. Bij cannabis, de meest gebruikte illegale drug, staan Denemarken, Spanje, Frankrijk, Ierland, Nederland en Groot-Brittannië boven aan de lijst. In deze landen heeft maximaal een kwart van de 15-64-jarigen al eens cannabis gebruikt. Bij de 15-35-jarigen is dat zelfs 40%.

Duitsland loopt op kop wanneer het gaat om de hoeveelheid in beslag genomen XTC. Over de gehele EU gezien heeft ca. vier procent van de ondervraagde personen ervaring met het gebruik van XTC en amfetaminen, in Groot-Brittannië is dat zelfs bijna tien procent. XTC is echter slechts zelden de 'hoofddrug' bij verslaafden die een behandeling ondergaan; in Ierland is dit met 8,9% het vaakste het geval.

Hoewel over de gehele EU gezien minder dan één procent van de bevolking kan worden aangemerkt als heroïnegebruiker, veroorzaakt heroïneverslaving toch nog steeds de meeste problemen.

Bron: Kath. Nachrichten-Agentur/EWDD-verslag 2001

Elkaar verstaan betekent elkaar begrijpen

Vertaalcentra vormen in Nederland de basis voor de gezondheidszorg voor migranten

Het is overduidelijk dat migranten een slechtere toegang tot de gezondheidszorg hebben dan de doorsnede van de bevolking. De Nederlandse vertaalcentra proberen dit deelprobleem van de gezondheidszorg voor migranten op te lossen.

De vertaalcentra in Amsterdam, Eindhoven, Hengelo, Utrecht, Velp en Rotterdam kunnen putten uit een grote groep van 750 tolken en vertalers voor meer dan 85 verschillende talen en dialecten. Ze verlenen diensten aan vrijwel iedere instelling en organisatie op sociaal, maatschappelijk, medisch en juridisch terrein.

Er bestaan in principe vier verschillende vormen van dienstverlening:

- tolken per telefoon
- persoonlijk tolken
- spreekuren en groepsgesprekken met tolken
- schriftelijke vertalingen

In dit verband werden in 1998 420.000 diensten verricht, daarvan 175.000 per telefoon, 178.000 ter plaatse en 22.000 schriftelijk.

Bron: samengevat artikel uit de »Fachzeitschrift für Alternative Kommunal Politik« (AKP), nummer 6/2001, nov./dez. 2001

Contact:

**stichting tolken
vertaalcentrum
nederland**

Regio Noord-Holland
Amstel 62-64

1017 AC Amsterdam

☎ 020-551 1636

☎ 020-627 7686

Drugs – een steeds aanwezige uitdaging voor Europa

Enkele korte punten uit het »Overzicht van de belangrijkste ontwikkelingen« van het EBDD-jaarslag 2001

Verslavingspreventie geniet in alle lidstaten de hoogste prioriteit. Hierbij wordt de voorkeur gegeven aan de peer-to-peer-werkwijze, alhoewel dit in de praktijk moeilijk uitvoerbaar is. Volgens het verslag wordt (het feit) steeds meer geaccepteerd dat scholieren drugs gebruiken. »Vroeger werd dit met verve ontkend, omdat men vreesde voor het eigen imago«.

Er werden pillentests in clubs of bij dansmanifestaties – meestal in verband met synthetische drugs – in Spanje, Nederland en Oostenrijk uitgevoerd. Volgens een onderzoek zijn deze »goed geschikt om te waarschuwen voor de onverwachte en gevaarlijke werking van partydrugs«. Andere voorbeelden van een voortschrijdende innovatie bij de maatregelen voor harm-reduction in de EU zijn de opleiding van medewerkers van nachtclubs, chill-out-ruimten en interactieve websites.

Een groot probleem vormt het drugsgebruik onder gedetineerden. In sommige lidstaten heeft meer dan de helft van de gedetineerden ooit illegale drugs gebruikt. In sommige huizen van bewaring heeft waarschijnlijk de helft van de gevangenen een

**Europees Waarne-
mingscentrum voor
Drugs en Drugsversla-
ving EWDD**

Rua da Cruz de Santa
Apolónia 23-25

P-1149-045 Lissabon
Portugal

☎ 00351-21-811 30 00

☎ 00351-21-813 17 11



problematisch gebruikspatroon en/of praktiseren intraveneus drugsgebruik. Volgens schattingen bevinden zich ieder jaar tussen 180.000 tot 600.000 drugsgebruikers in gevangenissen in de EU. Daarbij komt nog dat in sommige gevangenissen sprake is van grote tekortkomingen op het gebied van preventie, therapie en verzorging van drugsgebruikers.

Jaarverslag 2001 online:

<http://annualreport.emcdda.org> of <http://emcdda.kpnqwest.pt>

Alcoholconsumptie in Duitsland

Volgens het DHS-Jahrbuch Sucht 2002 bedroeg het gebruik van alcoholische dranken per hoofd van de bevolking in 2000 in Duitsland 154,4 liter. Dat betekent een lichte daling met 1,9 liter. Het verbruik van zuivere alcohol per hoofd van de bevolking blijft met 10,5 liter dus op een hoog niveau. Duitsland is met dit cijfer nog steeds één van de landen met de hoogste alcoholconsumptie.

De tot 1,2 miljard DM (ca. 613.690.000 e) gestegen uitgaven voor reclamedoeleinden bij de alcoholindustrie maken duidelijk dat deze zich veel moeite getroost de afzet te verhogen. Recent onderzoek naar door alcohol veroorzaakte schade aan de gezondheid en sterfgevallen wees uit dat in Duitsland in 1997 73.714 sterfgevallen werden veroorzaakt door alcohol.

Bron: DHS-Jahrbuch Sucht 2002.

Alcohol en werk

Dienstverlening van het CAD Drenthe voor bedrijven en instellingen

Het CAD Drenthe biedt bedrijven, instellingen en medewerkers die een verslavingsprobleem hebben, adviesgesprekken aan voor de werkgever (hoe komen we in gesprek met de medewerker die kennelijk alcoholproblemen heeft?). Adviesgesprekken voor de werknemer, diagnose, advisering voor het uitvoeren van behandelingen en een korte behandeling (vijf gesprekken) behoren eveneens tot de mogelijkheden. Wanneer de korte behandeling niet afdoende is kan de cliënt worden doorverwezen naar een langer durende of een klinische behandeling. De aanmelding voor dit aanbod moet schriftelijk worden gedaan en dient te worden ondertekend door werkgever en werknemer. De werknemer moet in alle gevallen toestemming verlenen aan de ontwikkeling van een »behandelingsplan«. De werkgever wordt geïnformeerd over het verloop van de behandeling en krijgt een kort verslag van iedere dienstverlening. De werknemer moet daartoe toestemming verlenen (in dit verband wordt alleen informatie doorgegeven die van belang is voor het functioneren van de werknemer). De kosten voor de dienstverlening worden in rekening gebracht aan de hand van vastgelegde tarieven.

Meer informatie kan worden aangevraagd bij:

CAD Drenthe
Postbus 513
9400 AM Assen
© 05 91-61 46 60

Verontrustend hoog aantal drugsdoden onder Duitse immigranten uit Oost-Europa

Het aantal drugsdoden onder jonge Duitse immigranten uit Oost Europa neemt volgens de cijfers van de bondsregering alarmerend toe. In 1999 waren er nog 36 jonge Duitse immigranten die vanwege hun drugsgebruik stierven, vorig jaar steeg dit aantal tot 162. Dit is een toename met 320%. De gevolmachtigden voor Duitse immigranten en voor drugszaken pleiten er tegen de achtergrond van deze cijfers voor, de drugspreventie en de integratie van en voor jonge Duitse immigranten te versterken. Een probleem is echter dat kennelijk steeds meer jonge mensen uit deze groep al verslaafd zijn wanneer ze naar Duitsland komen. Men is van mening dat de medewerkers van de consultatiebureaus voor drugs en voor migratiezaken in dit verband gesensibiliseerd moeten worden door bijscholingsmaatregelen.

Bron: Kath. Nachrichten-Agentur/BMG



Over het belang de strategieën in Europa met elkaar te verbinden

Naar aanleiding van de presentatie van het »Jaarverslag over de stand van zaken t.a.v.de drugsproblematiek in de Europese Unie 2001« in Brussel verklaarde de gevolmachtigde voor drugszaken van de bondsregering, Marion Caspers-Merk, het volgende:

»De omgang met verslavings- en drugsproblemen in onze maatschappij wordt steeds meer ook een gezamenlijk Europees probleem. Dat is te zien aan de cijfers die in het nieuwe verslag worden genoemd. Er is weliswaar sprake van verschillen tussen de lidstaten, toch zijn de trends, met name bij cannabis of XTC, vergelijkbaar. Een steeds groter wordend aantal mensen, met name jongeren, heeft ervaring met deze stoffen en sommige groepen, b.v. in de party-scène, vertonen een steeds riskanter gebruikspatroon. Op grond van deze feiten worden ook de strategieën voor de reductie van het aanbod en vooral ook voor de preventie en de hulp in Europa steeds meer op elkaar afgestemd.

Ook in de Oost-Europese landen zijn deze trends waarneembaar en het zou goed zijn wanneer wij zouden proberen in gesprek te komen om onze ervaringen uit te wisselen met de landen die binnenkort lid worden van de Europese Unie. Dit om er toe bij te dragen de problemen niet nog groter te laten worden.

**Geschäftsstelle der
Bundesdrogen-
beauftragten**

Mohrenstr. 62
10117 Berlin
Duitsland

☎ 00 49-30-2 06 40-14 50

☎ 00 49-30-2 06 40-49 60

www.bmggesundheits.de

Het Europees waarnemingspunt verzamelt helaas alleen gegevens over het gebruik van illegale drugs en de medische en sociale problemen die daarmee samenhangen. Ik vind het tijd dat deze verslaglegging zich ook gaat richten op het roken en het alcoholgebruik, omdat de toekomstige uitdagingen van het Europese gezondheidsbeleid op dit vlak liggen. De Europese Unie is immers al bezig richtlijnen voor de omgang met tabaksproducten uit te vaardigen en de Raad van Europa heeft een document uitgegeven dat handelt over de groter wordende aandacht voor de problematiek van het alcoholgebruik onder jongeren.«

Kabinetsstandpunt vernieuwing behandelingen heroïneverslaving

Het Kabinet heeft gekozen voor twee nieuwe behandelmethoden van heroïneverslaving als erkende behandelingen, namelijk met hoge doses methadon en met heroïne. Een derde behandeling, afkicken met het geneesmiddel naltrexon zonder narcose, mag voorlopig op beperkte schaal worden uitgevoerd totdat meer zekerheid bestaat over de duurzaamheid van het effect. Het kabinet stelt tevens een Commissie Invoeringaspecten Behandelingen Heroïneverslaafden in die in het najaar van 2002 advies moet uitbrengen over hoe met name de heroïnebehandeling duurzaam landelijk ingevoerd kan worden. Het kabinet wil de aanpak van de problematiek van drugsverslaafden verbeteren. Dit staat in een brief die minister Borst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vandaag naar de Tweede Kamer heeft gestuurd.

Borst heeft enkele jaren geleden opdracht gegeven voor onderzoek naar de effecten van drie nieuwe behandelingswijzen. Het ging om drie experimenten: afkicken onder narcose (1999), de behandeling met hoge doses methadon (1996) en verstrekking van heroïne op medisch voorschrift (1997).

Uit het eerste experiment blijkt dat bij verslaafde patiënten het afkicken met behulp van een geneesmiddel onder narcose niet beter werkt dan afkicken zonder narcose. De regering heeft besloten verder niet mee te werken aan afkicken onder narcose. De behandelcentra kunnen doorgaan met afkicken zonder narcose met behulp van een geneesmiddel. Eind 2003 zijn de definitieve resultaten bekend en kan het volgende kabinet een besluit nemen of de afkickmethode wordt toegevoegd aan het reguliere behandel aanbod.

Uit het tweede experiment, de verhoging van de gemiddelde methadondoses, blijkt dat een bepaalde groep problematisch verslaafden baat heeft bij een hogere dosis methadon. De gezondheid wordt beter en het drugsgebruik neemt af. Het kabinet vindt dat de verslavingszorg deze methode kan toevoegen aan het bestaande behandel aanbod. De behandelend arts dient scherp te letten op de ongewenste bijwerkingen bij de patiënt.

Het derde experiment heroïne op medisch voorschrift in combinatie met methadon ziet het kabinet als laatste mogelijkheid om de situatie van chronisch verslaafden te verbeteren. Uit het onderzoek blijkt dat de gecombineerde behandeling veilig kan gebeuren en de lichamelijke en geestelijke gezondheid en het sociaal functioneren van de verslaafden aanzienlijk verbetert. Het kabinet vindt dat deze behandelingsmethode toegankelijk moet zijn voor de verslaafden die aan de indicatie-criteria voldoen.

Minister Borst zal de gemeenten die nu aan het onderzoek meedoen voorlopig in staat stellen om op dezelfde schaal door te gaan met de behandeling van de huidige en nieuwe patiënten die daarvoor geïndiceerd zijn tot het moment waarop de behandeling landelijk ingevoerd kan worden.

bron: www.minvas.nl



BMC contracteert twee telers voor onderzoek met medicinale cannabis

Het Bureau voor Medicinale Cannabis (BMC) van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het VU medisch centrum in Amsterdam hebben een overeenkomst gesloten voor kleinschalig onderzoek met medicinale cannabis. Dit onderzoek wordt gedaan bij 16 MS-patiënten. De cannabis zal per inhalatie worden toegediend. Hiervoor worden drie soorten cannabis met elkaar vergeleken, waaronder een placebo-variëteit.

De cannabis voor het onderzoek wordt geleverd door de Rotterdamse stichtingen Institute of Medical Marijuana en Maripharm. Maripharm zal ook de metalen pijpjes voor het inhaleren van de cannabis leveren.

Beide stichtingen leveren gestandaardiseerde cannabis volgens de kwaliteitseisen die het BMC stelt. Het VU medisch centrum hoopt het onderzoek in ongeveer een jaar af te ronden.

Het Bureau voor Medicinale Cannabis bereidt op dit moment ook de levering van cannabis aan apotheken voor. Op voorstel van minister Borst heeft het Kabinet op 19 oktober 2001 besloten de verstrekking van medicinale cannabis door apotheken op doktersrecept aan patiënten toe te staan. Een groot aantal telers heeft zich reeds aangemeld om de cannabis hiervoor te kweken. Met de selectie van telers op basis van kwaliteitseisen en de screeningsprocedure wordt later dit jaar begonnen. De verwachting is dat het BMC vanaf het voorjaar van 2003 aan apotheken levert.

Bron: www.minvws.nl

»Hektor«-Newsletter uit Venlo

In januari 2002 werd de eerste externe »Hektor«-Newsletter uitgegeven door de gemeente Venlo. Hierin werd verslag uitgebracht over de stand van zaken van het project voor de regulering van de handel met cannabis en de daarmee samenhangende overlast en andere negatieve ontwikkelingen in het centrum van de stad.

Naast de bestrijding van de illegale drugshandel en de daarmee samenhangende wijziging van bestemming van de gebouwen die een rol spelen bij de drugshandel, speelt ook nog steeds de geplande verplaatsing van twee coffeeshops naar buitenwijken van de stad een centrale rol.

Tot 01-11-2001 konden reeds 33 woningen, negen cafés en twee winkels worden gesloten, die alle gebruikt werden voor de handel met drugs. Het overleg dat ook met de Duitse steden aan de grens nodig was voor de toelating van de twee extra coffeeshops, wordt voortgezet. De EU keurde het »Hippokrates-project« als extra initiatief goed. Hierbij wordt in het kader van de preventie van jeugddriminaliteit binnen drie deelprojecten samengewerkt met Duitse, Franse en Zweedse partners. Voor de Duitse partners is gepland dat er werkgroepen met de steden aan de grens worden gevormd, zodat de toename van het aantal jonge Duitse drugsklanten door voorlichting op scholen in de grensregio wordt gereduceerd.

Meer informatie kan worden aangevraagd bij de gemeente Venlo.

Gemeene Venlo

Elke Haanraads

☎ 0 77-3 59 69 23

✉ iehaanraads@venlo.nl

Landskriminalamt NRW

Nieuwe preventiecampagne van de Politie NRW »Alcohol – ooit gaat de lol eraf«

Tegenwoordig hoort alcohol voor jongeren gewoon bij de vrijetijdsbesteding – en het gaat daarbij niet altijd om »gebruik om te genieten«. Carnaval, zogenaamde schuur- en tentfeesten, eindexamenfeesten en andere gelegenheden leiden bij veel jongeren tot riskant alcoholgebruik. De politie wordt vaak geconfronteerd met de gevolgen. De grenzen van de wet vervagen onder invloed van alcohol, de agressie neemt toe en daardoor ook de risico's in het verkeer en de bereidheid om geweld te gebruiken.

Het Landeskriminalamt NRW vond bij de zoektocht naar doelgroepgerichte preventieve concepten een in Hamburg ontwikkelde campagne. Deze campagne werd naar NRW gehaald en aangepast aan de leeftijdsgroep van 12-15 jaar.

BINAD geeft hier een licht verkorte versie van de originele tekst en presenteert ook enkele beeldkaarten, die her en der in de publicatie opduiken.

Het is tegenwoordig onrealistisch het gebruik van alcohol strikt af te raden en een abstinente houding te eisen. Alcoholgebruik wordt algemeen geaccepteerd en is niet meer weg te denken uit onze maatschappij.

Wij willen graag de manier waarop met alcohol wordt omgegaan sturen. Wij willen bereiken dat jongeren het verschil tussen genot en misbruik herkennen en dat ze zichzelf verantwoordelijk voelen voor het gebruik van het genotmiddel.

Slechts weinig mensen weten dat de politie ook andere wegen inslaat dan de bekende methode van het »opgeheven vingertje« om een impuls te geven voor een verantwoorde omgang met alcohol.

Dit is de reden waarom wij de nieuwe campagne »Alcohol – ooit gaat de lol eraf« naar Nordrhein-Westfalen hebben gehaald. De campagne werd op instigatie van de Hamburgse Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BAGS, Instantie voor Werk, Gezondheid en Sociale Zaken) geïntegreerd in een voorlichtingscampagne, die zich onder het motto »genot i.p.v. verslaving« richtte op de doelgroep jongeren en jonge volwassenen (16 - 21 jaar) in de hanzestad. Een gerenommeerd reclamebureau was verantwoordelijk voor de vormgeving. De campagne kon op deze manier al in 2000 met succes worden ingezet in Hamburg.

Het Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen (taakgebied 34,3/drugspreventie) was zeer onder de indruk van de opzet van deze preventieve actie. Deze instantie stelde de campagne voor aan de bureaus voor preventie van de districtpolitie. Nadat deze bureaus met grote instemming reageerden, werden de rechten voor de campagne gekocht door het LKA NRW.

De campagne werd niet compleet overgenomen van het origineel. Het concept werd uitgebreid voor de doelgroep 12-15 jarigen, wat tot gevolg had dat diverse teksten moesten worden gewijzigd.

De campagne benadert de doelgroep zowel via massamedia alsook direct. De posters en ansichtkaarten hebben een massamediaal karakter, de persoonlijke benadering vindt plaats via een kleine ideeënwedstrijd met behulp van zogenaamde boy- en girl-cards.

***Het concept uit
Hamburg werd
uitgebreid tot de
doelgroep 12 - 15
jarigen***

De vormgeving van de posters en Ansichtkaarten is zo gekozen dat de lezer in het spraakgebruik van jongeren wordt uitgelegd wat het verschil is tussen met mate en te veel drinken. Grappige teksten en mooie afbeeldingen zorgen voor veel aandacht en discussiepunten.

Bij de boy- en girl-cards gaat het om kaarten met informatie en voorlichting in Ansichtformaat. Deze kunnen ook worden gebruikt om eigen ideeën te formuleren over het verschil tussen genot en misbruik (de zogenaamde »creatieve competitie«).

Op de voorkant van de »cards« staan afbeeldingen met lege velden, bestemd voor meisjes en jongens. Op de achterkant staat speciale informatie voor de jongens en de meisjes die bedoeld is voor de twee leeftijdsgroepen (12-15 en 16-21 jaar). Iedere scholier kan dus een »card« krijgen die aansluit op geslacht en leeftijd.

Men kan door het invullen van de lege velden meedoen aan de »creatieve competitie«. Er wordt aan de jongeren gevraagd eigen teksten te bedenken die gaan over het probleem van overmatig drankgebruik.

De doelgroep zal daarom creatief gaan nadenken over de problematiek, wat tot gevolg heeft dat men beter zelf in staat is onderscheid te maken tussen genot en misbruik.

**Landeskriminalamt
NRW**

Kriminalkommissar
Michael Dohmen
Völklinger Str. 49
40221 Düsseldorf
Duitsland

☎ 00 49-2 11-9 39 73 58

☎ 00 49-2 11-9 39 96 34

✉ landeskriminalamt@
mail.lka.nrw.de

In aansluiting daarop zou een prijs kunnen worden toegekend aan de »beste« ideeën, of bepaalde teksten zouden kunnen worden gebruikt als uitgangspunt voor een discussie.

Het materiaal voor de campagne is al in het bezit van de bureaus van de districtpolitie. Een aantal instanties is dit jaar gestart met de campagne naar aanleiding van de carnavalsperiode. De commissariaten van preventie, die verantwoordelijk zijn voor de actie, krijgen op regionaal niveau de vrije hand bij het realiseren van de actie. Het gebruik van het materiaal is echter beperkt tot de politie en de scholen.



- eindelijk weer 'ns goeie muziek
- iedereen danst.
- iedereen lacht tegen mij.
- iedereen schreeuwt tegen mij.
- waar is m'n topje eigenlijk?

Alcohol – ooit gaat de lol eraf.



Ingrid Leus

Achilles leefstijl training 1 en 2

De Achilles leefstijl training is ontwikkeld binnen het project Resultaten Scoren van GGZ Nederland, met name het ontwikkelcentrum Kwaliteit en Innovatie. Deelnemende instellingen zijn: Brijder Stichting (Alkmaar), Jellinek (Amsterdam), Novadic (St. Oedenrode) en Parnassia (Den Haag).

De leefstijl training heeft primair als doel verandering van het verslavingsgedrag.

In de aanpak van verslavingsgedrag kan een onderscheid gemaakt worden in motivering, het doorbreken van verslavingsgedrag (zelfcontrole training) en terugval preventie. In beide trainingen komen deze onderdelen aan bod.

In de volgende bijdrage beschrijft Ingrid Leus van Tactus, Instelling voor Verslavingszorg, kort de inhoud van de twee modules. Een ander artikel op blz. 20 gaat verder in op de invoeringsfase van deze modules over leefstijltraining.

Leefstijl training 1 is het minst intensieve aanbod. Binnen dit aanbod wordt geen aandacht besteed aan behandeling van achterliggende problematiek. De cliënt wordt verondersteld zelf in staat te zijn zijn overige veranderingen in zijn of haar leven aan te brengen indien nodig.

Module voor leefstijltraining 1

De module voor leefstijltraining 1 omvat vier sessies, in een periode van acht weken.

- **Sessie 1** is gericht op uitleg van de training, op motivering en het maken van een keuze ten aanzien van het middelengebruik.
- **Sessie 2** gaat men bezig met het herkennen en analyseren van risicosituaties en trekmomenten, met daarbij het aanleren van specifieke vaardigheden om met risicosituaties om te gaan.
- **Sessie 3** bevat een aantal aanleren vaardigheden in het kader van terugval preventie, o.a. versterken van de sociale steun, het maken van een noodplan, het leren omgaan met een terugval.
- **Sessie 4** bestaat uit evaluatie en afsluiting, alle strategieën worden nog eens nagelopen.

Module voor leefstijltraining 2

De module voor leefstijltraining 2 omvat tien sessies

- **Sessie 1:** uitleg van de inhoud van de training, expliciet maken en verhogen van de motivatie tot verandering van het middelengebruik.
- **Sessie 2:** beslissing tot verandering in het middelen gebruik en het bepalen van trainingsdoelen en het komen tot een trainingsplan.
- **Sessie 3:** het opstellen van een functieanalyse en het versterken van de sociale steun.
- **Sessie 4:** het aanleren van vaardigheden om met trek en risicomomenten om te gaan.
- **Sessie 5:** het leren weigeren van middelen.
- **Sessie 6:** omgaan met een terugval en het opzetten van een noodplan.
- **Sessie 7:** evaluatie en het vaststellen van de voortgang en het invullen van de verdere keuzesessies.
- **Sessie 8 tot en met 10** zijn keuze sessies. Hierin kan de cliënt zelf aandragen met betrekking tot overige problematiek, binnen het handboek worden eveneens keuze thema's aangeboden bijvoorbeeld: sociale vaardigheden, sociaal netwerk enz.

Daarnaast krijgt een cliënt binnen beide trainingen huiswerk opdrachten mee in de vorm van het bijhouden van een dagboek en een verdere uitwerking van de trainingssessie om het geheel tot een goede inbedding te laten komen. Specifiek aan de training is dat er continu aandacht is voor een ondersteunend persoon binnen het sociale netwerk van de cliënt.

Binnen het team behandeling begeleiding Twente heeft een ieder de cursus voor leefstijltraining twee gevolgd. De medewerkers waren er enthousiast over. Veel dingen waren voor de hulpverleners niet nieuw. Het nieuwe zit hem echter in de vorm waarin het gegoten wordt. Het is prettig om met goed, mooi en geprotocolleerd materiaal te werken. Het biedt houvast en structuur om met werkboeken voor zowel cliënt als hulpverlener te werken.

Het geheel is binnen onze afdeling aan het implementeren, binnen elke setting zijn een aantal hulpverleners die met deze methode aan de slag gaan, om het geheel goed in gang te zetten is er aparte intervisie omheen gezet en zal het geheel na drie maanden geëvalueerd worden binnen het team.

TACTUS

Afd. Behandeling en
Begeleiding
Ripperdastraat 8
Postbus 417
7500 AK Enschede
☎ 0 53-4 31 97 61
📠 0 53-4 34 23 24

*Werkboeken en
handleidingen zijn
uitgegeven door:*

**Wetenschappelijke
uitgeverij Cure &
Care publishers,
Zeist.**

ISBN 90 76754 14 4
☎ 0 30-6 91 26 50
✉ cc-books@curecare.nl

Wencke de Wildt

Leefstijltraining raakt snel de kern

Het tiengesprekkenmodel, ook wel leefstijltraining 2 genoemd, wordt zeer binnenkort ingevoerd bij Parnassia. Mieke Zinn, psycholoog / psychotherapeut, volgde als een van de eersten de training van Resultaten Scoren. Zij was ook betrokken bij de invoering van het viergesprekkenmodel (ook wel leefstijltraining 1 genoemd) binnen Parnassia en kan dus vertellen wat de voetangels en klemmen zijn. 'Het is heel belangrijk dat de medewerkers goed worden gecoacht.'

In het »Nieuwsbrief Resultaten scoren 7« vindt de redactie van BINAD-INFO de volgende op een interview met Mieke Zinn en Jolien Fox gebaseerde bijdrage.

»Motiveren, zelfcontrole en terugvalpreventie – deze drie-eenheid in de aanpak van verslavingsproblematiek zie je prachtig terug in de modellen.« Zinn werkt al vijftien jaar in de verslavingszorg en is specialist in motiverende gespreksvoering. Boven-dien trainde ze de medewerkers in het viergesprekkenmodel. »Ik heb de motiverende gespreksvoering en het viergesprekkenmodel aangegrepen om de medewerkers hel-der te laten krijgen wat je nou waarom met wie doet. Daar lenen beide modellen zich uitstekend voor. Ze bieden je een kapstok voor de behandeling. Wat zijn nu de kern-punten waar het bij een bepaalde cliënt om draait? Het is vaak heel verleidelijk om allerlei andere zaken die je signaleert ook aan te pakken. Het model van vier- en tien-gesprekken brengt je snel bij de kern en maakt ook duidelijk of een cliënt voor an-dere zaken buiten de verslavingszorg terecht kan.«

Goede start

Een groot deel van de medewerkers is inmiddels al getraind voor het viergesprekken-model. Om een goede start te maken verzorgde het Ontwikkelcentrum Kwaliteit en innovatie van zorg van Resultaten Scoren een aantal in- huistrainingen en vervolgens maakte Parnassia zelf een training op maat. Zinn: »Zo kun je als organisatie net wat meer eigen zaken meegeven. We constateerden dat sommige onderdelen bij onze behandelmedewerkers al in den treure bekend waren, terwijl andere dingen wat uit-gebreider hadden gekund.« Veel medewerkers van Parnassia zijn al naar de training van het tiengesprekkenmodel geweest en waarschijnlijk zal Parnassia ook voor deze training een eigen maattraining ontwikkelen.

***De modules
kunnen en moeten
door de
verschillende
organisaties
worden aangepast
aan de eigen
situatie***

De reacties op het gesprekkenmodel zijn over het algemeen enthousiast. »Een deel is natuurlijk bekend en dat doen we hier ook al langer«, zegt Zinn. »Nieuw is dat je je moet beperken tot vier (of tien) sessies. De consequentie daarvan is dat je een aantal zaken moet laten liggen, die je anders geneigd bent ook aan te pakken.«

Druk

Jolien Fox, werkzaam als gedragstherapeut bij Parnassia, verzorgt de deskundigheidsbevordering en coaching van de teams in het viergesprekkenmodel. Zij constateert dat medewerkers wel vinden dat er veel van ze wordt gevraagd. »In het protocol staat precies beschreven wat je moet doen – en dat is een steun – maar de snelheid waarmee het moet gebeuren, geeft extra druk. »Ook de afwikkeling van het protocol, met name het invullen van de vragenlijsten, vinden de medewerkers veel tijd kosten. Verder zijn ze niet gewend het huiswerk van de cliënten zo serieus te nemen. Dat geldt omgekeerd ook voor cliënten. Met name jongeren met cannabis- of gokproblemen hebben moeite met het maken van het huiswerk. Een andere groep, volwassen alcoholcliënten, lijkt hier beter mee uit de voeten te kunnen. »Zij vinden het ook prettig dat er een duidelijk begin en eind is aan de behandeling. Ze voelen zich minder afhankelijk van de behandelaar, doordat ze zelf meer invloed hebben op de therapie.«

De aangegeven structuur is een hulpmiddel, maar vereist ook gewenning, zowel voor de medewerker als voor de cliënt

Meten

Een van de kenmerken van het gesprekkenmodel is de gestructureerde wijze van meten. Er wordt o.a. gemeten hoeveel cliënten er starten, tussentijds stoppen of de hele sessie van vier of tien gesprekken afmaken én hoe tevreden cliënten zijn met de behandeling. Daar reageerden medewerkers soms wat afhoudend op. Aan de andere kant blijkt na de eerste koudwatervrees dat ze een terugkoppeling prettig vinden, zegt Fox. Dat gebeurt met name in de intervisies, die met de introductie van het model ook meer structureel zijn geworden. »Ze merken dat ze daadwerkelijk iets hebben aan de gegevens die ze krijgen aangereikt. Het is een verrijking voor de verslavingszorg dat er nu goed wordt gedocumenteerd. Dan kan bijvoorbeeld naar voren komen dat de indicatiecriteria voor het viergesprekkenmodel misschien wat ruim zijn. We kunnen die dan op basis van de intervisies en evaluatie aanscherpen. Op die manier krijgen medewerkers ook het idee dat ze invloed hebben op het inhoudelijk beleid.«

Doorgronden

Bij Parnassia hebben ze inmiddels gemerkt dat de indicatiestelling nauw luistert bij het viergesprekkenmodel. Zinn: »De basisgedachte is: wat kort kan, moet je kort doen. Begin niet meteen met een te zwaar aanbod. Maar waar we vroeger misschien te lang met iemand aan de slag gingen, omdat je hem of haar nog van alles mee wilde geven, moet je ook weer niet dit model aangrijpen om alles met iedereen in vier gesprekken te doen. Het is bijvoorbeeld belangrijk de motivatie van een cliënt te doorgronden. Is deze echt doorleefd of meldt hij zich aan vanuit een impuls? Als dat laatste zo is, red je het niet met één sessie over motivatie.« Ze haalt de eerste onderzoeksgegevens aan, die in de richting wijzen van 20% vroegtijdige uitstroom. Vermoedelijk heeft dit te maken met problemen bij de indicatiestelling. Zinn pleit ervoor bij twijfel te kiezen voor het tiengesprekkenmodel. »Dan heeft zowel de medewerker als de cliënt net wat meer ruimte.« Of een alternatief: een van de vier sessies uitbreiden tot een module, waarin een bepaald aspect nader wordt uitgediept. Ze neemt de sessie »Omgaan met trek« als voorbeeld. »Sommige cliënten hebben grote moeite met controle over hun gebruik. Door nu drie of vier zittingen alleen te wijden aan dat thema, is de kans op succes groter. Wij zijn inmiddels bezig met het ontwikkelen van dergelijke modules.«

Niet alle cliënten zijn geschikt voor deze methode – veel hangt van de indicatie af: als een klant meer baat heeft bij een andere methode, dan dient die methode toegepast te worden

Voorwaarden

Parnassia neemt de invoering van de vier- en tiengesprekkenmodellen voortvarend ter hand. Wat zijn de voorwaarden voor een succesvolle invoering? Zinn: »Het is belangrijk dat de financiering goed is geregeld. De verzekeraars vergoeden nu het viergesprekkenmodel. Het heeft geholpen dat dit model toetsbaar is, dan zijn ze er natuurlijk sneller voor te porren.« Fox vult aan dat je binnen de organisatie een aantal voortrekkers nodig hebt. En je moet ook goed zorgen dat de medewerkers gecoacht worden, zegt Zinn. »Ze moeten niet het idee krijgen dat, nu er weer iets nieuws is uitgevonden, ze dat zo nodig moeten gaan doen. Je moet ook de kennis en ervaring die er is, niet wegwuiven. Integendeel, die kunnen ze juist weer inzetten bij dit model. De intervisie is niet alleen van belang voor de cliënten, maar ook voor henzelf. Daarin kun je ze ondersteuning bieden en handvatten aanreiken voor zaken waar ze tegenaan lopen. Zo wordt ook duidelijk dat een protocol soms lastige elementen in zich heeft. Dan ligt het dus aan het model en niet aan de medewerker dat sommige dingen wat stroef gaan. Verder moet je toeleiding in orde zijn.« Tot slot heeft ze nog een relativerende opmerking. »Ik vind het prachtige modellen, maar ze zijn niet zaligmakend. Er zitten veel richtlijnen aan vast, in de praktijk moet je die vaak wat aanscherpen. Maar bovenal is niet alles in regeltjes te vangen. Uitgangspunt is de klant. Als je merkt dat die bij iets anders is gebaat, doe je dat andere.«

GGZ Nederland

Postbus 8400

3503 RK Utrecht

☎ 030-287 33 13

✉ mves@ggz nederland.nl

Agnes-Christine Nelle

Een oplossingsgerichte behandeling met de mogelijkheden vrij te kiezen tussen abstinentie of gecontroleerd drinken

De eerste resultaten van het modelproject NIK-ambulanz te Bremen

Het Norddeutsche Institut für Kurzzeittherapie (NIK) te Bremen, maakt sinds 1985 gebruik van een systematische oplossingsgerichte manier van denken en doen op het terrein van psychotherapie, supervisie en organisatieadvies. Het instituut is medeoprichter van de European Brief Therapy Association (EBTA, Parijs)

De NIK-Ambulanz werd in september 2000 geopend; Agnes-Christine Nelle beschrijft hieronder de opzet en het werk van de polikliniek. Het gaat in deze bijdrage om een inleiding die de auteur hield op een conferentie in de Bernhard-Salzmänn-Klinik te Gütersloh. Vanwege plaatsgebrek moest één praktijkvoorbeeld worden weggelaten. Dit kan echter bij BINAD worden aangevraagd.

