

*Bureau voor
grensoverschrijdende
samenwerking*

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



BINAD INFO 25

- ***Wat blijft er in de toekomst over van de veelzijdigheid van de verslavingszorg?***

factus
instelling voor verslavingszorg

colofon

BINAD-INFO 25 juli t/m december 2003

Uitgever: **BINAD – bureau voor grensoverschrijdende samenwerking**

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Abteilung Landesjugendamt
Dezernent: Landesrat Hans Meyer

Koördinationsstelle Sucht
Leiter: Wolfgang Rometsch

Redactie: Rüdiger Klebeck, Mechthild Neuer,
Hans van Ommen, Elke Knuck

Vertaling: Martin Schmeltzle
Frederik Wanink

Voor persoonlijk ondertekende bijdragen zijn de schrijvers zelf verantwoordelijk.


De redactie ontvangt graag artikelen van lezers; zij behoudt zich echter het recht voor deze artikelen in overleg met de auteur te bewerken c.q. in te korten.

Zetwerk: Lütke-Fahle-Seifert AGD, Münster

Druk: Burlage, Münster

Oplage: 1.400

Financiering:  Ministerie van
Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
Den Haag

 Ministerium für Gesundheit,
Soziales, Frauen und Familie,
Düsseldorf

Contactadressen: **BINAD-NL**
Korte Hengelosestraat 24
Postbus 417
7500 AK Enschede
tel.: 053-48 24 750
fax: 053-48 24 760
e-mail: h.vanommen.binad@tactus.nl
internet: www.tactus.nl

BINAD
Warendorfer Str. 25-27
postbus
48133 Münster
tel.: 0049-251-591-3268/-3154
fax: 0049-251-591-5499
e-mail: binad@lwl.org
internet: www.binad.de

In plaats van een Intro 2

Infos 6

Relatie kosten en baten in de verslavingszorg 12
Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (FDR)

Financiering en herstructurering van de poliklinische verslavingszorg 16
AG Drogenarbeit und Drogenpolitik in NRW e.V. (AG Dropo)

Ommezwaai in de gezondheidszorg: marktwerking 21
Ruud Rutten

Invoering landelijk registratiesysteem voor verslaafden 26
Rob Steinbuch

De drugsproblematiek in de jeugdgevangenis 29
dr. Daniela Hossler

De straat als middelpunt: hulp voor kinderen en zwerfjongeren in Essen 36
Birgit Pannenbecker

10 jaar verstrekking van spuiten aan druggebruikers in gevangenissen – het einde van de Duitse projecten 42
dr. Heino Stöver

20 jaar PAUKE – Van zelfhulpgroep naar erkend onderdeel van de verslavingszorg in Bonn 48
Sabrina Boscolo Lips

Standpunt van de DHS ten aanzien van het gebruik van gelden van de tabaks- en alcoholindustrie 51
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)

Het federale modelproject FreD – vroeginterventie bij druggebruikers die voor het eerst met justitie in aanraking komen (Frühintervention bei ersttauffälligen Drogenkonsumenten) – Congres ter gelegenheid van het einde van het project 54
Rüdiger Klebeck

Cannabisgebruik bij jongeren en criminaliteit – Sociale cursus »Leben in der Balance« in CD-rom versie 64
Manfred Gesch

Pill-testing, XTC en preventie – Jaarvergadering 2003 van de Niedersächsische Landesstelle Suchtgefahren – aanleiding eens stil te staan bij de uitgangspunten 67
Rüdiger Klebeck

Schily's prive-oorlog tegen Nederland 72
Verein für Drogenpolitik e.V.

Podium

■ *»Wij hebben een eensluidend drugbeleid nodig!«* 74
Interview met criminoloog prof. dr. Sebastian Scheerer

Publicaties 78

Een klein jubileum? Een »mijlpaal«? Nr. 25 van BINAD-INFO is gereed. Sinds het eerste nummer – dat was in januari 1996 – zijn meer dan acht jaar verstreken. De inhoud en de lay-out zijn in meerdere stappen veranderd, tot de huidige vorm. Ook de regelmaat is anders geworden: in de eerste jaren gaven wij vier nummers per jaar uit, de frequentie werd daarna teruggebracht tot drie en er kwamen extra themanummers bij. Ook de omvang per nummer nam toe, waar verschillend op werd gereageerd. Sommige personen uit onze adreslijst – commerciële bladen hebben het dan over abonnees – vonden dit te veel van het goede. De meeste mensen echter, zo bleek uit onze enquête, onderschreven het product qua vorm, inhoud en omvang. Wij lieten het INFO daarom in principe ongewijzigd, maar schroefden de kwaliteit, naar onze mening, verder op. Wel reduceerden wij het aantal nummers verder tot de huidige twee per jaar. Als redenen daarvoor hebben wij destijds aangegeven: de vrij geworden gelden werden gestoken in de productie en publicatie van werk materiaal dat relevant is voor de praktijk. Hiervan profiteerde tot dusver heel duidelijk alleen de Duitse zijde. Er kwamen Duitse vertalingen van Nederlands materiaal »op de markt«, die in deze vorm tot dusver in Duitsland niet beschikbaar waren.

Ook andere producten uit de afgelopen jaren gingen in deze richting de Duits-Nederlandse grens over: »Der Entzugsprozess – eine Spirale nach oben« en de »Smart-Shop«-brochure zijn hier voorbeelden voor. Het zal daarmee duidelijk zijn dat het nog steeds loont om de ontwikkelingen in Nederland te volgen, om indien nodig praktisch materiaal »naar Duitsland te halen«. Daarmee wordt ook duidelijk dat het »kleine buurland« van Duitsland qua drugsbeleid, maar ook in de praktijk van alledag nog steeds flexibeler is. En dat heeft te maken met de overzichtelijkere structuur van het zorgsysteem, maar ook aan het feit dat politieke besluiten gemakkelijker in de praktijk kunnen worden gebracht. In Nederland is er geen verschil tussen federaal en deelstaat-beleid – en nog steeds is de Nederlandse omgang met verslaving en drugsproblemen meer geënt op pragmatisme dan op ideologie of politieke haalbaarheid.

Het lijkt dus nog steeds zo te zijn dat de belangstelling van Duitse zijde om naar Nederland te kijken groter is dan omgekeerd. Daarmee is echter nog lang niet gezegd dat er voor de Nederlanders op het gebied verslaving en drugs »niets te halen valt« in Duitsland. Het is allemaal wat moeilijker te vinden – en de compatibiliteit van Duitse ideeën en concepten met Nederlandse is kleiner dan omgekeerd. De ontwikkeling van het zorgsysteem en ook het drugsbeleid in Nederland is zoals bekend mag zijn veel sterker centraal gestuurd – waarbij individuele profileringen in de afzonderlijke zorgregio's mogelijk zijn. Dit is op zich al het grote verschil met het sterk versplinterde hulpsysteem in Duitsland. Onafhankelijk van de belangen van de organisaties bestaat al lang een proces van stroomlijning van het hulpaanbod. De regionale organisaties, die ieder voor klinische en poliklinische verslavingszorg verantwoordelijk zijn, werken in de uiteenlopend bezette »ontwikkelingscentra« de richtlijnen en manuals uit, die dan landelijk in de praktijk worden gebracht. Dit proces loopt dan onder het label van het project »Resultaten scoren« voor kwaliteitsontwikkeling en vernieuwing in de verslavingszorg, onder leiding van GGZ Nederland (wij berichtten hier in de afgelopen INFO's al over). Ook het Trimbos-instituut werkte in verschillende projecten en netwerken en in samenwerking met de regionale organisaties belangrijke aspecten uit voor de kwaliteitsontwikkeling en voor nieuwe strategieën.

En in dit sterk gestructureerde en al op voorhand geplande proces kunnen ideeën van buiten – bijvoorbeeld uit Duitsland – maar moeilijk worden binnengebracht. De situatie in Duitsland maakt het echter wel mogelijk om ideeën en concepten binnen te brengen, omdat het ontwikkelings- en vernieuwingsproces over het gehele zorgsysteem – en ook landelijk gezien minder vast gestructureerd verloopt.

De Duitse verslavingszorg, die gekenmerkt wordt door vele organisaties heeft – dat geldt met name voor Nordrhein-Westfalen – op veel plaatsen in principe grote belangstelling voor een uitwisseling van »best-practice« met Nederlandse organisaties en specialisten. De belangstelling wordt echter – juist op dit moment op grond van de door de deelstaatregering besloten bezuinigingen op de poliklinische verslavingszorg – tegengewerkt door de steeds dreigender wordende bezuinigingen op banen. In tijden van teruggang en nood concentreert men zich op het noodzakelijke. En daarbij hoort grensoverschrijdende samenwerking ter plaatse slechts in uitzonderingsgevallen – of wanneer deze een zekere financiële basis heeft.

De Duitse verslavingszorg, die gekenmerkt wordt door vele organisaties, heeft op veel plaatsen in principe grote belangstelling voor een uitwisseling van »best-practice« met Nederlandse organisaties en specialisten

Kan en zou de financiële crisis leiden tot een herstructurering en daarmee eenvoudiger structuur van het hulpsysteem?

De financiële crisis in de verslavingszorg, die zeer serieus moet worden genomen, tekent zich momenteel op verschillende wijze zowel in Nederland als Duitsland af. Nordrhein-Westfalen bezuinigt in 2004 20% op de poliklinische verslavingszorg, in 2005 nog eens 40%. Ook in Nederland vinden in 2004 en 2005 stevige bezuinigingen en ombuigingen plaats. Onder dergelijke omstandigheden staat het garanderen van de basisverzorging voorop. Vooral in Duitsland zal het landschap in het hulp-aanbod nieuw opgezet moeten worden. Volgens het verantwoordelijke ministerie in Düsseldorf moeten b.v. door fusie van instellingen synergie-effecten worden benut. Over het geheel gezien moeten de organisaties worden gedwongen om tot overkoepelende samenwerkingsvormen te komen. Het doel is »een uitgebalanceerde en gelijkmatiger sociale infrastructuur ook in de afzonderlijke regio's«. Kan en zou de financiële crisis op die manier leiden tot een herstructurering en daarmee eenvoudiger structuur van het hulpsysteem? In ieder geval worden de gegroeide structuren door elkaar geschud en in twijfel getrokken.

Eenvoudig gezegd zijn twee interpretaties mogelijk:

1. de positieve invalshoek: de effectiviteit, kwaliteit en overzichtelijkheid van het aanbod zal beter worden.
2. de negatieve invalshoek: reductie zelfs van het absoluut noodzakelijke tot een minimum, het snoeien in het hulpaanbod wordt verkocht als herstructurering maar gaat ten koste van de betrokkenen.

Met alle voor- en nadelen van de nu bereikte regionalisatie van het zorgsysteem zal het Nederlandse landschap van hulpverlening beter uit de voeten kunnen met de bezuinigingen. Niet alleen omdat minder sterk bezuinigd wordt maar vooral ook omdat het systeem de fundamentele herstructurering (naar een systeem van »regionale mono-organisaties«) al achter de rug heeft. Aan Duitse zijde zal het gaan om een gevecht om geld, belangentegenstellingen, het conflict om behoud aan de ene kant en noodzaak van hervormingen aan de andere kant. De verslavingszorg heeft zeer gespecialiseerde hulp tot stand gebracht, die deels parallel loopt aan andere »diensten«. Dit is bij een kritische blik (ook naar zichzelf) niet effectief en ook niet zinvol. Waarom wordt het in vakkringen aanvaardbaar geacht dat een verslaafde het consultatiebureau opzoekt, begeleid wordt door het schulden-adviesbureau, iemand van de reclassering naast zich heeft, als methadonpatiënt in het kader van de »psycho-sociale begeleiding« weer een andere contactpersoon heeft en misschien ook nog iemand voor de integratie in de arbeidsmarkt werk geeft? Iets meer duidelijkheid in het hulpsysteem zou inderdaad tot meer effectiviteit en kostenbesparing kunnen leiden.

Natuurlijk maken deze bezuinigingen ook geen halt voor BINAD. Het Nederlandse ministerie van volksgezondheid stopt in januari 2004 met de financiering van het BINAD-bureau in Enschede. De regionale instelling voor verslavingszorg TACTUS, verantwoordelijk voor BINAD-NL bureau, zal de huidige BINAD-medewerker Hans

van Ommen ook in de toekomst met 4 uur per week voor dit werk ter beschikking stellen. Er is dus nog steeds een contactpersoon, maar de basis voor het daadwerkelijke binationale werk wordt dan wel erg smal. Er bestaan natuurlijk ook vaste afspraken voor samenwerking met b.v. het LSP in Utrecht, die ook verdere activiteiten inhouden, maar het zal over het algemeen toch duidelijk moeilijker worden op het bekende niveau verder te werken. En dat is nog niet eens het eind van het liedje, het zal komen tot (bij het sluiten van de redactie nog niet bekend) bezuinigingen op het werk van het bureau in Münster. Misschien wordt de financiering voor het bureau vanaf 2005 wel helemaal stopgezet.

Terug naar de eerste regel van dit »intro«. Een klein jubileum? een mijlpaal? Wanneer men het geheel beziet is er weinig reden voor vreugde of optimisme. De verslavingszorg drijft op alle terreinen af naar een onzekere toekomst en een proces van inkrimping. Dit zal sporen achterlaten. Het moet worden afgewacht welke bijdrage dit proces zal kunnen leveren aan het tegengaan van de problemen die samenhangen met verslaving in onze maatschappij. Of zijn deze problemen in vergelijking met andere economische en maatschappelijke uitdagingen inderdaad te verwaarlozen?

Aan de andere kant weten wij dat dergelijke revoluties en crises vanzelfsprekend ook de creatieve krachten kunnen wekken. Dit aspect kreeg al aandacht met het speciale thema van BINAD-INFO 24, »Uitdagingen voor de verslavingszorg«. Om het nog eens te zeggen: juist de Duitse verslavingszorg is rijp voor een fundamentele hervorming, die zonder financiële nood en daarmee druk, maar zeer langzaam op gang komt. Is de huidige crisis dus toch een positieve ontwikkeling? Het zal afhangen van de resultaten.

Dit »jubileumnummer« van BINAD-INFO houdt zich zoals gewend bezig met bijdragen uit verschillende gebieden van de verslavingszorg. Er wordt verslag uitgebracht over successen en problemen in het praktische werk, maar pakt ook het thema van de kritische financiële toestand op. De redactie hoopt natuurlijk ook in de toekomst als Duits-Nederlands »medium« een bijdrage te kunnen leveren aan de uitwisseling van ervaringen en informatie om te komen tot een steeds meer gekwalificeerde Europese verslavingszorg, die nog energie genoeg heeft om nieuwsgierig over de grens te kijken.



Rüdiger Klebeck



Mechthild Neuer



Hans van Ommen

Rüdiger Klebeck

Mechthild Neuer

Hans van Ommen



InTact – nieuwe zelfhulporganisatie voor verslaafden en hun naasten

Het is voor velen al geen nieuwtje meer, maar de zelfhulporganisatie die TACTUS in nauwe samenwerking met de Duitse Kreuzbund en Caritas in het leven zal roepen gaat »INTACT zelfhulp voor verslaafden en hun naasten« heten. Voor deze naam is gekozen omdat hij het streven van de zelfhulp goed weergeeft.

INTACT betekent compleet, wat goed aansluit op de wens om niet alleen de verslaafde, maar ook diens naasten te begeleiden. INTACT betekent (weer) heel, niet kapot. En voorts steken we met de naam niet onder stoelen of banken dat INTACT tot de TACTUS-familie behoort.

INTACT zal voor december aanstaande de eerste groepen starten en is nu druk bezig zich zo grondig mogelijk op deze start voor te bereiden. Inmiddels is er een aantal door de wol geveerde, maar daarom niet minder enthousiaste, zelfhulpers gevonden die de start mee willen maken. En ook zijn de eerste aanmeldingen voor de eerste groep die in Hengelo of Enschede gaat starten zijn al binnen. INTACT prijst zich overigens gelukkig dat de collegazelfhulpgroepen van de Kreuzbund in Nordhorn hun deuren wagenwijd open hebben gezet om Nederlanders alvast een voorproefje te geven van zelfhulp »à la INTACT«.

Informatie over INTACT is te verkrijgen bij:

Adri Hulshoff

☎ 05 70-50 01 32

✉ a.hulshoff@tactus.nl

of

Harry Wildenborg

(groepsstarter)

☎ 0 74-2 78 03 00

Venlo: Jaarverslag Hektor 2002

De gemeente Venlo heeft met juli 2003 het Jaarverslag Hektor ter beschikking gesteld. Dit verslag gaat in op de belangrijkste resultaten zoals deze in dit jaar zijn geboekt op de drie sporen van Hektor, te weten Vast&Goed, handhaving en het coffeeshopbeleid.

Het jaarverslag is bedoeld voor het college van B&W, de commissie Financiën, Bestuur en Veiligheid en de gemeenteraad Venlo. Daarnaast dient het jaarverslag als inhoudelijke verantwoording voor het Ministerie van Justitie. Vanwege de jaarlijkse financiële bijdrage van het Ministerie van Justitie aan het handhavingstrajekt binnen »Hektor«, ligt de nadruk in dit verslag op de handhavingresultaten.

Aan het einde van het jaarverslag wordt een doorkijk gegeven naar het jaar 2003.

Naast het jaarverslag verschijnt er twee keer per jaar (jan-april en mei-augustus) een beknopte tussenrapportage »Hektor« met daarin de resultaten van de drie sporen binnen »Hektor«.