De kliniek biedt mensen met alcohol-, medicijn-, en meervoudige verslaving poliklinische individuele- en groepstherapieën aan. De cliënten hebben de keus hun doelen óf door middel van abstinentie óf door gecontroleerd drinken te bereiken.

Ons werk wordt in het kader van een driejarig modelproject wetenschappelijk onderzocht door de LVA Bremen/Oldenburg. Dat betekent: de cliënten melden na iedere sessie, na het einde van de therapie en 6 maanden na de afsluiting de veranderingen die ze waarnemen en het profijt dat ze ervan hebben.

Het team van de NIK-polikliniek bestaat, overeenkomstig het advies voor de poliklinische rehabilitatie bij verslaving, uit twee sociaalpedagogen, een psycholoog met een extra therapeutische kwalificatie en een arts.

De LVA, de ziekenfondsen en de Sociale Dienst kunnen kostendragers zijn. De cliënten kunnen de behandeling ook zelf betalen.

Het concept van ons modelproject is in principe gebaseerd op de oplossingsgerichte methode van Steve de Shazer en de ervaringen die al meer dan 15 jaar in België werden opgedaan met de invoering van de keuzevrijheid in de verslavingstherapie, het »Brugge model« van Luc Isebeart. Ik zou deze twee grondslagen van ons werk graag eerst in het kort willen toelichten.

Op oplossingsgerichte korte therapie

Het door Steve de Shazer en zijn team van het Brief Family Therapie Center in Milwaukee ontwikkelde concept, werd met name door zijn vrouw en collega Insoo Kim Berg succesvol toegepast in het werken met verslaafden.

Een oplossingsgerichte therapie kan in tijden van bezuinigingen scoren bij de organisaties (en dus uiteindelijk ook bij de cliënten die de therapie uit eigen zak moeten betalen), omdat het een korte behandeling betreft. Het relatief geringe aantal sessies maakt deze methode tot een aantrekkelijk alternatief voor langdurige therapieën, die wellicht qua resultaat vergelijkbaar zijn, maar meer kosten. Het is echter van belang dat heel duidelijk wordt gesteld dat een oplossingsgerichte therapie niet kort is omdat deze er dan voor de buitenwereld zo goedkoop mogelijk uitziet, maar omdat ze berust op bepaalde fundamentele uitgangspunten die een korte therapie mogelijk maken.

Het oplossingsgerichte concept zet het identificeren en activeren van de eigen mogelijkheden centraal in de therapie. Dit omdat het concept uitgaat van de overtuiging dat de betrokkenen in principe beschikken over krachten en vaardigheden om hun problemen zelf op te lossen, maar deze momenteel niet inzetten.

De cliënten worden uiterst serieus genomen bij de exacte definiëring van hun eigen doelen, de keuze van de stappen die moeten worden gedaan om deze te bereiken en de manier waarop ze vooruitgang en verbetering omschrijven. Een oplossingsgerichte therapie vereist niet dat de cliënten de aard van hun problemen onderkennen en probeert ook niet de cliënten te motiveren voor bepaalde strategieën.

Het concept maakt in plaats daarvan individueel »passende« doelen en wegen mogelijk. Op deze manier wordt de motivatie die de cliënt zelf meebrengt benut en nog verder vergroot door de oriëntatie op de eigen mogelijkheden en het verbreden van de mogelijke handelwijzen in het verdere verloop van de therapie.

De kern van de therapeutische vragen is gericht op verbeteringen, op datgene wat kan blijven bestaan en dat wat al verbeterd is: Hoe is u dat precies gelukt? Wat heeft u daarbij geholpen? Wat heeft u er verder nog aan bijgedragen? En de stabilisatie van het bereikte: Wat moet u in ieder geval blijven doen?

***Oplossingsgerichte
behandeling is
niet kort, omdat
zij daardoor
goedkoper is,
maar omdat zij op
bepaalde
principes berust
die leiden tot een
korte behandeling***

Op deze wijze worden zelfs de kleinste successen zichtbaar gemaakt en kunnen worden herhaald. Uit eerste »vluchtige« ideeën voor oplossingen komen handelwijzen voort die de cliënt kan inzetten als hij het besluit daartoe neemt.

Juist de »langzame« aanpak, het aanwijzen en waarderen van de kleinste vooruitgang is paradoxaal genoeg een onmisbare voorwaarde voor de korte therapie. Dit betreft een therapievorm die relatief gezien weinig sessies nodig heeft, die ook nog kunnen worden uitgesmeerd over een lange periode.

Typische vragen en technieken van deze aanpak zijn geenszins nieuw:

Bijzonder beroemd is de »wondervraag«, die het de cliënt mogelijk maakt een aantrekkelijke doelstelling te ontwikkelen: *Stelt u zich voor dat dit gesprek voorbij is en u gaat op een gegeven moment naar huis en u doet dan daar wat u gewoonlijk doet. U eet misschien nog iets of kijkt naar de televisie – uiteindelijk gaat u naar bed. En terwijl u slaapt gebeurt er een wonder en de problemen waarvoor u nu hier bent zijn ineens opgelost, gewoon zomaar! Maar omdat u geslapen heeft kunt u niet weten dat het wonder gebeurd is. Waaraan merkt u morgenvroeg het eerst dat dit wonder gebeurd is? Waaraan merken andere mensen het?*

Typisch voor vragen die op oplossingsgericht zijn is dat men werkt met uitzonderingen: *Wat was de laatste keer in uw herinnering dat u het gevoel had dat er een wonder met u gebeurd was – wat was er anders? Wat heeft u anders gedaan? En verder?*

Of het gebruik van verschillende schalen, b.v.: *10 is de dag na het wonder en 0 is zoals het was toen u deze afspraak gemaakt heeft: waar bevindt u zich nu? Wat is het verschil met 0? Waaraan zult u kunnen u merken dat u een stap verder gekomen bent?*

De overeenkomst tussen al deze vragen is de fundamentele veronderstelling dat de cliënt een oplossing vinden of uitvinden (bedoeld wordt construeren) kan zonder de oorzaken of de hoedanigheid van zijn probleem te kennen. Integendeel, er wordt vanuit gegaan dat een intensieve beschrijving van het probleem veeleer een expert voor problematisch gedrag en denken van hem maakt. Zodoende kunnen problemen juist langer blijven bestaan en de therapie wordt onnodig verlengd.

Of zoals Albert Einstein eens zei: »Een probleem kan niet worden opgelost door de denkwijze die er de oorzaak van was«.

»Een probleem kan niet worden opgelost door de denkwijze die er de oorzaak van was«



Het model Brugge

In Duitsland wordt in verslavingszorgkringen steeds meer nota genomen van de tweede belangrijke grondslag van het concept van de NIK-Ambulanz – dit wordt ook gezien als een impuls en er wordt zeer zeker hevig over gediscussieerd.

Dit behandelingsmodel wordt in het St. Jans Hospitaal, een algemeen ziekenhuis in Brugge, ingezet in de vorm van klinische, dag- en poliklinische verslavingstherapie.

Het model is gebaseerd op de oplossingsgerichte korte therapie en ziet verslaving als pathologie van de keuzevrijheid: de alcoholverslaafde cliënt kan niet, of maar in zeer beperkte mate, kiezen of hij drinkt of niet. De behandeling streeft daarom naar herstel van de keuzevrijheid.

Behandeling volgens het Brugse model knoopt aan bij het contactpunt tussen individu en realiteit. Het verschil tussen waarnemen en handelen is hier van belang: De mens slaat de realiteit voortdurend gade en beïnvloedt deze tegelijkertijd door zijn handelen.

Het opnieuw in staat stellen om keuzes te maken is het doel van de behandeling. En dat kan gecontroleerd drinken zijn

Het contact van het individu met de realiteit, gezien vanuit kant van de waarneming, wordt in de eerste plaats bepaald door de zingeving: wanneer wij de realiteit waarnemen koppelen wij daaraan eerst een zin. Voor een alcoholverslaafde mens kan een biertje ontspanning, troost, genot of gezelligheid betekenen. In ieder geval kiest hij automatisch voor alcohol als hij deze gevoelens wil oproepen. Dit betekent dat hij niet meer kiest. Alcohol heeft voor hem de betekenis van een onweerstaanbaar iets gekregen.

Het laatste wat wij doen voordat wij op de realiteit reageren en deze beïnvloeden is een beslissing nemen, een handelwijze kiezen. De alcoholverslaafde mens is ook hier beperkt in zijn keuzevrijheid omdat zijn zingeving van alcohol als iets onweerstaanbaars geen ruimte overlaat een andere keuze als zinvol te zien, dan het glas bier te drinken dat voor hem staat.

Het herstel van de keuzevrijheid bij alcoholverslaving houdt dus in

- alcohol een nieuwe betekenis toe te kennen (b.v. als iets aangenaams maar ook iets wat te vermijden is),
- ook ten opzichte van alcohol anders te handelen dan het eenvoudigweg op te drinken (b.v. laten staan, in de gootsteen gieten, weggaan of iets anders drinken).

In het Brugse model is het doel van de verslavingstherapie bereikt door het herstel van de keuzevrijheid.

Omdat de keuzevrijheid niet alleen kan worden bereikt via abstinentie, behoort ook de keuze gecontroleerd te gaan drinken tot de mogelijkheden.

Omdat de opzet van het Brugse model voor het grootste gedeelte gebaseerd is op oplossingen, heeft de therapeut ook hier niet de taak de cliënt te veranderen, doelen voor hem op te stellen of dwang uit te oefenen – vooropgesteld dan dat de cliënt beschikt over zijn onbeperkte oordeelsvermogen (iets wat in de acute fase van de detox of bij dementie wellicht niet het geval is).

Integendeel, de taak van de therapeut bestaat erin de cliënten te ondersteunen bij de ontwikkeling en realisatie van eigen oplossingen.

Dit respect voor de oplossingen die de cliënten zelf aandragen houdt in dat dit ook consequent wordt ingezet in de verslavingstherapie: de cliënten kiezen óf voor het streven naar een abstinente levenswijze, óf het willen leren gecontroleerd te drinken.

Gecontroleerd drinken

Met name over de keuzevrijheid van alcoholverslaafden om gecontroleerd te gaan drinken wordt een diepgaande discussie gevoerd. Deze mogelijkheid in de NIK-Ambulanz is voor deskundige kringen in Bremen zowel het meest interessante als meest hachelijke aspect.

De cliënten in de NIK-Ambulanz die belangstelling hebben voor de mogelijkheid gecontroleerd te drinken worden, net als in Brugge, geïnformeerd over het feit dat het voor de meeste mensen gemakkelijker is abstinent te leven dan het drinkgedrag steeds te moeten controleren.

Iemand die de gewoonte ontwikkeld heeft te veel te drinken, zal altijd gevaar lopen terug te vallen in deze gewoonte – deze mogelijke terugval van het gedragspatroon blijft het hele leven bestaan. Zelfs wanneer hij de gewoonte van het gecontroleerde drinken als alternatief gedragspatroon heeft omarmt, moet hij dit steeds zeer bewust blijven doen.

Gecontroleerd drinken mag dus in geen geval worden vergeleken met het »normale« drinkgedrag van iemand die nog nooit geleden heeft onder een alcoholverslaving, maar het is een moeizame weg. De reden waarom sommige alcoholverslaafden toch voor deze weg kiezen wil ik u later duidelijk maken aan de hand van een voorbeeld uit ons modelproject.

Wanneer de cliënten dus gecontroleerd willen drinken, dan worden hun de lichamelijke en psychologische mechanismen van verslaving verklaard. Ze worden erover geïnformeerd dat de ervaring aangetoond heeft dat het niet mogelijk is direct van de gewoonte van te veel drinken over te stappen naar de gewoonte gecontroleerd te drinken, maar dat eerst de vaardigheid moet worden ontwikkeld om in sommige situaties niet te drinken.

Gecontroleerd drinken is alleen dan mogelijk wanneer men ook na een glas bier kan kiezen niets meer te drinken, dat betekent iets anders te doen dan nog een tweede glas drinken.

***Gecontroleerd
drinken kan
geenszins worden
vergeleken met het
»normaal« drink-
ken van personen,
die nooit verslaafd
zijn geweest maar
het is integendeel
een inspannende
bezigheid***

De cliënten wordt dus aangeraden een tijd abstinente te leven, voordat men begint te experimenteren met gecontroleerd drinken. Er wordt van therapeutische zijde echter niet vastgelegd hoe lang deze periode zou moeten duren, hoe veel ze daarna willen drinken en op welke wijze ze zouden willen onderzoeken of ze in staat zijn gecontroleerd te drinken.

Er wordt echter zeer indringend gevraagd,

- Hoe men zich concreet in de tot dusverre moeilijk gebleken situaties anders zal gaan gedragen om hun doel te bereiken,
- welke ideeën hun nut nog moeten bewijzen in het leven van alledag en wat nog moet worden veranderd.

of – omdat niet alle cliënten het gecontroleerde drinken als oplossing kiezen en daartoe ook niet in staat zijn, ook over het feit,

- hoe lang ze nog met het gecontroleerde drinken willen experimenteren voordat ze tot de slotsom komen dat dit niet de goede weg is.

De gedupeerden doen in ieder geval hun eigen ervaringen op en ook de beoordeling van deze ervaringen wordt overgelaten aan hen zelf. Op grond van deze eigen ervaring en overtuiging wijzigt ca. 26 % van de cliënten het nagestreefde doel van gecontroleerd drinken naar abstinentie.

De motivatie om abstinente te worden is bij deze cliënten natuurlijk veel groter, dan wanneer dit door »ompraten« door de therapeut wordt bewerkstelligd of wanneer dit een fundamentele eis zou zijn voor deelname aan de therapie.

Op deze manier kan worden verklaard dat, juist omdat in Brugge ook gecontroleerd drinken tot de mogelijkheden behoort, uiteindelijk vaker een stabiele abstinentie kan worden bereikt dan wanneer deze van tevoren geëist wordt.

Ik zal u op een later tijdstip de resultaten van een ziektegeschiedenis van patiënten uit Brugge presenteren, die 4 jaar na het einde van de verslavingsbehandeling werd samengesteld. Deze ziektegeschiedenis geeft ook aanwijzingen over de stabiliteit op de lange termijn van cliënten die geleerd hebben gecontroleerd te drinken.

Werken met uitzonderingen

Het model Brugge en dus ook het werk in de NIK-Ambulanz verschilt afgezien van de mogelijkheid van gecontroleerd drinken op meer punten van veel andere therapievormen.

Er wordt bijvoorbeeld van uitgegaan dat het verlies van de keuzevrijheid – dus het drinken niet onder controle hebben – ook bij veel verslaafden niet volkomen is, maar dat er ook altijd weer periodes voorkomen waarin men zich wel succesvol in de hand heeft. Deze voorbeelden waarin keuzevrijheid in de praktijk werd gebracht, kunnen langere

Juist omdat de keuze bestaat om gecontroleerd te drinken, wordt uiteindelijk vaker abstinentie bereikt

of kortere abstinente fasen zijn die kortere of langere tijd geleden zijn. De cliënt drinkt op een bepaalde avond zes glazen wijn, op een andere avond slaagt hij erin na het vierde glas op te houden. Meestal drinkt hij zijn eerste glas om 20 uur, soms echter ook pas om 22 uur.

De cliënten zien deze voorbeelden van keuzevrijheid die in de praktijk worden gebracht vaak zelf niet, omdat ze gewend zijn alleen hun problemen waar te nemen zodat het drinken van zes of vier glazen beide wordt gezien als terugval.

Wanneer deze uitzonderingen op het problematische gedrag echter worden geprezen door de therapeut, dan wordt het aan veel cliënten duidelijk dat ze al een begin hebben gemaakt hun problemen op te lossen en soms al dingen doen die stappen zijn in de richting van hun doel.

Uitzonderingen zijn zodoende vaak zeer belangrijk wanneer het gaat om het vinden van oplossingen, omdat het om gedragspatronen gaat die de cliënt vaak al in de praktijk brengt en dit in veel gevallen alleen maar vaker hoeft te doen.

Management bij terugval

Het Brugse model en daarom ook dat van de NIK-Ambulanz verschilt ook voor wat betreft de omgang met terugval van talrijke andere therapievormen. Wanneer de cliënt tijdens de poliklinische behandeling terugvalt, dan interesseren wij ons niet zozeer voor de reden van deze terugval, maar:

- Op welke punten verschilt deze terugval van andere die voorheen voorkwamen? Werd b.v. minder gedronken of sneller gestopt?
- Op welke wijze heeft de cliënt de terugval gestopt, en welke zaken speelden daarbij een positieve rol?

In plaats van de veelvuldig toegepaste terugvalpreventie, voeren wij een terugvalmanagement in. Aan de cliënten wordt aan de hand van voor hen relevante concrete voorbeeldsituaties gevraagd wat zij b.v. zouden moeten doen wanneer ze nog eens afwijken van hun goede voornemens om het gereedstaande glas bier toch niet te drinken of na het eerste glas te stoppen.

Bij onze onderhandelingen met de LVA (Landesversicherungsanstalt, verzekeringsinstelling op deelstaatniveau) over de erkenning van ons concept, waren waarschijnlijk niet in de laatste plaats ook de resultaten die al sinds meer dan 15 jaar in België werden opgedaan met de keuzevrijheid in de verslavingsbehandeling, een sterke impuls voor de kostendrager dit model ook in Duitsland te testen.

Ik zou u daarom op deze plaats graag een kort overzicht willen geven over de resultaten van een ziektegeschiedenis van het Brugse model in 1999.

In plaats van de gebruikelijke terugvalpreventie wordt terugvalmanagement toegepast, dat veel eerder positieve en versterkende ervaringen genereert



Er werden 132 voormalige patiënten 4 jaar na de beëindiging van hun behandeling telefonisch geïnterviewd. Voor zover mogelijk werd ook bij gezinsleden geïnformeerd naar de resultaten van het drinkgedrag.

De opnameperiode bedroeg inclusief detox gemiddeld 18 dagen bij een klinische, en 14 dagen bij een dagklinische behandeling.

Bij 75,76% van de geïnterviewde personen kon na 4 jaar een stabiel resultaat worden vastgesteld.

45,45% van alle ondervraagde personen dronken in het geheel niet meer, 30,3% dronken gecontroleerd.

De definitie voor gecontroleerd drinken was in het onderhavige geval 0-2 eenheden alcohol per dag bij vrouwen en 0-3 eenheden bij mannen en tenminste één dag abstinentie per week. Een eenheid alcohol komt overeen met 20 g alcohol, ongeveer een glas wijn. Deze definitie komt overeen met de hoeveelheid alcohol die volgens de WHO nog niet schadelijk is.

14,39% van de ondervraagde personen dronk te veel. Inmiddels was 9,85% overleden. 6,82% van deze personen dronken nog tot hun dood, 1,52% dronk niet meer, bij eveneens 1,52% was dit niet bekend. De doodsoorzaken waren: 5 suicide, 2 levercirrose, 1 pancreatitis, 2 ongevallen en 2 kanker.

26,1% van de patiënten werd na de behandeling nog eens opgenomen.

Er bestond voor wat betreft het resultaat van de behandeling geen significant verschil tussen personen die in het begin hadden gekozen voor abstinentie of gecontroleerd drinken. Het was bij het achteraf gevoerde interview interessant om te zien dat 26% van diegenen die aan het begin gekozen hadden gecontroleerd te drinken, voor het opstellen van de ziektegeschiedenis waren overgestapt op abstinentie.

De meeste Brugse patiënten waren dus kennelijk van mening dat abstinentie de meest praktische manier was om van de verslaving af te komen. Bovendien leidde de mogelijkheid om gecontroleerd te gaan drinken er niet toe dat er op de lange duur minder abstinente personen waren dan na verslavingstherapieën die vanaf het begin het doel hadden abstinentie te bereiken. Waarschijnlijk waren het er juist meer.

Daarenboven werd duidelijk dat een niet gering aantal mensen met alcoholverslaving weer alcohol kan drinken zonder terug te vallen naar een verslavend gedragspatroon.

***De Brugse
katamnese wijst
uit, dat 26% van
diegenen die in
eerste instantie
voor gecontroleerd
drinken hadden
gekozen, op het
tijdstip van de
katamnese
overgegaan waren
op abstinentie***

Onze ervaringen in Bremen

Ik wil u nu graag verslag uitbrengen hoe wij erin geslaagd zijn de daarnet beschreven grondslagen van ons concept te vertalen naar de praktijk van de verslavingstherapie. Welke ervaringen wij in het eerste jaar van ons modelproject opgedaan hebben, welke resultaten al beschikbaar zijn en vooral: wat onze cliënten als nuttig ervoeren.

Nadat de erkenning als modelproject door de LVA meer dan een jaar in beslag genomen had, was het allereerst zaak het nieuwe poliklinische aanbod bekend te maken in Bremen, zodat de betrokkenen ons konden vinden.

Wij hadden ons concept al voor de officiële start voorgelegd aan de werkgroep alcohol in Bremen en aan de desbetreffende vakcommissie van de Gesundheitssenat (Ministerie van gezondheid van de deelstaat Bremen). Wij hebben verschillende deskundigen uit verschillende instellingen voor verslavingszorg en vertegenwoordigers van zelfhulpgroepen uitgenodigd voor de openingsbijeenkomst. Ons vermoeden werd toen al bevestigd dat wij vooral met de mogelijkheid te kunnen kiezen voor het gecontroleerde drinken maar ook met de poliklinische therapievorm, die kort is, een heet hangijzer hadden aangepakt, vooral omdat de zelfhulpgroepen zeer sceptisch waren op grond van begrijpelijke redenen.

Omdat ons modelproject duidelijk verschilt van andere bestaande projecten, toonde de televisieomroep Radio Bremen grote belangstelling een rapportage aan ons te wijden. In eerste instantie werd in het kort melding gemaakt over de NIK-Ambulanz in het regionale avondnieuws, enkele dagen later volgde een uitvoerige reportage, die het speciale thema van de nieuwsrubriek vormde.

Door de op deze wijze geschapen brede publiciteit ontstond een niet aflatende stroom van vragen van mensen met verslavingsproblemen naar ons aanbod. Op grond van de televisiereportages meldden zich zelfhulpgroepen bij ons, omdat enkele bang waren dat mensen die al lange tijd abstinente leven zich bij ons zouden melden om te leren gecontroleerd te gaan drinken, hetgeen niet het geval was.

Het was in dit verband en ook vanwege de samenwerking met andere instellingen voor verslavingszorg niet alleen belangrijk duidelijk te maken dat wij denken dat wij ons op de »betere weg« op het gebied van de verslavingstherapie bevinden, maar ook dat wij onszelf zien als additionele keuzemogelijkheid, die tot dusver ontbrak. Wel hopen wij dat wij met ons aanbod er toe kunnen bijdragen de sterk bekritiseerde slechte bereikbaarheid van verslaafde mensen een stuk te verbeteren. Dit doordat het aanbod personen bereikt die tot dusver nog niet wilden beginnen met een therapie – b.v. omdat ze niet aan de eis konden voldoen uiteindelijk abstinente te willen worden of verplicht waren een behandeling in een ziekenhuis te moeten ondergaan.

Wij moesten de verslavingszorg duidelijk maken dat wij niet »de betere manier« van behandelen hadden gevonden, maar slechts een verdere keuzemogelijkheid, die er tot nu toe nog niet was



Sinds de opening van de NIK-Ambulanz vorig jaar september werd begonnen met 33 therapieën. 15 daarvan werden afgesloten, 16 zijn nog gaande en één bevindt zich in de aanvraagfase. Één therapie werd afgebroken door de cliënt.

12 vrouwen en 21 mannen maakten gebruik van ons aanbod. De jongste cliënte is 23 jaar oud, de oudste 69 jaar.

Het gaat om cliënten met een verschillende sociale status en uiteenlopende opleidingsniveaus. B.v. ambachtslieden, studenten, AOW'ers, mensen in de bijstand, leidinggevend en mensen zonder opleiding. Één cliënt is gedetineerd in een open inrichting.

Bij 30 cliënten werd alcoholverslaving gediagnosticeerd, bij één cliënte gevaar voor alcoholverslaving en één cliënt meervoudige verslaving (alcohol en cocaïne).

19 cliënten kozen het doel abstinente te worden, 14 voor gecontroleerd drinken. Uit deze laatste groep stapte één persoon over naar de therapie voor abstinentie.

Het aantal sessies varieerde tussen 5 en 25, de duur van de poliklinische therapieën tussen 7 weken en 11 maanden.

De LVA draagt de kosten voor 8 therapieën, 6 worden betaald door verschillende ziekenfondsen, één door de sociale dienst en 18 door de cliënten zelf.

***Het aanbod van de
NIK-Ambulanz vult
blijkbaar een gat
in het behandel-
ingssysteem,
waarvan tot nu
toe overwegend
door zelf
betalende cliënten
gebruik wordt
gemaakt***

Het grootste gedeelte van onze cliënten betaalt de therapie zelf. Het gaat bij deze groep meestal om mensen die bij de BfA (Federaal verzekeringsinstituut voor werknemers) verzekerd zijn. Hun pensioenverzekering betaalt geen therapie bij ons.

Hoewel er in Bremen ook een therapieaanbod bestaat dat wel door de BfA erkend wordt (wij wijzen hierop wanneer zich BfA-verzekerden bij ons melden), besluiten toch veel mensen de kosten voor hun therapie zelf te dragen, omdat ze zich zeer aangesproken voelen door verschillende aspecten van ons aanbod. Het gaat daarbij b.v. om de mogelijkheid gecontroleerd te drinken, de oriëntatie op de eigen mogelijkheden, het relatief klein aantal sessies en daarnaast ook de mogelijkheid om alleen aan een individuele therapie deel te nemen.

De cliënten namen in de meeste gevallen direct contact op met onze consultatie- en therapieafdeling. Dit gebeurde op grond van berichten en informatie op de televisie, internet en informatieavonden of op aanraden van ex-clieënten. Enkele personen werden door de AOK (Algemeen Gemeentelijk Ziekenfonds), de LVA (Ziekenfonds op Deelstaatniveau), de huisarts of de psychosociale consultatiedienst van de universiteit van Bremen naar de NIK-Ambulanz gestuurd.

De therapeutische sessies worden met toestemming van de cliënten opgenomen op video voor supervisie en kwaliteitsbewaking.

Begeleidend wetenschappelijk onderzoek

Het begeleidend wetenschappelijk onderzoek bij ons modelproject behelst, zoals in het begin al opgemerkt, niet alleen een reactie van de cliënten aan het eind van iedere sessie, maar ook één reactie na de beëindiging van de therapie en zes maanden daarna.

Onze cliënten gaven vlak na de beëindiging van de therapie het gemiddelde cijfer 9 op een schaal van 1 = »in het geheel niets bereikt« tot 10 »alles bereikt«.

Alle personen gaven aan het einde van de behandeling aan dat zij van mening waren bij de NIK-Ambulanz de juiste behandeling gekregen te hebben en dat zij onze therapie zouden aanbevelen aan andere mensen.

Op de vraag wat in de therapie geholpen had, werd o.a. positief denken, waardering, transparantie en een aangename sfeer en omstandigheden genoemd.

Één cliënte vond het soms storend dat zij gefilmd werd.

Als factoren die buiten de therapie een rol spelen bij de veranderingen, werden b.v. door de cliënten eigen doelstellingen en tijd genoemd.

Omdat de NIK-Ambulanz pas sinds circa één jaar bestaat, bestaan er nog geen resultaten over de stabiliteit van de abstinentie en het gecontroleerde drinken op de lange duur. Representatieve resultaten zullen naar het zich laat aanzien pas na de eerste drie jaren van ons modelproject beschikbaar zijn.

De ervaringen die in Brugge werden opgedaan met zeer veel cliënten, lieten een stabilisatie van de resultaten op de lange termijn zien.

Deze resultaten stemmen ons ook in Bremen zeer hoopvol. Juist verslaafde mensen die tot dusver door het bestaande aanbod niet konden worden bereikt, kan een andere keuzemogelijkheid geboden worden, die ook van langdurig nut voor hen kan zijn.

Norddeutsches Institut für Kurzzeittherapie

Ausser der Schleifmühle 40
28203 Bremen
Duitsland

☎ 00 49-4 21-3 37 94 15

☎ 00 49-4 21-3 37 94 17

✉ NIK-Bremen@nik.de

Dr. med. Thomas Reinert

Optimale en flexibele verzorging van verslaafden in of nabij de gemeente

Het Duitse stelsel voor verslavingszorg wordt, anders dan in Nederland, niet gekenmerkt door regionaal opererende instellingen, die verantwoordelijk zijn voor alle terreinen van het hulpaanbod. Niet alleen in de regio's, maar zelfs in sommige steden zijn meerdere organisaties verantwoordelijk voor een uiteenlopend aanbod. Soms bestaan er b.v. ook meerdere consultatiebureaus van verschillende organisaties in één plaats. Dit alles maakt de coördinatie en de vorming van netwerken er nu niet bepaald gemakkelijker op.

Er bestaan echter ook samenwerkingsverbanden van organisaties met als doel verslaafden vraaggericht te verzorgen. Dr. Thomas Reinert, chef-arts van de Fachklinik Langenberg in Velbert beschrijft hiervan een voorbeeld. De Fachklinik, de Caritas en de Diakonie aldaar, zijn een verbond aangegaan dat bovendien nauw samenwerkt met de in dat gebied opererende zelfhulpgroepen en -organisaties. Het resultaat is een behandelingssysteem dat flexibel en vraaggericht is. In dit geheel neemt de poliklinische behandeling een belangrijke plaats in.

Poliklinische aanpak bij de behandeling van verslaafden

Het is een bekend feit dat maar een klein deel van de verslaafden deelneemt aan medisch gekwalificeerde behandelingen. Vaak wordt pas met dergelijke behandelingen begonnen als de verslaving niet meer verborgen kan worden gehouden en al geleid heeft tot lichamelijke, psychische of sociale schade. Dit betekent: de verslaving wordt pas in een chronisch stadium behandeld waarin genezing niet meer mogelijk is. Het traditionele behandelingsconcept van de Duitse verslavingszorg bestond lange tijd uit een tweedelig systeem: enerzijds uit de meestal 14 dagen durende »detox- en motivatiebehandeling« en anderzijds uit een meerdere maanden durende »ontwenningbehandeling«. Men kon veel verslaafden zeker goed helpen binnen dit systeem. Het kon anderzijds door zijn relatief starre structuur niet voorkómen dat patiënten zelfs na de beëindiging van een (in het verleden tot 6 maanden durende) klinische ontwenningbehandeling terugkeerden naar hun oude leefomgeving, die wordt gekenmerkt door negatieve factoren en contacten in het oude »drinkende milieu«. In een dergelijke omgeving kon abstinentie slechts met zeer veel zelfdiscipline worden volgehouden. Verslaving, zo leerde de ervaring, kan in dit stadium niet meer door een afzonderlijke of tweeledige maatregel duurzaam succesvol worden behandeld. Één van de resultaten van een discussie over de psychiatrie-enquête in de jaren '60 en begin jaren '70 van de vorige eeuw was de ontwikkeling van een model met een gemeentelijk, sociaal-psychiatrische structuur en het werken met een netwerk in de verzorgingsstructuur, een ideale structuur voor de behandeling van verslaafden. De in het midden van de jaren '70 van de vorige eeuw uitgevoerde gemeentelijke herinrichting, leidde tot het samensmelten van de tot dan toe onafhankelijke steden Velbert, Neviges en Langenberg, waarbij door de oprichting van het »Klinikum Niederrhein« in Velbert ook een centrale ziekenhuis-verzorgingsstructuur ontstond. Het ziekenhuis dat indertijd voor de stad Langenberg bedoeld was, stond onder de verantwoordelijkheid van een traditionele vereniging uit 1868 en had na de herinrichting geen functie meer. Dit bood de kans in het toen vrijkomende gebouw een verzorgingshuis voor verslaafden in te richten. Qua vorm zou dit moeten overeenkomen met de resultaten van de psychiatrie-enquête, en zou als voorbeeld voor anderen kunnen dienen. Het resultaat was het »Fachkrankenhaus Langenberg«, dat in 1978 van start ging onder de leiding van dr. Anton Schlösser. Het verzorgingsgebied dat in totaal 525.000 inwoners van de steden Wuppertal, Velbert, Heiligenhaus en Wülfrath omvatte, werd vanaf het begin gezien als een gebied dat door een netwerk van verzorgingsinstellingen zou moeten worden doortrokken. Daarom moest de kliniek enerzijds de (zeer zeker belangrijke) klinische behandeling garanderen, maar ook fungeren als de drijvende kracht achter de ontwikkeling van een omvangrijk poliklinisch aanbod. Vanaf het begin werd geprobeerd om te werken in samenwerkingsverbanden en om een gefaseerd verzorgingssysteem te scheppen, waarin zo veel mogelijk instellingen meewerkten die in het verzorgingsgebied te maken hadden met de behandeling/verzorging van verslaafden. De band

Kenmerk van huidige behandelingsstelsel: verslaving wordt meestal pas behandeld in een chronisch stadium als genezing niet meer mogelijk is

***Vanaf het begin
van de tachtiger
jaren ontstond een
innovatief
systeem, dat veel
van datgene
ontwikkelde dat
nu op andere
plaatsen op
dezelfde of iets
andere manier
begint te ontstaan***

met de consultatiebureaus werd gesystematiseerd, er werd contact gezocht met de GGD's en de plaatselijke artspraktijken, er werd intensief samengewerkt met de reeds bestaande zelfhulpgroepen; hiaten in het systeem van de zelfhulpgroepen werden met behulp van de kliniek opgevuld; er werd een »Freundes- und Förderkreis Suchtkrankenhilfe (ffs, Kring van Vrienden en Sponsors van de Verslavingszorg) opgericht, die twee abstinentie-café's in Wuppertal en Velbert opende. De kliniek beschikte vanaf het begin van de jaren '80 over een toen nog door federale middelen gefinancierde »Verslavings-polikliniek«, die als voorbeeld moest dienen. In deze polikliniek werden de patiënten advies, diagnose, behandeling, psychotherapeutische verzorging en nazorg geboden. Er ontstond een innovatief systeem dat in velerlei opzicht zaken verwezenlijkte, die op andere plaatsen nu pas worden opgebouwd. Het is duidelijk dat het idee van de poliklinische zorg veel ruimte kreeg. In het concept van de kliniek vormde de bereidheid om zaken verder te ontwikkelen en het bestaande systeem verder uit te breiden een vast onderdeel. De kliniek zag zichzelf in alle geledingen als »innovatief«, ontwikkelingen werden op gang gebracht door praktische ervaringen, plannen werden steeds weer gewijzigd en aangepast aan moderne inzichten.

Oprichting van het organisatie-verbond »Ambulante Reha Sucht« (ARS, Poliklinische Revalidatie Verslaving)

De sinds vele jaren vrijblijvend samenwerkende organisaties voor verslavingszorg, Fachkrankenhaus Langenberg, Caritas Wuppertal en Diakonie Niederberg (Velbert/Heiligenhaus), besloten, aangemoedigd door de landelijk gevoerde discussie, midden jaren '90 een verbond van organisaties in het leven te roepen dat verantwoordelijk zou zijn voor revalidatiebehandelingen van alcoholverslaafde patiënten. Door een schriftelijk vastgelegde afspraak kon allereerst een poliklinische revalidatiemaatregel voor één groep worden aangeboden, die in het verzorgingsgebied moest resideren, waar de meeste leden van de groep woonden. De therapeuten van het team waren overeenkomstig het contract afkomstig van alle drie partners. De kliniek nam met haar institutionele polikliniek de taak van organisatie en medische verzorging op zich door een arts op uurbasis ter beschikking te stellen. Dit concept werd in 1996 eerst door de LVA (Rheinische Arbeitsgemeinschaft) in Düsseldorf en korte tijd later ook door de BfA in Berlijn erkend en ging in hetzelfde jaar van start. Het was vanaf het begin duidelijk dat de financieel verantwoordelijke organisaties hoopten door het oprichten van een poliklinisch aanbod een kostenreductie te kunnen bereiken van de klinische revalidatie. Het werd echter al snel duidelijk dat de patiënten die geschikt waren voor de poliklinische revalidatiebehandeling niet vergelijkbaar waren met diegenen die tot dan toe in het ziekenhuis (dat in 1996 de naam »Fachkliniek« aannam) behandeld werden en worden. Deze patiënten waren na een poliklinische behandeling niet voldoende in staat abstinente te blijven. Ze vielen terug in oude gewoontes wanneer zij belast wer-

den en konden al voor de officiële start niet meer in de voorbereidingsgroep voor de poliklinische revalidatie vastgehouden worden. Daarentegen toonden patiënten interesse, die tot dusver klinische revalidatie strikt afwezen, bijvoorbeeld omdat ze bang waren voor negatieve gevolgen voor hun baan wanneer ze meerdere maanden zouden moeten stoppen met werken of omdat ze in geen geval herkend wilden worden als klinische patiënt van een ontwenningskliniek. Daaruit volgt dat patiënten werden bereikt die in hun verslavings-«carrière» het stadium van het werkelijk chronisch verslaafd zijn nog niet hadden bereikt. Dit is natuurlijk een positieve ontwikkeling.

Het aanbod om patiënten die een klinische ontwenningsbehandeling hadden ondergaan een tijd lang poliklinisch psychotherapeutisch verder te behandelen, werd eerst opgenomen in het plan en later gerealiseerd met een eigen groep. De noodzaak van een poliklinische nabehandeling kwam vooral steeds meer naar voren omdat de pensioenverzekeringen, die vrijwel geheel financieel verantwoordelijk zijn voor deze behandelingen, de maximale duur van klinische revalidatiebehandelingen in 1997 beperkten tot 16 weken (111 dagen). Met name verslaafde patiënten die een grote »fundamentele stoornis« hadden (bedoeld wordt een stoornis die ook onafhankelijk van de verslaving een ernstige psychopathologische diagnose is), kregen vaak grote problemen door de beperkte duur van de therapie.

De behandeling van verslaafden werd nog eens uitgebreid met een ander onderdeel: patiënten die met behulp van de klinische en de daarop aansluitende poliklinische behandeling een stabiele abstinente houding hadden bereikt, maar bij wie echter een groot »gevaar voor snelle stoornissen« binnen de fundamentele stoornis werd geconstateerd, kregen de mogelijkheid om daarna een langer durende analytische groepspsychotherapie bij de geneesheer-directeur te volgen.

De kliniek en het organisatie-verbond kreeg in 1998 voor dit totaalconcept de derde prijs in de wedstrijd op van de deelstaat »Gesundes Land Nordrhein-Westfalen« toegekend.

Rol van de zelfhulpgroepen

Vanaf het begin van de Fachklinik Langenberg als huis voor »totaal-verslavingszorg« werd aan de samenwerking met zelfhulpgroepen groot belang gehecht. Dat betekent: iedere patiënt werd van begin af aan ook bij een kortdurende »detox-behandeling« in contact gebracht met een zelfhulpgroep in zijn/haar onmiddellijke omgeving (het systeem van de »detox« werd inmiddels vervangen door een tweeledig concept met »crisisinterventie« en »gekwalficeerde acute behandeling«).

De afzonderlijke zelfhulpgroepen stellen zich al sinds 1978 regelmatig voor aan de patiënten op de afdelingen en organiseren er afwisselend informatieavonden.

Het hele principe van het zichzelf helpen kreeg ook een vaste plaats in het leven van

Middels dit aanbod werden cliënten bereikt die het stadium »chronisch« nog niet hadden bereikt; beslist een gewenste ontwikkeling

de kliniek zelf: het is een traditie geworden dat het grote zomerfeest ieder jaar gezamenlijk door de kliniek en de zelfhulpgroepen/-organisaties georganiseerd wordt.

De kliniek organiseert éénmaal per kwartaal een bijeenkomst met de leidinggevenden van de zelfhulpgroepen rondom de kliniek, waarbij de leiding van deze bijeenkomst in handen is van een plaatsvervangend chef-arts of van de chef-arts zelf.

De zelfhulpgroepen nemen een belangrijke positie in het behandelings-systeem

De zelfhulpgroepen kregen in een bepaald opzicht ook binnen het samenwerkingsverband een autonome positie toegewezen. In de kliniek geldt: wanneer een bekend lid van één van de samenwerkende zelfhulpgroepen een acuut verslaafde als noodgeval aanmeldt, eist de kliniek niet dat deze patiënt eerst nog door een arts wordt onderzocht, maar men vertrouwt erop dat de ervaren leiders van de zelfhulpgroepen zeer goed kunnen beoordelen of iemand een klinische behandeling nodig heeft of niet.

Het principe van het zichzelf helpen werd ook als therapeutische factor bij de invoering van het nieuwe model voor de poliklinische flexibele verslaafdenzorg geïntegreerd. De eis dat de patiënt bereid moet zijn zich meteen ook aan te sluiten bij een zelfhulpgroep, is een onmisbaar bestanddeel van de behandelingsvoorwaarden die moeten worden geaccepteerd voordat kan worden deelgenomen aan de poliklinische revalidatie.

Criteria voor de beslissing volledig klinische / poliklinische behandeling

Zoals uiteengezet, was de ervaring van het eerste jaar na de start van de poliklinische revalidatie, dat de patiënten die tot dan toe volledig klinisch behandeld werden, ook verder behandeld moesten worden, omdat ze niet de nodige stabiliteit en de wil tot een abstinente houding konden opbrengen, die noodzakelijk is voor de deelname aan de poliklinische maatregel. De criteria voor het advies om deel te nemen aan een poliklinische of volledig klinische behandeling, zijn inmiddels vrijwel geheel gestandaardiseerd. Al naar gelang de persoonlijkheidsstructuur van de patiënt, de integratie in een meer of minder gezonde en abstinente omgeving en al naar gelang van de duur van de in de voorbereidingsfase getoonde vaardigheid abtinent te kunnen leven, volgt een advies voor een poliklinische of klinische behandeling. Dit gebeurt in eerste instantie door de polikliniek, maar ook door de betrokken adviesinstanties Caritas en Diakonie. Vaak is te zien dat de patiënten de poliklinische therapie als minder intensieve, en daarom »meer wenselijke« therapie zien. Dit is een teken dat erop wijst dat de patiënt kennelijk niet geschikt is voor de poliklinische therapie omdat hij de ernst van zijn ziekte nog niet heeft onderkend en ertoe neigt zichzelf te overschatten. Daarenboven wil hij kennelijk zo min mogelijk moeite doen om een stabiele situatie en een zo gezond mogelijke geestelijke toestand te bereiken.

Het team van de ARS deelt de patiënten in bij de ene of de andere behandelingsvorm. Dit team komt regelmatig bijeen en wordt extern gesuperviseerd.

Ervaringen met de flexibilisering en individualisering van het therapieaanbod

Het werk van het organisatie-verbond wordt goed gedocumenteerd en jaarlijks geëvalueerd.

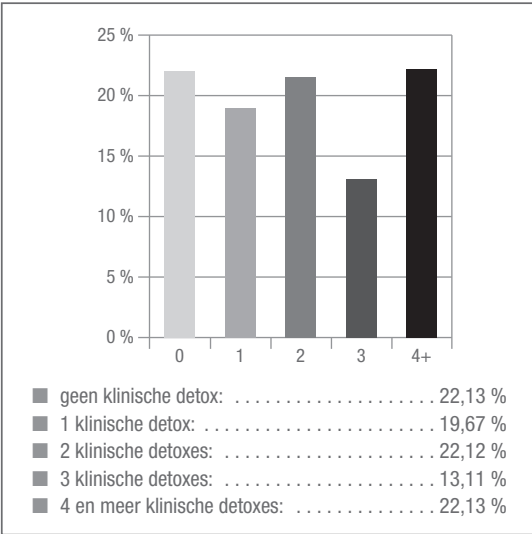
Tot november 2000 hadden 122 personen de poliklinische revalidatie doorlopen. Bij de personen die aan middelenverslaving leden, was de normale verdeling qua geslacht te zien: 63% mannen en 37% vrouwen. Het overgrote gedeelte van de patiënten had een leeftijd tussen 35 en 44 jaar (38%) en 45 tot 54 jaar (37%).

De patiënten die deelnamen aan de poliklinische revalidatie hadden in tegenstelling tot de volledig klinisch behandelde patiënten meestal nog een baan (60%), 39% was werkeloos.

44% van de deelnemers woonde samen met partners in een woongemeenschap, 16% hadden een relatie zonder samen te wonen, 39% leefde alleen. Dat de groep patiënten maar tot op zekere hoogte kunnen worden vergeleken met de groep klinisch behandelde patiënten, kon ook worden afgelezen aan het feit dat de poliklinische behandeling voor 56% door de BfA en 39 % door de desbetreffende LVA werd betaald. Met andere woorden: er was sprake van een duidelijk hoger percentage ambtenaren en mensen met een hoge beroepsopleiding dan bij de klinische revalidatie.

69,84% van de deelnemers doorliep de poliklinische therapie op reguliere wijze, 38,6% brak deze af.

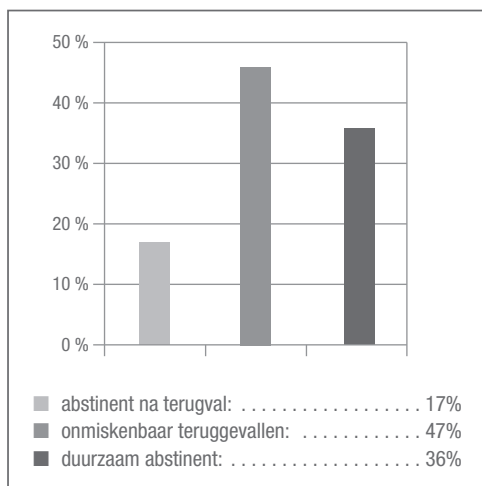
*Tab. 1
Klinische detox voor
het begin van de
behandeling*





Therapeutische resultaten in de ziektegeschiedenis

Tab. 2
Resultaten
ziektegeschiedenis



De poliklinische revalidatie in het organisatie-verbond werd en wordt voor wat betreft de ziektegeschiedenis onderzocht. Hierbij werden alle deelnemers betrokken die 10 of meer sessies hadden doorlopen, onafhankelijk van het feit of de therapie uiteindelijk regulier of niet regulier werd beëindigd. De vragenlijst voor de ziektegeschiedenis werd de deelnemers een jaar na het einde van de therapie toegestuurd met een begeleidende brief en een antwoordenvelop. Wanneer er geen reactie binnenkwam, werden nog eens twee herinneringen met de vragenlijst toegestuurd. De lijst bevatte vragen over de verdere ontwikkeling met betrekking tot de verslaving, de relatie, sociale contacten en het beroep. Tenslotte werd gevraagd naar de subjectieve tevredenheid met het eigen leven. De vragenlijst was georiënteerd op een voorbeeld van de Fachambulanz van de Diakonie in Düsseldorf. 37,70% van de personen die werden aangeschreven reageerden, 23,80% antwoordde niet, de overige deelnemers konden niet worden bereikt of waren verhuisd naar een onbekend adres. Van de deelnemers die antwoordden hadden 59% een permanente abstinente houding, 29% was weer abstinente na een korte terugval in de tussentijd, 13% was onmiskenbaar teruggevallen. Van alle patiënten die niet geantwoord hadden op de toegestuurde vragenlijst werd via het »worst-case-scenario« aangenomen dat ook zij teruggevallen waren. Uit het voorgaande volgt de volgende verdeling:

Over het geheel gezien is er dus sprake van meer dan 50% abstinentie, waarbij in het ergste geval een kortstondige terugval optrad. Hieruit kon worden afgeleid dat de poliklinische revalidatie succesvol was en dat het vermogen van de deelnemers om abstinente te leven meer of minder vergelijkbaar is met de resultaten die worden behaald met een klinische behandeling.

Het was interessant om te zien dat er een duidelijk grotere tevredenheid in de relaties kon worden waargenomen en dat dit op vergelijkbare wijze ook gold voor de overige sociale contacten. De subjectieve tevredenheid met het eigen leven in deze groep was duidelijk verbeterd.

Blik op de toekomst

Na een aantal jaren ervaring met het werk van de »Trägerverbund Ambulante Rehabilitation Suchtkranker«, kan worden geconstateerd dat de invoering van deze additionele mogelijkheid voor een zinvolle behandeling aan zijn doel beantwoordt. Het doel de klinische behandelingskosten sterk te reduceren, hetgeen in het begin door de kostendragers nagestreefd werd, moet als niet realistisch worden gezien. Het doel van ieder systeem dat verslaafden verzorgt, moet zijn dat patiënten in een vroeg stadium van hun verslaving therapeutisch worden bereikt. De poliklinische revalidatie lijkt daarvoor beter geschikt te zijn dan andere vormen van behandeling.

Analytische behandeling

De chef-arts van de kliniek houdt nu al sinds 4 jaar een analytische groep in stand voor de verdere behandeling van zwaar gestoorde verslaafden na het bereiken van een stabiele vaardigheid om abstinente te leven. Het aantal deelnemers is hierbij (overeenkomstig de therapievorm van de analytische groep) te klein om statistisch gezien met procenten te kunnen opereren. Er kon echter worden geconcludeerd dat ook met zwaar gestoorde verslaafden psychoanalytisch werk mogelijk is, onder de voorwaarde dat de patiënten gelijktijdig integreren in zelfhulpgroepen. Hierbij kan ook zeker succes worden geboekt (hierover wordt in de literatuur hevig gediscussieerd). De ervaring leert dat patiënten nadat ze twee tot drie jaar hebben deelgenomen aan de groep, in staat zijn een aantoonbare structurele verbetering te bereiken. Dat kan er op doorslaggevende wijze toe bijdragen dat de sturing van het eigen leven en gezonde objectrelaties mogelijk worden. Hierbij wordt de eigen subjectiviteit en het vermogen om eigen om vreugde en bevrediging te ervaren geïntegreerd zonder dat men daarbij aangewezen is op verslavende middelen. Deze langdurige therapievorm kan zodoende ondanks een grote geestelijke problematiek worden verantwoord door het scheppen van voorwaarden ook voor een duurzame abstinentie.

Slotopmerking

Vanuit financieel oogpunt bezien is het huidige tarievenstelsel voor de poliklinische revalidatie ontoereikend. Een therapeutische eenheid wordt door de ziekenfondsen nog steeds met 43,46 Euro gehonoreerd. Dit tarief werd door de pensioenverzekeringen recent verhoogd tot 46 Euro. Ook na deze verhoging kan over het geheel gezien niet worden geconcludeerd dat dit tarief kostendekkend is. Wanneer men de noodzakelijk geworden extra inspanningen voor de poliklinische revalidatie van verslaafden meerekent (verslag uitbrengen, documentatie, administratie ...), dan wordt duidelijk dat de kosten pas gedekt kunnen worden door een tarief dat duidelijk boven 51 Euro ligt.

Middels het verbond van verantwoordelijke instellingen is het gelukt vroegtijdig in te grijpen in het proces van een zich ontwikkelende verslaving

**Fachklinik
Langenberg**

Krankenhausstr. 17
42555 Velbert-
Langenberg
Duitsland

☎ 00 49-20 52-6 07-130

☎ 00 49-20 52-6 07-188



Niek Dekker

Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid scoort eerste resultaten

Bemoeizorg, methadonverstrekking, gebruiksruimten, medische- en psychiatrische zorg op straat. Enkele onderwerpen uit de kadernota van het Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid (OSV) in Utrecht. Onderdeel van een ambitieus programma om de sociale verslavingszorg een vernieuwende impuls te geven.

Aanleiding voor de inrichting van het OSV was de nota »Resultaten Scoren« waarmee de Nederlandse instellingen voor verslavingszorg in 1998 een basis legden voor samenwerking. Hun doel: de inhoud van het werk vernieuwen en de kwaliteit ervan verbeteren. Hebben de activiteiten van het OSV al iets concreets opgeleverd voor deze moeilijke tak van zorg?

Niek Dekker, lid van de redactie van De UitBrijder stelde deze in de aktueele opgave van de UitBrijder publiceerde bijdrage ook voor BINAD INFO ter beschikking.

Het OSV is een van de drie ontwikkelcentra die in 1999 werden ingericht. De andere twee zijn Kwaliteit en Innovatie van Zorg en Preventie en Innovatie. Het OSV koos als doel voor haar activiteiten »het ontwikkelen van een complete, consistente en samenhangende keten van zorg voor chronisch verslaafden«.

Sociale verslavingszorg richt zich op langdurig verslaafden met veel verschillende problemen. In het gunstigste geval leiden haar bemoeiingen ertoe, dat de verslaafde weer deel kan nemen aan het maatschappelijk leven. Veel hulpverleners zijn echter ook tevreden als hun klanten niet verder afglijden, of zich iets beter kunnen handhaven.

Alexander Hoogendoorn, beleidsmedewerker sociale verslavingszorg bij de Rotterdamse stichting Bouman Verslavingszorg en projectsecretaris van het OSV, zegt dat er drie belangrijke vragen zijn waarop een antwoord wordt gezocht. Wie is de klant? Welke instrumenten zijn nodig voor diagnostiek? Hoe krijgen en houden we de klant in zorg?

Zo gezegd klinkt het simpel, maar de praktijk is zoals altijd weerbarstiger. Hoogendoorn: »Alleen al de praktische afstemming tussen de verschillende instellingen is een heel lastig aspect van ons werk. Er bestaan letterlijk en figuurlijk grote afstanden. Dat slokt erg veel kostbare tijd op.«

De aanpak die het OC hanteert, zorgt toch al voor »een lange weg«. Eerst wordt – met name door literatuuronderzoek – gekeken welke informatie al beschikbaar is. Vervolgens wordt een beschrijving gemaakt in protocolvorm. Daarna worden praktijktests gedaan (pilots) of de uitkomsten op een conferentie bediscussieerd. Na evaluatie volgt tenslotte overdracht aan de uitvoerenden in de praktijk.

tijdrovend

Hoogendoorn is van mening dat het OSV al veel werk heeft gedaan, al hebben de praktijkmensen er misschien nog niet veel van gemerkt. »We begonnen met een grote handicap. Voor we konden starten moest eerst de vraag worden beantwoord, wat sociale verslavingszorg eigenlijk is. Er is over ons onderwerp weinig literatuur en er is weinig onderzoek gedaan. Daardoor was de eerste fase van het project erg tijdrovend.«

De eerste resultaten van deelprojecten zijn er. Er is een concept richtlijn voor de sociale verslavingszorg om profielen van verschillende doelgroepen te kunnen opstellen. Zo kan een zorgprogramma voor de betreffende doelgroep worden ontwikkeld of aangepast. Bijvoorbeeld voor: de overlastbezorgende recidiverende criminele verslaafden, de zorgwekkende zorgmijders, dakloze allochtone verslaafden, verslaafde straatprostituees, zorgabsorberende psychisch gestoorde verslaafden en stille alcoholisten.

Niet alle activiteiten van het ontwikkelcentrum zijn tot nu toe voor de praktijk duidelijk

Die profielen vormen een belangrijk startpunt voor programma's en projecten. »Ze zijn het resultaat van onze zoektocht naar de klant van de sociale verslavingszorg«, zegt Hoogendoorn, »naar de problematische, chronisch verslaafde, psychiatrische klant die dak- en thuisloos is.«

De richtlijn wordt getoetst in twee praktijksituaties. Bij de zorgprogramma's voor methadoncliënten van het CAD Limburg en Bouman Verslavingszorg in Rotterdam. Wie zijn de klanten van het programma en wat is er in het programma nodig om goede zorg te bieden? De richtlijn zal in de tweede helft van 2003 klaar zijn. De effecten voor de praktijk zitten er dus aan te komen.

lsd

Een ander tastbaar resultaat is de publicatie over gebruiksruimten. Voor het eerst is goed onderzocht hoe de stand van zaken is. De publicatie dient als basis voor de verdere ontwikkeling van gebruiksruimten, die worden gezien als een kernfunctie in de recente ontwikkeling van de sociale verslavingszorg. De Bouman gebruikt de publicatie om te kijken hoe gebruiksruimten moeten worden opgezet, wat daarbij wenselijk is. Ze doen dat samen met gebruikers.

Nederland loopt op dit punt voorop in Europa, al zijn er wel experimenten in Zwitserland en Engeland. »Voor buitenlanders is onze aanpak heel bijzonder«, zegt Hoogendoorn. »Een poosje geleden waren mensen uit Zuid-Afrika op bezoek in Rotterdam. Ze hebben hun ogen uitgekeken. Ze zijn daar nog lang niet toe aan gebruiksruimten, terwijl er heel veel problemen zijn door drugsgebruik.«

Begin 2002 is er een werkconferentie waar de gebruikers nadrukkelijk bij worden betrokken. Volgens Hoogendoorn is dat kenmerkend voor de aanpak van het OSV. Voor hem was de werkconferentie in februari 2001, met de Landelijke Stichting Druggebruikers (LSD), een hoogtepunt. »We zaten om tafel met gebruikers die af en toe weg moesten om te gebruiken«, zegt hij lachend, »maar wat waren ze fanatiek in de discussies over waar het heen moet met de zorg. Ze hadden goede ideeën en wilden stem hebben in de veranderingen, ze hadden eisen en wensen, maar ze wilden ook verantwoording nemen voor het voorkomen van overlast.«

***Gebruikers
formuleren niet
alleen eisen en
wensen, maar
nemen ook
verantwoordelijk-
heid***

doorbraak

Het ontwikkelen van goede zorg voor allochtone verslaafden is een ander belangrijk onderwerp voor het OSV.

In januari 2001 bleek op een werkconferentie met het Platform Multiculturele Verslavingszorg, hoe lastig het is om verslavingszorg toegankelijk te maken voor allochtonen. Hoewel de leden van het Platform wat afwachtend waren, beschouwt Hoogendoorn de conferentie als een doorbraak. »De zorg voor allochtonen is nog niet goed geregeld, het sluit niet aan bij hun leefstijl. We merkten echter wel dat er

wederzijds begrip was. We zetten ons daarom in om samen met hen te experimenteren met een nieuwe aanpak.

Met het Platform zal een deelproject worden gestart rondom »cultuurprofielen«. Het is de bedoeling, gedifferentieerd naar etnische groep, meer inzicht te krijgen in cultureel-religieuze dimensies van middelengebruik, hulpvragen, passende zorg en interventiestrategieën.

Op de werkconferentie was een van de conclusies dat jonge allochtonen niet zozeer moeite hebben zich aan te passen. Voor hen is het vooral moeilijk om de verbinding te maken tussen de cultureel-familiale context en de maatschappelijke context problemen geeft.

resultaten

Hoogendoorn noemt nog twee tastbare resultaten van het werk van het OSV: een publicatie over trajectmatig werken is al verschenen, een publicatie over casemanagement zal dit jaar beschikbaar zal komen. »We willen hiermee verbindingen maken tussen de verschillende vormen van zorg«, zegt hij, »Zo kun je de effectiviteit van de zorg positief beïnvloeden.

Hij is van mening dat de verslavingszorg veel meer moet aantonen dat hetgeen ze doet, ook werkt. Als voorbeeld noemt hij de woonzorg. »Er zijn in ons land verschrikkelijk veel projecten op dat gebied, maar we weten nog veel te weinig welke onderdelen daarvan echt goed werken, welke een beetje werken en welke helemaal niet werken. Bouman Verslavingszorg heeft vanuit de praktijk een handleiding voor ambulante woonzorg gemaakt, waarmee we de effecten ervan kunnen gaan onderzoeken«.

Andere deelprojecten waarmee het OSV al langer bezig is, zijn het herontwerpen van methadonverstrekking, van bemoeizorg, en van medische en psychiatrische zorg op straat.

De inspanningen van het ontwikkelcentrum vinden nog voor een groot deel »achter de schermen« plaats of zijn in een »papieren fase«. De oogstjaren van het OSV moeten nog komen. Hoogendoorn verwacht daarom dat 2002 en 2003 spannende jaren zullen worden. De meeste projecten komen dan in de fase van uitvoering, overdracht naar de zorginstellingen en evaluatie door klanten en hulpverleners. Dan zal blijken wat het jarenlange voorwerk heeft opgeleverd, wat de hulpverleners ermee opschieten en vooral wat de klanten er uiteindelijk aan zullen hebben.

Het grootste probleem van jonge migranten is een verbinding te leggen tussen de cultureel familiale en de maatschappelijke context

Brijder Stichting

Postbus 414
1800 AK Alkmaar
☎ 072-5 27 28 05

Heroïne op medisch voorschrift levert gezondheidswinst op bij langdurig heroïneverslaafden

Bij 61,5% van de methadoncliënten werkt deze behandeling slechts begrensd – de aanvullende verstrekking van heroïne kon hier hulp bieden

De door minister Borst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ingestelde Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden (CCBH) heeft een grootschalig onderzoek afgerond naar het effect van heroïne op medisch voorschrift bij langdurig heroïneverslaafden, die ondanks deelname aan een methadon onderhoudsprogramma nog steeds in een slechte lichamelijke en psychische gezondheidstoestand verkeerden en vaak zeer slecht functioneerden. De CCBH concludeert dat behandeling van deze patiënten met heroïne in combinatie met methadon gedurende 12 maanden meer gezondheidswinst oplevert dan de behandeling met alleen methadon. Na het stoppen van de heroïnebehandeling gaat de gezondheidswinst weer snel verloren. De CCBH adviseert de behandeling met heroïne in combinatie met methadon, onder stringente voorwaarden en als laatste medicamenteuze behandeloptie, in de Nederlandse verslavingszorg te introduceren.

Van de naar schatting 25.000 heroïneverslaafden in Nederland worden er ongeveer 13.000 behandeld in een methadon onderhoudsprogramma. Met 5.000 van hen gaat het goed. Zij gebruiken geen illegale drugs meer, zijn in een goede gezondheidstoestand en hebben hun plaats in de maatschappij weer ingenomen. De overige 8.000 methadonpatiënten hebben onvoldoende baat bij deze behandeling. Zij blijven ondanks de methadon regelmatig illegale drugs gebruiken, zijn vaak crimineel en ziek en leiden veelal een gemarginaliseerd bestaan.

In 1996 heeft minister Borst de Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden (CCBH) verzocht een onderzoek uit te voeren naar de gewenste en ongewenste effecten van gecontroleerde verstrekking van heroïne aan chronisch, therapieresistente heroïneverslaafden die onvoldoende baat hebben gehad bij deelname aan een methadon onderhoudsprogramma.

In de periode 1998-2001 zijn door de CCBH in totaal 549 patiënten onderzocht in twee klinische onderzoeken: 174 patiënten die de heroïne voornamelijk spuiten en 375 patiënten die de heroïne voornamelijk roken. In deze onderzoeken werden patiënten die gedurende 6 of 12 maanden heroïne en methadon voorgeschreven kregen vergeleken met patiënten die gedurende dezelfde periode alleen methadon kregen aangeboden. Verder werd onderzocht wat er gebeurde wanneer de behandeling met heroïne op medisch voorschrift na 6 of 12 maanden werd beëindigd.

De resultaten van het onderzoek laten zien dat heroïne in combinatie met methadon bij deze patiënten effectiever was dan behandeling met alleen methadon. In de groep die heroïne kreeg voorgeschreven was het aantal patiënten dat gunstig reageerde 20-25% hoger dan in de groep met alleen methadon. Het ging daarbij zowel om klinisch relevante verbeteringen in de lichamelijke en psychische toestand van de patiënt als om duidelijke verbeteringen in het sociaal functioneren, inclusief afname van de criminaliteit. Heroïne op medisch voorschrift leidde bovendien tot enige daling in het gebruik van cocaïne. Twee maanden na de vooraf overeengekomen beëindiging van de behandeling met heroïne was ruim 80% van de patiënten ernstig verslechterd en was de opgebouwde gezondheidswinst volledig verloren gegaan. Uit het onderzoek kwam verder naar voren dat heroïne op medisch voorschrift veilig en beheersbaar was en geen extra overlast veroorzaakte.

Op basis van de bevindingen uit het onderzoek doet de CCBH de volgende aanbevelingen:

- introduceer in Nederland, onder stringente voorwaarden en als laatste farmacotherapeutische interventie, een gecontroleerde, medische verstrekking van heroïne in combinatie met methadon voor chronisch, therapieresistente verslaafden, die zonder voldoende resultaat zijn behandeld in een methadon onderhoudsprogramma;
- bevorder de aanvraag voor registratie van heroïne als geneesmiddel en;
- ontwikkel een kwaliteitssysteem voor de verstrekking van heroïne op medisch voorschrift.

De bovenstaande rapporten zijn ook beschikbaar op de website van de CCBH. Op deze website is een korte video te zien, waarop de praktijk van de vertrekking in beeld is gebracht.