Gemeente Venlo

Postbus 3434

5902 RK Venlo

☎ 0 77-3 59 69 23

✉ iehaanraads@venlo.nl

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH)

Vrouwelijke migranten in de prostitutie

Brochure in Tsjechisch, Pools en Russisch

Het percentage migranten onder de sekswerkers is hoog; in sommige gebieden ligt dit op ca. 60%. Het is echter niet gemakkelijk deze groep personen te informeren over preventieve mogelijkheden. Veel van deze vrouwen bevinden zich namelijk vanwege hun onzekere status in een moeilijk parket – om het even of ze in clubs of op de straat werken.

Een »deuropener« voor streetworkers kan een care-pack zijn (iets dergelijks wordt bij het werk onder tippelende homo's al lang met groot succes ingezet) – een kleine buiktas met condooms, glijmiddel, reinigingsdoek en schijftampon. Deze wordt gratis verstrekt aan vrouwen en biedt ook een goede gelegenheid om contact te leggen. De DAH heeft speciaal voor zulke care-packs samen met vertegenwoordigers van de hoeren-zelfhulp een brochure voor migranten in de prostitutie ontwikkeld en in eerste instantie laten vertalen in het Tsjechisch, Pools en Russisch. De brochure geeft informatie over het juiste gebruik van de toiletartikelen, over HIV/AIDS en andere (niet alleen via seksuele contacten) overdraagbare ziekten. In de bijlage bevinden zich de belangrijkste adressen, waar deze vrouwen verdere informatie en ondersteuning kunnen krijgen.

bron: AIDS-DIALOG NRW 2/03 ;
bestelnummer bij de DAH: Tsjechisch 040012; Pools 040011; Russisch 040010

**Deutsche
AIDS-Hilfe e.V.**

Postfach 61 01 49

10921 Berlijn

Duitsland

www.aidshilfe.de

Tegen Minister van justitie van de deelstaat Niedersachsen wordt aangifte gedaan bij justitie

De »Verein für Drogenpolitik e.V.« (VfD) te Mannheim had op 21-07-2003 tegen de minister van justitie van de deelstaat Niedersachsen aangifte bij justitie gedaan omdat deze het project voor afgifte van spuiten in penitentiaire inrichting Groß-Hesepe gestopt heeft. De VfD wilde dat het openbaar ministerie van Hannover onderzoekt of de minister door deze »activiteiten« de volgende drie wetten heeft overtreden:

- a) **Wet tenuitvoerlegging van straffen**, § 3 Vorm van tenuitvoerlegging
- b) **Wet bescherming infecties**, § 1 Doel van de wet en § 36 Naleven van hygiëne ter voorkoming van infecties
- c) **Wetboek van strafrecht**, § 222 Dood door schuld

Uit de motivatie van de aanklacht:

De **Wet tenuitvoerlegging van straffen** regelt onder andere dat de »schadelijke gevolgen van de detentie moeten worden tegengegaan« – doordat het project voor verstrekking van spuiten gestopt werd, stijgt de kans dat gedetineerden een HIV- of hepatitis-infectie oplopen. De **Wet bescherming infecties** verplicht bedrijfsinterne hygiëne door te voeren om infecties te voorkomen en de verspreiding van besmettelijke ziekten tegen te gaan – de beëindiging van het spuitenproject belemmert de bescherming tegen HIV en hepatitis-infecties, maar bevordert juist de verspreiding van infecties. De klager ziet in het gebeurde een misdrijf op grond van dood door schuld volgens het **Wetboek van strafrecht**. Dit in verband met de hogere kans op HIV- en hepatitis-infecties en de ongeneeslijke ziekten die daar het gevolg van zijn. Daardoor wordt indirect en nonchalant de dood van een onbekend aantal mensen veroorzaakt.

Verein für Drogenpolitik e.V.
 Käfertaler Str. 38
 68167 Mannheim
 Duitsland
 ☎ / 📞 00 49-621
 -401 7267
 ✉ vorstand@
 drogenpolitik.org
 www.drogenpolitik.org

... en de reactie van het openbaar ministerie?

Op 1-8-2003 deelde het OM Hannover aan de Verein für Drogenpolitik mee, dat »een strafbaar feit op grond van dood door schuld, resp. toebrengen van lichamelijk letsel ...« niet kan worden gevonden, »... omdat het intraveneuze gebruik van verdovende middelen moet worden gezien als het in gevaar brengen van zichzelf. Daarom bestaat in alle gevallen waarin het komt tot een door de afzonderlijke gebruiker zelf genomen infectierisico, principieel geen strafrechtelijke verantwoordelijkheid van andere personen. Voor het overige bestaat er geen enkele aanwijzing dat de minister van justitie van Niedersachsen een strafbaar feit heeft gepleegd.«

Er wordt daarom geen onderzoek tegen de minister ingesteld op grond van de aangifte van een strafbaar feit door het VfD.

(Staatsanwaltschaft Hannover, Geschäftszeichen MZS - 1151 JB 56547 / 03)

Ecstasy – een preventief spel

Twee spel-pedagogen, het Centre de prévention des toxicomanies, Luxemburg en de hoofdstad van het Saarland, Saarbrücken, ontwikkelden een spel voor vier groepen (of vier personen) en testten dit één jaar lang in scholen en jeugdgroepen in het Saarland en Luxemburg. Het spel kan worden gebruikt in scholen, bij het werk met jongeren en ouders en ook in bijscholingscursussen. Het spel werd op 17-07-2003 gepresenteerd aan het publiek. Op scholen voor voortgezet onderwijs in Luxemburg wordt het spel al gebruikt, in Saarbrücken is de voorbereiding in volle gang.

Het spel is bijzonder geschikt voor het werk in groepen en levert informatie over drugs (vooral over XTC). Het test de kennis, bevordert de interactieve behandeling van drugs en behandelt de redenen voor en tegen het gebruik en biedt mogelijkheden extase ook zonder drugsgebruik te beleven.

Er is een handleiding voor de spelleiding. Hierin staat belangrijke informatie en tips voor materiaal en hulpmiddelen.

Voor verdere informatie en bestellingen kunt u contact opnemen met:

Förderverein Gesundheitsförderung

Angelika Kraus
 c/o Stadtverwaltung
 Saarbrücken, nags
 66104 Saarbrücken
 Duitsland

☎ 00 49-6 81-9 05-17 23
 📞 00 49-6 81-9 05-18 93
 ✉ angelika.kraus@saarbruecken.de

Nieuw gecontroleerd onderzoek in Zweden uitgevoerd – Buprenorfine als alternatief voor Methadon

De gedeeltelijke opiaat-receptor-agonist buprenorfine werd sinds al geruime tijd voorgesteld als alternatief voor methadon in de therapie van heroïneverslaafden. Tot dusver was de kennis over deze werkzame stof echter zeer summier. Onder leiding van het Karolinska-Instituut in Zweden werd nu een gecontroleerd onderzoek naar de werking van buprenorfine na verloop van één jaar gedaan. 40 verslaafden in de leeftijd van 20 jaar of ouder namen deel aan het onderzoek. Alle deelnemers voldeden tenminste sinds één jaar aan de DSM-IV-criteria voor een verslaving aan opiaten, maar kwamen vanwege uiteenlopende redenen niet in aanmerking voor een methadonprogramma in Zweden. Zij ontvingen ad random één jaar lang een dagelijkse dosis van 16 milligram sublingual of placebo. Tenminste gedurende zes maanden werd de inname gecontroleerd, betrouwbare deelnemers mochten daarna de dosis zelf thuis innemen. Bovendien namen alle verslaafden deel aan een cognitieve gedragstraining, om een terugval te voorkomen. Zij spraken wekelijks met hun therapeut en leverden drie maal per week urinemonsters in, waardoor een terugval snel kon worden aangetoond. Na een jaar namen nog 75% van de verslaafden met buprenorfine deel aan de therapie. Daarentegen waren alle deelnemers van de placebo-groep teruggevalen ($p = 0.0001$). Onder de patiënten die in therapie bleven, waren 75% van de urinemonsters negatief qua opiaten, centrale stimulantia, cannabinoïde en benzodiazepine. Bovendien waren verslaafden met buprenorfine en een psycho-sociale therapie minder vaak crimineel.

Bron: Lancet 2003, Vol. 361, p. 662-668

»Advies vóór drugscarrière« – Vroegtijdige hulp voor gebruikers van harddrugs in Schleswig-Holstein

Sinds 1 januari 2003 krijgen gebruikers van harddrugs die voor het eerst met justitie in aanraking komen, het aanbod op vrijwillige basis een consultatiegesprek te krijgen. Daarmee is een variant op het federale model FreD (zie verslag over het afsluitende congres van dit project op blz. 54) ontwikkeld. Deze variant is enerzijds uitsluitend gericht op gebruikers van harddrugs en biedt anderzijds een individueel adviestraject. Dit in tegenstelling tot FreD, waarin met groepen gewerkt wordt. Er wordt duidelijk onderscheid gemaakt tussen de juridische afhandeling en de drugsverslaving – of gebruik wordt gemaakt van het aanbod heeft geen invloed op lopende of toekomstige processen.

Tijdens de een jaar durende modelfase worden de gebruikmaking, de problemen, successen van de consultatie en bemiddeling naar therapie van het model geëvalueerd.

Nadere inlichtingen:

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Verbraucherschutz

Adolf-Westphal-Straße 4
24143 Kiel
Duitsland

☎ 00 49-4 31-98 85-3 16

☎ 00 49-4 31-98 85-3 44

✉ pressestelle.mags@landsh.de

Fachverband Drogen und Suchtmittel e. V. (FDR)

Relatie kosten en baten in de verslavingszorg

Het jaar 2003 bracht al een reeks van financiële problemen voor de verslavingszorg, voordat – zoals bijvoorbeeld extreem in Nordrhein-Westfalen – extra bezuinigingen voor de jaren 2004 en 2005 werden aangekondigd. Met zijn »Rundbrief 3/03« verspreidde de FDR op 5-9-2003 o.a. de »Stellungnahme zu Kosten- / Nutzenrelationen in der Suchthilfe«, die wij hier letterlijk (op één voorbeeld na) afdrukken. De centrale boodschap krijgt met het oog op de nog drastischer gereduceerde middelen voor de poliklinische verslavingszorg in 2004 en 2005 een steeds grotere betekenis.

Het bezuinigingsjaar 2003

In de deelstaten en gemeenten werd in 2003 geprobeerd de crisis in de staatskas door een breed spectrum van bezuinigingsmaatregelen te boven te komen. Ook de verslavingszorg heeft op uiteenlopende manieren te maken met deze bezuinigingen. Op **poliklinisch gebied** wordt de begeleiding en consultatie meestal door de deelstaten en de gemeenten gefinancierd. De aankondigde bezuinigingen gaan van wegvallen van alle niet-verplichte prestaties tot 10-20% bezuinigingen in de begroting voor 2003.

De **medische revalidatie** wordt meestal door de wettelijke pensioenverzekering betaald. Omdat hun uitgaven al sinds vele jaren aan een maximum gebonden is, bereiken de »kosten voor de probleemgevallen« inmiddels een hoogte die het budget te boven gaan.

Op het gebied **integratie** (deelname aan het arbeidsleven en aan het leven in de maatschappij) heersen door de veranderde voorwaarden van het Arbeitsförderungsgesetzes (SGB III) (wet voor bevordering van werk) grote onzekerheid en is er sprake van een reële teruggang van de prestaties door het wegvallen van de maatregelen voor werkverschaffing en structuuraanpassing. De nieuwe deelstaten worden daardoor dramatisch getroffen, omdat hier niet alleen de startfinancieringen, maar ook de sociale dienstverleningen moeten worden gereduceerd. Tegenover een economische benadeling van de verslavingszorg in West-Duitsland staat een existentiële bedreiging in Oost-Duitsland.

Structuren en financiering

In de Bondsrepubliek Duitsland bestonden in 2001 bijna 400 laagdrempelige initiatieven voor verslaafden, meer dan 1.000 consultatiebureaus voor verslaving, daarvan 360 consultatiebureaus voor drugs, ca. 6.800 plaatsen voor ontwenning, 11.312 plaatsen voor klinische medische revalidatie (daarvan 3.931 voor drugsverslaafden), ca. 470 complementaire instellingen en ca. 1.230 plaatsen in werk- en kwalificatieprojecten voor verslaafden. Ieder jaar worden ca. 400.000 mensen met drugsproblemen door het hulpsysteem bereikt en deze personen krijgen daar goede impulsen om uit de verslaving te stappen.

De financiering van de verslavingszorg is onoverzichtelijk. Uit de officiële cijfers blijkt dat de poliklinische instellingen in West-Duitsland per jaar gemiddeld een budget van ca. € 290.000 hebben, terwijl dit in de nieuwe deelstaten slechts ca. € 115.000 bedraagt. Op het gebied van de medische revalidatie bedraagt de gemiddelde dagvergoeding in een klinische instelling € 86. Activiteiten op complementair gebied worden gedeeltelijk via een individuele financiering op grond van de federale wet voor de bijstand of via projectkosten betaald. Op deze manier lijkt er veel geld bij elkaar te komen. Wel moet worden bedacht dat verslaafde mensen ook hebben betaald voor deze prestaties via de premies voor de sociale verzekeringen. Bij de vrijwillige prestaties en bij de bijstandsuitkeringen gaat het om persoonlijke en tijdelijke uitkeringen, die impulsen moeten geven voor de »hulp om zich zelf te kunnen helpen«. Verslaafde mensen hebben minder vaak een duurzame ondersteuning nodig dan b.v. gehandicapten of chronisch zieken. Wanneer er toch een langdurigere begeleiding nodig is, zijn de kosten veel lager dan wanneer er niet begeleid wordt. De behandelingskosten van de zogenaamde »draaideurpatiënten« zijn deels regionaal gemeten (AOK Magdeburg, AOK Niederbayern) en belasten de gezondheidszorg sterk.

De financieringsstructuur van de verslavingszorg in Duitsland is gecompliceerd en onoverzichtelijk

Verslaving kost geld – verslavingszorg bespaart geld

Verslavingen veroorzaken kosten: het Robert-Koch-Instituut in Berlijn heeft de maatschappelijke kosten van alcoholgebruik op 20 miljard € becijferd. Het Fachverband DROGEN UND RAUSCHMITTEL e. V. heeft geprobeerd de kosten van drugsverslaving te berekenen en heeft daarbij een bedrag van 2,5 miljard € becijferd. Mensen die door het gedifferentieerde aanbod van de verslavingszorg succesvol van hun verslaving af komen, veroorzaken vrijwel geen maatschappelijke kosten, betalen juist na het krijgen van een baan weer belasting en sociale premies. Ze dragen er dus aan bij de eigen behandeling weer terug te betalen aan de maatschappij door belasting en sociale premies te betalen.

Wanneer in de deelstaten en de gemeenten de financiering voor de verslavingszorg wordt gestopt of gereduceerd, of wanneer de pensioenverzekeringen bezuinigingen op hun budgetten voor medische revalidatie moeten accepteren, dan gaat het daarbij om kortstondig activisme, dat op de lange duur weer tot hogere kosten zal leiden.

Voorbeeld: externe drugshulpverlening in gevangenissen

Veel drugsverslaafden bevinden zich in de gevangenis. Een dag in de gevangenis kost gemiddeld 90 €. Het inkomen van een maatschappelijk werker bedraagt 45.000 € en komt overeen met 500 gevangenis-dagen. Wanneer een medewerker van de externe drugshulpverlening een gedetineerde met 2 jaren voor de boeg via de voorschriften »Therapie in plaats van straf« kan bemiddelen naar een medische revalidatie, heeft hij € 65.700 bespaard en zodoende zijn loon »terugverdiend«. Het aantal bemiddelde personen is natuurlijk veel groter.

Aan dit voorbeeld wordt duidelijk dat budgetgericht denken weliswaar aan de ene kant kortstondige besparingen oplevert, maar dit aan de andere kant juist wordt bekocht met veel hogere kosten.

Voorbeeld: medische revalidatie

Een effectieve behandeling van de verslaving vindt in de instellingen voor medische revalidatie plaats. Volgens inlichtingen van het Fachverband DROGEN UND RAUSCHMITTEL e. V. betalen ca. 70% van de mensen die een behandeling van de alcoholverslaving succesvol afgerond hebben, op de lange duur weer sociale premies en belastingen. Bij drugsverslaafden is dit ca. 40%. De medische revalidatie is succesvol omdat deze meervoudig terugbetaald wordt door bijdrages. En: snoeien bij consultatiebureaus, waarin gemotiveerd wordt een behandeling te volgen, bemiddeling plaatsvindt en gezorgd wordt voor een persoonlijke begeleiding, zou het aantal medische revalidaties reduceren en vermoedelijk ook het aantal personen dat stopt met de behandeling doen stijgen. Bovendien worden de bezuinigingen op formatieplaatsen de minimale criteria van de poliklinische medische revalidatie in gevaar brengen, omdat deze in de context van het geïntegreerde systeem van de verslavingszorg moet worden aangeboden.