De tekst van het Engelstalige rapport en van de uitgebreide Nederlandse samenvatting kunnen worden besteld bij de CCBH.

Dit persbericht is uitgebracht onder verantwoordelijkheid van de Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden (CCBH).

Bron: www.minvws.nl

Twee maanden na beëindiging van het experiment – en daarmee de verstrekking van heroïne – was de situatie van 80% van de cliënten aanmerkelijk verslechterd, was de winst op het gebied van gezondheid te niet gedaan

Hildegard Gerber

Kwaliteitsstandaards in de ambulante drughulpverlening

Hildegard Gerber, coördinatrice van het project »Qualitätsmanagement in der ambulanten Suchtkrankenhilfe NRW«, dat onder auspiciën staat van de Koordinationsstelle Sucht van het Landschaftsverband Westfalen-Lippe, hield naar aanleiding van de conferentie »ÜberLEBEN in Drogenszenen«(overLEVEN in drugsscènes), die werd gehouden op 18 tot 20 juni 2001 te Neurenberg, de onderstaande inleiding. Zij houdt daarin een pleidooi voor de ontwikkeling van kwaliteitsstandaards, die speciaal zijn bedoeld voor instellingen. Deze standaards moeten uiteindelijk worden afgestemd op het systeem van de drugshulpverlening.

De inleiding, die tegelijkertijd de resultaten van een werkgroep weergeeft en reeds eerder werd gepubliceerd in de ISKA-publicatie »STREETCORNER«, uitgave 1/01), wordt hier in overleg met de auteur afgedrukt in een licht gemodificeerde versie.

Wanneer men zich bezighoudt met kwaliteitsstandaards in de ambulante drugshulpverlening, dan loopt men allereerst tegen een hele reeks problemen aan. Het wordt dan duidelijk dat vele antwoorden nog moeten worden ontwikkeld. Wat is »kwaliteit« in de drugshulpverlening eigenlijk? Wat zijn standaards? Wie legt deze kwaliteitsstandaards eigenlijk vast? Hoe bindend zijn deze? Voor wie? Welk aanbod heeft de ambulante drugshulpverlening eigenlijk? Kunnen uniforme kwaliteitsstandaards gelden voor uiteenlopende werkwijzen?

Het is niet mogelijk om in het kader van een korte inleiding uitvoerig in te gaan op al deze vragen. Het is mijn bedoeling een eerste visie te geven op de vraag wat kwaliteitsstandaards zijn en welke betekenis deze kunnen hebben voor het werk van de drugshulpverlening. Voordat ik een aantal voorbeelden geef van kwaliteitsstandaards die al beschreven zijn, wil ik allereerst de theoretische basis beschrijven. Tot besluit worden de plannen voor de definiëring van standaards beschreven vanuit de optiek van de cliënten.

Theoretische achtergrond

Definitie »Kwaliteitsstandaards«

Het Duitse equivalent van de Van Dale, de Duden, definieert de term standaard als »normale uitvoering van een voorwerp (standaardversie), normale maat, gemiddelde hoedanigheid, richtlijn of algemeen kwaliteitsniveau«. Deze definities maken duidelijke

lijk dat standaards een maatstaf definiëren, een oriëntatiepunt geven, waaraan het normale niveau van de kwaliteit van een voorwerp of een dienstverlening kan worden afgemeten. Standaards hebben daarom ook altijd een functie als minimale eis waaraan moet worden voldaan. Op veel terreinen beslist of de aanbieder partij zelf of hij beter wil zijn, of de klant beslist of hij hogere eisen stelt. Men kan echter niet onder het niveau van de standaard zakken, zonder dat het aanbod inacceptabel wordt. Vastgelegde kwaliteitsstandaards krijgen zodoende de functie van minimale eisen, waaraan in ieder geval moet worden voldaan. Het is dus van belang wie deze eisen formuleert en daarmee gelijktijdig definieert wat kwaliteit inhoudt.

Definitie »Kwaliteit«

Hoewel de term »kwaliteit« in het algemeen taalgebruik vereenzelvigd wordt met »deugdelijkheid«, definieert de Duden dit neutraal met »hoedanigheid, eigenschap« van iets. In de actuele discussie over de kwaliteit vloeien beide betekenissen in elkaar over. Wanneer sprake is van kwaliteit, dan denkt men tegelijkertijd aan deugdelijkheid. Het begrip »kwaliteit« heeft een positieve klank.

Er is sprake van kwaliteit wanneer de eigenschappen van een product of een dienstverlening overeenstemmen met de eisen die daaraan worden gesteld. Voor de ambulante drugshulpverlening houdt dit in dat kwaliteit daar ontstaat waar de instelling voldoet aan de standaards. Het begrip »kwaliteit« heeft dus geen universele geldigheid, maar de kwaliteit van een prestatie moet worden afgemeten aan de mate waarin wordt voldaan aan de eisen.

Aanspraak-groepen

Er worden van verschillende kanten eisen gesteld aan het werk van de ambulante drugshulpverlening, die niet zoals gebruikelijk in het kwaliteitsmanagement met de term »klanten«, maar tegen de achtergrond van de specifieke situatie in het gezondheidswezen met »doel-groepen« worden aangeduid.

Cliënten hebben een verwachtingspatroon ten aanzien van de kwaliteit van het werk in een instelling, dat echter niet altijd overeenkomt met de eisen die een instelling en de daarvoor verantwoordelijke instanties aan zichzelf stellen. Deze verschillen verder soms weer van de kwaliteitseisen van de ko-

Kwaliteit is ...

de balans tussen eisen en daagwerkelijk gerealiseerde hoedanigheid



Doelgroepen

- verslaafde mensen
- de instelling en de daarvoor verantwoorde instanties
- kostendragers en uitvoerende instanties
- volksgezondheidsbeleid en wetgeving
- onderzoek en wetenschap beroepen en bonden

stendragers en de uitvoerende instanties. De kaders worden bovendien vastgelegd door het beleid van het ministerie van volksgezondheid en de wetgeving. Voorts leggen wetenschap, beroeps- en vakorganisaties weer ander specifieke standards vast. Met name in de verslavingszorg bestaat door het verwachtingspatroon van de verschillende doelgroepen een grote kans op conflicten. Vooral de eisen van de cliënten staan vaak haaks op de eisen die worden gesteld aan de eigen professionaliteit. De bepaling van de kwaliteit van de prestatie, door een evenwicht aan te brengen tussen eisen en realiteit, is een echte dans op het slappe koord.

structuurkwaliteit

- grootte, uitrusting qua personeel, ruimte en financiën;
- concept; opleiding van het personeel;
- bereikbaarheid; networking

proceskwaliteit

- adequate uitvoering en documentatie van alle processen

kwaliteit van de resultaten

- bereikbaarheid van de doelen

Dimensies van kwaliteit

De complexiteit van »kwaliteit« in het gezondheidswezen wordt gestructureerd door de onderverdeling in de dimensies structuur- en proceskwaliteit en kwaliteit van de resultaten (DONABEDIAN 1982).

Kwaliteitsstandaards kunnen voor alle dimensies van kwaliteit worden gedefinieerd, waarbij het bijzonder moeilijk is om een consensus te vinden over de standards van de kwaliteit van de bereikte resultaten.

Voorbeelden van kwaliteitsstandaards

De ambulante drugshulpverlening omvat een breed aanbod aan hulpverlening met een zeer uiteenlopende opzet. Het spectrum verloopt van laagdrempelige cafés en advisering en therapeutische behandeling tot medisch georiënteerde substitutie. De verschillende kwaliteitsstandaards moeten in overeenstemming met de opzet van de hulpverlening worden vastgelegd. Hieronder worden enige voorbeelden van kwaliteitsstandaards geformuleerd, die werden gedefinieerd door verschillende doelgroepen.

De **Fachverband »Drogen und Rauschmittel« (FDR)** heeft op alle gebieden van de drughulpverlening specifieke standards beschreven (FDR 1997), vooral voor de dimensies structuur- en proceskwaliteit. Voor het thema »drugsvoorlichting, verslavingsbegeleiding en ambulante verzorging« wordt bijvoorbeeld het volgende geëist:

- opbouwen van netwerken en samenwerking op het terrein van de ambulante hulp ter plaatse en in de regio moeten verplicht worden afgesproken (structuur)
- de deskundigheid van »externe drugsconsulenten« (in huizen van bewaring) wordt gekenmerkt door de volgende fasen: contact opnemen met de cliënten in de huizen van bewaring · motivatie onderzoeken · voorbereiding en bemiddeling bij het onderbrengen in behandelende instellingen · adviserende gesprekken op gezette tijden · begeleiding naar rechtbanken... voortzetting van de begeleiding na het ontslag (proces)

De toenmalige **gemachtigde voor drugszaken van de Senaat van Hamburg** (BOSSONG 1995) eiste bijvoorbeeld van de ambulante drugshulpverlening:

- beschrijving van de prestatie, functionele onderverdeling van de organisatie, adequate kwalificatie van het personeel, klantgerichte openingstijden, netwerken en evaluatie van de praktijk (structuur)
- economische stroomlijning van het proces (voorkomen van dubbel werk en dubbele begeleiding, ongemotiveerde kwalificatieniveaus), continue documentatie, tekortkomingen snel oplossen (proces)
- percentage bereikte personen van de doelgroep, tevredenheid van de klant/cliënt, rendabiliteit (resultaat)

De **Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA)** stelt bijvoorbeeld de volgende eisen aan de ambulante rehabilitatie (SCHALLENBERG 1999):

- bereikbaarheid (45 minuten), adequate ruimten voor de praktijk, therapie en dagverblijven, onderzoekkamer voor de arts;
- tenminste 3 volledige krachten, onder leiding van een arts, psycholoog en maatschappelijk werker in het leidinggevende team, tenminste 1 erkende therapeut, theoretisch-wetenschappelijk concept (structuur)
- interdisciplinaire samenwerking, medische ontslagpapieren, routine – basisdocumentatie (proces)
- routine – afsluitend ziekteverslag (resultaat)

De fundamentele kwaliteitseisen die de **Arbeiterwohlfahrt (AWO)** stelt aan de inrichtingen van de federatie (AWP 2000) zijn algemener van aard en hebben betrekking op de organisatie als geheel. Deze eisen kunnen niet direct worden ingedeeld bij de dimensies structuur- en proceskwaliteit en de kwaliteit van de resultaten

- oriëntatie op het humanistische mensbeeld
- betrokkenheid van de cliënten
- rendabiliteit van het handelen
- betrokkenheid van de medewerkers
- deskundigheid van het handelen
- maatschappelijke verantwoording
- natuurlijke hulpbronnen ontzien

Kwaliteitsstandaards gezien vanuit de cliënten

De aangehaalde voorbeelden van standaards die door verschillende groepen gedefinieerd werden, tonen al aan dat schriftelijk vastgelegde kwaliteitseisen vanuit de optiek van medewerkers en cliënten ontbreken. Bestaan er inlichtingen over eisen van cliënten? Enkele instellingen hebben reeds enquêtes gehouden, waarin gevraagd werd naar eisen en verwachtingen van cliënten.

***Verschillende
doelgroepen
definiëren
verschillende
kwaliteits-
standaards***



Deze eisen hebben veelal betrekking op de structuurkwaliteit.

- bereikbaarheid: gratis aanbod, langere openingstijden, goede bereikbaarheid van de instelling, ook telefonisch en op ongunstige tijdstippen, flexibiliteit qua tijd
- inrichting: betere ruimtes
- personeel: meer medewerkers (= meer tijd voor begeleiding), paritaire bezetting met vrouwen en mannen, deskundigheid, openheid, normatief, vertrouwelijkheid, anonimiteit
- netwerken: optimale samenwerking tussen de verschillende instellingen
- concept: geïndividualiseerd en breed aanbod, inclusief vrijetijdsactiviteiten

M.b.t. de proceskwaliteit werd slechts zeer in het algemeen de eis gesteld dat de houding gekenmerkt dient te zijn door begrip en acceptatie. Voorts door faire behandeling, vriendelijkheid, ontvankelijkheid, maar ook snelle hulp. Dat meer concrete eisen vanuit te vermoeden optiek van de cliënten aan het proces ontbreken, correspondeert met het feit dat adviserings- en behandelingsprocessen niet te doorgronden zijn voor cliënten.

Ook ten aanzien van de kwaliteiten van de resultaten werden de doelen een woning en een baan te vinden genoemd en daarnaast algemene hulp in de huidige levenssituatie.

Eisen van de cliënten moeten worden afgestemd op de deskundige kijk op de zaak van de medewerkers – dat betekent op deskundige standaards – en voorts op de financiële mogelijkheden van de instelling.

Blik op de toekomst

Project »Qualitätsmanagement in der ambulanten Suchtkrankenhilfe NRW«

Koordinationsstelle Sucht
Postfach
48133 Münster
Duitsland
☎ 00 49-2 51-5 91-55 01
✉ 00 49-2 51-5 91-54 99
✉ qm@lwl.org
www.projekt-qm.de

Vastgelegde kwaliteitsstandaards kunnen zorgen voor grotere duidelijkheid met betrekking tot de eigen sterke punten, ze kunnen potentiële verbeteringen boven water halen en zijn verder geschikt voor een betere oriëntatie op gezamenlijke doelen binnen de instelling.

Instellingen die belangstelling hebben wordt aanbevolen om deze taak allereerst zelf op te pakken. De opzet van het kwaliteitsmanagement, dat de eisen van belangrijke groepen duidelijker doet uitkomen en de medewerkers inschakelt in het ontwikkelingsproces van de instelling en de uitwisseling tussen de instellingen bevordert, is daarvoor een nuttig kader. De uitwisseling is noodzakelijk om de kwaliteitsstandaards, die in eerste instantie werden ontwikkeld voor de eigen instelling, af te stemmen op het systeem van de verslavingszorg.



■ *Op Sabine*

■ *Op Peter*

■ *Op Lolo*

■ *Op Katrin*

■ *Op Marc*

■ *Op de pot*

Alcohol – ooit gaat de lol eraf.



Het »podium« bestaat dit keer uit twee gedeelten: in het eerste gedeelte behandelen twee bijdragen het thema prohibitie als basis van het drugsbeleid. De uitwerkingen en mogelijke alternatieven voor een andere omgang met middelen die momenteel verboden zijn worden hier beschreven. Daarna volgt een interview. Hierin gaat het om de neurobiologische invalshoek bij de behandeling van verslavingsziekten.

Over het eerste gedeelte:

De ene auteur, de **commissaris van politie** van Bochum, **Thomas Wenner**, houdt zich bezig met de effecten van het prohibitieve drugsbeleid gezien vanuit de politie; hij betreft daarbij ook de maatschappelijke gevolgen. Hij komt voor een deel tot dezelfde slotsom als de tweede auteur, de Amsterdamse **psychiater Fredrick Polak**, lid van de Nederlandse »Stichting Drugsbeleid – SDB«. Het gaat in zijn bijdrage om »De waardering van de argumenten voor de gezondheid in het legaliseringsdebat«.

De twee auteurs hebben een kritische kijk, beide roepen op tot »bezinning« en zijn van mening dat het drugsbeleid gewijzigd moet worden. De macht en de successen van de georganiseerde drugscriminaliteit zijn volgens hen te wijten aan het huidige drugsbeleid. Daarmee wordt uiteindelijk een ontnuchterende balans opgemaakt en de vraag is nu: hoe gaan maatschappij en politiek van de 21ste eeuw om met verdovende middelen?

De bijdragen dagen uit: te weerspreken, toe te stemmen, te handelen, misschien ook gewoon af te wijzen. Wij willen er in ieder geval graag toe oproepen zich bezig te houden met deze thematiek. Deze teksten worden daarom door ons »op het podium« gezet.

De bijdrage van Thomas Wenner is een door hem goedgekeurde bewerkte versie van een opname van zijn bijdrage naar aanleiding van een vakcongres in Windischgarsten (Oostenrijk) op 2-10-2001. De tekst van Fredrick Polak was oorspronkelijk geschreven als bijdrage voor een cannabis-conferentie in London (mei 1998) en werd in mei 2001 omgevormd tot officieel standpunt van de SDB.

Drie prikkelende artikelen, meer dan genoeg stof tot discussie over één onderwerp

Over het tweede gedeelte:

Wim van den Brink, epidemioloog, hoogleraar en voorzitter van een groep wetenschappers die het Nederlandse ministerie voor volksgezondheid adviseert, houdt zich in een door Bernadette Schoemaker (vakblad PSY) gevoerd interview bezig met de vraag of verslaafden niet beter met medicamenten kunnen worden behandeld, dan met de naar zijn mening ineffektieve bestaande methoden. Hij pleit o.a. voor een grotere inspraak van artsen en gedragstherapeuten bij de behandeling van verslaafden. Zijn mening over de drugsprohibitie komt overeen met die van de auteurs van de beide andere bijdragen. De »war on drugs« kan niet worden gewonnen en maakt bovendien van drugsgebruikers slachtoffers.

Het interview verscheen in het maandnummer van »PSY« en werd voor publicatie ter beschikking gesteld aan BINAD-INFO.

Thomas Wenner

De drugsproblematiek en de gevolgen voor het beleid bekeken vanuit de politie

(bewerkte versie van een inleiding van Thomas Wenner , hoofdcommissaris van politie te Bochum, in Windischgarsten op 2-10-2001)

Het gaat bij dit thema om gemeentelijke ervaringen met het drugsbeleid. Ik geloof dat deze ervaringen bij ons in Bochum niet wezenlijk anders of interessanter zijn dan ergens anders. Het gaat denk ik meer om de inzichten die daaruit kunnen worden afgeleid. Ik zal mij er weliswaar in het begin mee bezighouden, maar ik ga vooral in op een artikel in Der Spiegel over alternatieven voor het drugsbeleid. De redactrice van Der Spiegel, Ariane Barth, heeft een enquête over mogelijke alternatieven voor het drugsbeleid gehouden onder hoofdcommissarissen van politie in heel Duitsland. Ze heeft zeer grondig onderzoek gedaan, het was een geslaagd artikel. Het artikel was gebaseerd op meningen van een groot aantal hoofdcommissarissen uit de deelstaat Nordrhein-Westfalen en uit andere noordelijke deelstaten (sommige hoofdcommissarissen uit de zuidelijke deelstaten hadden misschien wel helemaal geen toestemming commentaar te geven). De hoofdcommissarissen merkten pas door de enquête dat ze vaak dezelfde opvattingen over het drugsbeleid hebben.

Gemeentelijk drugsbeleid gezien vanuit de politie

De Duitse juridische situatie met betrekking tot drugs lijkt zeker meer op die van Oostenrijk dan op die van Zwitserland en Nederland. We hebben op grond van het Betäubungsmittelgesetz (Duitse opiumwet) te maken met een totaal verbod van drugs. Alles wat te maken heeft met bezit en handel met drugs is strafbaar en dus moet de politie hiertegen op grond van het legaliteitsprincipe verplicht moet optreden. De politie is dus verplicht om een onderzoek in te stellen, is gedwongen op te treden. De politie heeft niet de mogelijkheid om bij een kleine hoeveelheid een oogje dicht te knijpen. Ze moet de drugs in beslag nemen en de identiteit vaststellen. Op dit punt treedt het draaideureffect van de politie in werking. »Door de voordeur naar binnen, identiteit vaststellen, middel afpakken en weer naar buiten – door een volgend delict weer aan nieuwe middelen komen«. Dit is voor de politie zelf niet bevredigend, maar dit kan op het moment niet worden veranderd. Dit is een toestand waar de collega's

Middels een enquête van de »Spiegel« bleek er een grote overeenkomst te zijn in de opvattingen van de hoofdcommissarissen uit Nordrhein-Westfalen en de noordelijke deelstaten



niet blij mee zijn. Op grond van jarenlange ervaring weten ze wat er aan de hand is en waar de problemen liggen. Ze weten dat ze op deze manier alleen de onderste laag, het uitschot van de armen, de verslaafden zelf, treffen. Dit is echter niet hun »jacht-doel« – eigenlijk wil men de hogere echelons bereiken, daar waar op grote schaal met drugs wordt gehandeld.

Wij zijn er in Bochum al in een vroeg stadium alert op geweest om het ontstaan van open scènes met alle middelen te verhinderen. Wegsturen, verblijfsverbod – meteen en massaal, wat in het begin zeer veel moeite kostte. Dit lijkt natuurlijk ook een beetje op »junkie-jogging«; een fenomeen dat echter ook heel snel onder controle kan worden gehouden. Het is volgens ons niet perse nodig dat de grote steden aan aanzien winnen (zoals sommige pseudo-liberalen geloven) wanneer in het openbaar wordt gebeld, gezopen en geschreeuwd, en dat er een zichtbare, vaste drugsscène is. Deze zogenaamde tekens van moderniteit zijn nu niet bepaald het doel van ons als politie. In Bochum voeren wij, voor wat betreft de plaatselijke ontwikkeling van de drugsscène, een repressief beleid. Dat er toch wel een scène bestaat die niet zichtbaar is in het openbaar, staat buiten kijf. Dit probleem kan niet worden opgelost door maatregelen van de politie. Dit zijn mensen die ziek zijn en gewoon aanwezig zijn – een feit waar men niet omheen kan. Maar men hoeft ook niet zo maar alles van hen te accepteren. Wij maken gebruik van alle mogelijkheden die ons het plaatselijke drugsbeleid biedt.

Dit doen niet alle politiekorpsen. In Düsseldorf was het jarenlang de gewoonte dat het station uitpilde van zwarte Afrikaanse drugsdealers, die bij politiecontroles de heroïne gewoon op de grond lieten vallen en net deden of ze niet wisten wat heroïne was. Iedereen wist welk spelletje hier gespeeld werd. Men kon de handel daar gewoon in het openbaar zien. Zulke toestanden waren er in Bochum niet: wanneer het dreigde af te glijden naar die kant, traden wij er consequent tegen op. Tot zover Bochum – tot zover de bijzonderheden, deze zijn er namelijk niet. Het zwaartepunt van ons werk is het voorkomen van open drugsscènes.

Beoordeling van het actuele drugsbeleid

Ik zou nu iets willen zeggen over zaken die algemeen geldig zijn, iets wat ook wel te zien is aan het feit hoe een aantal hoofdcommissarissen (en overigens ook veel medewerkers) denken over het drugsbeleid.

De willekeurige onderscheiding tussen legale en illegale drugs is nauwelijks te begrijpen

Een drugsvrije maatschappij bestaat niet en heeft ook nooit bestaan voor zover ik weet. Daarom zou men de hoop moeten opgeven dat er ooit een dergelijke maatschappij zou kunnen komen. Het is niet realistisch te hopen dat de mensen ooit zonder drugs kunnen. In tegendeel – het bewijs is nu juist geleverd dat de mensen niet zonder drugs kunnen, welke oorzaak dat ook maar heeft.

Tegen deze achtergrond is het bijna niet te begrijpen waarom er een verschil wordt gemaakt tussen legale en illegale drugs; een verschil dat in feite willekeurig is. Waa-

rom zijn alcohol en nicotine geoorloofde drugs en waarom worden andere drugs door de wet illegaal verklaard en verboden? Dit illegaliseren zou alleen kunnen worden verklaard tegen de achtergrond van een abstinente en drugsvrije maatschappij. Bij ons is de situatie echter deze, dat men geen extra drugs aan de al bestaande wilde toevoegen. Het federale constitutionele hof heeft in het »cannabisoordeel« in feite gezegd: »De traditionele drugs kunnen we nu niet meer verbieden – maar nieuwe drugs willen we niet toelaten«. Maar we zijn tegelijkertijd wel weer zo inconsequent dat we het kopen en gebruiken van kleine hoeveelheden toelaten. De politie moet ingrijpen, de officieren van justitie en de rechters kunnen het proces dan weer seponeren, iets wat ze dan ook doen. Hierdoor ontstaat een absurde situatie: het werk van de politie op dit terrein is uiteindelijk zinloos, maar niet voor niets – het kost namelijk veel geld.

Ik zou graag nog even willen blijven stilstaan bij de verschillen. Wij weten dat de legale drugs alcohol en nicotine een omzet van ca. 60 miljard mark inclusief de desbetreffende belastingen hebben. Het aantal arbeidsplaatsen dat hiervan afhankelijk is, is evenredig hoog. Wanneer we er van uitgaan dat dit alles door prohibitie opgeheven zou worden, dan zou dit enorme gevolgen hebben voor de arbeidsmarkt en de belastinginkomsten. Tegelijkertijd zouden alcohol- en nicotineverslaafden hun drugs op de zwarte markt moeten kopen.

We constateren: het is rationeel gezien niet te verklaren dat er legale drugs bestaan waar net zo veel gevaar van uit gaat. Ze zijn alleen toegestaan omdat we eraan gewend zijn, omdat ze een belangrijke economische functie hebben en arbeidsplaatsen opleveren. De »andere«, de illegale drugs – dit is de mening van het constitutionele hof – blijven verboden. Helaas overschat het constitutionele hof echter de werking van het verbod, want dit voorkomt het gebruik niet. De jongeren gaan meestal heel gewoon om met cannabis. Ze willen niet iedere dag roken, maar wel af en toe. Ze vinden ons maar »ouwe zakken« wanneer wij hen wijzen op het verbod omdat ze geloven dat het constitutionele hof hen een andere weg gewezen heeft.

Ik leid uit dit alles de volgende stelling af: »Iedere drug vraagt om een eigen preventieve strategie – en deze strategie bestaat nu juist niet uit een verbod«. Integendeel, er zijn juist individuele en specifiek op de afzonderlijke drugs gerichte maatregelen nodig.

Niet alleen in Nederland bestaan plaatsen waar reusachtige drugsparty's worden gehouden. In Dortmund is er de Westfalenhalle en in het Roergebied staat een twaalfstal grote discotheken, waarin zich in de weekenden per discotheek 3000 tot 5000 mensen amuseren. Alleen al om dit alles aan te kunnen moeten drugs worden gebruikt want met een normale conditie is dit niet mogelijk. Dit is ook het verschil met alcohol, waar je op een gegeven moment moe van wordt. Het doel is hier echter om zo lang mogelijk actief te blijven, dit is ook de reden waarom XTC een zo grote rol speelt. Wanneer we daar een razzia zouden houden, zouden we aanzienlijke hoeveelheden

***Iedere drug heeft
haar eigen
benaderingswijze
nodig – en dat is
zeker niet een
verbod***



in beslag kunnen nemen. Veel zou ook op de grond liggen, we zouden de drugs gewoon kunnen opvegen – en we zouden de handel en ook het gebruik voorlopig hebben verstoord. Maar het zou enorm veel moeite kosten en het zou door de weerstand die de jongeren bieden ook tot een groot conflict leiden. Voor de redelijkheid van deze grote actie zouden wij daarna verantwoording moeten afleggen. Anders gezegd: »Wanneer er drie zijn, kunnen we ingrijpen, wanneer er drieduizend zijn, moeten we onze mond houden en bakzijl halen«. Dit is natuurlijk niet bepaald een overtuigend drugsbeleid. Daar waar het massafenomeen een gegeven is mag ik niet ingrijpen – dit ondanks een stringent drugsbeleid.

We kunnen het doel van abstinentie vergelijken met het gebod »Gij zult niet echtbreken«. Dit staat weliswaar zo geschreven, maar van groot belang is het niet. Het gebeurt ieder jaar miljoenen malen in veel maatschappijen en het wordt niet meer bestraft. Echtbreuk heeft misschien een ethische betekenis, maar wanneer dit bestraft zou worden zoals vroeger, dan zou men al snel merken dat het strafrecht helemaal niet in staat is om zulke problemen op te lossen. Het strafrecht is daarvoor ook niet bedoeld. Het moet bij bepaalde handelingen het signaal afgeven: dat is fout en dat wordt vervolgd! Maar het strafrecht mag niet de brede maatschappelijke werkelijkheid buiten beschouwing laten met een ideologie, op basis waarvan eigenlijk niemand kan en wil meewerken en ook niet vervolgen.

Als men over 25 jaar bekijkt wat wij ons allemaal aan inspanningen hebben getroost, dan is de schrik over het mislukken onbegrensd

We moeten dus datgene wat op het gebied van het drugsbeleid ca. 30 jaar geleden uit Amerika kwam overwaaien nog eens opnieuw bekijken. Onze eigen ervaringen tonen aan dat deze strategieën verkeerd zijn. De drugsoorlog, de »war on drugs« zoals de Amerikanen deze voeren, lijkt weliswaar indrukwekkend, maar heeft tot dusver het uiteindelijke doel niet dichterbij gebracht. De drugsoorlog kan men in onze contreien alleen maar winnen wanneer men in principe bereid is om een politiestaat op te richten. Zelfs dan is het niet zeker of deze oorlog gewonnen zou kunnen worden. Zelfs in de communistische landen waren er drugsproblemen. In de afgelopen 25 jaar heeft geen enkele staat die de VN-verdragen erkent de drugscriminaliteit kunnen bedwingen. Deze pogingen zijn overal mislukt. Wanneer er ergens successen zouden bestaan, zouden we moeten kunnen constateren dat het drugsprobleem terug wordt gedrongen. Het tegendeel is het geval – het is allemaal nog veel erger geworden. Er zijn steeds meer drugs bijgekomen, er zijn modedugs opgedoken, er zijn vervolgdugs gekomen – en de oude drugs zijn er ook nog steeds. Wanneer je ziet welke moeite wij ons de afgelopen 25 jaar hebben getroost (de mankracht, het materieel, de gelden), dan is het fiasco werkelijk met geen pen te beschrijven.

Een debat hierover is echter nooit gevoerd. We hebben een kosten-baten-analyse nodig, die echter kennelijk niet mag plaatsvinden – het lijkt erop dat men liever wil onderzoeken hoeveel het protocolleren van een verkeersongeval kost. Dit is ook een interessante kwestie, maar maatschappelijk gezien is de »drugskwestie« toch veel relevanter. Hoeveel geef ik uit om niets te bereiken – alleen maar voor een openbaar

schouwspel? De overheid kon nog niet eens de drugs in de huizen van bewaring onder controle krijgen. De politie moet een defensieve strijd voeren, waarin ze hier eens 100 kg en daar eens 1000 kg in beslag neemt. Uit schermutselingen kan de politie als winnaar tevoorschijn komen, maar een hele slag (b.v. een heel continent bevrijden) of de hele oorlog winnen is een totale illusie, het is fantasie en een droom.

Ons systeem wordt gekenmerkt door de strafrechtelijke prohibitie. Maar de historische ervaring laat zien dat de georganiseerde misdaad pas echt sterk geworden is door de alcoholprohibitie. De alcoholprohibitie in de USA was het allereerste begin van de overkoepelende georganiseerde misdaad.

De macht van de georganiseerde misdaad

De georganiseerde misdaad die gebruik maakt van de zwarte markt, wordt daardoor groot gemaakt. Dit heeft geleid tot het bereiken van een industrieel stadium, tot multi-nationale managers van de »business« – en dat met duizelingwekkende marges. Men moet daarom het volgende heel duidelijk stellen: »prohibitie op dit terrein is niets anders geweest dan het grootste subsidieprogramma voor de georganiseerde misdaad dat ooit vertoond is«. Er bestaat gewoon niets wat men daarmee zou kunnen vergelijken. De drugshandel heeft zich ontwikkeld tot de meest winstgevende en groeiende branche van de eeuw. De VN gaat ervan uit dat er ieder jaar voor ca. 400 miljard dollar wordt omgezet in de drugsbusiness. Dit is ca. 8% van de wereldhandel en is vergelijkbaar met de handel in ruwe olie. En dit alles vindt plaats zonder beïnvloeding, controle, belastingen en premies van de overheid. Het enige wat in deze business aan belastingen betaald wordt, zijn onze in beslag genomen drugs. In totaal wordt ca. 3 tot 5% afgeroomd. In de USA schijnt het om één procent van de totale omzet te gaan. Een »belastingpercentage« van één procent. Een fantastisch resultaat!

Daarvan kan men goed rondkomen, daarmee kan men geweldig expanderen. En wij weten dat de georganiseerde criminaliteit dit geld weer belegt – op legale en illegale wijze. Het is naïef aan te nemen dat het gedeelte dat op legale wijze belegt wordt, ook weer legaal wordt ingezet. Daar is immers helemaal geen reden voor. We kunnen niet van iemand die met drugs miljarden verdient verwachten dat hij op legaal terrein ineens een zakenman te goeder trouw wordt. Hij zal ook op legaal terrein proberen voordelen te behalen via corruptie, concurrentievervalsing, tewerkstelling van illegalen etc.

Verder kunnen we ook nog vaststellen dat er reusachtige schade wordt aangericht door de verwervingscriminaliteit van de drugsverslaafden. Het tegengaan en het herstellen van deze schade leidt tot extra kosten die wij moeten opbrengen. Welke financiële mogelijkheden hebben de drugsverslaafden? Een klein beetje bijstand, een kleine baan – de rest is prostitutie en indirecte verwervingscriminaliteit. De drugsverslaafde is dus het werktuig van de drugsdealer om aan ons geld te komen. Wanneer

***De prohibitie is
niets anders
geweest dan 's
werelds meest
succesvolle
ondersteuning van
de georganiseerde
misdad***



er bij ons wordt ingebroken betalen wij het percentage van de heler: 1 staat tot 10. De drugsverslaafde moet om 50 mark te krijgen, dingen ter waarde van 500 mark stelen. Wij zijn het kind van de rekening, dat moet de bevolking zo langzamerhand eens weten: zij is dagelijks extra slachtoffer. Wij zijn uiteindelijk diegenen die in dit systeem worden uitgebuit. Wanneer je dan ook nog ziet dat ca. 30% van de inbraken, roofovervallen, eigendomsdelicten en straatcriminaliteit een indirecte vorm van verwervingscriminaliteit is, dan is duidelijk hoezeer de bevolking ontlast zou kunnen worden wanneer het zou lukken deze criminaliteit overbodig te maken. Wij zouden bovendien een enorm ontlastingseffect voor de politie kunnen bereiken, die dan geen aandacht meer zou hoeven schenken aan deze delicten.

Daarbij komt nog eens dat de staat aan de andere kant van zijn prohibitiesysteem quasi een knipogende handlanger van de drugsmafia wordt, doordat hij regelmatig afstand doet van strafvervolgning bij kleine hoeveelheden voor eigen gebruik. Want 70 procent van de kleine handelaren zijn zelf verslaafd. En die hebben geleerd hoe je het moet aanpakken, die hebben geleerd de risico's te beperken door een voorraad aan te leggen en tussen voorraad en klant een minihandel te drijven. Op die manier gaat het uiteindelijk om kleine hoeveelheden – wij als politie hebben uiteindelijk altijd het nakijken: wij pakken de mensen met kleine hoeveelheden, die er dan vervolgens weer met een sepot vanaf komen. Medelijden en het besef van de eigen fouten in de vervolg-structuur (en die hebben wel) brengen ons zover te zeggen: »datgene wat iemand nodig heeft omdat hij verslaafd is, mag hij krijgen. Daar kunnen we toch niets aan veranderen.« Maar zouden we niet toch iets kunnen veranderen? De minihandel is de zuil waarop de hoger geplaatste drugsdealers kunnen voortbouwen. Het is voor hen het veiligst wanneer verslaafden gedwongen zijn zelf met drugs te dealen. Wij laten dat toe en scheppen daardoor een soort gedoogd niveau, dat onontbeerlijk is voor het hogere niveau van de georganiseerde misdaad. Mijn mening: de minihandel moet weg, omdat hij een wezenlijk bestanddeel van het systeem is dat de illegale markt staande houdt.

Het principe is dat de verslaafde wel zelf moet handelen in drugs – wij laten dat toe en zorgen voor een zekere zakelijke basis voor de georganiseerde criminaliteit

Welke rechtsbeginselen moeten worden beschermd door het gepraktiseerde drugsbeleid? Antwoord: de »volksgezondheid«. Het gaat bij de drugsproblematiek echter om de gezondheid van het individu, want wanneer iemand drugs gebruikt brengt hij schade toe aan zichzelf. Drugsverslaving wordt niet overgedragen door bacteriën of virussen, het is zodoende geen besmettelijke ziekte die men met het begrip »volksgezondheid« (een begrip dat toch al een belast verleden kent) zou kunnen benaderen. Drugsgebruik en drugsverslaving is in principe niets anders dan straffeloos schade toebrengen aan zichzelf. Er kan hoogstens worden ingegrepen op mentaal niveau – dat men iemand verleid, hem nieuwsgierig maakt. Het begrip »volksgezondheid« is eigenlijk misplaatst in de strafrechtelijke argumentatie. Er bestaat dus geen reden om het strafrecht tegen de verslaafde in het geweer te brengen.

Zoals al werd vastgesteld kan het strafrecht geen probleemoplosser zijn, maar heeft de functie doelgericht bepaalde verschijningsvormen in de maatschappij te vervolgen. Een preventief of risicoverlagend strafrecht kennen wij immers op andere terreinen ook niet.

Maar het allerergste is dat de georganiseerde misdaad zich via deze mechanismen heeft ontwikkeld tot een schaduwmaatschappij, waartegen wij vandaag de dag niet op kunnen. Zij heeft het kapitaal – zonder twijfel. Telt u de 400 miljard dollar jaarlijks van de afgelopen 25 jaar maar eens bij elkaar op, dan weet u hoeveel geld hier over de tafel gegaan is en weer geïnvesteerd is. Zij heeft de mogelijkheid gebruik te maken van geweld en corruptie. Het is niet zo dat iemand met een stapel geld naar een politicus stapt en zegt :«we hebben dit of dat nodig». Het is eerder zo dat er iemand komt die 280 miljoen wil investeren, en ik kan u verzekeren dat iedere deur in de Bondsrepubliek open gaat! De georganiseerde misdaad beschikt over sommen geld waarmee de financiële markten kunnen worden beïnvloed.

Daarom zou ik sarcastisch willen stellen: »De georganiseerde misdaad heeft dat drugsbeleid geschapen dat hij nodig had voor de beheersing en de ontwikkeling van de markt. Wanneer dit beleid niet bestaan had, had de denktank van de georganiseerde misdaad wel gesmeekt om dit beleid.« Met het kapitaal kunnen ze dit nu ook doen. Ze kunnen met hun geld organisaties ondersteunen die de prohibitie willen behouden. Ze kunnen personen ondersteunen die de »zuivere« leer (abstinentie en drugsvrije maatschappij) aanhangen. Ze kunnen via de volksvertegenwoordigers invloed uitoefenen, die ze dan onopvallend inzetten voor de idealen van de vrije maatschappij tegen de drugsmafia. Op deze manier kun je heel mooi verkopen dat alles zo blijft als het is. Iedere verandering is al schadelijk – wanneer ze op grote schaal uitwerkingen zou hebben.

Voor wie houden wij dit systeem eigenlijk in stand? We hebben in Duitsland ca. zes miljoen nicotineverslaafden met ca. 100.000 doden ieder jaar, we hebben 2,5 miljoen alcoholverslaafden met naar schatting 40.000 doden ieder jaar – daartegenover staan 2031 drugsdoden in 2000. We hebben op »legaal« gebied dus ca. 150.000 doden en op »illegaal« gebied gemiddeld over veel jaren ca. 1500 doden per jaar.

Maar deze 1500 »drugsdoden« bepalen de hele ontwikkeling en discussie zodanig dat de georganiseerde misdaad groot wordt en welig tiert, dat een groot gedeelte van de bevolking met zijn eigendom moet bloeden voor het feit dat de georganiseerde misdaad (omdat ze zo groot geworden is) allerlei mogelijkheden op legaal terrein geboden krijgt. Waar zijn de proporties? 100.000 tot 200.000 heroïneverslaafden kunnen onze maatschappij toch niet in zo'n worggreep nemen dat ze zichzelf zulke wetten aandoet en zichzelf zo schaadt en ook nog zoveel geld zonder succes investeert en tegelijkertijd die personen die crimineel zijn zo sterk maakt. Dat kan toch allemaal niet waar zijn! Maar niemand laat zich wakker schudden en er komt nog bij dat wij het hele schouwspel ook nog voorzien van grote idealen. Abstinentie en menselijke waardigheid is bij ons het allerheiligste. Maar hoe staat het met de menselijke waardigheid van de slachtoffers die daardoor worden veroorzaakt? Bij politiecontroles slikken ze hun drugs in en ze mogen ze vervolgens weer uit hun eigen uitwerpselen halen. Voor de »armste sloebers« heeft de hooggewaardeerde menselijke waardigheid geen waarde.

De georganiseerde criminaliteit heeft die drugspolitiek geschapen die zij nodig had voor de beheersing en ontwikkeling van de markt



Alternatieven voor de huidige aanpak

Omdat er geen koninklijke weg bestaat, want iedere drug heeft zijn eigen strategie ter voorkoming nodig, kan ik hier ook geen algemeen beleidsplan presenteren.

Allereerst moet worden nagedacht over hoe de keten kan worden doorbroken. Het is momenteel zo dat deze keten voor de tegenpartij op ideale wijze aaneengeschaald is, en voor ons juist niet. Het volgende voorstel bestaat: wanneer iemand heroïne nodig heeft moet hij het van overheidswege op gecontroleerde wijze krijgen, en dat in een bekende dosis en kwaliteit. Onder toezicht van een arts wordt die drug gegeven die hij nodig heeft of toch al neemt, of wij dat nu willen of niet. Maar door deze verstrekking wordt een wezenlijke grens vastgelegd: hij mag zich dan niet meer op de illegale markt begeven. Die heeft hij dan niet meer nodig, omdat hij het middel op legale wijze krijgt. Wanneer er dan toch nog iemand met illegale drugs wordt gesnapt, dan heeft hij een probleem, want dan krijgt hij geen »kleine hoeveelheden« meer en kan niet meer wijzen op de regelingen voor eigen gebruik.

***Algemene
verstrekking van
heroïne zou het
bestaande
criminele systeem
doorbreken***

Wanneer wij de keten werkelijk willen doorbreken, dan moeten wij een werking op grote schaal bereiken. Wij mogen de maatregelen dus niet beperken tot al »zeer zwaar verslaafden« (zoals b.v. in Zwitserland). Wanneer daardoor de minihandel met drugs uitgeschakeld zou kunnen worden, dan zou het hele systeem in elkaar klappen. Want de verslaafde kleine handelaren kunnen bijna niet worden vervangen. De volgende stap zou de verscherping van de repressie moeten zijn, om de handelaren, die dan in de voorste gelederen staan, aan te pakken: sterke repressie van de politie tegen de handelaren die niet in de scène leven, die veel opvallender zijn wanneer ze zich er wel in begeven. Wij zouden door de zo aangerichte onrust grotere mogelijkheden krijgen om successen te bereiken. Daarmee zou men een functionerende markt, die deze scène van kleine handelaren nodig heeft, gevoelig kunnen verstoren. De gecontroleerde verstrekking van heroïne moet dus gepaard gaan met een sterkere repressie en het opheffen van het privilege van het ontslag van rechtsvervolging bij eigen gebruik.

Maar hoe moet worden omgegaan met de andere drugs: cocaïne, amfetamine, XTC...? Voor deze drugs moet een ander, eigen antwoord gevonden worden. XTC wordt gebruikt door honderdduizenden mensen. De Love-Parade in Berlijn vindt eigenlijk alleen maar plaats voor deze drug. Zich amuseren met drugs – dat schijnt de ware leus te zijn. Alle mensen verheugen zich over een omzet van 40 miljoen mark op een dergelijke dag. Daar wordt gehuicheld »totdat men erbij neervalt«: in waarheid is het de grootste drugsparly die ooit vertoond is in Duitsland. Maar moet ik in zo'n situatie niet overwegen of een middel als XTC gecontroleerd aangeboden moet worden met minimale kwaliteitsstandaards en een bijsluit (welke schade kan door het gebruik ontstaan)? De massale consumptie vindt zo ook wel plaats – en hij vindt plaats zonder de minste controle. Ik weet dat dit niet de meest ideale oplossing is. Men kan

niet iedere drug vanuit de aanbodzijde gezien op de markt brengen, alleen maar omdat die toevallig in de mode is. Maar men moet er altijd over nadenken hoe »men kan voorkomen«. Prohibitie is bij dit alles altijd de slechtste manier. Wie gokt op prohibitie is de geboren looser. Hij heeft al verloren voordat hij begonnen is. Wij zouden dit absoluut moeten vermijden. Wat overblijft is een zo sterk mogelijke reductie van het gebruik. Het gaat dus om voorlichting, om preventie. Dit moet in een vroeg stadium beginnen en geïntegreerd worden in het schoolonderwijs. Het drugsthema mag geen taboe zijn, ook niet in de scheikunde- en biologieles: »Hoe wordt de mens een marionet van een drug?«

Maar wanneer er al over wordt gesproken dat rokers en alcoholgebruikers hogere bijdragen moeten betalen aan het ziekenfonds, dan is het toch tegennatuurlijk wanneer dat bij illegale drugs niet het geval is. Wanneer ik mijzelf schade toebreng met cocaïne vraagt het gezondheidsbeleid geen hogere bijdrage. Waarom wordt hier met twee maten gemeten? Zoveel mogelijk controle, kwaliteitsstandaards voor de markt, zodat het illegale spul geen kans meer krijgt. Schade op de lange termijn blijft het persoonlijke risico.

Ik kom nu aan het einde van mijn uiteenzetting. »Wij bereiken met ons drugsbeleid in principe niets. Het wordt steeds erger - dit betreft zowel de omgang met misbruik van drugs alsook de omvang van de drugscriminaliteit. Wij bereiken de werkelijke daders maar heel zelden. De georganiseerde misdaad zet ieder middel in zodat alles zo blijft als het is: dit is immers de garantie voor succes.«

Hoe transporteert men dit nu naar de politiek?

Hoe kun je iemand ertoe brengen om te luisteren, die niet luisteren wil? De politiek is pas dan bereid te luisteren als de druk maar groot genoeg is. Wij hebben de pijn van de politiek nodig. Maar deze druk kan door het veel te »lage« aantal drugsverslaffen niet worden uitgeoefend.

We hebben een kritische massa qua kennis in de bevolking nodig, de bevolking moet dus worden voorgelicht over de kosten die iedere belastingbetaler moet ophoesten. Het zijn niet alleen belastinggelden die worden gestoken in een inefficiënt systeem, maar daarbij komt ook nog de prijs die moet worden betaald door diefstallen en andere misdrijven. Wij hebben niet steeds meer duur personeel nodig, maar minder misdrijven!

Wij zouden weddenschappen kunnen afsluiten over de reacties van de politiek. Ik voorspel dat ze zo lang mogelijk helemaal niet zal reageren.

Prohibitie is in verband met het verhinderen van ellende door drugs de slechtste weg: wie gokt op prohibitie is een »born looser«

**Polizeipräsidium
Bochum**

Uhlandstraße 35
44791 Bochum
Duitsland

☎ 00 49-2 34-9 09-0



Fredrick Polak

*Hoe verhoudt de wettelijke
regeling van cannabis zich tot die
van de andere verboden roes-
middelen?*

*Of: de waarde van gezondheidsargumenten in het
legalisatiedebat*

In een groeiend aantal landen zijn de opvattingen over cannabis zodanig in beweging dat er reëel uitzicht bestaat op liberalisering (decriminalisering, of zelfs legalisering) van dit roesmiddel. De belangrijkste officiële grond voor het drugsverbod is de overtuiging dat de overheid de plicht heeft de bevolking te beschermen tegen de met het drugsgebruik verbonde gezondheidsrisico's, waarmee wordt bedoeld op toxiciteit en afhankelijkheid (verslaving). (Er worden ook wel andere argumenten voor het verbod aangevoerd, zoals negatieve effecten op derden, en morele bezwaren tegen iedere vorm van roesmiddelengebruik, ook wanneer dit geen problemen met zich meebrengt, maar in deze notitie gaat het om de gezondheidsargumenten.) Voorstanders gebruiken soms het argument dat legalisering van cannabis de mogelijkheid biedt de vrijkomende middelen in te zetten tegen de »echt gevaarlijke middelen«, de zogenaamde hard drugs. De gedachte is dat cannabis gelegaliseerd kan worden omdat de gezondheidsrisico's gering zijn, maar dat de andere verboden roesmiddelen zó gevaarlijk zijn dat ze nog harder moeten worden bestreden.

Omdat de gezondheidsrisico's de officiële rechtvaardiging vormen van het drugs-verbod, lijkt het logisch als tegenargument aan te voeren dat deze risico's bij gebruik van cannabis erg klein zijn. In deze notitie zal de Stichting Drugsbeleid (SDB) uiteenzetten dat het gebruik van dit argument op deze wijze verkeerd is, ook al is het feitelijk juist. De SDB dringt erop aan dat de legalisering van cannabis niet ten koste mag gaan van de gebruikers van andere roesmiddelen.

Er is in de laatste jaren brede wetenschappelijke consensus ontstaan dat de gezondheidsrisico's van cannabis klein zijn vergeleken met alcohol en sigaretten en vanuit dit gezichtspunt mag het verbazing wekken dat het nog altijd nodig is over de legalisering van cannabis serieuze discussies te voeren.

***Ideeën over
legalisering van
cannabis moeten
niet bepaald
worden door de
voorstelling om
nog gevaarlijker
middelen nog
harder te
bestrijden***

*Steeds meer mensen zien in dat het verbod
op cannabis een vergissing is geweest.
Waarom is het dan onjuist om aan te
voeren dat cannabis een ongevaarlijke
stof is?*

1. Het is niet helemaal waar.

De gezondheidsrisico's zijn opmerkelijk klein, maar cannabis is niet onschadelijk. Het is net andersom: een speciale wettelijke regeling is nodig omdat er met het gebruik van cannabis wel degelijk gezondheidsrisico's verbonden zijn. Wanneer cannabis volkomen onschadelijk zou zijn, konden voor cannabisproducten dezelfde regels worden toegepast als voor thee. Cannabis moet niet worden »vrijgegeven«, maar wel kan de regelgeving voor cannabis globaal en soepel zijn. Voor de andere roesmiddelen kunnen meer gedetailleerde regels worden opgesteld. (Wanneer de ervaringen na legalisering tot wijziging van de regelgeving nopen, dan is het gemakkelijker de regels te versoepelen dan ze weer strenger te maken.) Niet alleen bij de andere roesmiddelen, maar ook bij cannabis is het nodig beheerst gebruik aan te leren. En ook bij cannabis is harm reduction gewenst, bijvoorbeeld om gebruikers de schadelijke gewoonte af te leren de rook van de joint zo diep mogelijk in te ademen en zo lang mogelijk vast te houden. Deze manier van roken moet waarschijnlijk deels verklaard worden door de te hoge prijs die voor dit natuurproduct moet worden betaald, en deels door de nog altijd alternatieve of gemarginaliseerde status van dit roesmiddel.



2. Wanneer de argumentatie voor liberalisering van de wetgeving berust op de onschadelijkheid van cannabis, dan zou daarmee impliciet worden erkend dat het verbod op middelen met grotere gezondheidsrisico's terecht kan zijn.

De ervaringen van de twintigste eeuw hebben echter laten zien dat de zogenaamde drugsbestrijding de gezondheidsrisico's niet vermindert, maar ze erger maakt. Dit geldt zowel voor de toxiciteit als voor de kans op afhankelijkheid, onder meer door onveilige vormen van toediening, door bijmenging van andere stoffen, en door onnodig riskante gebruikspatronen. Juist vanwege de gezondheidsrisico's is het zo onverantwoordelijk dat overheden drugs verbieden en daarmee deze lucratieve handel als het ware aanbieden aan criminelen.

De SDB is van mening dat volksgezondheidsargumenten geen ondersteuning bieden van het verbod van de nu bekende roesmiddelen. De gezondheidsrisico's kunnen beter beperkt en beheerst worden door andere maatregelen dan een verbod, namelijk door het beleid te richten op stimulering van informele normen en persoonlijke beheersing van het gebruik.

3. De verschillen tussen de roesmiddelen zijn niet principieel van aard maar graduëel.

De argumenten die voor de legalisering van cannabis worden aangevoerd, gelden in sterkere mate voor de andere verboden roesmiddelen: door het verbod nemen de gezondheidsrisico's toe, en zal de criminaliteit zich meester maken van de markt. Ieder vastgesteld (of vermeend) gezondheidsrisico van een verboden roesmiddel versterkt het pleidooi voor een wettelijke regeling van productie en verkoop. Met andere woorden: hoe gevaarlijk een stof precies is, is niet bepalend voor de vraag of de stof verboden of gelegaliseerd moet worden. Dit betekent niet dat de gezondheidsrisico's onbelangrijk zijn, maar dat ze op een ander punt in de discussie aan de orde moeten komen, namelijk bij de concrete vormgeving van de regelingen.

Deze argumentatie ten gunste van legalisering van alle nu illegale roesmiddelen is algemeen en consistent, en betekent niet dat de SDB afstand neemt van het onderscheid soft versus hard drugs. Dat verschil is echter niet absoluut, maar graduëel. Het Nederlandse beleid, gericht op scheiding van de markten (in een relatief tolerant, maar nog wel prohibitief systeem) heeft belangrijke voordelen. In een gelegaliseerd systeem is een strikte scheiding onnodig. De verkrijgbaarheid van stoffen met verschillende potentie kan op vergelijkbare wijze als bij alcohol geregeld worden. En wanneer in de toekomst zou blijken dat cannabis toch ernstiger gezondheidsrisico's oplevert, zou dat dan alsnog tot een verbod moeten leiden? Nee, dat zou het pleidooi voor een wettelijke regeling alleen maar versterken.

De argumenten die worden gebruikt voor de legalisering van cannabis gelden in nog sterkere mate voor de andere verboden middelen: als gevolg van het verbod nemen de risico's voor de gezondheid toe en wordt de markt door criminelen beheerst

4. De dynamiek van een politieke beleidswijziging is dat er compromissen gesloten moeten worden, en al helemaal bij een zo controversieel onderwerp.

De hardnekkigheid waarmee in sommige landen, vooral in de VS, cannabis als een uiterst gevaarlijk middel wordt voorgesteld, in strijd met de wetenschappelijke kennis en praktische ervaring, kan begrepen worden als een voorschot op de discussie over de andere roesmiddelen. Zo langzamerhand zullen ook de meest overtuigde prohibitionisten wel inzien dat de legalisering van cannabis niet meer tegen te houden is. Maar ze willen daarvoor dan wel een prijs: intensivering van de repressie van de andere drugs.

Conclusie

Het is hoog tijd dat cannabis gelegaliseerd wordt, maar dit mag niet ten koste gaan van de gebruikers van de andere verboden roesmiddelen. Wat kunnen we immers leren uit de ervaringen met het Nederlandse soft drugs beleid? Na de vrijwel volledige decriminalisering van het gebruik en van de kleinschalige handel is het gebruik in belangrijke mate genormaliseerd, terwijl aard en ernst van het problematische gebruik niet hoger zijn geworden dan in de ons omringende landen. Met andere woorden: de veronderstellingen waarop het drugsverbod is gebaseerd zijn onjuist gebleken. Er is dus geen reden de jacht op de andere roesmiddelen te intensiveren. Waar behoefte aan bestaat is reflectie. Alle roesmiddelen brengen gezondheidsrisico's met zich mee – het ene middel meer dan het andere – en voor al deze stoffen is een wettelijke regeling nodig die deze risico's optimaal beperkt en beheersbaar maakt. De aangekondigde internationale cannabisconferenties mogen geen rookgordijn worden dat ons afhoudt van serieuze discussie over de grotere kwestie: hoe gaat in de 21e eeuw een samenleving om met roesmiddelen?

De vooronderstellingen, waarop drugs werden verboden, zijn onjuist gebleken. Het is zeker nodig zich opnieuw te bezinnen

**Stichting
Drugsbeleid**
Vossiusstraat 31
1071 AG Amsterdam
✉ fpolak@knmg.nl



Interview met Wim van den Brink

Heroïne moet een geneesmiddel worden

*Interview door Bernadette Schoemaker
(overgenomen uit PSY Nr. 3, 2002)*

De verslavingszorg moet een heel andere kant op. Geen maatschappelijk werk meer, maar behandelen met pillen. Chemische verstoringen bestrijd je met chemie. Verslavingswetenschapper Wim van den Brink vindt dat de verslaafde het beste af is met de biologische benadering. Verslaafden zijn ziek, de verslavingszorg heeft behoefte aan dokters.

Om Wim van den Brink te bereiken moet je door een lijst van 121 e-mails heen zien te breken. De 49-jarige epidemioloog en hoogleraar verslavingszorg is altijd druk en onderweg. Hij geeft onderwijs aan artsen en psychiaters in opleiding bij het Academisch Medisch Centrum van de Universiteit van Amsterdam. Hij begeleidt onderzoekers van het Amsterdam Institute of Addiction Research waar hij ook nog de baas is en dat nauwe banden onderhoudt met de Amsterdamse Jellinek-kliniek. Onlangs liet hij van zich spreken als directeur van de onderzoeksgroep van de Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden die met opzienbarende conclusies naar buiten trad over heroïneverstrekking aan zwaar verslaafden. Heroïne moet een geneesmiddel worden, vindt Van den Brink. Op weg naar de Gezondheidsraad in Den Haag strandt hij in de file. De verslavingshoogleraar is daar voorzitter van een groep wetenschappers die minister Borst eendaags adviseert dat je mensen die zich te buiten gaan aan cocaïne, heroïne en ander lekker spul zoals xtc en amfetamine het beste kunt behandelen met pillen. Wilszwakte is uit de mode, breinziekte is in.

Je zit overal met je neus in. Ben je ijdel, ambitieus, graag dé man van de verslavingswetenschap?

Ach, mijn neuroses ... Toen ik voor het eerst als hoogleraar een brief ondertekende met professor doctor was dat een kick: nou ben ik echt belangrijk. En: Zie je wel, ik ben toch niet zo dom. Drie weken later vraag je je weer af: ben ik wel goed genoeg? Ik ben zoon van een ongeschoolde arbeider, dokter geworden, nooit de opleiding tot psychiater afgemaakt omdat ik gevraagd werd voor hoogleraar epidemiologie van de verslaving.

Hou je van een roes of een kick?

De tijd van vijftig Gaulloises per dag ligt achter me. Ik drink regelmatig. Op vakanties is de alcoholroes heel prettig. In Italië word ik om elf uur 's morgens graag roezig met witte wijn. Je wordt lossig, het maakt je vrijer. Heroïne en cocaïne heb ik nooit genomen en cannabis vond ik niet lekker. Ik handel liever dan dat ik in vergetelheid wegzak. Als ik opsta, ben ik blij. Ik heb een kinderlijke geest. Ik kan er niets aandoen. Thuis vinden ze het erg als ik al vroeg fluit en zing.

Wat is er zo boeiend aan verslaving en verslavingswetenschap?

Er is nog veel emancipatiewerk te doen. Want er heerst nog veel conservatisme. De war on drugs wordt niet alleen tegen handelaren gevoerd, ook tegen gebruikers. Die komt voort uit de gedachte dat mensen niet het recht hebben zichzelf op te peppen of in een roes te brengen, behalve dan door alcoholgebruik. Je mag je opjaagsysteem wel laten stimuleren door moderne kunst of zeventiende-eeuwse schilders maar niet door cocaïne. Dat is de gemakkelijke weg. Zo heeft de Schepper het niet bedoeld.

Je wilt calvinisme bestrijden?

Nou ja, de benauwdheid ervan. (Met pretoogjes:) Mensen willen uit dat nauwe keurslijf breken. Die werkelijkheid kun je maar beter niet ontkennen. De war on drugs zal nooit gewonnen worden.

Dus je bent voor legalisering van drugs?

Persoonlijk vind ik dat iedereen alles moet kunnen gebruiken. Maar omdat ik ben opgevoed met een groot verantwoordelijkheidsgevoel voor mijn medeschepselen – toch calvinist – kun je je afvragen of de vrijheid ongebreideld moet zijn als er veel negatieve bijverschijnselen zijn. Je moet mensen ook beschermen tegen hun zucht. Hoewel dat kan ontfaan in dramatisch paternalisme.

Men moet mensen ook behoeden voor de gevolgen van hun verslaving, hoewel het gevaar bestaat dat dit ontaart in dramatisch paternalisme



Er heerst een vreemde, nogal hypocriete moraal: wie somber is, krijgt het verslavende middel Seroxat van de dokter, maar je emoties zelf reguleren met het middel xtc mag niet.

Ja, dat is vreemd. Te meer daar de grens tussen geneesmiddelen, drugs, voedingssupplementen en doping steeds vager wordt. We gaan toe naar het bewust, chemisch reguleren van onze emoties. De werking van middelen zal geraffineerder, preciezer worden. Voorlopig zijn drugs nog tamelijk lomp. Zeker, ook psychofarmaca. Dat zijn heel grove, maar wel heel nuttige medicijnen.

Alles is nu brein.

Het neurobiologische denken is dominant op dit ogenblik. Eerst waren verslaafden slapjanussen, nu zijn ze ziek en hebben ze chemische stoffen nodig om ervan af te komen. Het waarheidsgehalte van het neurobiologische denken wordt overschat. Het is net zo goed een metafoor, een geloof, een ideologie als het moraliteitsdenken waarin we de oorzaak zochten in wilszwakte. Bij verslaving is het onzin om lineair over oorzaak en gevolg te praten, over waarheden. Die vinden we niet. Maar op dit moment is de neurobiologische visie wel de metafoor die de positie van verslaafden verbetert. Als verslaving immoreel is, is er weinig plek voor deze mensen. Het is mooi dat verslaving gezien wordt als een hersenziekte, hoewel het maar deels op feiten berust. Verslaafden zijn mensen met een predispositie, geen criminelen, dat is een emancipatoire boodschap.

Welke wetenschappelijke vraag houdt jou wakker?

Ik wil weten wat het mechanisme is van craving, de zucht naar middelen. Waarom houdt die maar niet op? Aan het begin van de heroïne-epidemie dacht iedereen dat gebruikers er genoeg van zouden krijgen. Maar het liep anders. Vorig jaar verschenen de schokkende resultaten van een 33 jaar durend follow-up onderzoek onder heroïneverslaafden. Van een groep die vijftien jaar clean was, viel 25 procent toch weer terug. Wat geeft dat aan? Zijn het conditioneringsprocessen? Is het aangeleerd gedrag? Dat dachten we vroeger. Veranderen hersenen blijvend door heroïne? We zoeken het nu ook in neuronale circuits. Door psychologische processen, sociale omstandigheden én biologische predispositie beginnen mensen toch weer aan iets dat ze onheil bracht in het verleden. Ze kunnen er geen weerstand meer aan bieden. Dus in hoeverre zijn ze verantwoordelijk? Dat is een spannend thema op het grensvlak van biologie, psychologie en filosofie. Hoe bepaalt de omgeving het brein en het brein de omgeving? Ratten die in een bekende kooi zitten hebben minder craving dan ratten die in kooien zitten die ze niet kennen. Blijkbaar speelt stress een rol. Stress zet aan tot gebruik en triggert wat is vastgelegd in het brein. Een van mijn promovendi is bezig met borderline-persoonlijkeitsstoornissen. Het lijkt erop dat de stressregulatie van mensen die in hun vroege jeugd getraumatiseerd zijn, ernstig naar de knoppen is. Mogelijk ligt dat zelfs in anatomische structuren vast. Het is schokkend dat sociale omstandigheden dramatische invloed kunnen hebben op het functione-

Wat is het probleem als van een groep van ex-heroïnegebruikers na 15 jaar 25% weer terugvalt?

ren en zelfs de structuur van het brein. Het ging om seksuele trauma's en om mensen die als kind geslagen zijn.

Je gaat steeds meer de biologische kant op.

Ik ken de tijd nog van de antipsychiatrie waarin de biologische visie absoluut reactionair en anti-emancipatoir was. Nu vinden we dat een biologische benadering in het voordeel van verslaafden uitpakt. Je vindt steeds meer je niche. Vroeger vond ik schei- en natuurkunde al leuk. Ik neig steeds meer naar de biologische aanpak, dat vind ik interessant. Implementatieonderzoek in de verslavingszorg – wetenschappelijke inzichten invoeren in de dagelijkse praktijk – boeit me minder. Terwijl dat wel een van de allerbelangrijkste dingen is die moeten gebeuren. Dat soort onderzoek past niet bij mijn onrust. Het vraagt veel overleg, veel massage.

Ondertussen blijft dat gat tussen wetenschap en praktijk maar gapen. Nieuwe kennis dringt niet door. En op congressen kom jij dat steeds vertellen.

Misschien omdat ik nare dingen kan zeggen zonder dat men me meteen wil stening. Ik laat bijvoorbeeld rijtjes zien van wat bewezen niet werkt. Ik vertel dat de verslavingszorg nog heel veel bewezen ineffectieve dingen doet. En ik zeg dat er veel chaos is in de verslavingszorg. We hebben het opgeschreven in het rapport van de Gezondheidsraad over medicinale behandeling van verslaving dat eerdaags uitkomt: er komen steeds meer effectieve en potente behandelingen, maar de verslavingszorg is er nog niet klaar voor. De verslavingszorg wordt nog sterk gedomineerd door een maatschappelijk werkachtige aanpak. Terwijl er potente geneesmiddelen zijn, maar daar moet je wel goed mee omgaan. Methadon en heroïne kun je gemakkelijk overdoseren. Van naltrexon kun je doodziek worden. Dat is risicovol. Je moet goede somatische afdelingen hebben om dat netjes te doen. In onderzoekssettings lukt dat, maar kan het ook in de verslavingszorg? Er zijn daar nauwelijks artsen. Er bestaat geen verslavingsopleiding. Het denken in geneeskundige termen, in medicamenteuze termen, in termen van verslaving als ziekte is nog heel jong.

De verslavingszorg moet anders.

Ja, heel anders. Meer dokters en (sociaal psychiatrisch) verpleegkundigen. En meer gedragstherapeuten. Maar veel mensen vinden verslavingszorg minder aantrekkelijk dan de geestelijke gezondheidszorg. Ten onrechte, want in de verslavingszorg heerst meer vernieuwing. Basaal onderzoek rond verslaving is veel geavanceerder dan bij stoornissen als schizofrenie en depressie. Ook de behandelstudies gaan snel. Maar we blijven bang dat de maatschappij ons niet-effectief noemt. We zouden ons offensiever moeten opstellen. Vergeleken met hulp aan mensen met chronische ziektes als diabetes, reuma, depressies, schizofrenie, doen we het heel goed. Een redelijk deel van de mensen kunnen we van de alcohol afkrijgen, bij drugs is het wat minder. Maar met de verbetering van kwaliteit van leven scoren we bepaald niet slecht.

Ik constateer, dat de verslavingszorg talrijke maatregelen neemt, die bewezen ineffectief zijn. En ik beweer dat in de verslavingszorg dikwijls chaos heerst



Ach, je moet uitkijken voor competitie van de narigheid, voor mensen die op de radio vragen: »u geeft gratis heroïne, maar waarom worden mijn geneesmiddelen niet helemaal vergoed? Ik ben ook chronische patiënt«.