Aanbevelingen voor de praktijk

De bezuinigingen in de staatskas zijn noch politiek, noch op de een of andere manier economisch of zelf maatschappelijk logisch. Ze worden uitsluitend fiscaal berekend. Het is daarom bijna onmogelijk om argumentaties te ontwikkelen die voor de onderhandelaars transparant zouden zijn. Het Fachverband DROGEN UND RAUSCH MITTEL e. V. adviseert echter op het volgende te wijzen:

- dat de conferentie van de ministers van volksgezondheid op 2 / 3 juli in Chemnitz de uitbreiding van het net van verslavingszorg besloten heeft en daarbij het »Aktionsplan Drogen und Sucht« ondersteund heeft,

- dat de verslaafden geen langdurige uitkeringen uit de staatskas nodig hebben, maar dat het in de meeste gevallen om tijdelijke financieringen gaat, die zichzelf in hoge mate zelf financieren doordat hulp geboden wordt om uiteindelijk ook zichzelf te kunnen redden,
- dat verslavingszorg een hulpsysteem geschapen heeft dat georiënteerd is op kwaliteit, een netwerk vormt en bovendien bijzonder voordelig werkt.

Omdat de afzonderlijke onderdelen van het geïntegreerde systeem nauw met elkaar verbonden zijn, brengen bezuinigingen op één plaats ook het gehele systeem in gevaar.

Het Fachverband DROGEN UND RAUSCHMITTEL e. V. adviseert de instellingen voor verslavingszorg echter ook om het eigen werk nog eens te controleren op effectiviteit. Het Fachverband eist echter ook van de verantwoordelijk personen, vooral in de gemeenten maar ook in de deelstaten:

- activiteiten voor de volksgezondheid incl. verslavingszorg omvattend te laten samenwerken en een bindende leidinggevende structuur in dit hulpsysteem vast te leggen,
- met de aanbieders een reeks prestaties en vergoedingen overeen te komen,
- de deelname van verslaafde mensen aan het werkproces en het maatschappelijke leven te ondersteunen en hierop een bijzonder accent van de financiering te leggen,
- de kosten-baten verhouding van de bezuinigingen over de grenzen van de ministeries heen precies te onderzoeken.

Want: verslavingszorg is effectief en efficiënt – zij draagt bij

- aan de bezuiniging op kosten voor acute behandelingen van verslaafden,
- aan de verlaging van de kosten van de ziekenfondsen, ook bij psychosomatische ziekten onder de familieleden,
- aan de verlaging van verzuim op de werkplek,
- aan de reductie van geweld, vooral bij jonge mensen middels verslavingspreventie,
- aan het terugbrengen van overlast van drugscenes in de stad,
- aan het verminderen van het aantal drugsdoden
- aan de verhoging van de subjectief waargenomen openbare veiligheid,
- aan het terugbrengen van de kosten voor detentie,
- aan de bezuinigingen, b.v. op de gebieden bijstand, jeugdzorg en WW,
- aan het kunnen werken van verslaafden,
- aan de verhoging van de overheidsinkomsten door het betalen van belasting en sociale premies,
- aan de teruggang van schulden, vooral van verslaafden,
- aan de teruggang van geweld onder invloed van drugs,
- aan de teruggang van HIV en Hepatitis en andere infectieziekten.

Omdat de afzonderlijke onderdelen van het geïntegreerde systeem nauw met elkaar verbonden zijn, brengen bezuinigingen op één plaats ook het gehele systeem in gevaar

FDR

Odeonstr. 14
30159 Hannover
Duitsland
☎ 00 49-5 11-1 83 33
☎ 00 49-5 11-1 83 26
✉ mail@FDR-online.info
www.FDR-online.info

AG Drogenarbeit und Drogenpolitik in NRW e.V. (AG Dropo)

Financiering en herstructurering van de poliklinische versavingszorg

De huidige situatie van de verslavingszorg – financieringsproblemen, verlies van banen, verslechtering van de verzorging etc. – lijken weinig speelruimte te bieden voor het behoud van de zorgkwaliteit, ontwikkeling en innovaties. De »goeie ouwe tijd« ligt achter ons, het lijkt wel alsof de weg terug ingeslagen is, die bekneelt en inperkt. Moeten wij ons bij al deze voortekens gelaten afwenden en alleen nog in herinneringen zwelgen? Het hieronder afgedrukte stuk van de AG Dropo houdt zich bezig met een constructieve en pragmatische blik op de realiteit in de ambulante verslavingszorg, zet dingen op een rij en noemt taken uitdagingen van de betrokkenen ter plaatse. De AG Dropo is een bond van instellingen, verenigingen en mensen die op verschillende plaatsen in de verslavingszorg actief zijn.

Opmerking vooraf

De onderstaande uiteenzetting over de financiering van de ambulante verslavingszorg is bedoeld voor de organisaties die verantwoordelijk zijn voor de poliklinische zorg. Hierbij kan de toekomstige financiering van het hulpaanbod niet los worden gezien van een herstructurering van de hulpverlenende activiteiten en het werk.

Deze gedachten zijn niet uit op een fundamentele kritiek op de financiering van ambulante verslavingszorg of op de actuele ontwikkelingen m.b.t. de zogeheten »ombouw van de sociale voorzieningen« met het bezuinigen op uitkeringen, een verslechtering van de verzorging (-structuren) en het snoeien in subsidie. Deze zaken worden als gegeven realiteit gezien. Grondgedachte is de vraag naar de overgebleven speelruimte van instellingen en organisaties onder de beschreven omstandigheden.

Wanneer begrippen als »prestatie«, »kwaliteit«, »vergoeding«, »overeenkomst« worden gebruikt en de verbetering van de transparantie en het leggen van betere verbanden tussen financiering en te leveren prestatie geëist wordt, wordt hiermee geen »neo-liberale« richting van de hulpverlening bedoeld.

In tegendeel, er wordt geprobeerd strategieën te laten zien om ook onder de gewijzigde omstandigheden vakkundige hulp te kunnen garanderen. In principe wordt b.v. niet over het hoofd gezien dat de huidige vorm van financiering en organisatie van de verslavingszorg ook »positieve kanten« heeft, d.w.z. dat organisaties en instellingen zo veel mogelijk onder eigen verantwoordelijkheid konden werken, flexibel konden reageren en aan het »welzijn van de gedupeerden« georiënteerd konden handelen.

De mogelijkheden worden door gewijzigde financieringsmogelijkheden vooral ingeperkt wanneer instellingen en organisaties geen eigen antwoorden op deze ontwikkelingen geven in de vorm van creatieve concepten.

De stellingen over de financiering van de ambulante verslavingszorg zijn georiënteerd op de pragmatische eisen, die voortkomen uit de realiteit van de prestaties die wettelijk moeten worden geleverd.

Het feit dat op grond van de gegeven financieringsmodaliteiten fundamentele eisen aan de verslavingszorg t.a.v. het werk niet kunnen worden nagekomen, blijft hierbij bewust buiten beschouwing.

Stelling 1

De financiering van de ambulante verslavingszorg en de financiële activiteiten van de vrije organisaties zijn (nog) gebaseerd op de veronderstelling van »groei« als natuurlijke constante.

Het opzetten en uitbreiden van soms niet altijd inhoudelijk te motiveren hulpaanbod is tot op de dag van vandaag vaak de meest voorkomende vorm van werken in de organisaties.

Met het groter worden van de financieringsmogelijkheden van de overheid ontstonden vooral in de verslavingszorg steeds meer hulpaanbod en instellingen.

Stelling 2

Dit uitsluitend op groei gebaseerde denken wordt nu een halt toegeroepen door het geldgebrek van de overheid. De daaruit voortkomende financieringsproblemen van de ambulante verslavingszorg hebben uiteindelijk een (gedeeltelijke) afbraak van formatieplaatsen en hulpaanbod tot gevolg.

De Städte- und Gemeindebund heeft verklaard dat met het oog op de catastrofale

De stellingen over de financiering van de ambulante verslavingszorg zijn georiënteerd op de pragmatische eisen, die voortkomen uit de realiteit van de prestaties die wettelijk moeten worden geleverd

toestand in de gemeentelijke begrotingen ook het hulpaanbod van de verslavingszorg ter discussie gesteld moeten worden.

Ook wanneer het einde van de verslavingszorg nog niet moet worden ingeluid, is toch een duidelijk andere manier van denken van de organisaties nodig.

Stelling 3

Anders dan b.v. op klinisch gebied, waar gewerkt wordt op een grotendeels door de sociale wetgeving gegarandeerde basis (SGB V, VI en BSHG), ook al zijn hier soms duidelijke tekorten in de geboden activiteiten te zien – wordt de ambulante verslavingszorg overwegend gefinancierd door subsidies van gemeente en deelstaat, en in sommige gevallen ook door eigen inbreng van de organisaties.

Prestaties die gegarandeerd worden door de sociale wetgeving (b.v. activiteiten voor de voorbereiding op medische revalidatie, psycho-sociale begeleidende activiteiten voor methadonpatiënten) worden door de ambulante verslavingszorg tot dusver te weinig gereflecteerd en geëist.

Prestaties die gegarandeerd worden door de sociale wetgeving worden door de ambulante verslavingszorg tot dusver te weinig gereflecteerd en geëist

Stelling 4

Ook wanneer inhoudelijk niet te motiveren bezuinigingen in het hulpaanbod moeten worden afgeweerd, kunnen de bestaande financieringsproblemen alleen worden verholpen wanneer de financiering van de hulp stap voor stap wordt aangepast aan de gewijzigde omstandigheden.

Het eigen beeld van de organisaties en instellingen moet zich oriënteren aan een uitgebalanceerde verhouding tussen (transparante) prestatie en vergoeding.

Stelling 5

De vrije organisaties moeten als uitvoerders optreden, en zelf een wezenlijke bijdrage leveren aan de kwaliteitsontwikkeling van het regionale zorgsysteem van de verslavingszorg. Hiermee hebben zij een belangrijke functie in het kader van de planning en sturing van de hulp.

Dit is in het bijzonder van belang omdat de vakkennis van de gemeente meestal te gering ontwikkeld is, de wil tot eigen beleid vaak ontbreekt en dat waarschijnlijk de hoop op doorslaggevende inhoudelijke impulsen van de financierende organisaties tevergeefs is.

Stelling 6

Het percentage door de wet vastgelegde financiële prestaties in de ambulante verslavingszorg is als basis (nog) onbelangrijk. Subsidies worden meestal in hun geheel uitgekeerd, zonder dat de te brengen prestaties worden gedefinieerd of in een documentatie moeten worden aangetoond. De eis naar een meer eensluidende financiële basis schiet hier te kort.

Wanneer het zo is dat de financieringswegen tot dusver als »lappendeken« kritisch en klagend beschreven werden, dan moet het er in de toekomst om gaan deze »lappendeken« als strategische kans voor het waarborgen en verder ontwikkelen van de hulp op te vatten en er nog meer »lappen« op te naaien.

Stelling 7

De »Lappendeken«, d.w.z. de financiering van verschillende ambulante activiteiten in de verslavingszorg kan ertoe bijdragen dat

- mogelijkheden en speelruimte van de vrije dragers m.b.t. hun activiteiten en hulpaanbod kunnen blijven bestaan,
- flexibele uitgangspunten voor de financiering van ambulante hulpverlening blijven bestaan,
- de klantgerichtheid en onderhandelingsprocessen tussen de betrokken zorgorganisaties worden versterkt en
- de creativiteit van de organisaties tegen de achtergrond van het scheppen van nieuw aanbod en de daarmee samenhangende zoektocht naar financiers van deze prestaties bevordert wordt.

Het spectrum van prestaties zal zich oriënteren op de regionale omstandigheden

Stelling 8

Eén van de voorwaarden hiervoor is dat de ambulante verslavingszorg zijn prestaties omschrijft en daarbij verschil maakt tussen de volgende gebieden:

- prestaties voor de basisverzorging (b.v. advisering/begeleiding, substitutie, secundaire preventie, laagdrempelige basisprestaties)
- extra prestaties (b.v. begeleid wonen, advisering van mensen met schulden, extra laagdrempelige activiteiten, gebruikersruimten, ontwenningbehandeling/medische revalidatie, MPU-cursussen)

Dit betekent dat niet slechts het consultatiebureau met een algemeen spectrum van prestaties en hulpaanbod de heersende oriëntatie bepaalt. Het spectrum van prestaties (van een organisatie of een instelling) zal zich oriënteren op de regionale omstandigheden (b.v. behoefte, taakverdeling tussen uitvoerende instanties, financiële reserves, politieke wil).

Stelling 9

Vanuit inhoudelijke gezichtspunten zal het in de eerste plaats moeten aankomen op het waarborgen van een basisverzorging. Een belangrijke taak in de nabije toekomst zal zijn deze kerntaken van de ambulante verslavingszorg en de contractuele afspraken te waarborgen.

Stelling 10

Met het oog op de afzonderlijke terreinen waar prestaties worden verricht, moeten contractuele afspraken met de desbetreffende financiers worden gemaakt.

De bedoeling daarbij is het stapsgewijze afstappen van betaling door een ambtelijke beschikking ten gunste van contracten met sterke prestatiegerichte accenten.

Als voorbeelden hiervoor kunnen ontwikkelingen in afzonderlijke gemeenten worden aangehaald, die de basis van de financiering sterker richten op het BSHG (b.v. §§ 39, 40 BSHG) (~bijstandswet) en het onderzoeken van extra financieringsmogelijkheden, zoals b.v. de aanvullende financiering van prestaties door de ziekenfondsen (b.v. bezoeken van de verslavingszorg in het ziekenhuis) en pensioenverzekeraars (LVA's / BfA; b.v. voorbereiding op een maatregel van de medische revalidatie, hier: motiverend werk, opstellen van sociale verslagen e.d.).

Er moet worden gekeken of de cliënt op basis van de wettelijke regelingen voor bijbetalingen en hun draagkracht een financiële bijdrage kan leveren.

Stelling 11

De voornaamste financier van de regionale basisverzorging is de gemeente. Met de gemeenten moet worden onderhandeld over het waarborgen van de basisverzorging en überhaupt over de toekomstige vorm van de hulpverlening. Daarbij moeten ook de kwesties als looptijd van contractuele verplichtingen worden betrokken – met het oog op het waarborgen van het aanbod en vanwege de benodigde veilige basis voor planningen.

Stelling 12

De ontbrekende duurzaamheid van politieke processen in de planning en sturing zal in de toekomst in combinatie met krappe financiën ook de omstandigheden voor de klinische verslavingszorg bemoeilijken. Daarom moeten (over-) levensnoodzakelijke, flexibele strategieën voor het waarborgen van de (basis-) verzorging en voor het behoud van de mogelijkheid te kunnen ageren voor de uitvoerende instantie worden ontwikkeld. Een voorwaarde hiervoor is een versterking van de autonomie van vrije organisaties en het inslaan van nieuwe wegen. Hierbij kan o.a. ook de versterking van vrije organisaties door regionale fusies en/of de verandering van rechtsvorm horen.

Ruud Rutten

Ommezwaai in de gezondheidszorg: marktwerking

Het systeem van de verslavingszorg heeft in Nederland zoals bekend een fundamenteel andere structuur dan in Duitsland. Regionale organisaties voor verslavingszorg stellen de desbetreffende regio's alle ambulante diensten en daarnaast inmiddels ook in bijna alle regio's klinische diensten ter beschikking. Dit zorgt voor een vereenvoudiging van de sturingsprocessen voor de ontwikkeling en vorm van verslavingszorg. Daarnaast wordt het systeem transparanter en is flexibeler aan de randen.

Anderzijds is onder de regering Balkenende een praktijk van kostenbeheersing en begrenzing van de »verzorging« ontwikkeld, waardoor een nieuwe vorm van centrale sturing en controle van de sector ontstaat. In de volgende bijdrage beschrijft Ruud Rutten, voorzitter van de Raad van Bestuur van de instelling voor verslavingszorg TACTUS, de effecten van deze ontwikkeling, die gekenmerkt wordt door de groeiende invloed van de regering »als monopolistische in koper van zorg« – met een steeds groter wordende invloed op de regels van dit »spel«.

De bijdrage is afkomstig uit het oktober-nummer van TACTUS-tribune, het personeelsblad van TACTUS.

In de wereld van de hulpverlening verschuift de aandacht steeds meer van »wat stoppen we er allemaal in« naar »wat komt eruit«. Eerder lag het accent veel meer op wat vinden we dat we de cliënt moeten bieden en hoe bieden we dat aan volgens onze normen. Dit ging wel eens ten koste van het kijken naar des resultaten en specifieke behoeften en noden van de cliënt. Ook als organisatie werden we afgerekend op goede gebouwen, juiste CAO-toepassing en de kwaliteit van de boekhouding, méér dan op de effectiviteit van de behandelingen.

De ontbrekende duurzaamheid van politieke processen in de planning en sturing zal in de toekomst in combinatie met krappe financiën ook de omstandigheden voor de klinische verslavingszorg bemoeilijken

AG Drogenarbeit und Drogenpolitik in NRW e.V.

Schmielenweg 42
41372 Niederkrüchten
Duitsland
☎ / 📞 00 49-21 63
84 37 46

✉ mail@ag-dropo.de
www.ag-dropo.de

Daar ist vanaf januari 2003 een wezenlijke verschuiving in opgetreden.

Meer doen, betekent meer verdienen, minder doen, betekent verlies draaien. Bovendien kunnen cliënten naar andere instellingen stappen, als ze denken dat die prettiger werken. Dat is voor ons zonder meer een uitdaging en prikkel om zakelijker en vooral vraaggericht te werken. En dit hoeft zeker niet gepaard te gaan met kwaliteitsverlies. Integendeel. Marktwerking betekent op den duur altijd stijging van omzet en prijs en dat kann de kwaliteit juist ten goede komen.

En daar zit 'm nu juist een groot probleem! Onze overheid kann en wil op dit moment niet echt kiezen tussen marktwerking en zeg maar Moskouse centrale sturingstechnieken. De Balkenende-kabinetten lijken sterk gericht op kostenbeheersing, bepalen wat onder zorg moet vallen en wat niet. Alles wordt centraal geregeld en streng gecontroleerd. En dat heeft maar weinig te maken met marktwerking en keuzevrijheid. Verre van dat zelfs. De overheid stelt zich meer en meer op als monopolistische inkoper van zorg en zet de regels waarlangs het spel gespeeld moet worden, meer en meer naar haar hand.

Medische verwijsbrieven

Neem nu bijvoorbeeld de regels over zorgcoördinatie en medische verwijsbrieven. Niemand kann meer behandeld worden van AWBZ-gelden als de verwijsbrief van de huisarts of een indicatiestelling door het RIO ontbreekt. Als één van deze documenten niet in het dossier aanwezig is, wordt aan het eind van het jaar niet uitbetaald. Ik licht nu even de medische verwijsbrief eruit. 95% van onze cliënten komt niet binnen via de huisarts. Dit hangt nauw samen met welk verslavingsprobleem men heeft. Het afgelopen decennium is er flink geïnvesteerd in het verbeteren van de toegang tot de zorg. Hierin speelden de medische verwijscircuits een hele geringe rol. Bemoezorg, dwang en drang, echter wel. Door nu op heel korte termijn de verwijsbrief als toegang tot de AWBZ te beschouwen, moeten we veel tijd, geld en energie steken in het op orde krijgen van de dossiers met betrekking tot deze medische verwijsbrief. Behalve het extra werk, betekent het ook uiteraard onbegrip en irritatie bij huisartsen én boven alles een mogelijke drempelverhoging voor cliënten om te gaan afkicken. Gezien de vele miljarden die verslavingsproblematiek de samenleving kost, een weinig verstandige economische beslissing!

Streng boekhouden

De Zalm-norm is verworden tot Zalmvorm. Streng boekhouden en letten op de kleine lettertjes. De ambtenaren van het CTG (College Tarieven Gezondheidszorg) treden op als »verkeersagenten« in de grote logistiek van de Nederlandse gezondheidszorg. Zorginstellingen en zorgkantoren zijn met elkaar druk in de weer om het voor de Nederlandse overheid als monopolistische inkoper zo goedkoop mogelijk te maken. Zó werkt de door ambtenaren uitgedachte marktwerking.

Zorgcoördinatie en dossiers

Een ander knelpunt zijn de met het jaar wisselnde definities voor de richtlijnen voor zorgcoördinatie. Vooral de wijze waarop achteraf gecontroleerd wordt of we wel voldoende aan zorgcoördinatie. Vooral de wijze waarop achteraf gecontroleerd wordt of we wel voldoende aan zorgcoördinatie doen. De regels veranderen nogal eens tijdens de wedstrijd. Daarom is volledige en gedetailleerde dossiervorming van groter belang dan ooit, omdat aan de hand van de inhoud van dossiers achteraf moet kunnen worden vastgesteld wat wij zoals met de cliënt gedaan hebben en waarom. Want op die manier wordt momenteel vaak achteraf vastgesteld welke prijzen we in rekening kunnen brengen voor de gevoerde behandeling. Laat dit dan ook een oproep zijn aan allen om met elkaar te zorgen voor een goede en volledige dossiervoering. We hadden afgelopen jaar graag meer tijd en energie gestoken in het ontwikkelen van een goed elektronisch dossier dan het met grote acties achteraf repareren van allerlei eisen waaraan we moesten voldoen.

Het elektronisch dossier

Volgend jaar wordt het jaar waarin we op het terrein van dossiervoering flinke stappen willen zetten. Er wordt al een tijdje met een nieuw format voor het zorgplan geëxperimenteerd en we hebben een format vastgesteld voor het elektronisch dossier. Momenteel onderzoekt een werkgroep de inrichting van een dossier. Ook is door heel TACTUS een communicatienetwerk aangelegd en worden nu de locaties één voor één voorzien van computers. Dat betekent dan ook dat we in het eerste kwartaal van volgend jaar kunnen zorgen dat er een elektronische versie van het dossier beschikbaar is en dat de eerste pilots op dit terrein kunnen starten. Halverwege volgend jaar kunnen we dan starten met de geleidelijke uitrol van het elektronisch dossier, dat wil zeggen geleidelijk aan iedereen binnen TACTUS trainen en snel daarna het gefaseerd invoeren van het elektronisch dossier.

De overheid stelt zich meer en meer op als monopolistische inkoper van zorg en zet de regels waarlangs het spel gespeeld moet worden, meer en meer naar haar hand

De volledige en gedetailleerde dossiervorming is van groter belang dan ooit

Reorganisatie

Het beschrijven van het administratieve proces, de telefoonbeantwoording en het overleg over de ontwikkeling van de secretaariaatsfuncties gaat allemaal langzamer dan gedacht omdat veel aandacht uitgaat naar productieplanning en -registratie, financiële controle en dossieropbouw (veelal voor controles over achter ons liggende periodes!). Toch is er achter de schermen in diverse werkgroepen absoluut voortgang geboekt en is de tijd bijna aangebroken waarin al deze ontwikkelingen bij elkaar komen en we kunnen gaan starten met de daadwerkelijke invoering en perfectionering ervan. Hier zal een traject van 1 à 2 jaar mee gemoeid zijn.

Voor- en nadelen van dit tijdperk in de gezondheidszorg

Ook hadden we verder gevorderd willen zijn met het concretiseren en invoeren van de resultaten van het herstructureringsproces van de zorg. Ofschoon ook hier veel werk is verricht. Nagenoeg alle modules zijn beschreven en zitten in een doorontwikkeltraject. De nieuwe voordeurscreening is nu gereed en kan worden ingevoerd. De modules achter de voordeur zijn gereed en bepaald en ook de ambulante diagnostiekmodule is in een vergevorderd stadium. Met andere woorden, op redelijk korte termijn kunnen we beginnen met de daadwerkelijke herorganisatie van de voordeursystematiek. Elders zal hierover uitvoeriger worden gerapporteerd.

Kortom, alle externe eisen houden ons een beetje af van waar we intern mee bezig waren om juist beter op externe eisen te kunnen reageren. Dat neemt niet weg dat ook belangrijke voordelen zitten aan die externe eisen en de verzakelijking die dit met zich meebrengt.

»Geloven is goed, controleren is beter«, is het oude boekhoudermotto. Oude gewoontes worden eens tegen het licht gehouden en we ontdekken ook zelf zaken waarvan we als vanzelf dachten dat ze wel gebeuren, maar door wie dan? Wat in de ene organisatie vanzelfsprekend was, is dat in de andere niet. Wisselingen in management en ook bij uitvoerende werkers hebben hier en daar ook gezorgd voor »vergeten« van gewoontes. Zo wordt de zaak eens grondig opgeschoond. Een soort voorjaarsschoonmaak.

De lat ligt hoog

Natuurlijk ligt voor een jonge en zich ontwikkelende organisatie als TACTUS de lat nu flink hoog. Enerzijds hebben we te maken met interne stabilisering en doorontwikkeling en tegelijkertijd met een turbulente externe omgeving die vooral scherp controlerend en centraal sterk sturend is. Ik heb de afgelopen tijd mogen merken dat TACTUS een vorm en een infrastructuur begint te krijgen, die het mogelijk maken om heel snel integrale acties door de instelling te organiseren en ook sneller te reageren op de wisselende eisen van de omgeving, ondanks dat de organisatie veel groter is geworden. Verbeteracties die we afgelopen jaar gepland, doorgezet en uitgevoerd hebben, zouden een aantal jaren geleden ondenkbaar zijn geweest. Blijikbaar is TACTUS meer en meer opgewassen tegen de eisen die de omgeving tegenwoordig stelt, en dat was precies de reden waarom we een aantal jaren geleden besloten hebben al die kleine zelfstandige instellingen die niet allemaal opgewassen waren tegen de eisen die er aan zaten te komen, bij elkaar te brengen tot één integrale zorgorganisatie, die dat wel zou moeten kunnen. Daar is, vooral van de medewerkers, veel voor nodig geweest en er is nog steeds veel voor nodig om dat voor elkaar te krijgen. Het ziet er naar uit dat in grote delen van de organisatie de resultaten langzamerhand zichtbaar gaan worden. En daar mogen we best trots op zijn!

Kortom ...

Al die externe toetsingen achteraf houden ons aardig bezig. Tegelijkertijd zijn ze er niet voor niets. Ze zijn de voorwaarde om op prestaties betaald te worden. Hopelijk houdt de overheid zich hieraan en zal zij ook daadwerkelijk de presterende instellingen belonen. Hier lijkt de overheid nog wat bevreesd voor het koude water van de markt. Presteren is immers zoveel mogelijk mensen zo goed mogelijk helpen, en niet zoveel mogelijk regeltjes zo goed mogelijk opvolgen!!

Presteren is immers zoveel mogelijk mensen zo goed mogelijk helpen, en niet zoveel mogelijk regeltjes zo goed mogelijk opvolgen!!

TACTUS
Secretariaat
TACTUS tribune
Raiffeisenstraat 40
7514 AM Enschede
☎ 0 53-4 82 24 24

Rob Steinbuch

Invoering landelijk registratiesysteem voor verslaafden

In de zomer van dit jaar werd in Nederland een centraal registratiesysteem voor de behandeling met substituierende middelen ingevoerd. In een startmanifestatie, die op 18-06-03 plaatsvond, werd het systeem voorgesteld. Rob Steinbuch, lid van de parlementaire werkgroep drugsbeleid van de PvdA, geeft in de onderstaande bijdrage zijn mening over dit registratiesysteem en de startmanifestatie. Voorafgaand aan zijn bijdrage drukken wij (>cursief<) de aankondiging van het LCMR af, zoals het systeem genoemd wordt. De tekst is afkomstig van het ministerie van VWS.

»Artsen die drugsvervangende middelen voorschrijven, kunnen dit sinds deze week centraal registreren. Door deze registratie ontstaat met behulp van ICT een volledig en landelijk beeld van de aard en omvang van de verstrekking van middelen (zoals methadon of naltrexon) die artsen in het kader van de behandeling van verslaving voorschrijven.

De Landelijke Centrale Middelen Registratie (LCMR) verbetert de continuïteit, de kwaliteit, de doelmatigheid en de veiligheid van dit type verslavingszorg. De identiteit van zowel hulpverlener als cliënt wordt vastgesteld met biometrische technieken. Het risico van ontvreemding en onjuist gebruik van Opiumwetmiddelen vermindert daardoor. Tenslotte levert de LCMR de nodige bestuurlijke, wetenschappelijke en beleidsinformatie.

In opdracht van ministeries van VWS en Justitie wordt de LCMR geleidelijk ingevoerd in ambulante en klinische instellingen voor verslavingszorg, de medische diensten van justitiële inrichtingen, GG&(G)D, apotheken, huisartsenpraktijken en ziekenhuizen. Speerpunt zijn de zes heroïne-behandeleenheden. De invoering is voorlopig op vrijwillige basis. Blijkt dit niet effectief te zijn, dan is op termijn een wettelijke regeling noodzakelijk.«

(www.minvws.nl)

Op woensdag 18 juni werd het startsein gegeven voor de invoering van een nieuw automatiserings-systeem voor de verstrekking van methadon. Het heet »Landelijke Centrale Middelen Registratie (LCMR)«. Hoewel de naam anders doet vermoeden gaat het hier vooralsnog uitsluitend om methadon-verstrekking.

Het systeem is ontwikkeld in opdracht van de Ministeries van VWS en Justitie, onder regie van de Stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ) te Houten. De bijeenkomst van 18 juni werd gehouden in Houten en bestond uit vier inleidingen, het overdragen van een CD-Rom aan departementale vertegenwoordigers en hun slotwoord.

Bij de uitgereikte stukken was ook een brief van VWS, die als volgt begint:
»Al jaren is er sprake van een onvolledig zicht op de uitgifte en medische consumptie van Opiumwetmiddelen die worden verstrekt in het kader van de behandeling van drugsverslaafde patiënten. Dat is het gevolg van het ontbreken van een sluitende landelijke en gestandaardiseerde registratie.

Een en ander is nadelig voor de continuïteit van de regionale (verslavings-)zorg, en voor de kwaliteit en veiligheid van de geboden zorg (kans op overdosering of dubbel-dosering). Ook bestaat zo het reële risico van ontvreemding en onjuist gebruik van Opiumwetmiddelen. Tenslotte ontbreekt daardoor de nodige bestuurlijke, wetenschappelijke en beleidsinformatie.«

Door de inleiders werd nader op de achtergronden, opzet en uitvoering ingegaan. Behalve de in de VWS brief genoemde redenen werd ook genoemd dat Nederland in het buitenland de naam had een te liberaal drugsbeleid te voeren en daarbij ook te slordig om te gaan met de verstrekking van methadon. De invoering van een strakker systeem is dus ook bedoeld als tegemoetkoming aan de buitenlandse kritiek op het Nederlandse drugsbeleid (»Holland bashing«).

De opzet is als volgt:

Iedere methadongebruiker krijgt een chipcard met daarop een digitale afdruk van zijn/haar duim (of van een andere vinger).

Bij elke verstrekking wordt de chipcard ingevoerd en moet de gebruiker opnieuw een digitale duimprint laten maken. Als deze laatste overeenkomt met de afdruk op de chipcard kan de dosis worden verstrekt.

Alle verstrekkingen van alle (ca. 12.000) methadongebruikers worden continu geregistreerd.

Het systeem is in de praktijk beproefd met twee groepen van 100 gebruikers, resp. in Zwolle en in Den Helder.

De invoering begint komend najaar en moet begin 2005 klaar zijn.

De invoering van een strakker systeem is ook bedoeld als tegemoetkoming aan de buitenlandse kritiek op het Nederlandse drugsbeleid

»Ik kreeg de indruk dat bij deze nieuwe opzet het streven naar beheersbaarheid meer prioriteit krijgt dan de continuïteit van de verstrekking«

Tijdens de discussie werd door een vertegenwoordiger van de Amsterdamse GG&GD naar voren gebracht dat de technische verfijningen in het systeem vaak moeilijk te combineren zullen zijn met de specifieke geaardheid van de doelgroep en met de feitelijke omstandigheden waaronder de verstrekking plaats vindt.

In de pauze konden de deelnemers onder begeleiding de duimprint-methode ervaren. Daarbij bleek mij dat de duim de tweede keer heel precies zo moet worden neergezet als bij de eerste keer. Dat wil zeggen dat de gebruiker elke keer de duim precies zo neer moet zetten als gebeurd is bij het maken van de chipcard.

Er werd niet ingegaan op de gevoeligheid van het systeem. Wat gebeurt er als de gebruiker de chipcard kwijt is of wanneer de duim vuil, verwond of afgepleisterd is? Wat gebeurt er met zieke gebruikers?

Ik kreeg de indruk dat bij deze nieuwe opzet het streven naar beheersbaarheid meer prioriteit krijgt dan de continuïteit van de verstrekking.

De vraag is ook of het »lekker« van methadon zodanige vormen aanneemt dat dit soort rigoreuze ketenbeheersing nodig is.

Onderbreking van de methadonverstrekking kan leiden tot acute psychose, zeker bij een groot deel van de huidige gebruikers. Daarom lijkt het mij noodzakelijk dat de politiek de vinger aan de pols houdt en dat de effecten van de invoering van de LCMR scherp in de gaten worden gehouden.

Voor nadere informatie:

Stichting IVZ
postbus 504
3990 GH Houten
☎ 030-635 8220
www.sivz.nl

R.T. Steinbuch
Damhertlaan 129
3972 DD Driebergen
☎ 03 43-51 2491

Na de overhandiging van de CD-Rom volgden korte slotwoorden van de twee departementale vertegenwoordigers.

Namens VWS sprak drs Bart C. Zijlstra, plv. directeur Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke Dienstverlening. Hij wees er o.a. op dat de nieuwe regering ook van plan is om op de verslavingszorg te bezuinigen.

Namens Justitie sprak drs Peter F.M. Jägers, hoofd-directeur Dienst Justitiële Inrichtingen. Hij vertelde dat ca. 60% van de gevangenen veroordeeld waren voor drugsgerelateerde vergrijpen. Daarvan zat de helft max. twee weken. Een groot deel is methadongebruiker. Over de dosering beslist de gevangenisarts. Bij detenties van max. twee weken gaat men doorgaans nog niet beginnen met het verminderen van de dosering.

Dr. Daniela Hosser

De drugsproblematiek in de jeugd-gevangenis

De volgende tekst is overgenomen uit het ieder half jaar verschijnende blad SUCHT AKTUELL, nr. 1/2003, en wordt ingekort afgedrukt. De auteur, dr. Daniela Hosser, is medewerkster van het Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen en zij bericht over een onderzoek naar de drugsproblematiek in de jeugdgevangenis. De bijdrage houdt verband met de bijdrage van dr. Heino Stöver (p. 42), omdat het naast drugspreventie natuurlijk ook gaat om preventie van infecties. De onverkorte originele tekst kan worden aangevraagd bij de auteur of via BINAD.