Heroïneverstrekking is een succes omdat twintig tot 25 procent van de mensen het beter maakt dan toen ze alleen methadon kregen. Niet veel, een van de vijf.

Jawel, dat is wel veel. Als je een op de vijf uitbehandelde mensen toch nog in een aanzienlijk betere conditie kunt brengen, is dat fantastisch. Vergeleken met chronische depressie of schizofrenie zelfs onvergelijkbaar goed. Met aanvullende psychotherapeutische interventies bereik je misschien *nóg* meer. Die mochten wij in dit onderzoek niet aanbieden. In Duitsland wordt dat onderzocht. Het is heel banaal: mensen hoeven niet meer te kiezen tussen dope of eten. Je creëert voorwaarden zodat ze hun leven op de rails krijgen.

En men ging niet méér andere middelen gebruiken?

Harddrugverslaafden zijn veelal polydruggebruikers. Tachtig procent van de deelnemers was ook zwaar cocaïnegebruiker. Hun cocaïnegebruik is niet dramatisch maar wel een beetje verminderd. Als ze geen heroïne meer hoeven kopen, kopen ze cocaïne, vreesden we. Maar ze kochten eten, sommigen een wasmachine, een computer. En twee maanden na het stoppen van de heroïneverstrekking viel 85 procent dramatisch terug.

Hoeveel mensen krijgen nu nog heroïne?

Ruim zeventig mensen zitten nog in de laatste fase van het onderzoek. Van het totale aantal deelnemers aan de heroïneverstrekking – 549 mensen – verslechterden negentig heel ernstig toen de verstrekking stopte. Van tevoren was afgesproken dat mensen langer heroïne op recept konden krijgen als dat nodig zou zijn. Als de heroïneverstrekking straks niet wordt ingevoerd, houdt het over een jaar voor deze negentig verslaafden ook op.

Moeten deze mensen altijd heroïne blijven krijgen als de verstrekking definitief wordt ingevoerd?

De meerderheid – 85 procent – heeft langdurig heroïne nodig. Hoe langer wij gaven hoe groter het aantal stabiele mensen. Met therapie erbij gaan sommigen misschien nog eens proberen te stoppen. Dat zag je in Zwitserland ook. Daar ging acht procent naar een afkickprogramma. We weten niet of ze nog steeds abstinente zijn. Onze deelnemers aan het experiment waren zestien tot zeventien jaar verslaafd en gemiddeld 39 jaar oud. Allemaal hadden ze afkickpogingen gedaan. Ze kregen minstens twaalf jaar methadon. Zonder heroïneverstrekking zouden ze ook nog twintig jaar verslaafd zijn.

»Slechts« 25% succes met de behandeling middels heroïne? Vergeleken met de behandeling van chronische depressie nog schizofrenie nog altijd ruim boven het gemiddelde

Uit welke hoek komt de weerstand tegen definitieve invoering van heroïneverstrekking?

Borst is voor, zei ze. CDA'er Van der Camp vond het goed onderzoek maar zei dat we yuppenjunks hebben onderzocht. Onzin. De VVD was aanvankelijk enthousiast. Mede omdat heroïneverstrekking de criminaliteit doet dalen. Nu zegt mevrouw Blerck van de VVD dat ze een project wil, geen definitieve invoering. De wethouders van grote steden zijn enthousiast. Zij hopen dat heroïneverstrekking overlast wegneemt. In de hulpverlening zelf zit weerstand. Bij therapeutische gemeenschappen en bij de methadonverstrekking. Hulpverleners in methadonprogramma's zijn bezorgd. Er komt een bonus op slecht functioneren, zeggen ze. Dan krijg je heroïne. Daar zit wat in.

De methadonverstrekking is niet goed. Dit blijkt uit onderzoek dat tegelijk met de rapportage over heroïneverstrekking uitkwam. Hogere doses werken, maar worden lang niet overal gegeven. Tegenstanders van heroïneverstrekking zullen zeggen: maak eerst de methadonverstrekking beter.

Je moet geen heroïneprogramma's starten als de methadonverstrekking niet goed is. Er moeten richtlijnen komen want de enorme variatie in doses methadon in Nederland is onacceptabel.

Hoe is de belangstelling voor heroïneverstrekking in het buitenland?

Wereldwijd neemt die toe. Door bijzondere wetgeving kunnen ze in Zwitserland verstrekken tot 2004. Heroïne is daar overigens nog steeds geen geneesmiddel. Duitsland is aan de gang, in Spanje staat veel te gebeuren, in Canada ligt een programma klaar en Australië, Denemarken, België en Frankrijk hebben plannen.

Ad Melkert van de PvdA sprak onlangs over »onverdraaglijke overlast van dealers en verslaafden«. Hij wil drugsverslaafden vaker gedwongen laten op te nemen en laten afkicken.

Cynisch: Ja, het is verkiezingstijd. Niemand wil overlast. Je kunt ook zeggen: sluit ze allemaal op. Dan krijg je minder overlast. Ik geloof niet dat we zoveel ruimte hebben in gevangenissen. En het is niet over zodra je ze weer los laat. Verbeteren van sociale omstandigheden is nog de beste bestrijding.

Kritische maatschappelijk werkers in methadonprogramma's zeggen: »slecht functioneren wordt beloond door verstrekking van heroïne«. Toegegeven, daar zit iets in



Voor verslaafden aan harddrugs hebben we nu twee uitersten: heroïne op recept en twee jaar gedwongen opname in de Strafrechtelijke Opvang voor Verslaafden (SOV). Wie krijgt eigenlijk wat?

In deze volgorde zou het zinvol zijn:

- Naltrexon voor detoxificatie*
- Methadon als het niet lukt van drugs af te blijven*
- Buprenorfine als Methadon niet helpt*
- als dat niet helpt*
- Heroïne*
- als alles mislukt, dan gedwongen behandeling*

Ik heb geen hoge verwachtingen van de SOV. Voor minister Korthals is vijftien procent effect al goed genoeg. In Amerika is dat gehaald met mensen die korter verslaafd waren, minder ernstig crimineel, in heftige therapeutische programma's en met veel meer nazorg dan hier. Wil je zo'n ingrijpende maatregel voor vijftien procent succes?

In ons rapport van de Gezondheidsraad zeggen we: je gaat eerst voor genezing, voor stabiele abstinentie. Ontgiften dus met naltrexon en dat nog lang blijven geven. Cold turkey afkicken is mishandeling. Nette dokters doen dat niet meer. Als genezing niet lukt, krijg je behandeling met methadon of buprenorfine voor mensen die het niet goed doen op methadon. Wie daar geen baat bij heeft, krijgt heroïne. Dat is ordelijk. Omdat we van tevoren niet weten wie het waarmee goed doet, moet het stepped care. Voor mensen die crimineel blijven kan de maatschappij besluiten dat ze naar de SOV moeten.

Komt de heroïneverstrekking er door in deze verkiezingstijd vol spierballentaal?

Het zou raar zijn als het niet zo was. De Tweede Kamer wilde weten of het effectief is en of invoering kan. Dat is het geval. Wie a zegt, moet ook b zeggen. Ik ben voor registratie van heroïne als geneesmiddel. Dat kan volgend jaar geregeld zijn.



■ Petra leren kennen

■ Petra aan het lachen gebracht

■ Petra gekust

■ Petra in haar decolleté gekotst

Alcohol – ooit gaat de lol eraf.

Marion Caspers-Merk

Stand van zaken en perspectieven van het Duitse verslavings- en drugsbeleid

In Berlijn vond op 6 december 2001 een gesprek plaats tussen de federale gevolmachtigde voor drugszaken Marion Caspers-Merk en vertegenwoordigers van Duitse vakbladen voor verslavingszorg en drugszaken. Hierbij werd de balans opgemaakt van de ontwikkelingen tot dusver, en er werden enkele taken geformuleerd voor de toekomst. BINAD geeft hier enkele van de belangrijkste verklaringen uit de nota weer, welke het uitgangspunt voor het gesprek was.

Wij lopen met ons behandelingssysteem aan kop in Europa en in de wereld. Toch zijn er nog tekortkomingen voor wat betreft de toegankelijkheid en de behandeling van verslaafden en mensen die sterk gevaar lopen verslaafd te raken.

De nieuwe bondsregering had zich voorgenomen om de dringend benodigde hervormingen op sommige terreinen van het drugsbeleid ter hand te nemen. Dit gold in het bijzonder voor het garanderen van hulp voor de eerste levensbehoeften. Verder lag het in de bedoeling het hulpverleningssysteem verder te ontwikkelen en de fixatie op illegale drugs in het verleden op te heffen.

Ons drugsbeleid rust inmiddels op de volgende vier zuilen:

- preventie
- behandeling en therapie
- hulp voor de eerste levensbehoeften
- reductie van het aanbod en repressie.

In de eerste fase van de werkzaamheden van de nieuwe bondsregering stond met name de hulp voor de eerste levensbehoeften centraal, omdat op dit vlak hervormingen dringend noodzakelijk waren. De taak is nu de drie andere zuilen van het drugs- en verslavingsbeleid te versterken.

Bereikte tussendoelen

De kwaliteit van de substitutiebehandeling wordt verbeterd

Inmiddels werden ca. 50.000 opiaatverslaafden behandeld met substituten, bij ca. 35.000 gevallen werden de kosten gedragen door de ziekenfondsen.

Op de volgende vier punten moet nog actie worden ondernomen:

1. een opiaatverslaving moet in de toekomst reden genoeg zijn voor substitutie;
2. substitutie moet ook al mogelijk worden bij een pas twee jaar durende verslaving;
3. de soms gecompliceerde en tijdrovende aanvraagprocedure moet worden gewijzigd in een meldingsprocedure en
4. het gebruik van geschikte instrumenten voor de kwaliteitsbewaking van behandelingsinstellingen die gebruik maken van substituten, inclusief psychosociale begeleiding (PSB) moet ondersteund worden.

Het heroïneproject begint

De steden en deelstaten die betrokken zijn bij het modelproject van een behandeling die gebruik maakt van heroïne, hebben het raamakkoord met het Duitse Ministerie voor Volksgezondheid ondertekend. Inmiddels kon worden begonnen met de realisatie van het project.

Meer informatie kan worden gevonden op www.heroinstudie.de.

Gebruiksruimten verlagen de risico's voor de gezondheid en het aantal drugsdoden

Het Ministerie voor Volksgezondheid komt na een eerste evaluatie van het werken met gebruiksruimten tot de conclusie dat de instellingen die momenteel beschikbaar zijn voldoen aan de belangrijkste eisen van de wetgever. Het gaat daarbij om het veiligstellen van de eerste levensbehoeften, de stabilisatie van de gezondheid en de medische/sociale rehabilitatie van een groot aantal personen uit de doelgroep van moeilijk bereikbare verslaafden. Er werd opdracht gegeven voor een wetenschappelijke evaluatie van het werk in gebruiksruimten. De resultaten zullen medio 2002 beschikbaar zijn.

Zwaar zieke personen kunnen cannabis-medicijnen krijgen

Om zwaar zieke mensen pijnstillende cannabis-medicijnen te kunnen geven, werden de mogelijkheden vergroot om deze cannabis-medicijnen in te zetten, b.v. bij gebrek aan eetlust bij AIDS-patiënten, tegen braken bij kankerpatiënten met een chemotherapie of bij MS-patiënten. Er moet worden voldaan aan de eisen die de Wet op de Geneesmiddelen stelt (werkzaamheid, veiligheid en reproduceerbare kwaliteit) en de patiënten moeten worden beschermd tegen de bijwerkingen. Medicijnen met de werkzame stof van cannabis, dronabinol, kunnen worden voorgeschreven. De apotheken kunnen deze medicijnen ter beschikking stellen. Momenteel wordt onderzocht of cannabis-medicijnen in natuurlijke mengsels ter beschikking kunnen worden gesteld.

Op het gebied van overlevingsstrategieën kon al een aantal tussenstappen worden genomen

De legale verslavende middelen tabak en alcohol

a) Tabak

Naast verschillende preventieve maatregelen worden al lange tijd gesprekken gevoerd met de tabaksindustrie, om deze te wijzen op haar verantwoordelijkheid ter bescherming van de jeugd. Het gaat daarbij ook om de dringende vraag naar een substantiële ondersteuning van een fonds voor de preventie van roken bij jongeren. Men heeft hiertoe een aanbod gedaan, waarover nog verder onderhandeld wordt.

Wij maken gebruik van nieuwe creatieve projecten, o.a. op scholen (b.v. »Be smart – don't start«) om het rookgedrag te veranderen.

Het is natuurlijk duidelijk dat de werking van zulke projecten op lange termijn alleen dan gegarandeerd kan worden, wanneer deze er in de scholen gewoon altijd bijhoren en niet beperkt blijven tot uitzonderlijke, tijdelijke maatregelen.

Een pakket maatregelen dat al lange tijd noodzakelijk is, wordt nu voorbereid door BZgA. Het gaat er hierbij in het bijzonder om jongeren te ondersteunen om op een vroeg tijdstip te stoppen met roken.

Er zijn ook juridische maatregelen noodzakelijk voor de preventie van roken

De motie die op 31 mei 2001 (de Wereld Niet Roken Dag) werd aangenomen door de Duitse Bondsdag heeft ten doel de Verordening voor de Verbetering van de Bescherming van Niet-rokers in de Werkruimten in Bedrijven te veranderen. Deze verandering wordt momenteel voorbereid door het Federale Ministerie voor Werk en Sociale Ordening (BMA), welke op dit terrein verantwoordelijk is. De verordening zal in mei 2002 in werking treden.

De geplande aanpassing van de Wet op de Jeugdbescherming is in voorbereiding. Gepland is o.a. een verbod op de verkoop van tabak aan kinderen en jongeren en het moeilijker bereikbaar maken van sigarettenautomaten (chip-card-systeem) voor kinderen en jongeren.

b) Alcohol

Het systeem voor verslavingszorg in Duitsland is weliswaar goed ontwikkeld, toch zijn er nog hiaten. Vooral alcoholverslaafden komen vaak veel te laat voor een behandeling en jongeren die gevaar lopen verslaafd te raken aan alcohol worden nauwelijks bereikt door het bestaande systeem van hulpverlening.

De bereikbaarheid van tabak voor jongeren wordt moeilijker gemaakt door een aanpassing van de jeugdbeschermingwet

In de voorjaarsbijeenkomst, die begin maart 2002 plaatsvond, werd daarom ingegaan op terreinen die tot dusver te weinig aandacht kregen bij de preventie en behandeling van alcoholproblemen:

- welke mogelijkheden voor de verbetering van de vroegtijdige herkenning en behandeling worden momenteel ingezet?
- hoe kunnen jongeren met riskante gebruikspatronen («binge drinking») worden bereikt door voorlichting, maatregelen ter vermindering van de hoeveelheid drank en vroegtijdige behandeling?
- welke maatregelen ten behoeve van het terugbrengen van schadelijke gebruikspatronen zijn zinvol en effectief?
- welke maatregelen van de laagdrempelige drugshulpverlening zijn overdraagbaar naar het terrein van de hulpverlening voor alcoholverslaafden?

In de preventie moet men proberen nieuwe wegen in te slaan

De preventie moet centraal staan bij de duurzame reductie van problemen op verslavings- en drugsgebied.

Wij weten nu wanneer preventie succes heeft en hoe deze er uit moet zien:

1. Positieve boodschappen uitdragen, i.p.v. »Je mag niet« – »Je mag«-boodschappen
2. Interactief aanbod – niet overladen met informatie, maar actief laten meewerken en ontwikkelen (actie van scholieren over roken)
3. »Peers« erbij betrekken – leeftijdgenoten zijn geloofwaardiger
4. Community action i.p.v. informatiecampagnes die ondergesneeuwd raken in de media, iedereen moet achter het concept staan
5. Duurzaam aanbod, i.p.v. strovuur

Maar wij moeten ook nieuwe manieren vinden om jongeren te bereiken die een riskant gebruikspatroon hebben en die gevaar lopen lichamelijke en psychische schade op te lopen. Dat geldt met name voor:

1. jongeren in de »party- en technoscène«, die vaak opvallen door veelvuldig en heftig gebruik;
2. kinderen uit verslaafde gezinnen die groot gevaar lopen de vicieuze cirkel van de ouders weer te herhalen;
3. jonge Duitse immigranten uit Oost-Europa en andere allochtonen die vanwege hun mislukte integratie in contact zijn gekomen met de politie.

***Versterkte
preventie-
inspanningen voor
bijzondere
risicogroepen zijn
noodzakelijk***

Drugspreventie op het internet

In de zomer van 2001 is een internetproject www.drugcom.de opgestart om jongeren te bereiken die een riskant gebruikspatroon hebben, maar geen consultatiebureau opzoeken. Het doel is jonge mensen aan te spreken die al ervaring met drugs hebben – meestal met cannabis en XTC. Het project wil de communicatie met jongeren, die geen morele boodschappen accepteren maar wel open zijn voor anonieme informatie en advies, verbeteren.

Het betrekken van groepen van dezelfde leeftijd en vergelijkbare levenservaringen bij de preventie is belangrijker geworden. Vooral in de zogenoemde partyscène bestaan in Duitsland inmiddels meer dan 30 projecten, die ten doel hebben voor te lichten en de lichamelijke risico's van het gebruik van zogenoemde »partydrugs« te verlagen. De dialoog met deze projecten dient te worden voortgezet.

Ik zie het modelproject FRED, dat zijn aanbod richt op jongeren die voor het eerst in aanraking zijn gekomen met de politie, als één van de mogelijkheden om het consumptiegedrag te beïnvloeden. Het ligt in de bedoeling de ervaringen in 2002 te evalueren, omdat hiermee ook belangrijke tips gegeven kunnen worden voor het oplossen van problemen die bestaan bij de samenwerking tussen drugshulpverlening, jeugdzorg en politie.

Het omgaan met cannabis is niet zonder risico's.

Maar alleen strafvervolgning is niet geschikt om het probleem aan te pakken

Er is een debat nodig over het risico van het gebruik van cannabis

Omgaan met cannabis is niet vrij van risico's. Maar het strafrecht alleen is niet geschikt om dit probleem aan te pakken. Sinds het besluit van het Federale Constitutionele Hof in 1994 heeft het bezit van kleine hoeveelheden cannabis voor eigen gebruik in de praktijk geen strafrechtelijke gevolgen meer. De deelstaten hebben echter verschillende grenzen vastgesteld voor »de geringe hoeveelheid« cannabis. Wij onderzoeken momenteel hoe de wetgever deze verschillen kan opheffen en er een harmonisatie kan worden bereikt.

Een lichamelijke verslaving van cannabis kan weliswaar vrijwel geheel worden uitgesloten, maar er kan toch lichamelijke schade ontstaan en het gebruik van cannabis kan verder leiden tot een psychische verslaving. Het aantal hulpzoekenden in verband met cannabis is de laatste drie jaar verdubbeld. Daarom werd opdracht gegeven een onderzoeksproject te starten, waarin de diagnoses in poliklinische en klinische instellingen voor verslavingszorg moeten worden onderzocht en consequenties voor het hulpaanbod moeten worden geformuleerd.

In februari 2002 zal bovendien een gesprek tussen experts plaatsvinden over cannabis en verkeersveiligheid. Enerzijds moet worden onderzocht hoe de verkeersveiligheid kan worden gegarandeerd en anderzijds hoe cannabis- en alcoholgebruikers gelijk kunnen worden behandeld.

Er moet nog steeds veel actie worden ondernomen

Meer rekening houden met hulp voor vrouwen

In september 2002 zal in samenwerking met de »Qualitätszirkel Frauen und Sucht« van het Fachverband Drogen und Rauschmittel (FDR) een congres onder de titel »Vrouwen en Verslaving« worden georganiseerd, dat de huidige kennis over dit thema moet bundelen en voorstellen moet uitwerken om de inzichten beter te integreren in het systeem voor verslavingszorg.

Medicijnverslaving: een verwaarloosd thema

Wij moeten ons meer dan tot op heden gaan bezighouden met het probleem van het misbruik van medicijnen. Het is met name van belang

- dit probleem systematisch te registreren en evalueren,
- de artsen beter dan tot dusver in staat te stellen om medicijnen op wetenschappelijk verantwoorde wijze in te zetten;
- doelgericht preventieve maatregelen voor speciale doelgroepen te ontwikkelen;
- doelmatige administratieve regelingen om het voorschrijven van medicijnen te controleren.

Hulp voor verslaafde Duitse immigranten uit Oost-Europa begint op gang te komen. De alarmerende cijfers over de sterke stijging van het aantal drugsdoden onder jonge heroïne-gebruikende Duitse immigranten heeft ons een pijnlijk gat in de verslavingszorg doen zien. Deze groep gebruikers is zeer wantrouwend ten opzichte van de verslavingszorg en het is daarom voor de drugshulpverlening moeilijk zich in te stellen op deze groep.

Dit is de reden waarom tot verschillende maatregelen werd besloten om hier beter hulp te kunnen bieden, o.a. bijscholingscursussen voor medewerkers van de consultatiebureaus voor verslaving en migratiezaken in tien steden. Dit om problemen in verband met verslaving beter te kunnen herkennen, specifieke achtergronden van de migratie beter te kunnen begrijpen en doelgerichter hulp te kunnen aanbieden.

Betere verweving van poliklinische en klinische hulp is noodzakelijk

Een belangrijk doel van de hervormingen is een poliklinische en klinische verzorging dichtbij de woonplaats en een nauwe verbinding tussen klinische en poliklinische behandelconcepten. Dergelijke concepten voor een geïntegreerde verzorging zijn nog niet in voldoende mate aanwezig in het systeem van de verslavingszorg. Dit geldt zowel voor de noodzakelijke betere verbinding tussen de behandeling van artsen en niet-artsen, maar ook tussen de klinische therapie die vaak op grote afstand plaatsvindt en de poliklinische nazorg. Met de nieuwe »Vereinbarung Abhängigkeitskranke« (Overeenkomst verslavingszieken) van de pensioenverzekeraars en de ziekenfondsen van juli 2001 is een belangrijke stap in deze richting gezet.

Een samenwerkingsverband van zowel ambulante als klinische behandelings-systemen is niet voldoende voorhanden

Het geld dat bestemd is voor hulp belandt vaak op een verkeerde plaats

Er moeten ook enkele kritische vragen worden gesteld:

- waarom doen de ziekenfondsen te weinig aan preventie, hoewel ze daar wettelijk toe verplicht zijn?
- waarom wordt vaak te laat behandeld?
- waarom wordt nog maar zo weinig poliklinisch behandeld?

Er wordt een »Aktionsplan Drogen und Sucht« (Actieplan Drugs en Verslaving) voorbereid

Op lange termijn moeten gezamenlijke doelstellingen van de federatie, de deelstaten en de bonden worden ontwikkeld, die eraan kunnen bijdragen de lichamelijke en sociale risico's in verband met verslavende middelen te verlagen. De einddoelen en de tussenstappen voor het bereiken daarvan moeten worden vastgelegd.

In het voorjaar van 2002 moet een »Eckpunktepapier für einen Aktionsplan Sucht und Drogen« (Nota van uitgangspunten voor een actieplan verslaving en drugs) worden samengesteld, waarover overleg met de deelstaten en de bonden moet worden gepleegd. Deze uitgangspunten moeten o.a. rekening houden met de volgende overwegingen:

1. de vier zuilen van het verslavings- en drugsbeleid moeten worden verankerd;
2. de fixatie op de illegale drugs moet worden opgeheven en de legale verslavende middelen moeten erbij worden betrokken;
3. de Europese ontwikkeling moet worden betrokken bij het plan;
4. er moet rekening worden gehouden met de globale ontwikkeling van een »evenwichtig concept« voor de omgang met verslavings- en drugsproblemen.

De ontwikkeling van een dergelijk actieplan zal één van de belangrijkste taken voor het jaar 2002 zijn.

**Die Drogen-
beauftragte
der Bundesregierung**

Mohrenstr. 62
10117 Berlin
Duitsland

☎ 00 49-30-2 06 40-14 50

☎ 00 49-30-2 06 40-49 60

Druggebruik en de wetgeving in de EU

De volgende uittreksels zijn van de tweemaandelijkse briefing »Drugs in beeld« van de Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving (EWDD) genomen.

Balans tussen bestraffing en behandeling

De drugswetgeving in de Europese Unie (EU) moet voortdurend een evenwicht te vinden tussen bestraffing en behandeling.

Maar er is een veelvoud aan benaderingen inzake het ongeoorloofd gebruik van verdovende middelen in de hele EU en de daaraan voorafgaande handelingen zoals bezit en verwerving.

In veel landen zoeken justitie en overheidsinstanties steeds vaker naar mogelijkheden om daders niet te vervolgen.

Niettemin blijkt uit gegevens dat het politieoptreden tegen drugsgebruikers toeneemt – mogelijk wegens toegenomen prevalentie. Bovendien worden aan de rechtbanken nog steeds gevallen voorgelegd van ongeoorloofd gebruik van verdovende middelen en worden met name aan recidivisten nog steeds gevangenisstraffen opgelegd. Dergelijke inconsistenties bij de toepassing van de wet kunnen tot verwarring leiden bij het publiek en de geloofwaardigheid van het rechtssysteem met betrekking tot het gebruik van verdovende middelen aantasten.

Recidive van drugsmisbruik en criminaliteit komt vaak voor bij drugsverslaafden. Het voorkomen en behandelen van de verslaving, de oorzaken en gevolgen ervan kunnen moeilijk, tijdrovend en kostbaar zijn, maar het is de manier om de geldverslindende keten van drugs en criminaliteit te doorbreken.

Georges Estievenart,
Direkteur EWDD

Belangrijke beleidskwesties in één oopopslag

- De drugsverdragen van de VN laten landen manoeuvreerruimte om naar eigen goeddunken het ongeoorloofd bezit van verdovende middelen voor eigen gebruik te reguleren, zonder rigoreus specifieke straffen te bapalen.
- De wetten die het gebruik van drugs reguleren zijn per EU-lidstaat verschillend. In sommige landen behoren gevangenisstraffen tot de sancties, terwijl in andere landen bezit voor eigen gebruik de afgelopen jaren is gedecriminaliseerd.
- In het algemeen treedt de politie in de EU steeds vaker op tegen het ongeoorloofd gebruik en bezit van drugs, hoewel er binnen ieder land en tussen landen verschillen zijn.
- Strafvervolgers in de meeste lidstaten geven tegenwoordig de voorkeur aan niet-strafrechtelijke maatregelen tegen het ongeoorloofd gebruik en bezit van verdovende middelen. Maar hard optreden, met inbegrip van gevangenisstraf, is nog steeds het gebruikelijke resultaat voor verslaafden die verdovende middelen verkopen of vermogensdelicten begaan, vooral voor recidivisten.
- Alternatieven voor strafvervolgung – meestal therapeutisch of sociaal van aard – zijn intussen in ruime mate beschikbaar in de hele EU, maar hun toepassing en effectiviteit verschillen.
- Door coördinatie tussen de rechtsspraak en de gezondheidszorg kunnen programma's die alternatieven voor strafvervolgung bieden tot betere resultaten leiden.

Er kan een grotere geloofwaardigheid bereikt worden als de wetgeving wordt afgestemd op de praktijk van de politie en strafvervolgung-systeem

Drugsgebruik en de wetgeving in de EU-Beleidsoverwegingen

Het EWDD is van mening dat de volgende punten de basis zouden kunnen vormen van toekomstige beleidsoverwegingen:

- De onderliggende gedachte van het VN-verdrag van 1988, met de vereiste om bezit van verdovende middelen voor eigen gebruik als een misdrijf te kwalificeren, houdt eerder verband met het versterken van de strijd tegen internationale handel in verdovende middelen dan met het criminaliseren van drugsgebruikers.
- Hoewel de drugswetgeving in de hele EU verschillend is, is in lidstaten sinds kort een trend waarneembaar om de wet in overeenstemming te brengen met de praktijk wat betreft het politietoedreden en de strafvervolgung. Dit draagt bij tot een grotere geloofwaardigheid van de wet.

- Effectief politieoptreden op het gebied van verdovende middelen dient in de eerste plaats gericht te zijn op de meest schadelijke situaties van drugscriminaliteit.
- De meeste lidstaten hebben in het geval van drugsgebruik of bezit van drugs mechanismen geïmplementeerd om een strafrechtelijke veroordeling van een groot deel van de gearresteerde gebruikers te voorkomen.
- Als een aangehouden drugsgebruiker verslaafd blijkt te zijn kan – zoals onderzoek aantoont – behandeling leiden tot aanzienlijke winst op het gebied van gezondheid, op sociaal terrein en wat betreft het terugdingen van de criminaliteit.
- Voor een effectief beheer van veranderingsinitiatieven wordt nauwe samenwerking tussen justitie en gezondheidsinstanties aanbevolen.

Drugs in beeld

is een reeks communiqués over drugsbeleid die wordt uitgegeven door het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving (EWDD) in Lissabon.

De communiqués worden zesmaal per jaar geplubliceerd in de 11 officiële talen van de Europese Unie en in het Noors.

Zij kunnen worden gedownload van de website van het EWDD (<http://www.emcdda.org>).

Voor gratis abonnementen kunt u zich per e-mail aanmelden (info@emcdda.org).

Frauke Schwarting

Gebruikspatronen en de kijk op meisjes veranderen

Frauke Schwarting, ex-medewerkster van de Hamburgse organisatie voor verslavingszorg »Frauenperspektiven«, heeft op 24-03-2000 de volgende inleiding gehouden op het congres »Mädchen-/Frauenbilder und Konsummuster im Wandel«. Dit congres werd georganiseerd door de Regionale Arbeitskreis Frauen und Sucht Südbaden (Regionale Werkgroep Vrouwen en Verslaving Zuid-Baden) en vond plaats in het Zentrum für Psychiatrie Emmendingen/Freiburg.

De werkgroep heeft een documentatie van het congres samengesteld, die daar kan worden aangevraagd; het »PARTNER-Magazin« publiceerde de bijdrage in het nummer 5/2001. BINAD plaatst hier in overleg met de auteur een verkorte versie.

De meisjesbeelden zijn aan het veranderen. Het beeld van jonge vrouwen in de muziek, in tijdschriften en in films is zelfbewuster dan vroeger, meisjes treden ook voor wat betreft de trends in het drugsgebruik en in scènes veel meer op de voorgrond (het begrip drugs is in het vervolg een synoniem voor psychoactieve middelen). Welke invloed hebben »nieuwe ontwikkelingen« op het werken met drugs gebruikende meisjes? De volgende kijk op meisjes is niet direct bedoeld voor consulterend en therapeutisch werken met vrouwen in de verslavingszorg, maar meer voor de collega's in de jeugdzorg en als »antenne« voor zaken, waaraan wij in de praktijk en qua aanpak wellicht op de lange termijn meer aandacht zouden moeten schenken, of die wij zouden moeten veranderen.

De achtergrond van de volgende gedachten zijn vooral ervaringen die ik heb opgedaan in mijn voormalig werkgebied advisering en preventie bij meisjes in de instelling voor verslavingszorg KAJAL (Verein Frauenperspektiven, Hamburg).

Oude en nieuwe aspecten van het drugsgebruik die speciaal betrekking hebben op meisjes

Enkele aspecten die bekend zijn uit het landelijke werk met meisjes en vrouwen en uit het onderzoek naar verslaving bij vrouwen, zijn tot op heden niet veranderd. Hiermee zou nog steeds rekening moeten worden gehouden bij het specifieke werk met meisjes:

Redden en helpen: »blijken van liefde« in de context van drugsgebruik.

Veel meisjes komen nog steeds in contact met drugs via hun partner (jongens daarentegen vaker door andere jongens). Meisjes spreken soms zelfs met enige trots over een gebruikende of zelfs verslaafde vriend. Het zich zorgen maken over de ander schijnt deel uit te maken van de identiteit van de vrouw, proberen hulp te verlenen is een manier om in contact te komen met het avontuur drugs, die soms maatschappelijk gezien positief gewaardeerd wordt. Meisjes op jeugdige leeftijd hebben nog steeds romantische voorstellingen van »liefde die heelt«, »liefde die sterker is dan de drug«. Dergelijke voorstellingen van liefde en vriendschap leiden tot reddingspogingen die meestal geen kans van slagen hebben omdat ze de belangen van de gebruikende jongen/het meisje negeren. Voor het meisje zelf zijn ze ook niet goed omdat ze daarvoor andere behoeften opzij zet. Foto-verhalen in meisjesbladen spelen bijvoorbeeld een belangrijke rol bij deze voorstelling van redden als blij van liefde en romantische »dramatiseringen«

Druggebruik en eetgedrag:

leidt het »echte« lichaam naar het »echte« leven?

Door de grote invloed van de lichaamsvorm en het gewicht worden drugs vaak ingebouwd in diëten (veel middelen verminderen het hongergevoel, ephedrine wordt immers bijvoorbeeld ook als eetlustremmend middel verkocht). Wij zien in ons werk dat de lichaamsvorm steeds belangrijker wordt voor de meisjes (daardoor ook de daarmee samenhangende diëten en de eetstoringen die daardoor ontstaan). Daar waar andere manieren om zich sociaal te integreren en erkend te worden en daar waar de persoonlijkheidsontwikkelingen moeilijkheden opleveren, hopen meisjes vaak deze doelen te bereiken door een slank en aantrekkelijk lichaam. Het lichaam wordt dan bij wijze van spreken een »sociale optie«. Als gevolg daarvan hebben bijvoorbeeld driekwart van de meisjes van een doorsnee-klas boven 14 jaar ervaringen met diëten. Drugsverslaving en sterke eetstoornissen treden bij meisjes en jonge vrouwen daarom steeds vaker tegelijkertijd op. Met dit feit wordt nog veel te weinig rekening gehouden bij het consultatie- en behandelingsaanbod.