In de laatste jaren zijn de omstandigheden in de Duitse jeugdgevangenis sterk veranderd. Dit heeft zowel betrekking op de situatie van de gevangenen in de gevangenis als op de arbeidsomstandigheden van het personeel, waarmee vanzelfsprekend ook het werk van de verslavingszorg in de huizen van bewaring beïnvloed wordt. De structurele omstandigheden van de strafvoltrekking voor jongeren maken een negatieve ontwikkeling door, op grond van een duidelijke toename van het aantal gevangenen en de daaruit voortkomende overbelasting van de huizen van bewaring. Aan de andere kant bevindt zich de strafvoltrekking in Duitsland in een proces van modernisering en heroriëntatie in de richting van eigen budgets en bestuur evenals moderne managementmethoden (Flügge, Maelicke & Preusker, 2001). Voor het personeel in de gevangenis houdt dit talrijke nieuwe zaken in, hogere eisen en soms daaruit resulterende onzekerheid over toekomstige werkdoelen en arbeidsomstandigheden. Vooral voor het werk met verslaafden kan worden geconstateerd dat het drugsprobleem in de gevangenis de laatste jaren weer groter geworden is. (Stöver, 2002). De personen in de jeugdgevangenis en de vrouwengevangenis lopen het grootste risico verslaafd te raken. In plaats van echter op dit fenomeen te reageren door meer geld voor de verslavingszorg in de gevangenis, brengen de geplande bezuinigingen van de deelstaatregeringen het werk van de externe verslavingszorg in de gevangenis in gevaar en maken tegelijkertijd ook het werk van de interne verslavingszorg moeilijker (Wilske, 2002). Een doelgerichte aanpak van de drugsproblematiek in de gevangenis en een lange termijn planning en opzet van behandeling en preventie is onder dergelijke omstandigheden moeilijk.

1. Actuele ontwikkelingen in de jeugdgevangenis

Wanneer men het aantal gevangenen in Duitsland bekijkt, dan verbleven volgens de besturen van het deelstaat-gevangeniswezen op 31-03-03 in totaal 7568 jongeren, adolescenten en jonge volwassenen in de gevangenis. Dit is een nieuw record. Het aantal gevangenen in de jeugdgevangenis, dat sinds jaren continu stijgt, is alleen al in de periode 1994 tot 1999 bij de adolescenten meer dan twee maal zo hoog geworden, bij jongeren zelfs drie maal (Walter, 2002). Als oorzaken voor deze stijging werden vooral de toename van de geweldsdelicten in de leeftijdsgroep van jongeren onder 18 jaar en adolescenten van 18 tot 21 jaar genoemd (BMJ, 2001). Maar ook zwaardere sancties van de rechtbanken, een grotere bereidheid in de bevolking om zaken aan te geven evenals betere opsporingsmethoden van de politie dragen bij tot een stijging van het aantal gevangenen (Suchling & Schott, 2001).

Daarmee samenhangend is ook het spectrum van delicten van de gevangenen in de jeugdgevangenis veranderd. Steeds meer gevangenen worden vanwege geweldsmisdrijven opgesloten en steeds meer gevangenen hebben ontwikkelings- en socialisatiestoornissen. Daar komt nog bij dat de leeftijd van de gevangenen steeds lager ligt.

Voor het normale werk in de jeugdgevangenis brengt de overbezetting en de daaruit voortkomende overbelasting van het gevangeniswezen grote problemen met zich mee, dit gaat in eerste instantie ten koste van de gevangenen. Het begint al met ruimtegebrek. Veel gevangenen moeten een eenmanscel delen. Tegelijkertijd is op grond van de beperkte capaciteiten het aantal opleidings- en arbeidsplaatsen zo krap bemeten, dat sommige gevangenen gedwongen zijn bijna de hele dag in de cel door te brengen. (Walter, 2002).

2. De drugsproblematiek in de jeugdgevangenis

De omgang met verslaafde gevangenen is een bijzonder probleem (Walter, 1999). Schattingen van verschillende experts gaan ervan uit dat landelijk gezien tenminste ca. een vijfde van de gevangenen vroeger of nog steeds drugs gebruiken (Kreuzer, 1994; Stoever, 2002). Deze aantallen zijn in de jeugd- en vrouwengevangenis nog duidelijk hoger (Maelicke, 1995). In een recent onderzoek uit Nordrhein-Westfalen, waarin meer dan 2700 gevangenen onderzocht werden, komt Wirth (2002) tot de conclusie dat »ca. de helft van de gevangenen vanwege drugsgebruik vóór de detentie gevaar lopen drugsverslaafd te raken en de helft van de gevangenen aan het begin van de detentie symptomen van een acute drugsverslaving« vertoont (p. 108). Hier komt nog een moeilijk te becijferen aantal gevangenen bij, die in de gevangenis

voor het eerst met drugs beginnen. Schattingen uit verschillende Europese landen variëren van 1 % (Wirth, 2002) tot 25 % (Gore, Bird & Ross, 1995).

Een nauwkeurige inschatting van de drugsproblematiek in de gevangenis is echter vanwege talrijke methodische problemen moeilijk. Afhankelijk van de bron (uit akten, informatie van gevangenispersoneel, eigen inschattingen van gedetineerden) lopen de genoemde percentages drugsverslaafde gevangenen in verschillende onderzoeken vaak sterk uiteen. Ook zijn er te weinig onderzoeken, die speciaal betrekking hebben op de jeugdgevangenis. Dit is opmerkelijk omdat van alle leeftijdsgroepen vermoedelijk juist de adolescenten het hoogste risico lopen. Volgens resultaten van Wirth (2002) is bijna de helft van de adolescenten (47,7%) aan het begin van de detentie verslaafd aan drugs, bij de jongeren is dit 28,0%, bij jonge volwassenen 46,4%. (Totaal gemiddelde 32,3% drugsverslaafden in gevangnissen in het algemeen). In vergelijking daarmee de 12-maand-prevalenties voor de verslaving aan illegale drugs (volgens DSM-IV) in de normale bevolking bij de 15- tot 17-jarigen 2,6% en bij de 18- tot 24-jarigen 5,2%.

3. Het project »Gevangenis en de gevolgen«

Actuele gegevens over de drugsproblematiek in de jeugdgevangenis biedt het onderzoeksproject »Gevangenis en de gevolgen« (Greve & Hosser, 1998), dat met subsidie van de Volkswagenstiftung van 1997 tot 2002 werd uitgevoerd door het Kriminologische Forschungsinstituut Niedersachsen. Het accent van het dwarsdoorsnede-onderzoek lag op het onderzoek van de invloed van de detentie op de kans op een terugval en het toekomstige delinquente en criminele handelen van gevangenen die voor het eerst zitten. Bovendien moesten tegen de achtergrond van de opvoedende intentie van de jeugdstraf echter ook de psychische en sociale consequenties van detentie op de lange termijn empirisch worden gemeten (Greve & Hosser, 2002). In dit verband werd ook gevraagd naar gegevens over drugsgebruik van de gedetineerden voor en tijdens de detentie.

De doelgroep van de enquête was uitsluitend mannelijk, bestond uit Duitse gedetineerden die voor het eerst zaten en hadden de leeftijd van 14 tot 24 jaar. De gedetineerden waren afkomstig uit vijf verschillende gevangnissen in Niedersachsen, Hamburg en Sachsen-Anhalt. In de desbetreffende gevangnissen werden alle personen die in de periode van 1-1-1998 tot 31-12-2001 voor het eerst gedetineerd werden, verzocht aan het project deel te nemen. De deelnemers werden dan na vastgelegde regelmatige periodes, aan het begin van de detentie, ca. drie maanden daarna, kort voor de vrijlating en na de vrijlating, ondervraagd. De vrijwillige, ano-

Tegen de achtergrond van de opvoedende intentie van de jeugdstraf moesten ook de psychische en sociale consequenties van detentie op de lange termijn empirisch worden gemeten

Slechts één derde van de gevangenen kan men als »abstinent« beschouwen

nieme en financieel gehonoreerde ondervraging werd door middel van gestandaardiseerde, mondeling-persoonlijke interviews uitgevoerd. In totaal werden in deze zogeheten »beginondervraging« 1880 personen ondervraagd op het moment dat zij gedetineerd werden. Op dit moment is van 460 personen volledige informatie over alle drie meetpunten beschikbaar.

Een eerste verslag dat afkomstig is uit het project is reeds beschikbaar. Dit verslag houdt zich aan de hand van een gedeelte van de steekproef bezig met de »predictoren en matrixen van drugsverslaafden« onder gedetineerden (Raddatz, 2002). De auteur komt tot de inschatting dat zelfs bij streng gehanteerde definities 52,1% van de 877 ondervraagde gevangenen moeten worden aangemerkt als »misbruik makend van drugs« en slechts 32,8% als »abstinent«.

4. Drugsgebruik voor en tijdens de detentie: resultaten van het project

Op het moment van het begin van hun detentie, bevestigden 329 personen (12,4%) van de 1246 op de man af gevraagde gedetineerden dat zij drugsverslaafd waren. Bij hen kan met grote waarschijnlijkheid worden uitgegaan van een acute drugsverslaving en de daarmee samenhangende symptomen van verslaving. Wanneer de verschillende leeftijdsgroepen met elkaar worden vergeleken, (zie afbeelding 1), dan kan worden gezien dat het percentage adolescenten onder de verslaafden (29,2%) boven het gemiddelde ligt. Jongeren hebben relatief gezien het laagste percentage verslaafden (21,4%).

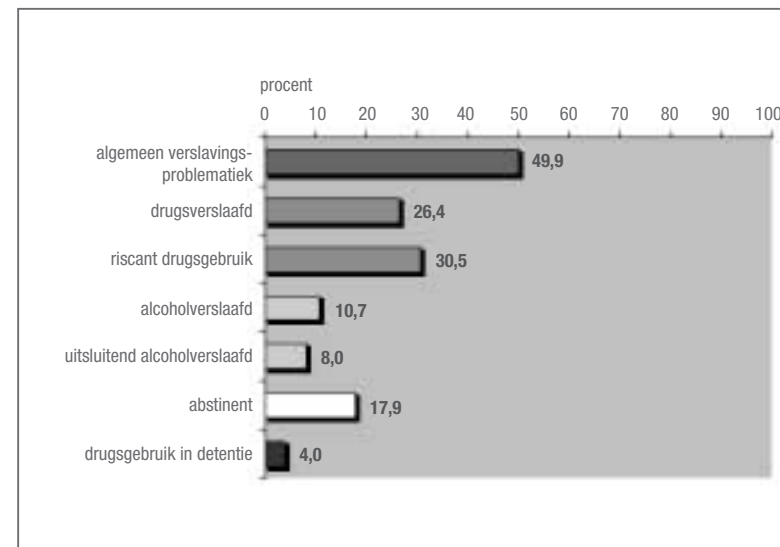
Daarnaast kunnen aan de hand van de opgegeven gebruikspatronen 479 (25,5%) van 1880 gedetineerden worden geïdentificeerd, bij wie tenminste van een hoog verslavingsrisico kan worden uitgegaan. Over het geheel gezien maken de personen die zich zelf als verslaafd aanduiden, en degenen met groot verslavingsrisico een derde (30,5%) van de gevangenen uit. In 49,1% van de gevallen komen de eigen inschatting als »verslaafd« overeen met het boven genoemde riskante gebruikspatroon van de ondervraagden.

Aan de hand van het door de gedetineerden zelf genoemde gebruikspatroon in de afgelopen drie maanden (zie tabel 1) wordt duidelijk dat het percentage gevangenen dat op grond van hun veelvuldig gebruik van uiteenlopende psychotrope middelen moet worden ingedeeld bij de riskante groep, echter nog veel hoger ligt. Op grond van hun »veelvuldig« of »regelmatig« gebruik van LSD, Ecstasy en andere synthetische drugs en vanwege hun regelmatige gebruik van cannabis in de laatste maanden nog eens 12,2% van de steekproef worden aangemerkt als personen die »gevaar lopen drugs te gebruiken«. Karakteristiek voor de onderzochte leeftijdsgroepen

is daarbij ook het feit dat in totaal meer dan 80% van de gedetineerden ervaring met drugs heeft, d.w.z. tenminste »zo nu en dan« in de laatste drie maanden een van de gevraagde middelen gebruikt heeft. Als »abstinate personen« met geen enkele ervaring met drugs kunnen maar 337 (17,9%) van de 1880 gedetineerden worden aangemerkt. De abstinentie heeft hierbij alleen betrekking op de laatste drie maanden. In tegenstelling tot de drugsverslaving is het percentage abstinente gedetineerden gelijkmatig verdeeld over de verschillende leeftijdsgroepen.

Een nauwkeurige inschatting van het percentage alcoholverslaafde gedetineerden is vanwege de gegevens die momenteel in het project ter beschikking staan moeilijk aan te geven. Als »alcoholverslaafd« bestempelt zich zelf aan het begin van de detentie 10,7% van de ondervraagde personen. »Dagelijks« gebruiken 28,6% van de ondervraagden alcohol, en 12,8% geven op »meermaals per dag« alcohol te drinken. Wanneer men de personen die zich of als verslaafd bestempelen of te kennen geven »meermaals per dag« alcohol te gebruiken bij elkaar optelt, zijn dit 12,1% van de ondervraagden. Hierbij moet echter rekening met het feit worden gehouden dat onder deze gedetineerden ook personen zijn die drugsverslaafd zijn. Het percentage gevangenen dat »alleen maar« aan alcohol maar niet aan drugs verslaafd is, bedraagt 8,0%.

Afbeelding 1: inschatting gevaar van drugsgebruik in de jeugdgevangenis



De resultaten tot dusver hebben echter alleen betrekking op het drugsgebruik van gedetineerden aan het begin van de detentie. Op grond van deze gegevens kan geen uitspraak worden gedaan hoe veel drugsverslaafde gevangenen steeds gedetineerd zijn of op grond van § 35 van de Duitse opiumwet worden doorgestuurd naar andere instellingen. Bovendien kan op basis van de cijfers niet worden ingeschat hoe het drugsgebruik binnen de gevangensmuren zich ontwikkelt door het beperkte aanbod, het risico dat kleeft aan drugsgebruik of een behandeling. Wanneer men de

verdere ontwikkeling van het drugsgebruik van de gevangenen in detentie bekijkt, kan men op het tijdstip van de vrijlating een gewijzigd gebruikspatroon vaststellen, dat beïnvloed is door de restricties in de gevangenis. Het hoge percentage van 40% van de gedetineerden die ondanks voor de deur staande vrijlating nog cannabis gebruiken, maakt duidelijk dat een »drugsvrije« detentie ook bij jongeren en adolescenten waarschijnlijk nooit kan worden bereikt. Dit zelfs wanneer controles een »vaak« of »regelmatig« gebruik van psychotrope middelen, m.u.v. cannabis, kennelijk effectief tegen kan gaan.

De gepresenteerde resultaten laten zien dat de drugsproblematiek in de jeugdgevangenis bijzondere aandacht verdient

6. Verslavingszorg in de jeugdgevangenis: problemen en noodzakelijkheden

De gepresenteerde resultaten laten zien dat de drugsproblematiek in de jeugdgevangenis op grond van het grote aantal drugsverslaafden en dichtbij een verslaving staande gedetineerden bijzondere aandacht verdient. Zelfs wanneer de resultaten niet geheel kunnen worden gegeneraliseerd voor de jeugdgevangenis, omdat het bij de ondervraagden uitsluitend om Duitse personen ging die voor het eerst zaten en de gegevens gebaseerd zijn op datgene wat de gedetineerden zelf rapporteerden, is de gelijkenis met ander empirisch onderzoek groot. Daarom kan men er van uitgaan dat de afwijking van de »daadwerkelijke« situatie niet groot is. Het is waarschijnlijk zo dat de gegevens het drugsprobleem eerder nog onderschatten, omdat hier van vrij strikte definities gebruik werd gemaakt en personen die meermaals zaten buiten het onderzoek bleven. Bij deze groep personen is meestal een groter drugsprobleem te zien (Wirth, 2002).

De overheidstaak om op te voeden aan de ene kant en de druk van de maatschappij anderzijds, leidt ertoe dat in veel jeugdgevangnissen het doel gevolgd wordt de gedetineerden op te voeden tot een »leven zonder drugs« en de gevangenen een zo veel mogelijk drugsvrije (beschermende) ruimte te bieden. Het is bekend dat verboden zaken juist op jeugdige leeftijd een grote aantrekkingskracht uitoefenen (Böhlich, 1999), vooral in een omgeving waar verzet en afzetten tegen normen vrijwel niet mogelijk zijn. Als voorbereiding op een verantwoorde omgang met drugs en een drugsvrij leven na de vrijlating zijn strategieën die geënt zijn op verboden en repre-

sailles daarom onvoldoende. In plaats daarvan moet volgens het principe van vergelijkbare behandeling het wetboek van strafrecht gevolgd worden. De jeugdgevangenis is gehouden de vergelijkbaarheid van de intra- en extramurale verzorging van drugsgebruikende en -verslaafde gevangenen te garanderen. Hierbij horen o.a. ook projecten als versterking van naalden of methadonbehandeling. In de jeugdgevangenis moeten echter daarnaast ook preventieve concepten worden ingezet; de omgang met drugs moet als integraal element in de verschillende therapieën en behandelingen worden opgenomen.

Het gevangenispersoneel moet vanwege de belangrijke pedagogische functie die deze mensen in de gevangenis bekleden systematisch worden betrokken bij de drugshulpverlening. Hiervoor is continue (bij)scholing noodzakelijk. Het betrekken van het gevangenispersoneel en de gevangenen heeft ook in de gevangenis-interne programma's voor risicoverlaging en preventie bewezen positief te zijn (Nelles & Stöver, 2002). Omdat de implementatie van risicoverlagende strategieën in gevangnissen soms echter ook als bedreiging van de traditionele strategieën voor abstinentie worden ervaren, moet een dergelijke vrees van de medewerkers door doelgerichte voorlichting worden weggenomen. In het praktische werk met de gevangenen is vooral het op motiverende wijze advies geven belangrijk, waarbij de korte verblijfsduur in de jeugdgevangenis een grote hindernis blijkt te zijn.

De verslavingszorg in de gevangenis staat daarom ook in de toekomst voor grote uitdagingen. Hoewel gezien de moeilijke situatie geen aanleiding voor hoge verwachtingen bestaat, biedt de jeugdgevangenis door de betere uitrusting en de grotere pedagogische speelruimte echter ook mogelijkheden deze problemen op te lossen. Dit echter alleen wanneer het van beleidswege gewild is en zowel van de zijde van de gevangenisdirecties als de ministeries ondersteund wordt. Tenslotte moet gewezen worden op de noodzaak de omgang en het werk met drugsverslaafden en drugsgebruikenden in de gevangenis en het aanbod aan preventieve en pedagogische maatregelen niet alleen als taak van bepaalde medewerkers en afdelingen in de gevangenis op te vatten, maar als een centrale taak in het kader van het reclasseringsproces. Deze moet door alle medewerkers in de jeugdgevangenis samen worden uitgevoerd.

Het gevangenispersoneel moet vanwege de belangrijke pedagogische functie die deze mensen in de gevangenis bekleden systematisch worden betrokken bij de drugshulpverlening

**Kriminologisch
Forschungsinstitut
Niedersachsen (KFN)**

Lützerodestr. 9
30161 Hannover
Duitsland
☎ 00 49-5 11-3 48 36-27
☎ 00 49-5 11-3 48 36-10
✉ hossaer@
kfn.uni-hannover

Birgit Pannenbecker

De straat als middelpunt: hulp voor kinderen en zwerfjongeren in Essen

De »Basis und Clearingstelle eine Anlaufstelle für Kinder und Jugendliche« en »Roadrunner die mobile Beratung für Kinder und Jugendliche« richten hun activiteiten op kinderen en jongeren in Essen. Het leven van deze jongeren speelt zich op straat af.

Het gaat meestal om kinderen en jongeren die buiten het net van familie, school, jeugdzorg en opleiding gevallen zijn. Conflicten in het ouderlijk huis en de school, prostitutie en het zonder diploma van school gaan zijn problemen, waarmee het merendeel van deze kids te maken heeft. Daarnaast hebben veel van hen ook ervaring met legale en illegale drugs en zijn in hoge mate bereid te experimenteren met allerlei soorten drugs.

Het tweede kwartaalverslag van 2003 beschrijft de actuele besluiten en ontwikkelingen met veel commissies, en de veranderingen in het scala van activiteiten en modificaties in de werkstructuur.

Naast deze uiteenzettingen is er een lijst met de meest gestelde vragen.

BINAD publiceert deze vragen, om onze lezers een kijkje in het werk van de instelling te geven.

FAQ's – de meest gestelde vragen en de daarbijbehorende antwoorden in het tweede kwartaal van 2003

Wat is het verschil tussen een detox- en een ontwenningbehandeling?

- In de detox-behandeling gaat het in eerste instantie om de ontgiftiging van het lichaam van de gebruikte middelen. In de regel wordt dit overeenkomstig het voorafgaande gebruikspatroon door een behandeling met medicijnen begeleid. Detox-behandelingen worden in speciale detox-afdelingen in ziekenhuizen uitgevoerd. Parallel aan de detox van het lichaam vindt een psycho-sociale begeleiding plaats door geschoold personeel. De detox-behandeling duurt gemiddeld drie weken.
- Ontwenningbehandelingen worden in Nordrhein-Westfalen uitsluitend uitgevoerd door ontwenningafdelingen in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Kinderen en jongeren die de detox doorlopen krijgen via een therapeutische weg de mogelijkheid een leven vrij van verslaving te leiden. De duur van de ontwenningbehandeling is tenminste 6 maanden.

Wie financiert de detox- en ontwenningbehandeling?

- De detox-behandeling wordt gefinancierd door het desbetreffende ziekenfonds.
- Ontwenningbehandelingen worden bij kinderen en jongeren meestal eveneens door het desbetreffende ziekenfonds gefinancierd. Een voorwaarde hiervoor is echter dat de financiering eerst aangevraagd wordt bij de Landesversicherungsanstalt (LVA) en dat deze instelling de financiering schriftelijk afgewezen heeft.

Welke formele stappen zijn nodig om een detoxplaats voor een minderjarige te vinden?

- Vaststelling van de verslaving en het verlangen naar verandering.
- Nagaan of een medewerker van de sociale dienst verantwoordelijk is voor de persoon. Contact opnemen, afspraken en gesprek over plan van aanpak bij de hulpverlening.
- Officiële goedkeuring vragen van de persoon die belast is met de zorg voor de kinderen.
- Afspraak maken voor een voorgesprek op de detox-afdeling.
- Principebeslissing van de detox-afdeling over de opname of afwijzing. Afspraak maken voor de opname of mededeling over wachttijden, waarin de wens tot opname herhaaldelijk telefonisch moet worden bevestigd.

Met betrekking tot de behandeling van kinderen en jongeren worden vele schijnbaar banale vragen gesteld

Het aantal formaliteiten m.b.t. de behandeling van kinderen en jongeren is zeer groot

- Na het maken van een afspraak: onderzoek door een arts t.b.v. de opname in het ziekenhuis en diagnose ICD 10 (verslaving)
- Zorgen voor de kleding, toiletartikelen, zakgeld etc. die meegebracht moet worden via de ouders, jeugdzorg of sociale dienst.
- Begeleiding van het kind of de jongere naar de opname.

Welke formele stappen zijn nodig om een ontwenning-bed voor een minderjarige te krijgen?

- Vaststelling van de verslaving en het verlangen naar verandering.
- Nagaan of een medewerker van de sociale dienst verantwoordelijk is voor de persoon. Contact opnemen, afspraken en gesprek over plan van aanpak bij de hulpverlening.
- Organiseren van een zo goed mogelijke aansluiting op de detox-behandeling.
- Officiële goedkeuring vragen van de persoon die belast is met de zorg voor de kinderen.
- Afspraak maken voor een voorgesprek op de ontwenning-afdeling.
- Voorbereiding van de aanvraag aan de LVA (opstellen van een sociaal verslag en invullen van de formulieren).
- Afspraak maken met de desbetreffende afdeling voor het opstellen van een medisch rapport voor de LVA
- Principebeslissing van de ontwenning-afdeling over de opname of afwijzing. Afspraak maken voor de opname of mededeling over wachttijden, waarin de wens tot opname herhaaldelijk telefonisch moet worden bevestigd.
- Ontvangst goedkeuring kosten.
- Zorgen voor de kleding, toiletartikelen, zakgeld etc. die meegebracht moet worden via de ouders, jeugdzorg of sociale dienst.
- Begeleiding van het kind of de jongere naar de opname.

Bestaan in Nordrhein-Westfalen instellingen voor nazorg voor minderjarigen?

- In Nordrhein- Westfalen bestaan twee instellingen voor nazorg. Deze vormen een onderdeel van de kinder- en jeugdpsychiatrie Hamm en de kinder- en jeugdpsychiatrie Viersen.

Hoe ziet de samenwerking tussen

»Roadrunner« & »Basis mit Clearingstelle« er precies uit?

- Er is een dagelijkse briefing van alle medewerkers, die om 13.00 uur op het werk zijn. Hier wordt gesproken over hetgeen de afgelopen dag voorgevallen is en over nieuwkomers, zowel bij »Roadrunner« als in »Basis mit Clearingstelle«. Er worden afspraken gemaakt over ophanden zijnde werktaken met de kinderen en jongeren.
- Iedere dinsdag vindt een 45 minuten durende briefing van alle medewerkers met de projectleiding plaats.
- Iedere donderdag vindt tussen 11.30 uur en 13.45 uur een teamvergadering plaats, die voldoende ruimte biedt om concrete afspraken voor het werk voor de verschillende gevallen te maken. Hier worden o.a. ook overgangen van Roadrunner naar Basis mit Clearingstelle besproken en duidelijke afspraken gemaakt, b.v. als kinderen en jongeren weer weggelopen zijn uit een klinische zorginrichting waarin deze geplaatst waren.
- De regelmatig plaatsvindende supervisie vindt in het »totaal-team hulp voor kinderen en jongeren« plaats.
- Wederzijdse vervanging in geval van ziekte en mengen van teams t.b.v. ondersteuning tussen collega's en gebruik maken van alle reserves in bijzondere crises.
- Wekelijkse vergelijking van de persoonsregistratie en het daarmee samenhangende gemiddelde.
- Het team Roadrunner heeft een gezamenlijk bureau met twee medewerkers van de Basis mit Clearingstelle.

Zijn de kinderen en jongeren die naar u toe komen zwervers, die van de ene naar de andere stad dwars door Duitsland trekken?

- De meeste kinderen en jongeren zijn afkomstig uit Essen. Zo nu en dan komen ook echte zwervers. Wel is het zo dat enkele kinderen en jongeren uit Essen daar niet geboren zijn, maar soms zijn zij b.v. doordat ze in bescherming werden genomen en daarna in een tehuis werden geplaatst, in Essen blijven hangen, ook na hun stap op straat te gaan leven. In deze gevallen is dan bij hulpverlening niet de jeugdzorg van Essen verantwoordelijk, maar de jeugdzorg van de stad waaruit de jongeren afkomstig zijn.
- Soms gaat men heen en weer op de lijn S1 tussen Dortmund en Keulen. Om hier duidelijke afspraken te maken, is er in april van dit jaar een eerste bijeenkomst geweest van laagdrempelig hulpaanbod in cafés voor kinderen en jongeren in Essen.

Natuurlijk is het fenomeen zwerfjongeren voornamelijk een probleem in de grote steden

*Traumatische
ervaringen zoals
sexueel
misbruik of
andere geweld-
ervaringen zijn
dikwijls voor
kinderen
aanleiding om
drugs te gaan
gebruiken als
mogelijkheid
om het leven
aan te kunnen*

Waarom is de »Basis mit Clearingstelle« pas vanaf 14.00 uur geopend?

- Wij willen kinderen en jongeren die geen zin in school hebben geen alternatief bieden.

Hoeveel van de kinderen en jongeren bezoekt een school?

- Geen enkele bezoeker gaat nog naar school. Wanneer wij erin slagen weer een link te leggen met het leven op school, dan is het voor de kinderen en jongeren tijd om afscheid van ons te nemen.

Welke drugs gebruiken de kinderen en jongeren die u bereikt?

- In eerste instantie worden alle soorten synthetische drugs gemengd met sterke drank en cannabis of ook samen met heroïne gebruikt. De bereidheid om alle soorten drugs te gebruiken is zeer groot. Alleen in uitzonderingsgevallen is er sprake van gebruik zonder verslaving of riskant gebruik.

Zijn de kinderen en jongeren via de partyscene begonnen met drugs?

- Nee. Vooral het gebruik van synthetische drugs als ecstasy heeft zich ver buiten de partyscene verspreid. Onze bezoekers zijn meestal terechtgekomen bij het »moeilijkheden-in-het-leven-oplossings-concept drug« door onverwerkte traumatische ervaringen als kind, b.v. door seksueel misbruik en andere gewelds-ervaringen, bijzonder moeilijke levensomstandigheden, zoals b.v. verslaafde ouders, gestorven ouders, ontwrichte verhoudingen in het gezin, talrijke afgebroken relaties, niet erkende behoefte aan psychiatrische behandeling etc.

Bereikt Roadrunner precies dezelfde kinderen en jongeren als Basis mit Clearingstelle?

- Nee. De overlap is op grond van de goede bemiddeling van Roadrunner, de inmiddels groter geworden bekendheid van Basis mit Clearingstelle en daarnaast de overwonnen drempelvrees de laatste jaren steeds kleiner geworden.
- Tegenwoordig bereikt Roadrunner in het centrum een groot percentage vluchtelingen met een onzekere status, die op grond van verschillende redenen niet in contact kunnen worden gebracht met Basis mit Clearingstelle.
- In de stadswijken is het doel de kinderen en jongeren in de wijk te houden en indien mogelijk daar weer te integreren. Het is daar zaak de stap naar het centrum te voorkomen en daarom wordt vanuit die plaats ook niets verder gestuurd naar Basis mit Clearingstelle.

Met »Roadrunner«, »Basis mit Clearingstelle« en »Raum_58« moest een aanbod met een dagvullende structuur worden geschapen. Wat bedoelde men eigenlijk daarmee en leidt dit er niet toe dat de kinderen en jongeren helemaal geen wens tot verandering meer hebben?

- Met het aanbod moet de doelgroep de kans krijgen om vaste ankerplaatsen op hun levensweg te vinden. Deze geven hen de mogelijkheid tot rust te komen en over perspectieven na te denken. Zij krijgen op verschillende momenten van de dag vaste contactpunten geboden, waar zij hulp kunnen krijgen en volwassen en geschoolde contactpersonen kunnen vinden.
- Intussen ligt tussen de openingstijden van Basis mit Clearingstelle en de sluiting van Raum_58 zes uur tijd. Tussen de sluiting van Basis mit Clearingstelle en opening van Raum_58 ligt in de winter één, en in de zomer twee uur. De korte afstand tot Raum_58 bleek volkomen irrelevant voor de doelgroep te zijn, en de openingstijden van de twee posten die aan het begin zonder overgang waren bleken schadelijk te zijn, omdat vaak alle bezoekers tegelijk naar Raum_58 gingen, of zij daar nu heen hoorden of niet. Dit hebben wij aan het begin van Basis mit Clearingstelle anders ingeschat. Basis mit Clearingstelle kan door kinderen en jongeren ook buiten de openingstijden worden gebruikt, maar dan alleen op afspraak voor consultatie en bemiddeling.
- Roadrunner werkt meerdere malen per week parallel aan de openingstijden van Raum_58, en bereikt in deze tijd vooral kinderen en jongeren die o.a. vanwege de beperkte tijden voor opname of vergevorderde psychische of fysieke verpaupering momenteel niet kunnen worden doorgestuurd naar Raum_58.
- Basis mit Clearingstelle is maar één keer per twee weken op zaterdag geopend. Roadrunner is maar één keer per maand op zaterdag onderweg. Op zon- en feestdagen blijven de hulpinstanties voor kinderen en jongeren altijd gesloten. Ook Raum_58 is op één van de weekenddagen gesloten.
- Uit de regelmatig gecontroleerde overlap tussen de drie activiteiten bleek dat b.v. sinds begin 2002 maar 37 kinderen en jongeren gebruik hebben gemaakt van alle drie instellingen. Alleen al Basis mit Clearingstelle bereikte in deze periode 601 kinderen en jongeren.
- Het leven van kinderen en jongeren, die zich oriënteren op een leven op straat, is ook met het voorhanden hulpaanbod in het geheel niet gemakkelijk. Voor iedereen die zich daar ophoudt wordt het leven gekenmerkt door gewelds-ervaringen (door anderen of door henzelf uitgeoefend), verweringscriminaliteit, prostitutie, drugs, conflicten met de politie, verpaupering en de heel ver weg staande droom van familie.

meer informatie:

Mw. Pannenbecker
Hoffnungstr.24
45127 Essen
Duitsland
☎ 00 49-2 01-8 60 34 34
of
00 49-2 01-8 60 30
✉ Pannenbecker@
Krisenhilfe-essen.de

Heino Stöver

10 jaar verstrekking van spuiten aan drugsgebruikers in huizen van bewaring – het einde van de Duitse projecten

Huizen van bewaring – dat zijn qua taken en functies gesloten systemen, die in eerste instantie de daarin ondergebrachte personen moeten verhinderen direct deel te nemen aan het »leven daarbuiten«. Muren, wanden, tralies, sluisen en andere veiligheidssystemen – eigenlijk zou je ervan uit moeten kunnen gaan dat er geen gaten zijn, dat er geen »ongewenste bewegingen« van binnen naar buiten en omgekeerd mogelijk zijn. De werkelijkheid is anders, dat weten wij allemaal. Er zijn dus drugs in de gevangenissen, die voor een groot deel gebruikt worden door de gevangenen. Niets ligt meer voor de hand om ook binnen de muren consequent te werken met de preventieve maatregelen die ook buiten ingezet worden, of niet? Men krijgt de stellige indruk dat er, omdat »het niet zo is omdat het zo verordend is« behalve repressie vrijwel niets gebeurt, wat gevangenen beschermt tegen drugs en de gevolgen van drugsgebruik. Opgestarte projecten voor afgifte van spuiten lieten de hoop opkomen dat er een effectieve bescherming tegen infectie zou komen (HIV, hepatitis). Deze hoopvolle ontwikkeling dreigt nu echter weer te worden gestopt. (zie ook het bericht in de rubriek »info« op blz. 8). Dr. Heino Stöver, universiteit van Bremen, die zich al geruime tijd bezighoudt met de situatie van drugsgebruikers in de gevangenis, beschrijft in de volgende bijdrage de actuele ontwikkelingen bij de afgifte van spuiten in Duitse gevangenissen.

In Zwitserland, Duitsland, Spanje en Moldavië werden tot op heden officieel in totaal in 38 gevangenissen steriele spuiten uitgereikt aan drugsverslaafde gevangenen. Behalve de drie gevangenissen in Hamburg en de 2 in Niedersachsen bleef het verstreken van spuiten als vaste activiteit bestaan. In Berlijn moet men er eveneens rekening mee houden dat een project gestopt wordt (namelijk in de gevangenis voor mannen in de Lehrter Straße). Terwijl in Spanje het aantal gevangenissen met een dergelijk programma in de laatste jaren sterk toenam en eind 2003 in alle gevangenissen beschikbaar zal zijn, en in Oost-Europese landen gestart werd met het verstrekken van spuiten, werden in Duitsland alleen al in 15 maanden 6 van de 7 bestaande projecten gestopt. Welke redenen waren er voor deze maatregelen? Onderstaand wordt behalve een korte terugblik ook geprobeerd een verklaring te geven.