Waar andere manieren van binding in een sociale structuur, erkenning en persoonlijkheidsontwikkeling moeilijk zijn te vinden, hopen meisjes dikwijls, deze doelen te verwezenlijken middels een slank attractief lichaam

Naast deze al lang bekende trends bestaan echter nieuwe, die de consumptie van psychoactieve middelen aantrekkelijker hebben gemaakt voor meisjes:

Van de »tablet« tot de »pil«:

veel populaire harddrugs komen binnen op »zachte« wijze.

Vroeger waren er weinig meisjes/vrouwen die harddrugs consumeerden. Maar met de populaire kleurrijke drugsvorm »pil« vervaagt de grens tussen drugs en medicijnen sterk. Medicijnen kennen meisjes al: ze gebruiken bijvoorbeeld zeer veel pijnstillers (meestal bij hoofdpijn of menstruatie). Doordat ze de pijnstillers vaak mengen met middelen die de stemming veranderen, doen ze dus ook ervaring op met psy-

choactieve stoffen. Het bekende pillen-imago (schoon, uit een laboratorium, kan eenvoudig worden geslikt) van veel harddrugs verlaagt de drempel bij de meisjes.

Uitgaansdrugs, dansscènes en vrouw-zijn:

in de nieuwe drugscènes komen meisjes eindelijk aan hun trekken.

Drugscènes hebben ook cultureel gezien vaak een »zachter« imago. Juist de uitgaansscène biedt de meisjes een nieuwe toegang tot drugs. Deze scène is minder mannelijk, dansen staat centraal, de cultuur is open en niet erg exclusief.

Cocaïne, cool zijn en slagvaardigheid:

biochemische incarnaties van het zelfbesef van meisjes.

De werking die door cocaïne beleefd wordt (maar ook door amfetamine) beantwoordt aan het huidige zelfbesef van meisjes. Veel meisjes vertellen ons dat ze onder invloed van cocaïne precies dat zijn dat ze altijd wilden zijn – zelfbewust, cool, een vlotte babbel. Als keerzijden worden genoemd de soms optredende ongewenste nevenwerkingen, zoals grotere onrust, agressiviteit en strijd lust. Van deze keerzijden houden ze niet en ze kunnen ze vaak niet op één lijn brengen met hun eigen zelfbeeld als meisje.

De psychosomatische boemerang

Zoals bekend ontwikkelen meisjes bij problemen vaak psychosomatische vormen van verwerking. Deze werden bij drugs gebruikende meisjes vroeger vaak afgezwakt door opiaten, slaappillen en pijnstillers, maar wij hebben nu te maken met het feit dat psychische storingen duidelijker naar voren treden door het toenemende gebruik van cannabis, amfetaminen en hallucinerende stoffen. Wij komen dit in consultatiegesprekken veel tegen in de vorm van angsttoestanden en auto-agressie.

***Wij moeten ons
realiseren dat
door toename van
het gebruik van
Cannabis,
Amfetamine en
Hallucinogenen,
psychische
stoornissen eerder
op de voorgrond
treden***

Nieuwe realiteiten van meisjes: modernisering of emancipatie?

Voor de meisjes van vandaag is er veel veranderd ten opzichte van de generatie van hun moeders. Van de pedagogen die werken met meisjes hoort men vaak tegenstrijdige meningen en kritieken. De een zegt dat de meisjes van tegenwoordig sterker geëmancipeerd, zelfstandiger, zelfbewuster zijn, de ander benadrukt dat ze nog steeds te maken hebben met beperkingen op grond van het geslacht. En men hoort zo nu en dan klachten dat de meisjes zo weinig feministisch zijn. »Wij waren vroeger veel bewuster en meer politiek geïnteresseerd«, zeggen sommige vrouwen die hun toenmalige subculturen en hun politieke belangstelling bijvoorbeeld vergelijken met de rave-cultuur. Het maken van vergelijkingen leidt echter tot onproductieve polarisaties, die waarschijnlijk weinig te maken hebben met de realiteit. Wij moeten rekening houden met het feit dat de maatschappelijke modernisering die de BRD door-

maakte in de jaren '70 en '80, op gang gebracht door democratische bewegingen (b.v. door de studenten- en vrouwenbeweging). Dit leidde echter ook tot een diversificatie van levensomstandigheden, tot doorlatendheid van sociale lagen en tot veranderingen in de verhouding tussen de geslachten. Emancipatie en modernisering zijn echter niet identiek, maar de strijd voor de emancipatie van vrouwen werd gevoerd in een maatschappij die bezig was te moderniseren. Het blijft daarom de vraag en dit zal nader moeten worden onderzocht of gemoderniseerde voorstellingen ook beantwoorden aan de mogelijkheden die vrouwen hebben zelf te bestemmen en actie te ondernemen: modernisering en emancipatie staan in een spanningsveld. Dit bergt voor meisjes op jeugdige leeftijd zowel mogelijkheden als tegenstellingen.

Veel schijnt mogelijk, maar wat is uitvoerbaar? De modernisering van de zelfbeelden

De modernisering van het meisjes- en vrouwenbeeld bestaat niet alleen uit het uitbreiden van voorgestelde houdingen, handelingen en eigenschappen van vrouwen binnen het heersende vrouwenbeeld, maar ook uit het vernenigvuldigen van beelden. Het zien van meisjes/vrouwen in tijdschriften, films en reclame enerzijds en de observatie van meisjes/vrouwen in de normale leefomgeving anderzijds, laten zien dat er tegenwoordig veel meisjes/vrouwenbeelden tegelijkertijd bestaan. Ze komen behalve met de gewijzigde specifieke vrouwenzaken ook overeen met het wegvallen van de vroegere homogene milieus en het ontstaan van veelsoortige levenssituaties en de differentiatie van levensloop, opleiding, geld status etc..

Wanneer wij bedenken dat tegelijkertijd ook de beelden en eisen in de verschillende delen van de maatschappij veel strenger worden (prestatiegerichtheid in school en beroep, maar minder arbeidsplaatsen; dure geniet-cultuur in de vrije tijd, maar groter wordende armoede; verlangen naar meer geborgenheid en liefde in relaties en gezin; maar in werkelijkheid een teruggang daarvan) en de meisjes in de media worden overspoeld met veelsoortige en vaak onrealistische beelden en levenskansen, dan wordt duidelijk dat de taak van de meisjes om zich in de jeugdjaren te oriënteren vandaag de dag zwaar is.

Meisjes reageren op deze veelheid aan beelden en schijnbare mogelijkheden die tegelijkertijd gesuggereerd worden, zo luidt mijn these, met middelen die ook kunnen worden aangetroffen in subculturen. Men gaat er in het onderzoek naar de jeugdculturen van uit dat de subculturen vrijwel niet meer milieugebonden zijn en daarom niet langer een zelf beleefde levenssituatie uitdrukken. De techniek van het combineren (scannen, sampelen, montage, collage, bricolage als traditionele productiewijzen van kunst en popmuziek) wordt ingezet voor subculturele ensceneringen. Deze maken het mogelijk ongelijkheden en tegenstellingen naast elkaar gerangschikt te

Vooraf voor meisjes is op dit moment de typische »jeugdeigen« opgave van oriëntatie vaak een kwestie van hard werken

presenteren. Subculturele behandelingen en ensceneringen van meisjes en jonge vrouwen kunnen bijvoorbeeld worden gezien in het »girlism« of de zelfbewuste constructie van »sletten« in de scène van vrouwelijke muzikanten. Maar op welke wijze zijn de voorstellingen over vrouwelijkheid nu gewijzigd in de voorstellingen en gevoelens van meisjes? Ik ben op basis van onze ervaringen bij KAJAL van mening dat de these van de Britse sociologe Angela McRobbie de kern treft: de oude voorstellingen over vrouwelijkheid zijn volgens haar »vloeibaar geworden«, meisjes doorlopen een proces van ontbinding. Volgens haar is vrouwelijkheid voor meisjes een product van uiteenlopende nieuwe, niet vastgelegde houdingen, die ze als subject bij wijze van proef aannemen. Dit komt naar voren bij culturele ensceneringen, bijvoorbeeld wanneer meisjes of jonge vrouwen in hun out-fit zelfbewustzijn en coolness combineren met meisjesachtigheid. In het gevoel en het zelfbeeld van meisjes bestaan, vergelijkbaar met een collage, tegelijkertijd verschillende voorstellingen (gelijkheid, beleving van seksualiteit, gemeenschap enz.), die pas met elkaar in conflict komen wanneer ze daadwerkelijk in de praktijk moeten worden gebracht.

Nieuwe vrijheden of nieuwe stress? De modernisering van eisen en tegenstellingen in het leven van meisjes

Dat de modernisering van het zelfbeeld van meisjes en vrouwen leidt tot nieuwe voorstellingen over handelwijzen die in de praktijk mogelijk zijn, wil ik graag duidelijk maken aan de hand van een voorbeeld: mogelijkheden en tegenstellingen bij meisjes in de omgang met hun seksualiteit. Het is inmiddels vrij bekend dat meisjes vaak naar verslavende middelen grijpen om seksueel misbruik te verwerken. Minder bekend is dat meisjes eigenlijk veel tegenstellingen en weinig voorstellingen voor het beleven van seks verbinden met seksualiteit. Psychoactieve middelen kunnen hier zeer veel verschillende functies hebben: lichaam en seksualiteit worden intensiever beleefd. Alcohol wordt bijvoorbeeld vaak gebruikt om de angst te overwinnen met een jongen naar bed te gaan of seksuele praktijken »te doen slagen«, die het meisje eigenlijk niet leuk vindt maar die de vriend graag wil. Op feesten, zo wordt ons vaak verteld door meisjes, bedrinken ze zich vaak, om met jongens te kunnen »vrijen«, zonder meteen door te gaan voor iemand »die het met jan en alleman doet«. Aangeschoten zijn is hier een culturele vrijbrief.

Een oplossing voor het probleem van de meisjes, enerzijds het vrouw-zijn uit te willen proberen, te dansen en te feesten, en zich anderzijds niet meer onder controle te hebben en niet ongewenst versierd en »aan de haak geslagen« te willen worden, was een tijd lang de rave-cultuur rondom de techno-muziek.

***Tot nu toe kon nog
weinig worden
geobserveerd hoe
veel tegenstellingen
en hoe weinig
vastomlijnde
ideeën meisjes met
seksualiteit
verbinden***

Wanneer wij ons afvragen hoe een moderne oriëntatie bij de omgang met seksualiteit er uit ziet, dan vertoont zich het beeld van een jungle aan eisen, tegenstellingen en waarschuwingen. Aan de ene kant hebben meisjes veel meer mogelijkheden zich te informeren over seksualiteit en anticonceptie en seksualiteit te beleven. Anderzijds constateren wij bij gesprekken met meisjes steeds weer dat ze deze informatie en mogelijkheden steeds meer als verplichting zien ook daadwerkelijk seks te beleven. In de tijdschriften zijn nieuwe »normaliteiten« te zien, wanneer in »Young Miss« behalve informatie over petting ook heel vanzelfsprekend »99 standjes« staan. Samen met de nieuwe vrijheden komen nieuwe normen als verplichting op. Tegelijkertijd wordt duidelijk dat de meisjes eigenlijk helemaal niet meer ervaring en informatie hebben over zaken waarmee ze werkelijk iets kunnen. In plaats daarvan schamen ze zich wanneer ze niet voldoen aan de beelden of niet genoeg weten over anticonceptie. Een ander probleem is dat het ook nog om moraal gaat, om de vraag hoe het meisje zich »goed« gedraagt. In »Bravo« en »Mädchen« wordt intensief gediscussieerd over het goede en verkeerde moment, over welke jongen de »goede« is (lesbisch zijn komt weinig voor als thema). Vooral bij de »Dr. Sommer-column« van de »Bravo« wordt duidelijk dat het vaak maar heel weinig gaat om de belangen van de meisjes, maar om de vraag naar »goed« en »fout« gedrag en ook om gecompliceerde morele terechthoudings-systemen (je moet je inhouden..., je waardigheid verdedigen, je niet laten beetpakken...).

De grotere vrijheid brengt dus niet alleen nieuwe verplichtingen met zich mee, maar heeft ook nog altijd de oude gevaren op sleeptouw. Het gevaar een lichtekooi of een slecht wezen te zijn (moraal), het gevaar versierd of meegenomen te worden en de proporties niet meer in de hand te kunnen houden of zelf misbruikt te worden (geweld).

Wanneer wij deze tegenstellingen en zienswijzen betrekken op het spanningsveld modernisering of emancipatie, dan wordt het ontbreken en/of de onduidelijkheid over het wel of niet kunnen sturen van de ontwikkeling duidelijk. Meisjes beschikken vaak niet over zekerheden, aanknopingspunten en criteria die niet berusten op een waardeoordeel van buiten; die niet berusten op eisen en moralisaties, maar daarop wat hen goed doet. Meisjes hebben ook niet de voorstelling en de ervaring om werkelijk zelf vorm te kunnen geven aan hun seksuele leven en dit onder controle te houden, »het gebeurde gewoon«, is een typische formulering in meisjesverhalen, die weer geeft dat zij zichzelf niet serieus waarneemt als actief handelende persoon.

Uit het voorbeeld kan dus worden geconstateerd:

- nieuwe mogelijkheden kunnen veranderen in nieuwe verplichtingen,
- vaak blijkt dat nieuwe mogelijkheden die beloven oriëntatie te geven, niet altijd leiden tot een groter subjectief gevoel van controle, van mogelijkheden zelf vorm te geven aan het proces.

***Grotere vrijheid
brengt niet alleen
nieuwe opgaven
met zich mee
maar heeft ook
nog altijd de oude
gevaaren op
sleeptouw***

**Vindt in het
moderne beeld
van meisjes niet
een scheiding
plaats van
zelfbewustzijn als
houding en
daadwerkelijke
mogelijkheid tot
vormgeving?**

Zelfbewustzijn of zelfbestemming? Hoe »zelfbewustzijn« gereduceerd wordt tot een stijl

Wanneer wij de oriëntatie van het zelfbewuste meisje eens van de juiste kant zien, dan gaat het misschien meer om het uitbeelden van eigen beelden in de vorm van een stijl dan om het gevolg van zelf beleefde ervaringen. »Stijl« heeft als uitdrukkingsvorm in het algemeen een sterke betekenis voor de jongeren gekregen. Er kan een trend naar expressieve gedragspatronen worden vastgesteld. Stijl hebben betekent voor anderen en voor zichzelf het ensceneren en presenteren van een interpretatie van de eigen persoon. Het is daarom de vraag of in de nieuwe zelfbeelden van meisjes, waarvan een gezamenlijk kenmerk zelfbewustzijn is, een scheiding plaatsvindt tussen zelfbewustzijn als houding, uitdrukking en het daadwerkelijk gestalte kunnen geven. Dus of meisjes zich inderdaad zelfbewust voelen en zich naar buiten zo presenteren, maar niet echt actief invloed uitoefenen op hun zaken en hun omgeving. Meisjes streven naar een zelfbewuste houding. Deze is echter niet altijd een voorbeeld voor de praktijk en het gestalte geven daaraan, want dit is vermoeiend en men moet daarbij veren laten, meisjes zijn misschien bang zich te ergeren, iets te moeten leren maar zijn uiteindelijk trots.

De uitdagende houding en het zelfbewustzijn in de moderne beelden van meisjes, worden niet gezien als gevolg van beleefde en doorstane praktijkervaringen: ze blijven alleen maar een stijl te zijn wanneer ze gescheiden worden van de daarbij behorende ervaringen, die een voorwaarde waren voor deze houding. Onze praktijkervaringen in het groepswerk en bij geven van adviezen tonen aan dat vele meisjes dit zo zien en beleven. Het wrange eraan is: wanneer een dergelijk zelfbewustzijn de heersende stijl wordt, dan wordt het ook normatief. Dit leidt bij meisjes tot schaamte- en schuldgevoelens wanneer ze zich niet »cool« voelen, angsten of problemen hebben of iets niet durven. De moderne meisjesstijl kan dus in plaats van bemoedigend te zijn ook leiden tot ontmoediging.

Het thema zelfbestemming is dus voor ons pedagogen bij het werk met meisjes nog steeds actueel, alleen op een andere manier dan vroeger. Het blijkt belangrijk te zijn zelfbewustzijn als stijl of als levensgevoel van meisjes enerzijds serieus te nemen, echter anderzijds steeds weer in verband te brengen met de reële praktijk van het gestalte geven aan het leven en de mogelijkheden van zelfbestemming. In een studieboek vond ik een begrip dat beide niveaus omvat: »zelfwerkzaamheid« beschrijft de overtuiging en het vertrouwen nagestreefde doelen ook te kunnen bereiken wanneer men dat maar wil. Ervaringen met zelfwerkzaamheid wordt inmiddels met name bij meisjes gezien als beschermende factor tegen verslaving. Uit onderzoek en ervaringen uit de pedagogische praktijk blijkt dat meisjes eigenlijk geen tekort hebben aan weerstandsvermogen of zelfbewustzijn, maar dat zij hun sociale omgeving en hun

levensomstandigheden zien en beleven als zaken die niet door hen zelf veranderd kunnen worden. Dat betekent echter niet dat ze zich aanpassen, maar dat ze tijdens de zoektocht naar een beter leven uitkijken naar kleine en grote uitwegen en naar een dubbel leven. In plaats van wensen en interesses in te brengen en te bediscussieren in de actuele leefomgeving (gezin, kliek, enz.), ontwikkelen ze opvallend vaak een tweede geheime leven naast dit onveranderlijke eerste leven, of ze verwisselen de plaats voor een betere. Veel meisjes kwamen zo terecht in de drugs-scène. Verslavingspreventie die de ontwikkeling van interesses en het ervaren van zelfwerkzaamheid bij meisjes wil bevorderen, kan goed aanknopen bij de emancipatoire traditie van het »empowerment« van het maatschappelijk werk voor meisjes en vrouwen en bij het debat over grotere participatie van jongeren in het leven van alledag in de jeugdzorg en de planning daarvoor.

»Werken aan de werkelijkheid« – consequenties voor het pedagogisch werken met meisjes

Welke consequenties voor ons werk kunnen daaruit worden afgeleid? Waarmee zouden wij rekening moeten houden wanneer wij de opgestelde theses bezien? De kern-gedachten kunnen worden samengevat met het begrip »werken aan de werkelijkheid«. Dat betekent dus meisjes te begeleiden en te ondersteunen de beelden, hun gevoelens, hun praktijkervaringen en hun levensomstandigheden samen te brengen.

- Mogelijke veranderingen in onze taak als pedagoog:
In plaats van (nog meer) oriëntatiepunten aan te reiken, het bevorderen van de verwerking van de beelden die ze tegenkomen en het ontwikkelen van een eigen oriëntatie.
- Het zichtbaar maken van de ervaringen van meisjes en de verwerking daarvan kan helpen reële tegenstellingen zichtbaar en begrijpelijk te maken en in het leven daarvan criteria te vinden voor de werkelijke inhoud van bepaalde beelden en oriëntaties.
- Afwijzen van concepten die vaak te sterk gebaseerd zijn op cognitieve handelwijzen – het zou meer moeten gaan om het uitproberen en evalueren van reële ervaringen. De scheiding tussen denken/voelen en praktijk kan daarmee worden opgeheven.

Wij zouden misschien onze eigen voorstelling van een geslaagd meisjesleven eens op de helling moeten zetten. Zijn wij soms ongewild zelf ook normatief? Komen onze idealen voor meisjes (sterk, brutaal, zelfbewust) niet sterk overeen met de moderne »girl«?

***In plaats van
wensen en
interesses op de
geëigende plaats
in te brengen en
daarover te
onderhandelen
(gezin, groep),
ontwikkelen
meisjes opvallend
vaak een tweede
geheime leven***

Frauke Schwarting

Langenfelder Str. 44
22769 Hamburg
Duitsland

© 00 49-40-4 32-9 07 79

Toon de Vos

Actieplan Alcoholzorg: uitbreiding preventie en hulpverlening voor problematische alcoholgebruikers

In het kader van reorganisaties en vernieuwen in de verslavingszorg in Nederland wordt het gebied alcohol weer sterker op de voorgrond geplaatst. Middels het »actieplan alcoholhulpverlening« dient de bereikbaarheid van problematische alcoholconsumenten verbeterd te worden, om de toegankelijkheid tot het behandelingssysteem mogelijk te maken. Toon de Vos beschrijft in het kort de plannen van GGZ-Nederland.

Inleiding

Naar schatting 800.000 personen gebruiken in Nederland meer eenheden alcohol dan goed voor hen is. Een groot deel van deze mensen blijft in staat zelf om met hulp van hun omgeving grote problemen te voorkomen. Een aanzienlijk deel echter komt vroeg of laat inde problemen. Een klein deel neemt contact op met de verslavingszorg voor hulp. In het kader van de Alcoholnota 2000, opgesteld door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, heeft GGZ Nederland een Actieplan Alcoholzorg opgesteld om een bijdrage te leveren aan het terugdringen van het zeer grote aantal problematische gebruikers van alcohol. In 2001 heeft de overheid ingestemd met het plan en de gelden er voor structureel ter beschikking gesteld aan de instellingen voor verslavingszorg. Het reguliere budget van de instellingen is met ingang van 2002 structureel uitgebreid met 7.7 miljoen Euro.

Doelstellingen actieplan

Terugdringen van het aantal probleemdrinkers is het hoofddoel van het Actieplan. Dit proberen de instellingen voor verslavingszorg te bereiken door met name de ambulante zorg toe te laten nemen.

Twee centrale thema's zijn gekozen om te bereiken dat we in 2004 29.325 cliënten bereiken in plaats van de 22.500 in 2001.

- De ambulante zorg zal zich meer dan voorheen moeten richten op mogelijke vindplaatsen van probleemdrinkers zoals eerste lijn, algemene zorg, justitie en detentie, Arbo-diensten en zelfhulp.
- Daarnaast zal het bereik uitgebreid moeten worden door de toegang tot de zorg te optimaliseren. Hierbij is te denken aan het wegwerken van wachtlijsten, bereikbaarheid buiten kantooruren en hulpverlening via internet.

In 2001 zijn de voorbereidende werkzaamheden van start gegaan waaronder het opstellen van werkplannen, het werven van extra personeel en inrichten van extra werkplekken. In 2002 zijn voor het eerst afspraken gemaakt met de zorgkantoren over de te leveren productie in het kader van het Actieplan. Deze afspraken moeten voor maart 2001 gemaakt zijn en als leidraad is gebruik gemaakt van een door GGZ Nederland uitgebracht menuboek. In dit menuboek is een vertaling gemaakt van de doelen van het Actieplan Acoholzorg naar verrekenbare productieafspraken. Basisseenheden zijn o.a. Reguliere behandeling (intake en 15 contacten), 4 gesprekkenmodel (intake, vier gesprekken en evaluatie), kort groepswerk (intake en vier groepscontacten), gespreksgroepen in detentie (8 contacten), kinderen van probleemdrinkers (intake, individuele begeleiding en 12 groepscontacten) en ten slotte dienstverlening (uurtarief).

Voor het vier gesprekken model wordt nadrukkelijk gebruik gemaakt van het protocol wat in het kader van het innovatieproject van de Nederlandse Verslavingszorg Resultaten Scoren, is ontwikkeld.

Over de uitkomsten van de extra inspanningen om meer probleemdrinkers te bereiken zal voor het eerst in 2003 aan de overheid gerapporteerd worden. Een nulmeting en een gestandaardiseerde rapportage zullen begin 2003 gereed zijn.

Dan zullen we weten of en op welke wijze we er in geslaagd zijn om de hulp aan probleemdrinkers in omvang te laten toenemen en breekbaarder gemaakt te hebben.

Het actieplan moet gezien worden als kwaliteitsverbetering

Voor meer informatie:

Toon de Vos
Verslavingszorg GGZ
Nederland

☎ 00 31-30-2 87 33 69

✉ tdvos@ggz nederland.nl

Heino Möller, Edgar Zeissler

De »Alcoholcent« – een belastingheffing op alcohol ten behoeve van de gezondheidszorg

Een voorstel om de financiering voor de verslavingszorg veilig te stellen

In opdracht van het afdelingshoofd van de afdeling gezondheidszorg van het Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL), Dr. Wolfgang Pittrich, werkten Heino Möller en Edgar Zeissler, medewerkers van het coördinatiepunt verslaving, een plan uit voor de ziekenhuis- en gezondheidszorgcommissie van het LWL. In dit plan wordt een voorstel ontwikkeld waarmee zowel sturing en begrenzing van de alcoholconsumptie alsook de financiële basis van de preventie en de hulpverlening bij gezondheidsproblemen vanwege alcoholgebruik kan worden veiliggesteld.

Het initiatief dat Westfalen-Lippe met dit plan neemt, komt in principe overeen met de eisen die worden gesteld door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), de Europese Unie (EU), de Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS; Duits coördinatiepunt tegen de gevaren van verslaving), de ministeries van volksgezondheid van de deelstaten en talrijke vakmensen in de drughulpverlening.

Het hele plan kan hier niet worden afgedrukt, er moet worden volstaan met enkele inleidende en wezenlijke aspecten. De gehele tekst kan echter worden aangevraagd bij het coördinatiepunt verslaving.

Uitgangssituatie

Alcoholverslaving (en alcoholmisbruik) is één van de belangrijkste sociaal-medische problemen in Duitsland. Dit heeft tot op de dag van vandaag zorgwekkende gevolgen voor het particuliere en openbare leven. Een groot aantal verkeersongevallen, zelfmoorden en geweldsmisdrijven, branden, schulden, ontslagen, echtscheidingen, maar ook misvormingen bij kinderen en langdurige psychische schade bij de betrokkenen en hun familieleden zijn bekende en vaak beschreven directe gevolgen van alcohol. Een effectieve vorm van preventie (preventie die vroeg begint, gericht is op de lange termijn, verankerd is in de eigen omgeving, die de eigen capaciteiten bevordert en die veelzijdig is) wordt niet gefinancierd.

Er moet ook worden vastgesteld dat de prijzen voor alcoholische dranken niet even snel gestegen zijn als de andere kosten voor het levensonderhoud. De alcoholindustrie geeft tegelijkertijd ieder jaar 552,2 miljoen Euro¹ uit voor reclame. Deze reclame is, hoewel dit op Europees niveau anders werd overeengekomen², met name gericht op jonge doelgroepen. De jaarlijkse economische schade door alcoholgebruik bedraagt in Duitsland volgens de officiële cijfers ca. 20,45 miljard Euro.

Ieder jaar worden 28.000 verkeersongevallen geregistreerd waarbij sprake is van rijden onder invloed van alcohol. Daarbij vallen 1.100 doden en 37.000 gewonden geregistreerd. 40% van de misdrijven met zwaar lichamelijke letsel en met dodelijke afloop werden onder invloed van alcohol begaan, hetzelfde geldt voor 30% van de verkrachtingen!

Alcohol is zodoende verantwoordelijk voor een zeer groot gedeelte van de veiligheidsproblemen in onze maatschappij.

De ca. 82 miljoen inwoners van Duitsland consumeren gemiddeld 10,6 liter zuivere alcohol per hoofd van de bevolking per jaar. Duitsland behoort nog steeds tot de landen met de hoogste consumptie van alcohol per hoofd van de bevolking van de wereld. De frequentie van het dronken zijn, juist onder kinderen en jongeren neemt duidelijk toe.³

***De gemakkelijke
toegankelijkheid
en de intensieve
reclame dragen bij
tot de grote
maatschappelijke
schade door
alcohol***

1 Totale uitgaven voor reclame voor alcoholische drank in 1999. Bron: Nielsen-Werbeforschung S+P, Hamburg

2 »Dublin Principles« van het International Center of Alcohol Policy

3 WHO-onderzoek: »Alkoholkonsum unter jungen Europäern«, W. Settertobulte, B.B. Jensen, K. Hurrelmann, WHO 2001, Regionaal bureau voor Europa.

Mensen met een hoge consumptie – dit betreft vooral mannen van jonge tot middelbare leeftijd – kunnen als volgt nader worden beschreven: er zijn 5,6 miljoen personen met riskant alcoholgebruik; het gebruik van 1,9 miljoen mensen moet zelfs als zeer riskant worden geclassificeerd en 350.000 mensen in Duitsland gebruiken zeer hoog.⁴

Een gevolg daarvan is het zorgwekkend hoge aantal van 1,6 miljoen personen in Duitsland die gelden als alcoholverslaafd.⁵ Europees en Duits onderzoek wijst uit dat de alcoholconsumptie van jonge volwassenen toeneemt.⁶ Een kwart van de sterfgevallen onder 15-29 jarige mannen in Europa heeft met alcohol te maken. In Duitsland kunnen in het algemeen 42.000 sterfgevallen per jaar direct in verband worden gebracht met alcoholgebruik. Daarnaast houden 570.000 ziekenhuisopnames per

jaar verband met alcoholgebruik en er worden 2.200 kinderen geboren met schade veroorzaakt door alcohol.

	Aantal	Kosten (€) Bonds- republiek
Sterfgevallen door alcohol	4.317	7,01 miljoen
Vroegtijdige pensioenering	1.465	3,1 miljoen
Rehabilitatie	4.205	1,1 miljard
Verblijf in ziekenhuis	59.377	1,97 miljard

Omdat er in Duitsland tot dusver geen centrale registratie van de ziektekosten uitgesplitst naar ziekten bestaat, werkte het Robert-Koch-Instituut gedifferentieerde schattingen uit om de sociaal-economische cijfers te bepalen.

*Federaal onderzoek
van het Robert-Koch-
Institut:
Bergmann, E./
Horch, K.;
Sozioökonomische
Daten zu gesundheit-
lichen Folgen des
Alkoholkonsums;
in: DHS Jahrbuch
Sucht 2001, p 202 pp.*

De belastinginkomsten door alcohol (die naast de BTW worden geheven) en subsidies bedragen daarentegen:

- brandewijn- en champagnebelasting (federale belasting) 2,65 miljard Euro (1999)
- bierbelasting (belasting op deelstaatsniveau) 869 miljoen Euro (1999); (n.b.: wijn is vrij van alcoholbelasting)⁷
- de productie van sterke drank uit fruit en graan wordt via het monopolie op brandewijn met 153,4 miljoen Euro/jaar gesubsidieerd.⁸

4 Uit: »Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Deutschland 2000«, regelmatig herhaalde enquête in opdracht van het federaal ministerie van volksgezondheid. (Riskant gebruik: mannen 30-60, vrouwen 20-40 gram alcohol / dag; zeer riskant gebruik: mannen: 60-120; vrouwen 40-80 gram alcohol / dag; zeer hoog gebruik: mannen meer dan 120, vrouwen meer dan 80 gram alcohol / dag)

5 Idem.

6 »Alkoholkonsum unter jungen Europäern« van Wolfgang Settertobulte, Bjarne Bruun Jensen en Klaus Hurrelmann, WHO regionaal bureau voor Europa 2001.

7 Totale bedragen gepubliceerd door: Bundesverband der Deutschen Spirituosen- Industrie und - Importeure e.V.

8 Frankfurter Allgemeine Zeitung 8-8-2001

De »alcoholcent«

Het wordt steeds moeilijker een moderne en adequate gezondheidszorg ter beschikking te stellen aan de bevolking. Voorts is het systeem van de verslavingszorg in Duitsland bijzonder gecompliceerd. Dit is door de gedupeerden vrijwel niet te overzien en moet daarom dringend worden veranderd (het is bijvoorbeeld zo dat de acute behandeling door het ziekenfonds betaald wordt, de zogenaamde ontwenningbehandeling door de pensioenverzekeringen en de algemene zorg en de niet-medische onderdelen door de gemeenten).

Door een gezondheidsbelasting op alcohol zouden zodoende positieve effecten kunnen worden bereikt op

- de geconsumeerde hoeveelheid (vermindering)
- de financiering (veilig stellen op de lange termijn) en
- het verloop van de processen (vereenvoudiging, effectiviteit).

Dit wordt ook door toonaangevende vertegenwoordigers uit de gezondheidszorg (b.v. federale artsenkamer) al lange tijd geëist.

Initiatief voor de invoering van een gezondheidsbelasting op alcohol

Met het initiatief voor de invoering van een »alcoholcent« oefent de LWL actief invloed uit op de actuele discussie over het volksgezondheidsbeleid. In samenwerking met belangrijke partners worden ineffectieve structuren ter discussie gesteld.

Het plan vereist echter de ontwikkeling en duurzame ondersteuning van een veelomvattende politieke strategie. Noodzakelijk voor een dergelijke »bond voor een gezondheidsbelasting« is – behalve een competente stuurgroep – een zoektocht naar geëngageerde deskundige politieke medestrijders op gemeentelijk, deelstaat-, federaal en EU-niveau, onderzoek en beoordeling van juridische en organisatorische structuurvoorwaarden en strategisch, flexibel en effectief lobbywerk. Kernargumenten daarbij zijn:

- veiligheid: alcohol is de oorzaak van veel delicten en ongevallen
- kostenverlaging in de gezondheidszorg
- langdurige, transparante en gegarandeerde financiering
- efficiënte preventie voor kinderen en jongeren
- impulsen voor de harmonisatie van de (EU-) belastingtarieven
- adequate ontwikkeling van een aanbod om tegemoet te komen aan de groeiende vraag naar advisering van betrokkenen en familieleden.