Wat weten wij over projecten waarin spuiten worden verstrekt in Europa?

In 11 gevangenissen vonden wetenschappelijke onderzoeken plaats. Projecten met verstrekking van spuiten kunnen, dat hebben de ervaringen aangetoond, zonder grote storingen worden geïntegreerd in het werkproces in een gevangenis. Dit soort projecten raken de relaties tussen bewakers, drugsverslaafden en niet-drugsverslaafden doordat het drugsgebruik en voorkomen van infecties tot een thema gemaakt worden. Veel praktijkmensen berichten van een meer open omgang met thema's die met drugsgebruik samenhangen (terugval, angsten, ziekten), wat nieuwe concepten voor hulp aan deze gevangenen mogelijk maakt (integratie van safer-use-training, voorkoming infecties etc.). Daarnaast hebben de verschillende wetenschappelijke evaluaties aangetoond dat het »needle sharing« sterk terugloopt. Ook het aantal abcessen (b.v. vrouwengevangenis te Vechta) en overdoseringen (Hindelsbank/CH) nemen drastisch af. De ervaringen die buiten de gevangenissen werden opgedaan, konden ook binnen de gevangenis muren worden bevestigd, dit kon natuurlijk worden verwacht. Keppler (2001) heeft vastgesteld dat de drugsgebruikers die continu deelnemen aan het spuiten-project, de geringste kans lopen op infectieziekten als hepatitis of HIV/AIDS. Deze gevangenen gedragen zich zeer bewust qua preventie. Begeleidend hulpaanbod en voorlichting voor het personeel en voor de gevangenen dragen bij aan een verankering en het succes van het voorkomen van infecties in de normale gang van zaken in gevangenissen. Een dergelijk aanbod is, als het goed is, toegesneden op de desbetreffende doelgroep en er wordt zodanig vorm aan gegeven dat dit zo goed mogelijk aansluit op het normale leven. Het aanbod van externe aanbieders lijkt daarbij bijzonder zinvol te zijn, omdat deze geloofwaardiger overkomen, duidelijker boodschappen hebben en meer begrip opbrengen voor de doelgroep. Op deze manier kunnen ook preventie- en strafvoltrekkingstaken op de eenvoudigste manier van elkaar worden onderscheiden.

Terwijl zelfs in Oost-Europa spuitomruilprojecten worden gestart, werden in Duitsland alleen al in 15 maanden 6 van de 7 bestaande projecten gestopt

Het personeel accepteert het ruilen van spuiten beter wanneer hen de doelen die het project nastreeft duidelijk worden gemaakt

In hoeverre harm-reduction projecten, waarbij verstrekking van steriele spuiten plaatsvindt geaccepteerd wordt door de gevangenen, hangt vooral af in welke mate de toegang tot het spuitenproject anoniem is. Anonimiteit garanderen bij het ruilen van spuiten is in de gevangenis weliswaar moeilijk, maar moet toch worden gezien als een zeer belangrijke wens. Er zijn duidelijke spelregels in het project nodig, opdat het personeel de gevangenen die spuiten krijgen niet meteen op drugs gaan controleren en zij als reactie daarop b.v. automaten gaan beschadigen en spuiten in de gevangenis gaan rondstrooien (dit is gebeurd in de gevangenis Vierlande te Hamburg).

Het personeel accepteert het ruilen van spuiten beter wanneer hen de doelen die het project nastreeft duidelijk worden gemaakt. Dit geldt evenzeer voor het betrekken van deze mensen bij de planning, de besluitvorming, de voorbereiding en realisatie van het project. Wanneer het lukt ook gevangenen te betrekken bij dit proces, b.v. door inbreng van gevangenen in een begeleidingscommissie, kan de acceptatie vele malen versterkt worden.

Het gezamenlijke gebruik van spuiten heeft voor drugsverslaafde gevangenen vandaag de dag geen rituele betekenis meer, maar is op plaatsen waar dit voorkomt veeleer een gevolg van het gebrek aan steriele spuiten.

In alle gevangenis en in de gevangenis waarin deze aspecten gedetailleerd onderzocht werden, bleek de kennis over HIV-infecties boven verwachting; over infecties en voorkoming van hepatitis was de kennis van de gevangenen (dit geldt ook voor het personeel) uiterst beperkt. Nodig zijn maatregelen voor bewustwording voor de preventie van hepatitis-infecties in de gevangenis. Deze dienen zowel op de gevangenen alsook op het personeel gericht te zijn.

Waarom heeft het succesverhaal »Verstrekking van spuiten in de gevangenis« niet meer navolging gevonden?

Tegen de achtergrond van het veel voorkomende gebruik van spuiten en drugsgebruik in Europese gevangenis, is het met het oog op harm-reduction nodig dat in iedere gevangenis de risico's geïnfecteerd te worden en de maatregelen om dit te voorkomen tot thema gemaakt worden. Dit betekent niet dat in alle gevangenis spuiten moeten worden verstrekt of spuiten-automaten moeten worden opgesteld. Welke preventieve maatregelen van geval tot geval moeten worden genomen of welke vorm van verstrekking gekozen wordt (stuk voor stuk of m.b.v. een automaat) hangt af van de behoefte, van de structuren binnen de gevangenis, de beschikbare ruimten en van de personele capaciteiten. Een rol speelt voorts de gebruikscultuur van de gevangenen. In sommige gebieden in Engeland maar vooral in Nederland is b.v. het intraveneuze gebruik van opiaten veel minder gebruikelijk dan b.v. snuiven of roken. Preventie moet daarom allereerst überhaupt tot een thema gemaakt worden in

de gevangenis. Welk antwoord men kiest, hangt van deze discussie en van een inventarisatie van het drugsgebruik, riskant gedrag etc. af. Wanneer spuiten worden verstrekt, dan moeten er hoge eisen worden gesteld aan een vlekkeloze gang van zaken.

Tien jaar verstrekking van spuiten in de gevangenis – en de vraag blijft onbeantwoord waarom deze verstrekking nog steeds zo omstrede is, ondanks de vele positieve ervaringen die konden worden opgedaan in vele projecten. Waarom wordt verstrekking tot dusver maar in vier Europese landen geïmplementeerd, en daar ook slechts in enkele instellingen ten behoeve van preventie van infecties en harm-reduction bij gebruik van illegale drugs? Het antwoord kan waarschijnlijk niet rationeel worden verklaard. Fundamentele ervaringen en inzichten bij de verstrekking van spuiten in de gevangenis zijn er intussen meer dan genoeg, zodat een landelijke invoering van deze maatregelen zouden kunnen worden gerechtvaardigd. Verstrekking van spuiten kan niet worden afgedwongen, zo zijn de ervaringen in Zwitserland, waar sommige gevangenis ondanks een officiële order afwijzend blijven. De realisatie in de praktijk moet eerst uitgewerkt worden: beslissingen op hoog politiek niveau en ondersteuning door de gevangenis bij praktische problemen (juridische, communicatieve en technische aspecten), zijn noodzakelijk om een effectieve harm-reduction in de gevangenis tot de noodzakelijke doorbraak te brengen.

Hoezeer echter de algemene politieke en niet aan de gezondheid gerelateerde argumenten de eigenlijke discussie overdekken, kan worden afgelezen aan het recente voorbeeld van politiek populisme in Hamburg: de centrum-rechtse coalitie kwam in het regeerakkoord van 19-1-2001 het volgende overeen: »In de gevangenis worden in de toekomst geen spuiten meer verstrekt. De verslaafden krijgen meer hulp geboden om clean te worden, b.v. betere mogelijkheden therapieën te doen. Hierbij inbegrepen is een gecontroleerde substitutie onder medisch toezicht. En dit na de zeer succesvolle inspanningen die men zich meer dan vijf jaar getroostte, om effectieve modellen voor voorkoming van infecties te ontwikkelen. En dat ook nog zonder dat extra gelden ter beschikking worden gesteld voor het controle-concept waarop men aanstuurt. Een vergelijkbare ontwikkeling is er bij de twee projecten voor verstrekking van spuiten in Nedersachsen. Wat de voorgangers (Weber en Pfeiffer) niet voor elkaar kregen, is de nieuwe CDU-minister zonder verdere discussie of overleg met de gevangenis gelukt. En dit ook nog zeer verrassend: vanuit vakkundig oogpunt bestond geen noodzaak in te grijpen – de projecten verliepen zonder storingen. Alle twee projecten werden door de nieuwe minister van justitie op 1-6-2003 stopgezet met verwijzing naar de nog maar twee overgebleven deelstaten (Berlijn en Nedersachsen), juridische bedenkingen, needle-sharing en veiligheidsrisico's. Deze motivatie moet worden gezien als met de haren erbij gesleept – het was een zuiver politieke beslissing die niets te maken had met discussies op vakgebied.

Politieke beslissing in Hamburg: »In de gevangenis worden in de toekomst geen spuiten meer verstrekt«

In gesprekken met gevangenen wordt bijzonder duidelijk hoe groot de terugslag is die het stopzetten van het project voor hen persoonlijk betekent

De motivatie voor het stopzetten van de projecten in Vechta en Lingen Gross-He-sepe heeft alle mensen voor het hoofd gestoten die al jarenlang werken aan een betere bescherming tegen infecties in gevangenissen: onbewezen beweringen (needle sharing), ongegronde bedenkingen (juridische risico's?), methodologisch gezien twijfelachtige vergelijkingen (tussen het optreden van nieuwe infecties in heel verschillende gevangenissen). Het is zoals een ambtenaar van het ministerie zegt: »de projecten waren van hogerhand door de politiek gewild, twee jaar lang geduld, en worden nu beëindigd!« Verrassend voor iedereen! Dat betekent dat de gevangenen niet konden inslaan omdat deze ontwikkeling werkelijk door niemand voorzien kon worden. De personeelsfunctionaris van een gevangenis in kwestie heeft er tenminste nog tegen geprotesteerd dat het personeel in de motivatie van de minister van justitie misbruikt werd. Ook de belangengroepen van gevangenen, ingezonden stukken, handtekeninglijsten, protesten van gevangenen, AIDS-hulporganisaties en andere instellingen kunnen op dit moment alleen maar het schandaal duidelijk maken. Shock en hulpeloosheid zijn de reacties van veel mensen ten aanzien van dit symbolisch politieke besluit dat niet op het thema zelf geënt is.

In gesprekken met gevangenen wordt bijzonder duidelijk hoe groot de terugslag is die het stopzetten van het project voor hen persoonlijk betekent, wat het betekent om van de ene op de andere dag niet meer te kunnen beschikken over steriele spuiten. Qua preventie is dat een catastrofe! Terug naar de jaren voor 1996: binnensmokkelen en meermaals gebruik maken van (steeds stomper wordende) niet-steriele naalden. De prijs op de zwarte markt, zo de eerste informatie van gevangen, bedraagt € 10 of een gedeelte van de injectie. Er werd geen alternatief concept voor preventie van infecties besloten, waarschijnlijk omdat besloten werd dat er geen drugs meer in de gevangenis bestaan ...

Op zoek naar redenen voor de afschaffing van de verstrekking van spuiten

De enige bekende projecten (6 van 7), die weer afgeschaft worden, komen uit Duitsland. Hier waren zij een speelbal van politieke belangen op hoger niveau. Niet de beoogende inzichten van de wetenschappelijke begeleiding, niet de positieve ervaringen uit de praktijk hebben hier invloed gehad, maar zuiver politieke belangen, voor wie de gevangenis en medische preventie aldaar een populair terrein voor de constructie van straf, vervolging en detentie is. Tegen de achtergrond van enerzijds zorgeloosheid over de ontwikkeling van HIV/AIDS, controleerbaarheid van infectie als chronische ziekte en het minder worden van de waakzaamheid bij de preventie en anderzijds een groeiende behoefte aan straf en harde uitvoering van deze straf, is er steeds minder speelruimte voor noodzakelijke hervormingen en aanpassingen.

Er kan worden geconstateerd: de verstrekking van naalden in gevangenissen moet

door alle betrokkenen worden gewenst en geaccepteerd (juist ook door de politiek). Deze acceptatie moet steeds weer worden bestendigd om een duurzaamheid van zulke innovatieve preventieve methoden te bereiken. Pas tegen de achtergrond van deze inhoudelijke en politieke verankering kan men immuun worden ten opzichte van deze populistisch gemotiveerde en kortstondige koerswijzigingen.

Misschien is de ontwikkeling in Spanje geschikt om als signaal voor andere landen te dienen. Hier kregen alle gevangenissen van hogerhand de order gevangenen steriele spuiten ter beschikking te stellen (alhoewel de reden daarvoor was dat er grote problemen met HIV-infecties en drugsverslaafde gevangenen waren). Dergelijke signalen zijn heel belangrijk, want de infectieziekten verspreiden zich sneller dan de huidige maatregelen kunnen tegenhouden.

Misschien maakt de federale structuur van het gevangeniswezen weliswaar meer openheid en flexibiliteit voor innovatieve maatregelen mogelijk, anderzijds echter ook een grotere gevoeligheid t.o.v. politieke/populistische overvallen.

Literatuur:

- Jacob, J.; Keppler, K.; Stöver, H (Hrsg., 2001+2002): LebHaft. Gesundheitsförderung für DrogenkonsumentInnen im Strafvollzug – deel 1 + 2. Deutsche AIDS-Hilfe, Schriftenreihe AIDS-Forum, Bd. 42, Berlin,
- Keppler, K.: AIDS- und Hepatitis-Viren. Infektionserfassung und Prävalenz bei Frauen im Strafvollzug. Oldenburg
- zie verder : Canadian HIV/AIDS Legal Network: Prison Needle Exchange: A Review of International Evidence and Experience. Montreal (<http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons.htm>)

PD Dr. Heino Stöver

Universität Bremen, FB6
Postfach 330 440
28334 Bremen
Duitsland
☎ 00 49-4 21-2 18 31 73
☎ 00 49-4 21-2 18 36 84
✉ heino.stoever@uni-bremen.de

Sabrina Boscolo Lips

20 jaar PAUKE – Van zelfhulpgroep naar erkend onderdeel van de verslavingszorg in Bonn

Begin jaren '80 besloot een groep van ex-drugsverslaafden in Bonn elkaar te helpen »clean« te leven. Deze activiteiten betekenden een aanvulling op het normale aanbod van langdurige therapieën in de verslavingszorg. Een andere reden voor dit initiatief was het gebrek aan nazorg. De ontwikkeling van een initiatief voor hulp aan zichzelf naar een professionele hulpverlening voor drugsverslaafden beschrijft Sabrina Broscolo Lips voor BINAD-INFO

Al gauw werd een klein café geopend in het centrum van Bonn, waarin de gast een hapje en een drankje kon gebruiken. Bovendien konden verslaafden en mensen die zich voor de situatie van drugsverslaafden interesseerden advies en informatie inwinnen.

Werk was er voldoende voor iedereen en het geld werd overal vandaan »bijeengeschaapt«!

In de loop van de jaren werd PAUKE steeds groter, mensen met alcoholproblemen en mensen met een sociale opleiding kwamen erbij en ondersteunden het werk. Ze deden de ervaring op: gedupeerden en buitenstaanders kunnen goed samenwerken en verrijken elkaar. Zij werkten b.v. samen aan het testen en de realisatie van een praktisch concept voor de verslavingszorg.

Een belangrijk keerpunt in 1992 betekende de deelname aan het federale modelprogramma »Kurzzeittherapie«. Met de medische revalidatie werden voor het eerst ook therapeutische maatregelen geïmplementeerd. Dit leidde tot een verdere ontwikkeling, differentiatie en professionalisering van de activiteiten.

In 2001 ontstonden uit de vereniging twee organisaties zonder winstoogmerk, PAUKE Bonn en PAUKE Reha, die ondergebracht zijn bij een nieuwe organisatie, de »Bonner Verein für gemeindenaher Psychiatrie«. Deze samenwerking heeft de toekomst van PAUKE veilig gesteld.

De adviserende en hulpverlenende activiteiten van de PAUKE-verenigingen omvatten momenteel verschillende klinische en poliklinische voorzieningen:

- 3 maanden durende klinische korte-termijn-therapie (ook in deeltijd mogelijk),
- 3 maanden durende klinische adaptie (ook slechts gedeeltelijk klinisch mogelijk),
- begeleid wonen (in een woongemeenschap van PAUKE of in de eigen woning),
- werkervaring opdoen op verschillende gebieden (PR, administratie, service in het café, keuken, congresafdeling, waskeuken)
- zelfhulpgroepen (momenteel in totaal drie),
- poliklinisch advies voor verslaafden, familieleden en geïnteresseerden,
- PAUKE-life café,
- Informatiebijeenkomsten door cliënten (voor collega's uit binnen- en buitenland, politie, p&o-afdelingen, scholen enz.).

Met dit veelzijdige aanbod wil PAUKE een breed scala aan mogelijkheden bieden om te stoppen en abstinente te worden.

Het gehele concept van PAUKE is gebaseerd op de grondgedachte: de afzonderlijke mens met zijn heel persoonlijke geschiedenis, met zijn persoonlijke hulpbronnen, mogelijkheden en behoeften staat centraal. Vandaar differentiatie in de hulp, waaruit de gedupeerden kunnen kiezen, die ze kunnen gebruiken, combineren en aanvullen.