***Het plan vereist
alsnog ondersteuning van de
beleidsstrategie***

Koordinationsstelle Sucht

Postfach

48133 Münster

☎ 00 49-2 51-5 91-38 71

☎ 00 49-2 51-5 91-54 84

✉ koordinationsstelle-
sucht@lwl.org

Mechthild Neuer / Hans van Ommen

Nederlands-Duitse LSP-BINAD tafel

Op 13 november 2001 werd in Enschede voor de eerste keer een »Nederlands-Duitse LSP-BINAD tafel« georganiseerd. De »lunchtafel is een traditie die al enige jaren bestaat bij de LSP (Landelijke Steunfunctie Preventie) te Utrecht. Enkele keren per jaar worden experts uit het hele land uitgenodigd om te discussiëren en te reflecteren over een bepaald onderwerp in de verslavingszorg tijdens een gezamenlijke lunchbijeenkomst. Het gaat dan meestal om actuele ontwikkelingen, projectideeën of beleidsvoornemens.

***De structuur van
regelmatige
bijeenkomsten van
Nederlandse
experts werd voor
de eerste keer ook
binationaal
uitgeprobeerd***

In het kader van de onlangs overeengekomen samenwerkingsovereenkomst tussen LSP en BINAD werd een bijeenkomst georganiseerd met als thema »samenwerking tussen Jeugdhulpverlening en Verslavingszorg«, een onderwerp dat zowel in Nederland als in Duitsland actueel is. De bijeenkomst begon met twee lezingen. Yildiz Geçer van de afdeling Preventie en Consultancy van TACTUS stelde eerst haar op de praktijk gerichte samenwerkingsproject voor, dat begin 2000 is gestart. Het omvangrijke en helder gestructureerde aanbod op het gebied van scholing en begeleiding richt zich zowel op het management, medewerkers en jongeren in de leeftijd van 12 tot 25 jaar alsook op de ouders van die jongeren. Zij ging nader in op de motiverende gesprekstechnieken ten aanzien van jongeren en het veranderingsmodel volgens Prochaska en Diclemente.

Vervolgens vertelde Dr. Thomas Seifert van de Landestelle tegen die Suchtgefahren uit Baden-Württemberg over de problemen en hindernissen die er zijn te overwinnen bij het tot stand brengen van samenwerking tussen jeugdhulpverlening en verslavingszorg en hij gaf een overzicht van de actuele stand van zaken. Hij pleitte voor een koppelingsmodel en het benutten van de synergieeffecten van beide hulpverleningssystemen. Hij nodigde de jeugdhulpverlening uit het omgaan met het thema »verslaving« te gaan zien als een kwaliteitskenmerk van de instelling. Voorbeeld voor een succesvolle vorm van samenwerking zijn de zogenoemde tandemteams, waarbij een medewerker van de »mobiele jeugdhulpverlening« en een straathoekwerker van de verslavingszorg gezamenlijk jongeren benaderen.

Taboe

De vertegenwoordigers uit beide landen waren het er onder andere over eens, dat er bij de jeugdhulpverlening vele cliënten zijn te vinden die potentieel tot de risico-groepen behoren wat betreft het gebruik van genotmiddelen. Om die reden alleen al

is samenwerking tussen jeugdhulpverlening en verslavingszorg gewoonweg noodzakelijk. Tegelijkertijd rust op het thema »middelengebruik/verslaving« binnen de jeugdhulpverlening nog dikwijls een taboe waardoor een discussie hierover wordt bemoeilijkt of zelfs verhinderd.

Het werd gaande de discussie ook duidelijk dat er grote verschillen zijn tussen de structuren van het sociale landschap in beide landen. Aan Duitse zijde bestaat er een heel scala aan verschillende instellingen met diverse ideologische achtergronden, terwijl er in Nederland meer sprake is van enkele grote overzichtelijke instellingen binnen een bepaalde regio. Onderwerpen als concurrentie spelen hier daarom niet zo'n grote rol, hetgeen samenwerking gemakkelijker maakt.

Ongeïnteresseerd

Ondanks enkele goede voorbeelden van samenwerking is er in Duitsland nog veel behoefte aan discussie. Er zijn nog vele vragen open op het gebied van de financiering en bevoegdheden tussen een instelling voor preventie en de verslavingszorg. Ook dient de vraag zich aan in hoeverre de jeugdhulpverlening door de verslavingszorg serieus genomen wordt. Wanneer het bij een jongere alleen gaat om problematisch cannabisgebruik dan reageert de verslavingszorg eerder ongeïnteresseerd.

»Genotmiddelen«

Een vertegenwoordiger van de residentiële jeugdzorg in Nederland vertelde over de positieve veranderingen door de samenwerking met de verslavingszorg: het is geen taboe meer om over drugs en druggebruik te spreken. Deze open communicatie werkt positief op de relatie met de jongeren en het cannabisgebruik heeft zich op zijn minst gestabiliseerd.

Verder zijn er interessante ervaringen met betrekking tot het thema verslavingsprobleem binnen de jeugdzorg. Aangezien het woord drugs eerder angst oproept is het beter om te spreken over genotmiddelen. Ongeveer hetzelfde kan worden geconstateerd wanneer men focust op het thema verslaving. Als daarentegen verbetering van de levenssituatie van alledag het gespreksthema is tussen jongeren en hun begeleiders – genotmiddelengebruik is daarbij een van de vele thema's – dan is het gemakkelijker een veranderingsproces op gang te brengen.

Bij deze eerste Nederland-Duitse LSP-BINAD tafel kwamen in een levendige discussie nog vele andere ervaringen en aspecten ter tafel. De interesse om te horen hoe de systemen in een ander land werken en hoe collega's met elkaar samenwerken, was van beide kanten even groot als de bereidheid om over de eigen ervaringen te berichten. Enkele deelnemers gaven te kennen nog een volgende bijeenkomst te willen met het doel om enkele vragen en problemen nog verder uit te diepen.

Jeugdhulpverlening en verslavingszorg dienen in de eerst te spreken over verbetering van de situatie van alledag – niet in de eerste plaats over alcohol en drugs

Voor meer informatie:

BINAD Enschede

☎ 053-433 14 14

✉ h.vanommen.binad@tactus.nl

BINAD Münster

☎ 00 49-2 51-5 91-31 54

✉ binad@lwl.org

Eberhard Schatz

Mobiliteit en drugsgebruik in Europa – ervaringen en resultaten van het AC COMPANY project

Doordat per 31-12-2001 weer EU-middelen werden toegekend, kon de derde periode van het bij het DHV/AMOC in Amsterdam gevestigde project »AC COMPANY« voor de vorming van een netwerk in verband met mobiele drugsgebruikers in Europa van start gaan. Tot 31-12-2003 zullen 26 partners uit 22 landen werken aan de verdere uitbreiding van het netwerk, aan de evaluatie van het fenomeen mobiliteit onder drugsgebruikers en aan de ontwikkeling van strategieën voor de omgang met dit fenomeen.

Eberhard Schatz, de coördinator van het project, beschrijft hieronder de ontwikkelingen tot dusver.

De economische en politieke ontwikkeling van Europa, het wegvallen van de grensen pascontroles na het verdrag van Schengen, waaraan inmiddels 15 landen deelnemen, en de ruimere mogelijkheden om in het Europese buitenland te gaan werken, hebben hun uitwerking op het drugsgebruik en de mobiliteit van drugsgebruikers niet gemist.

De ontwikkelingen en de veranderingen in het juridische stelsel van de EU-landen zorgden eveneens voor veranderingen in de stromen en het gedrag van drugsgebruikers. De veranderingen van de EU-structuren sinds het verdrag van Maastricht in 1993 (onderdelen van het drugsbeleid werden weggehaald bij justitie en ondergebracht bij volksgezondheid) zorgden ervoor dat nieuwe uitgangspunten voor het drugsbeleid op Europees en landelijk niveau konden worden gekozen. De opening van de Oost-Europese landen die binnenkort ook lid kunnen worden van Europese Unie, heeft eveneens een invloed op de mobiliteit en het drugsgebruik. Het binnenkomen van immigranten en de vluchtelingenproblematiek zijn elementen die serieus moeten worden genomen wanneer het gaat om het thema mobiliteit en drugsgebruik.

Mobiliteit Duitsland – Nederland

Nederland oefent nog steeds een aantrekkingskracht uit op veel Duitse drugsgebruikers. In de jaren negentig trad ontspanning op in deze toestand, sinds 1996 is er sprake van een stabiele situatie. Cannabisgebruikers gaan naar de coffeeshops in Amsterdam en de grensregio's. Kopers van harddrugs bevinden zich hoofdzakelijk in Rotterdam en Amsterdam.

Slechts een klein gedeelte van deze groep zorgt voor problemen in Nederland, of heeft vanaf het begin het voornemen hebben om langere tijd in Nederland te verblijven er zich zelfs te vestigen. AMOC in Amsterdam en de Pauluskerk in Rotterdam zijn met name voor deze mensen belangrijke opvangcentra. Met hulp van AC COMPANY wordt een netwerk van inrichtingen en contacten in stand gehouden, dat een adequaat aanbod biedt om marginalisatie en de daarmee verbonden sociale en gezondheidsproblemen te voorkomen of te verzachten.

AC COMPANY zet zich ervoor in dat de plaatselijke hulp uitgebreid wordt en dat men zich niet eenzijdig oriënteert op het »ontmoedigingsbeleid«. Een succes in dit verband mag worden genoemd dat de gemeente Amsterdam nu structureel een nachtverblijf voor buitenlandse gebruikers financiert (6 bedden).

Af en toe kunnen buitenlandse gebruikers met ondersteuning van AMOC een verblijfsvergunning voor onbepaalde duur bemachtigen – meestal op humanitaire gronden – en op die manier bijstand krijgen en lid worden van het ziekenfonds. In andere gevallen dwingt de overheid soms om terug te keren naar het land van herkomst, ook wanneer het in de praktijk zinvoller zou zijn in Nederland te blijven. Een voorbeeld hiervan is een jonge vrouw, die weliswaar nog een Duits paspoort had maar vrijwel geen Duits meer sprak en al 15 jaar in Rotterdam verbleef omdat ze de dochter van een Nederlandse vrouw was. Ze kon niet aantonen dat ze een baan en een vast woonadres had en ze had zich meermaals schuldig gemaakt aan strafbare feiten. Op grond daarvan moest ze door een medewerkster naar Duitsland gebracht worden (een gedetailleerde beschrijving van dit

Grondslagen van AC COMPANY

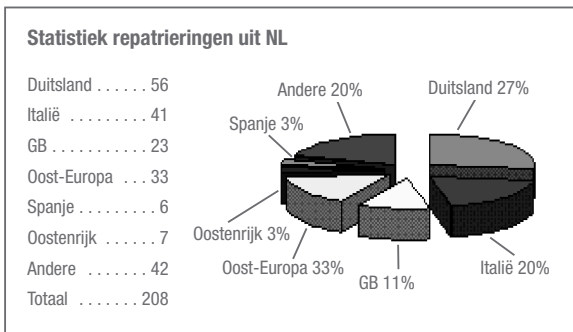
- Het zelfbeschikkingsrecht vormt de basis van al het werk met cliënten, zowel wanneer mensen worden teruggestuurd, alsook wanneer deze worden geïntegreerd in het gastland.
- Hulp en ondersteuning (sociale hulp, therapie, juridisch advies, preventie) moet daar waar de persoon zich bevindt mogelijk worden gemaakt.
- Hulp en ondersteuning moeten georiënteerd zijn op de grondslagen van harm-reduction.
- Hulp en ondersteuning moeten voor iedereen vrij toegankelijk zijn zonder financiële tegenprestaties; dit werk dient bij voorkeur te geschieden door personen die bekend zijn met de taal en de cultuur van de cliënten.
- Buitenlandse cliënten moeten dezelfde ondersteuning en zorg ontvangen als cliënten uit het binnenland; overbodige internationale bureaucratische hindernissen moeten worden weggenomen (b.v. bij financiële kwesties)
- Gezinsleden van de tweede generatie mogen bij overtredingen tegen de opiumwet niet worden teruggestuurd naar het land van herkomst van de ouders.
- Drugsgebruikers mogen niet worden gecriminaliseerd op grond van hun gebruik.

geval staat op het internet: www.ac-company.org). Een dergelijke manier van werken zou tegen de achtergrond van de Europese integratie ook op sociaal terrein zo snel mogelijk tot het verleden moeten behoren.

Anderen hebben inderdaad geen enkel perspectief in Nederland, terugkeer naar het land van herkomst moet hen ten zeerste worden aangeraden (zie ook het BINAD-«Handbuch Repatriierung»). In de deelstaat Nordrhein-Westfalen is de instelling KESH, werkgroep voor jeugdzorg te Hamm de directe partner voor deze groep mensen. Met een halve formatieplaats (gefinancierd via AC COMPANY) wordt hier adequate en efficiënte hulp geboden aan terugkerende personen. Het KESH-concept (wonen, begeleiding, maar ook veel persoonlijke verantwoording; substitutie meteen vanaf het begin; hulp bij de herintegratie) is bijzonder succesvol en biedt grote kansen voor reïntegratie, ook bij moeilijke gevallen. De instelling LÜSA in Unna werkt op een vergelijkbare manier. Ook hier is men bereid om terugkerende mensen een nieuwe kans te geven.

Immigratie en drugsgebruik

Immigratie van buiten de EU



Op deze plaats kan niet worden ingegaan op de verschillende facetten – o.a. asielzoekers, illegalen, ex-Joegoslavië, maar wel kunnen er enkele algemene zaken worden geconstateerd.

De immigratie van mensen die van buiten de EU komen is in heel Europa één van de meest dringende en problematische items en er wordt zeer controvers over gediscussieerd. Vooral in de zuidelijke

lidstaten (Italië, Spanje) leidt de confrontatie met deze groep tot heftige reacties.

Een gedeelte daarvan zijn drugsgebruikers, die ook in de drugsscène werkzaam zijn als kleine dealers. Volgens de beschikbare cijfers is het aandeel van deze groep niet hoger dan bij gebruikers hier te lande. In Italië en Spanje wordt tot dusver zeer pragmatisch omgegaan met deze groep, wanneer het gaat om contacten en vragen om hulp. Er worden spuiten verdeeld en wanneer medische problemen opduiken behoort een behandeling vaak tot de mogelijkheden. Doordat deze personen meestal een illegale status hebben en taal- en sociale problemen hebben, kunnen ze vaak geen verdergaande hulp krijgen. Dit kan ook tot risico's voor de volksgezondheid leiden. Op dit relatief nieuwe terrein is het van belang dat de ervaringen die worden op-

gedaan in de verschillende Europese landen worden uitgewisseld en dat uitvoerbare modellen op preventie- en behandelingsgebied worden ontwikkeld. Het moet aan de politiek worden duidelijk gemaakt dat door het negeren van de problemen en repressie de risico's alleen maar groter worden.

Oost-Europa

De opening van de grenzen naar Oost-Europa leidde tot dusver niet tot een grote stormloop van Oost-Europese gebruikers naar West-Europa. Wel is het zo dat in ieder land van de Unie een klein aantal groepen verblijft. Een bijzondere groep zijn de jonge mannen en vrouwen die in de prostitutie werkzaam is. Een gedeelte daarvan experimenteert met drugs, een nog kleiner deel is inmiddels verslaafd geraakt.

Er zijn nog geen betrouwbare cijfers en onderzoeken van heel Europa over de achtergrond en de motieven die deze mensen hebben om in West-Europa te verblijven. Een eerste inventarisatie van AC toonde aan dat een gedeelte, met name personen afkomstig uit Polen en Tsjechië, kunnen worden aangemerkt als drugstoeristen, soms Engels spreken en slechts sporadisch problemen krijgen. Het is moeilijker de groep drugsgebruikers uit Rusland, de Oekraïne en de andere landen uit de voormalige Sovjet-Unie te beoordelen. Er ontstaan grote taal- en communicatieproblemen wanneer zij in contact komen met de drugshulpverlening. Er bestaan ook bepaalde, soms zelfs maffia-achtige structuren.¹

Men kan voor de toekomst bij de groep van mobiele drugsgebruikers uit Oost-Europa uitgaan van stijgende aantallen, wat noopt tot nauwkeuriger onderzoek, contact met de doelgroep en networking met de instellingen in de desbetreffende landen. Een bijzondere positie neemt het grote aantal drugsgebruikende Duitse immigranten uit Rusland in de Bondsrepubliek in.

Wanneer zich familieleden van deze groepen wenden tot de drugshulpverlening, dan worden ze vaak »doorgesluisd«, dat betekent ruilen van naalden, verzorging met hygiëneartikelen etc; een verdergaand aanbod kan echter niet worden geboden. Het is duidelijk (b.v. in Antwerpen), dat een deel van deze groep HIV-positief of al ziek geworden is.

AC COMPANY zal in de toekomst veel aandacht besteden aan deze problematiek. In Antwerpen, waar men te maken heeft met een groot aantal Russisch sprekende drugsgebruikers, wordt een formatieplaats gefinancierd om contact te leggen met deze doelgroep.

De mobiliteit van mensen uit Oost-Europa is groot, hun drugsproblemen ook – Europese samenwerking is daarom noodzakelijk

¹ AC Workshop en situatie Antwerpen, AC verslag Slovenië

Conclusies

Drugs en mobiliteit zullen de komende jaren zeker een actueel thema blijven. Het is duidelijk te zien dat er een beweging is van staten met een repressief drugsbeleid naar landen met een pragmatisch beleid. Deze repressieve staten ontdoen zich gedeeltelijk van hun drugsprobleem, maar lossen dit niet op. De mobiliteit op grond van economische oorzaken zal steeds verder groeien en steeds meer vragen om een interculturele en geïntegreerde opzet van de drugshulpverlening. Hiervoor is noodzakelijk dat politici, instellingen en praktijkmensen hun gezichtsveld uitbreiden en over heel Europa gaan samenwerken.



*Groepsfoto van de
AC Company
meeting aan het
eind van de tweede
subsidieperiode*

Help on the spot, integratie in plaats van buitensluiting. Dat zijn in het kort de belangrijkste conclusies die wij kunnen trekken uit ons werk met mobiele drugsgebruikers. Wanneer ook de sociale harmonisatie van Europa moet worden doorgevoerd, dan moet gegarandeerd zijn dat mobiele drugsgebruikers toegang krijgen tot het hulpsysteem. Voorts dient het interculturele, internationale werk te worden ondersteund. Tegen de achtergrond van de immigratiebeweging, de opening van de Europese Unie in Oost-Europese richting, moet nu een geschikt instrumentarium ontwikkeld en ter beschikking worden gesteld om deze problemen aan te kunnen pakken.

De AC COMPANY website

biedt veel informatie voor internationale samenwerking:

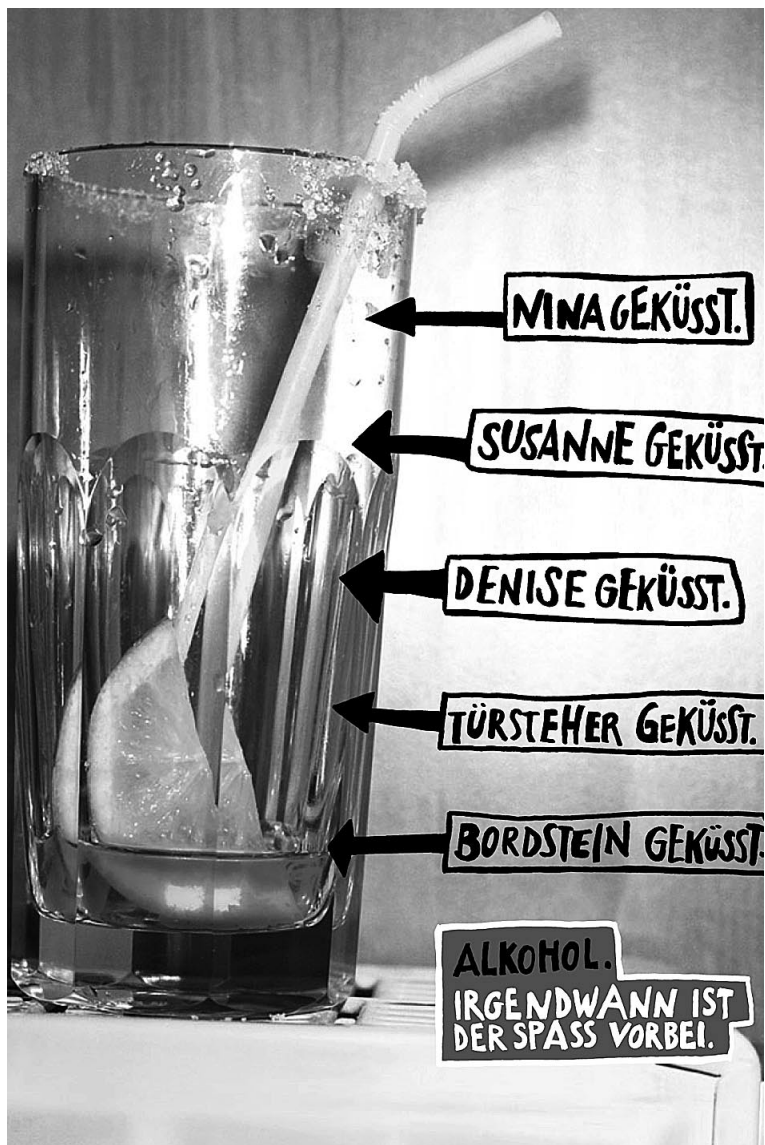
- definitie van mobiele drugsgebruikers
- modellen
- behandelingstrajecten
- informatie over het drugsbeleid van alle betrokken landen
- checklist over concrete vragen op het gebied van der drugshulpverlening
- news en forum
- contactpersonen in heel Europa

www.ac-company.org

AMOC/DHV

Stadhouderskade 159
1074 BC Amsterdam
☎ 020-6 72 11 92
☎ 020-6 71 96 94

✉ eschatz@amoc.demon.nl



■ Nina gekust

■ Susanne gekust

■ Denise gekust

■ Portier gekust

■ Trottoir gekust

Alcohol –
ooit gaat de lol eraf.



Jaap Schijf

Gedragstherapie bij alcoholproblemen – Beknopt en verrassend volledig

Medio december 2001 verscheen het boek »Alcoholverslaving« in de Praktijkreeks Gedragstherapie van uitgever Bohn Stafleu en Van Lochem.

Het boek is geschreven door drs. Ton van Broekhoven, klinisch psycholoog/psychotherapeut, werkzaam bij de Deeltijdbehandeling bij de Brijder.

Een boek over alcoholverslaving is per definitie een ambitieuze onderneming, zeker in een algemene reeks, waarbij je maar 100 pagina's krijgt. Toch is het beknopte werkje verrassend volledig en daarbij ook zeker niet te theoretisch.

Het boek staat in een reeks van monografieën over de behandeling van verschillende stoornissen. Deze uitgaven zijn gericht op behandelaren en vormen bij elkaar een naslagwerk rond de gedragstherapeutische benadering van verschillende stoornissen. Eerdere uitgaven richtten zich bijvoorbeeld op eetstoornissen, sociale fobie, seksuele dysfuncties en chronisch vermoeidheidssyndroom. Daarbinnen is de verschijning van een aflevering over alcoholverslaving duidelijk op zijn plaats.

De gedragstherapeutische benadering heeft zich binnen de behandeling van verslavingsproblemen een sterke positie verworven, en heeft daarbij ook een duidelijke ontwikkeling doorgemaakt. Dat dit boek zich beperkt tot alcoholverslaving is voorstelbaar gezien de beperkingen die opgelegd werden ten aanzien van de omvang. Bovendien is deze beperking relatief, want veel van de beschreven benaderingen en inzichten rond deze problematiek laat zich ook generaliseren naar andere vormen van misbruik en afhankelijkheid

De opbouw van het boek verloopt langs heldere lijnen. Vanuit de verduidelijking van de moderne inzichten rond controleverlies bij middelengebruik langs de termen misbruik en afhankelijkheid, wordt het onderwerp direct in een bredere context geplaatst. Dat doet de schrijver door in te gaan op de frequentie waarin het voorkomt, gevolgen voor de gezondheid en de begeleidende psychiatrische problematiek. Vervolgens wordt uitgebreid ingegaan op de wetenschappelijke inzichten rond deze problematiek en wordt het therapieverloop behandeld.

Hierbij is de auteur er werkelijk in geslaagd om binnen de beperkte ruimte toch een helder en grondig overzicht te geven van de diagnostiek, de verklaringsmodellen en de behandeling van alcoholproblemen. De theorie rond behandeling is uiteraard volledig gericht op de gedragstherapie. Maar dit deel van het boek biedt ook de niet-gedragstherapeut een goede gelegenheid om kennis te nemen van de moderne inzichten op dit gebied.

In zijn beknoptheid vraagt de tekst echter wel de nodige aandacht en enige basis-kennis rond de gehanteerde vaktechnische begrippen uit onder andere de neurobiologie en de leertheorie. De leesbaarheid wordt hierbij bevorderd door ondersteunende schema's en de toevoeging van casuïstiek. Aan de hand van een tweetal geanonimiseerde casussen wordt, als een rode draad door het boek, de ontwikkeling van diagnostiek en behandeling duidelijk gemaakt.

Het gedeelte rond het therapieverloop plaatst de theorie in een meer praktisch kader en biedt handvatten voor toepassing en een beschrijving van procedures. De bruikbaarheid van het boek wordt versterkt door een fors aantal bijlagen, met kant en klare formulieren, vragenlijsten, een toelichting op cue-exposure en een lijst met afhankelijkheidsopvattingen. De toevoeging achterin van belangrijke adressen en websites is handig, maar beperkt houdbaar en daarmee in een handboek wat minder op zijn plaats.

Het is jammer dat het laatste deel van het boek, dat handelt over de therapeutische relatie, opvattingen over gecontroleerd drinken en de bredere context van de behandeling, er met minder dan 4 bladzijden wat mager af komt. Vanuit de doelstelling van het boek is dat wel te begrijpen. Maar met name de inbedding van een behandeling in een bredere context staat de laatste jaren juist sterk in de belangstelling. Men beseft dat verslaving een sterk chronisch karakter heeft. De omgeving kan dus een belangrijke rol spelen bij het handhaven van behandel succes. Het had beslist geen kwaad gekund om dat meer uit te werken, en extra te benadrukken dat het goed is om als behandelaar daarin een actieve opstelling te kiezen.

In de beperkte omvang is het boek verrassend volledig, en zeker stimulerend om verder zelf op zoek te gaan naar relevante informatie. Het zet de behandeling van alcoholverslaving langs gedragstherapeutische lijnen duidelijk op de kaart. Het boek kan ertoe bijdragen behandelaren ingangen te bieden bij deze cliëntengroep, die zo vaak als 'lastig' en moeilijk behandelbaar beschouwd wordt. Als naslagwerk voor mensen binnen de beroepspraktijk, die deze problematiek minder frequent zien, is dit boek geslaagd te noemen.

Jaap Schijf is psychodiagnosticus en medewerker van Brijder Stichting, Alkmaar

Alcoholverslaving

Auteur :

drs. Ton van Broekhoven

In de »Praktijkreeks
Gedragstherapie«

Bohn Stafleu

Van Loghum

Houten/Diegem 2001



Ontwikkelcentrum Preventie en innovatie

»Vuren op de kust« is een »trigger« voor verslavingspreventie

Onder de titel 'Vuren op de kust, nieuwe aanknopingspunten voor verslavingspreventie' is door het Ontwikkelcentrum Preventie en innovatie recent een publicatie uitgebracht waarin vragen die in de verslavingspreventie leven worden beantwoord vanuit de invalshoek van de marketing. Veertien mensen uit aangrenzende vakgebieden hebben hun kijk op de praktijk van de verslavingspreventie gegeven en antwoord trachten te geven op hoe die praktijk te verbeteren is.

Professor dr. Rik Pieters, hoogleraar marketing aan de Katholieke Universiteit Brabant heeft de publicatie voorzien van boeiend en waardevol commentaar.

De publicatie is een duidelijke aanleiding om op directieniveau én op medewerkers niveau de visie op- en de uitvoeringspraktijk van de verslavingspreventie (opnieuw) onder de loupe te nemen. Een uitnodiging voor discussiemiddagen voor directieleden én voor managers van preventieafdelingen kunt u van het Ontwikkelcentrum Preventie verwachten.

**Ontwikkelcentrum
Preventie
en innovatie**

☎ 030-2 87 33 69

✉ tdevos@ggz nederland.nl

Bron: Nieuwsbrief Resultaten scoren, nummer 7, februari 2002

Helmut Kuntz

Cannabis is steeds weer anders *Hash en Marihuana:* *gebruik – werking – afhankelijkheid. Een raadgever*

Beltz Taschenbuch 832, 2002; ISBN 3-407-22832-5

Een boek dat noch moralistisch, noch met opgeheven wijsvinger waarschuwt, noch Cannabisgebruik bestempelt als een risicoloos, onschuldig tijdverdrijf. Het appelleert aan het verantwoordelijkheidsgevoel in onze maatschappij, waarin verslavend gedrag eerder wordt gestimuleerd als afgeremd.

**Dirk J. Korf, Marijke van der Woude,
Annemieke Benschop, Ton Nabben**

Coffeeshops, jeugd & tourisme

Rozenberg Publishers, Amsterdam 2001

Dit onderzoek is uitgevoerd door het »Criminologisch Instituut Bonger« van de Universiteit van Amsterdam, in opdracht van het Ministerie van Justitie, Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC)

Begin jaren tachtig waren er nog bijna geen coffeeshops in Nederland die softdrugs verkochten. In de loop van de jaren negentig waren er volgens de overheid veel te veel en moest het aantal coffeeshops drastisch teruggedrongen worden. Momenteel zijn er ruim achthonderd coffeeshops, verspreid over ongeveer honderd gemeenten. De meeste gemeenten hebben dus helemaal geen coffeeshop. Voór 1996 mochten coffeeshops hasj en wiet verkopen aan jongeren vanaf 16 jaar en kon een klant maximaal 30 gram ineens kopen. Tegenwoordig is de minimumleeftijd 18 jaar en de maximumhoeveelheid 5 gram.

Met het verhogen van de minimumleeftijd hoopte de overheid het softdruggebruik onder jongeren terug te dringen. In dit boek wordt nagegaan of dit ook daadwerkelijk gebeurd is. Hoeveel jongeren beneden de 18 jaar blowen tegenwoordig? Hoe komen zij aan hun hasj of wiet? Is de markt verschoven naar plekken waar zij eerder in aanraking komen met harddrugs?

Het belangrijkste doel van het verlagen van de maximumhoeveelheid naar 5 gram was dat hierdoor minder toeristen softdrugs zouden komen kopen in Nederland. Is dit in de praktijk ook gebeurd? Hoe gaan coffeeshops met de vijfgramsnorm om? Houden zij zich er streng aan of knippen ze graag een oogje dicht? Komen Duitse, Belgische en Franse cannabisgebruikers nu minder naar Nederland of weten ze de nieuwe maatregel te omzeilen?

Coffeeshops, jeugd en tourisme geeft een antwoord op dergelijke vragen. De auteurs deden uitgebreid onderzoek in coffeeshops en spraken daarnaast met cannabisgebruikers die nog te jong zijn om in een coffeeshop te mogen komen. Ook interviewden ze ambtenaren, politiemensen en jongerenwerkers.

Dit boek schetst voor zowel beleidsmakers en preventiewerkers als coffeeshophouders en cannabisgebruikers een verrassend beeld van hoe de nieuwe maatregelen van de overheid in de praktijk werken.

***Kon het aantal
buitenlandse
coffeeshop
bezoekers
inderdaad
verminderd
worden?***



Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e.V. – deQus

Manual voor het kwaliteitsmanagement in de klinische verslavingszorg

De Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e.V. werd in 2000 opgericht. Deze vereniging heeft als doel de leden te ondersteunen bij de invoering van een systeem voor het kwaliteitsmanagement.

In deze manual, die in maart 2002 werd uitgegeven, werd het concept voor de ontwikkeling van kwaliteit van de deQus voorgesteld. Dit concept berust op fundamentele zaken als kwalificatie en coöperatie. De verantwoordelijke personen voor de kwaliteitsbewaking van de deelnemende klinieken worden gekwalificeerd tot kwaliteitsmanagers in een gezamenlijk cursusprogramma. De samenwerking tussen de betrokken klinieken helpt om gezamenlijk betere oplossingen te ontwikkelen. Door de landelijke samenwerking bij de ontwikkeling van het systeem voor het kwaliteitsmanagement werden niet alleen ervaringen en ideeën uitgewisseld, maar ook gezamenlijk verbeteringen ontwikkeld.

Deze manual biedt de mogelijkheid het kwaliteitsmanagementsysteem van een instelling op systematische wijze te onderzoeken. Er wordt uitgegaan van de internationaal erkende norm ISO 9001. De manual houdt daarenboven, voorzover nodig, rekening met elementen van het EFQM-model. Een optie vormen vragen m.b.t. de praktische realisatie van de grondslagen van een instelling.

DeQus

Kurt-Schumacher-Str. 2
34117 Kassel
Duitsland
☎ 00 49-5 61-10 84 41
☎ 00 49-5 61-10 28 83
✉ info@dequs.de
www.dequs.de

De manual is bedoeld als basis voor interne en externe audits, maar kan ook tijdens de ontwikkeling van een kwaliteitsmanagementsysteem ingezet worden om te onderzoeken in hoeverre men het doel reeds genaderd is. De manual beschrijft de inhoudelijke eisen die worden gesteld aan een goed functionerend kwaliteitsmanagementsysteem. De manual is bij dit alles georiënteerd op de praktijk, dat betekent dat de eisen ook praktisch kunnen worden aangewend en dat daaraan ook kan worden voldaan.

(uittreksel uit het voorwoord)