De adviserende en hulpverlenende activiteiten van de PAUKE-verenigingen omvatten momenteel verschillende klinische en poliklinische voorzieningen

Uit het idee van de zelfhulp kwam de filosofie van de eigen verantwoordelijkheid voort

De hulp is verdeeld over meerdere huizen, die zich allemaal in de binnenstad van Bonn bevinden. Zij staan daarom midden in het leven, dat betekent echter ook dicht bij de drugscene. Drugsverslaafde mensen krijgen hier praktische hulp geboden, die het doel hebben hun de kans te geven in een beschermd kader succesvolle strategieën voor een »clean« leven te oefenen. Dit aanbod is daarom vooral bedoeld voor volwassen vrouwen en mannen, die al ervaring met therapieën hebben.

In PAUKE krijgen zij ondersteuning en begeleiding op de gebieden werk, wonen, en sociale contacten als hulp voor de eigen weg uit de verslaving.

Het doel is op de lange termijn het hulpaanbod van de professionele begeleiding af te lossen.

In PAUKE werken en werkten gedupeerden en niet-gedupeerden samen: uit het idee van de zelfhulp kwam de filosofie van de eigen verantwoordelijkheid voort. Zowel in PAUKE Bonn als in PAUKE Reha vertrouwt men op de meerwaarde, die voortkomt uit deze verrijkende samenwerking.

Hiervoor is een groot engagement nodig, omdat de banen in het programma »Arbeit statt Sozialhilfe (ASS)« (werk i.p.v. bijstand) veel begeleiding en inwerken vereisen. Deze medewerkers beschikken meestal over weinig of geen werkervaring op grond van hun verslavingsgeschiedenis. Het werk loont echter: het bleek dat deze vorm van werkervaring een zeer positieve invloed op de stabilisering van de levenssituatie heeft. Aan de andere kant geven deze medewerkers PAUKE ook nieuwe impulsen en helpen het hulpaanbod aan te passen aan de behoeften van de doelgroep. Er bevinden zich niet alleen gedupeerden onder de ASS-medewerkers, maar ook onder de vaste medewerkers en op alle hiërarchische niveaus.

Meer informatie is verkrijgbaar bij

PAUKE is veranderd, maar is zichzelf wel trouw gebleven. Met de kenmerkende charme en een overtuigend werkconcept is het PAUKE ook steeds weer gelukt om veel ondersteuning te winnen. VIP's uit sportwereld, televisie, politiek en cultuur waren de laatste jaren steeds weer welkome gasten.

Donaties hebben altijd al een rol gespeeld, en zijn vandaag de dag meer dan ooit nodig. Een interessant project in dit verband is »Pate für Arbeit« (peetschap voor werk). Bedrijven uit de regio ondersteunen afzonderlijke gedupeerden door financiering van de werkervaring.

PAUKE Bonn GmbH
Ambulante Beratung
Sabrina Boscolo Lips
Postfach 1352
53003 Bonn
Duitsland
☎ 00 49-2 28-9 65 23 02
☎ 00 49-2 28-6 04 75 47
✉ pauke.ab@freenet.de

**Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.**

Standpunt van de DHS ten aanzien van het gebruik van gelden van de tabaks- en alcoholindustrie

De DHS wendde zich in juni 2003 met het hieronder afgedrukte standpunt aan het vakpubliek. De DHS verwoordt daarin haar standpunt ten aanzien van de ontwikkeling de gelden van de tabak- en alcoholindustrie door sponsoring direct of indirect in te zetten voor de verslavingspreventie: achtergrond zijn de ervaringen met de negatieve ideële beïnvloeding van een op zich wenselijke financiële ondersteuning (en wellicht veiligstellen) van de verslavingspreventie. De industrie die verantwoordelijk is voor deze verslavende middelen profiteert duidelijk van deze ontwikkeling: zij kan haar imago verbeteren, iets wat overeenkomt met haar economische belangen. De geloofwaardigheid van de preventie wordt echter van de wal in de sloot geholpen. De consequenties kunnen op grond daarvan alleen maar zijn dat er verplichte taken zijn op het gebied van de aansprakelijkheid van de producent.

De reclame is naast het product zelf, de prijs en de beschikbaarheid de derde factor die relevant is voor de omzet van waren en diensten. Dit geldt ook voor de producten van de industrie die verslavende middelen maakt. Extreem hoge uitgaven aan reclame bewijzen dat: het totale budget voor tabak- en alcoholhoudende producten bedraagt op dit moment ca. 1 miljard Euro. De doelgroepen van de daarmee gefinancierde campagnes zijn oude gebruikers en tot dusver niet of nauwelijks bereikte groepen consumenten (vrouwen, jongeren, kinderen). Het ligt in de lijn van de normale doelen van het economisch handelen, met deze maatregelen het gebruik van de producten waarvoor reclame gemaakt wordt zo veel mogelijk te vergroten, of waar dit niet meer mogelijk blijkt, op een zo hoog mogelijk niveau te houden.

Door deze vorm van samenwerking wordt de geloofwaardigheid van de preventie ondermijnd

Dit staat in totale tegenspraak met de pogingen van de verslavingspreventie en verslavingszorg om in het belang van alle mensen het gebruik van verslavende middelen te verlagen of beginnen hiermee te voorkomen. In de afgelopen jaren werden weliswaar in geen geval afdoende, maar toch gedeeltelijke successen bereikt: te noemen zijn de beperking van de reclame, leeftijdsgrenzen voor de verkoop van alcoholische drank en sigaretten, inperking van het gebruik op de werkplek en in het openbaar. Dit gaat samen met een soms dalend imago van de genoemde producten en de producenten daarvan.

Als reactie op deze ontwikkelingen kan sinds geruime tijd worden gezien dat de industrie van verslavende middelen zich intensief engageert via sponsoring. Van sportmanifestaties tot partijdagen worden algemeen erkende openbare manifestaties gefinancierd en ondersteund. Deze strategie van indirecte reclame en bevordering van het imago heeft kortgeleden een nieuwe dimensie bereikt: door een financiële ondersteuning worden enerzijds maatregelen van de verslavingspreventie materieel gezien bevorderd, ideëel echter negatief beïnvloed. Een voorbeeld hiervan is de overeenkomst tussen de Duitse sigarettenindustrie en de regering, die o.a. moet veiligstellen dat in de tabakspreventie van de regering negatieve uitlatingen over het verslavende middel sigaret achterwege moet blijven.

Naast een dergelijke directe beïnvloeding, wordt door deze vorm van samenwerking de geloofwaardigheid van de preventie ondermijnd. Daarnaast wordt een sfeer opgeroepen die welwillende concessies gewoonweg provoceren. Dit komt beide overeen met de economische belangen van de industrie. Het gaat echter in tegen de doelen van de verslavingszorg. Dit geldt in het bijzonder ook voor de fundamentele inspanningen die de industrie zich getroost om haar producten te positioneren als genotmiddelen voor mondige en volwassen burgers. Want ten eerste is het gebruik door volwassenen een zeer goede prikkel, juist voor kinderen en jongeren, en ten tweede begint vrijwel elke verslaving met een aanvankelijk gering gebruik van het verslavende middel. Dit geldt in het bijzonder voor sigaretten en alcohol.

Op grond van het voorgaande ziet de Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen in iedere preventieve activiteit met medewerking van de industrie een bijzonder subtiel maatregel om het gebruik te bevorderen. De DHS wijst tegen deze achtergrond iedere financiële betrokkenheid van de industrie bij haar werk principieel af. Zij roept alle instellingen en verenigingen op die actief zijn in de preventie en de verslavingszorg, met name de leden en instellingen van DHS en hun ondergroeperingen, zich in het belang van de bescherming van de gezondheid evenzo op te stellen.

Met het oog op reeds bestaande samenwerkingen adviseert de DHS dringend dat wanneer gelden van de industrie worden ingezet veilig te stellen dat in de contracten

- geen enkele beperking of beïnvloeding van uitspraken of doelgroepen plaatsvindt en
- een betrokkenheid van de geldgever aan het concept, de uitvoering en evaluatie van de inzet van de gelden uitdrukkelijk uitgesloten wordt en
- alle product-, label-, of bedrijfsreclame uitgesloten is, en
- vastgelegd is dat de geldgever geen reclame mag maken met zijn sponsoring, de ontvanger echter verplicht is de samenwerking bekend te maken.

De DHS benadrukt dat de genoemde belangentegenstellingen tussen omzetstijging of -stabilisatie en het preventieve werk echter ook onder deze omstandigheden principieel blijven bestaan. Zij eist echter voor de aansprakelijkheid van de producent opnieuw en nadrukkelijk de heffing van belasting op alle legale verslavende middelen voor de financiering van duurzame en landelijke preventieve activiteiten.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

Postfach 1369
59003 Hamm
Duitsland
☎ 00 49-2381-9015-0
☎ 00 49-2381-9015-30
✉ info@dhs.de
www.dhs.de

Rüdiger Klebeck

Het federale modelproject FreD – vroeginterventie bij drugsgebruikers die voor het eerst met justitie in aanraking komen (Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten) Congres ter gelegenheid van het einde van het project

In de periode oktober 2000 tot december 2002 waren in acht deelstaten plaatselijke organisaties voor verslavingszorg, politie en justitie betrokken bij de realisatie van dit modelproject. De financiering van de modelfase kwam van het Federale Ministerie voor Gezondheid en Sociale Zekerheid (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, BMGS); de afdelingen Drugs en Verslaving van de acht betrokken deelstaten leverden belangrijke ondersteuning voor de vestigingsplaatsen. De projectleiding was in handen van de Koordinationsstelle Sucht (KS) van de Landschaftsverband Westfalen-Lippe in Münster. Deze organisatie begeleidt eveneens de transfer naar de praktijk.

Omdat de vestigingsplaatsen van elkaar verschilden waren er ook duidelijk afwijkende resultaten van de modelfase: niet overal kon een goede structuur voor de noodzakelijke samenwerking tussen de plaatselijke verslavingszorg en de politie/OM worden bereikt.

De inhoudelijke structuren waarmee het concrete aanbod naar de doelgroep werd overgebracht waren echter op alle standplaatsen gelijk. Baserend op een kort, doelgericht en, indien mogelijk, vrijwillig te accepteren aanbod aan jongeren en jonge volwassenen (leeftijdscategorie 14-21, resp. tot 25 jaar) werden groepsprogramma's met 4 x 2 of 2 x 4 uren uitgevoerd. Hierbij werd o.a. het concept van de korte interventie in aangepaste vorm ingezet.

Rüdiger Klebeck nam voor BINAD deel aan het congres dat van 23- 25 juni 2003 in Potsdam plaatsvond en brengt hier verslag uit over zijn indrukken. De abstracts van de inleiders en de resultaten van de wetenschappelijke begeleiding van FreD staan op het internet (www.lwl.org/ks). Deze kunnen echter ook worden nagelezen in band 299 van de reeks »Forschungsbericht« van het BMGS (adres zie onder). De Koordinationsstelle Sucht zal een documentatie over het congres met de teksten van de inleidingen uitgeven. Deze kan worden aangevraagd via de KS.

De ruim 100 deelnemers, die afkomstig waren uit heel Duitsland, kregen van maandagmiddag tot woensdagmiddag een omvangrijk programma aan geboden: 16 sprekers hielden inleidingen en begeleidde werkgroepen. Het congres was qua tijd en thematiek ingedeeld in vier »blokken«. Deze hielden zich bezig met

- het belang van preventie, harm-reduction en vroegtijdige herkenning vanuit verschillende optieken,
- het concept van FreD, de juridische voorwaarden en de resultaten van de wetenschappelijke begeleiding,
- de praktische ervaringen vanuit de optiek van de politie, het Openbaar Ministerie en een verantwoordelijke organisatie (bediscussieerd in werkgroepen), en tenslotte
- de balans tussen roes en risico, vrijheid en dwang in de preventie en de blik op een nieuw project voor secundaire preventie

Onderstaand wordt een overzicht gegeven van de bijeenkomst- er kan echter niet worden ingegaan op alle inleidingen. Gedetailleerde informatie kan worden verkregen bij de in de inleiding genoemde adressen.

Het grote belang van de (secundaire) preventie

Op de eerste dag werd allereerst het terrein bepaald waarin een model met een aanbod zoals van FreD moet worden ingezet. Het ging daarbij om

- het »Aktionsplan Drogen und Sucht« van de Bondsregering, waarin preventie een zwaartepunt vormt; het ging verder om
- het belang van vroegtijdige herkenning en harm-reductie vanuit de optiek van het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving (EWDD),
- de soms meer verwarrende dan verhelderende differentiaties van preventieniveaus – gepresenteerd door de Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) – evenals de
- richting van de drugspreventie door de politie (Landeskriminalamt NRW) en tenslotte om
- vroegtijdige herkenning en korte interventie, die wezenlijk zijn voor het aanbod van FreD.

Het congres hield zich bezig met o.a. de balans tussen roes en risico en vrijheid en dwang in de preventie

Kan drugsgebruik een normaal maatschappelijk verschijnsel zijn?

FreD moet worden opgevat als een maatregel voor secundaire preventie (een gangbare definitie in Duitsland) – of misschien toch meer als geïndiceerde preventie (dit zou de internationale definitie zijn)? **Dr. Bettina Schmidt** (BzgA) pakte in haar inleiding de vraag op of er überhaupt iemand – en indien ja, wie – er baat bij heeft de definities verschillend te gebruiken en welke effecten dit heeft op de praktijk. Het volgende is in ieder geval duidelijk: op internationaal niveau bestaat geen gezamenlijke taal en er bestaat daarom ook geen directe en bruikbare mogelijkheid om te vergelijken. In Duitse en internationale databases vond zij de begrippen overwegend op medisch gebied (somatische ziekten) en slechts sporadisch in verband met verslaving of drugs. In de praktijk van het werk met verslaafden en drugs leidt dit naast de ontbrekende consensus m.b.t. de begrippen (waarmee men nog zou kunnen leven) echter ook tot zeer hinderlijke tot destructieve uiteenzettingen over de inhoud en te weinig differentiatie bij de gebruikte methoden. Er ontstaan door te veel, te weinig of verkeerde zorg, door concurrentie, systeem-inherente gebruiksvoorwaarden en veel noodzakelijke coördinatie **grensproblemen**, die in geen geval bevorderlijk zijn voor de taken van de preventie. De spreekster formuleerde aan het eind van haar inleiding **conflictlijnen** die voortkomen uit de bij ons politiek, inhoudelijk en maatschappelijk vastgelegde definitie van en de omgang met preventie waarover een discussie noodzakelijk is:

- kan drugsgebruik een normaal maatschappelijk verschijnsel zijn?
- kan een bepaalde kans op schade bij het leven horen?
- wie definieert het begrip schade?
- kan een differentiatie van drugs afhangen van overwegingen die de gezondheid betreffen?
- kan drugsgebruik een maatschappelijk gelegitimeerd riskant gedrag zijn?

Er moet dus nog veel worden gedaan. Ook wanneer wij kennelijk over het geheel gezien niet meer zo sterk moeten vechten tegen het vastleggen van de »koninklijke weg«, bestaat toch soms – en dit steeds meer vanwege economische redenen – in dit verband de tendens om op succes gerichte methoden en concepten die minder beslag leggen op de krappe financiën te prefereren.

Dat het er op aankomt de inhoudelijke effectiviteit en/of doelgerichte nut niet uit het oog te verliezen, zette in dit eerste blok **dr. Georg Kremer**, Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Bielefeld, uiteen. Hij sprak over het thema **»Vroegtijdige herkenning en kort ingrijpen – een nieuw medicijn?«** Naast verklaringen van begrippen en een focus op de stand van het onderzoek hield hij zich bezig met de waarde die deze concepten hebben voor de praktijk. Op **alcoholgebied** zijn er uit de afgelopen ruim 30 jaar toch een behoorlijk aantal (54) onderzoeken over de effectiviteit van korte interventies, die moeten worden gezien als alternatief voor geen of langdurige behandeling. Enkele globale resultaten:

- verbetering van lichamelijke conditie
- regulering van de hoeveelheid drank
- verlaging van de kosten voor de behandeling
- vermindering negatieve sociale consequenties
- het meer gebruik maken van verdergaande hulp

Vooraf het derde genoemde resultaat kan zeer verleidelijk zijn vanuit de optiek van kostenreductie. Het is echter ook een feit dat korte interventies alleen bij »mensen met lichte tot gemiddelde alcoholproblemen« ... »een laag tot gemiddeld effect« hebben – het zijn dus geen nieuwe »medicijnen«!

Op het **gebied van de illegale drugs** bestaan veel minder onderzoeken (6 sinds 1990) en daaruit kunnen weliswaar minder significante, maar wel tendensen voor effectiviteit worden afgeleid. Dit wijst eerder op aanvullende dan op alternatieve mogelijkheden voor het gebruik in de praktijk.

Georg Kremer stelde in het algemeen de effectiviteit van de gedifferentieerde indicatie, naar de duurzame stabiliteit van de effecten en naar de kwaliteit van de interventies in twijfel. Hij kwam o.a. tot de volgende conclusies:

- vroegtijdige herkenning en korte interventies zijn geen nieuwe medicijnen
- er is een onmiskenbaar duidelijk effect op alcoholgebied
- er zijn enige aanwijzingen die wijzen op effecten op drugsgebied
- er zijn nog veel onbeantwoorde vragen
- er worden doelgroepen aangesproken die tot dusver niet werden bereikt
- goede structuren en concepten voor behandelingen worden in twijfel getrokken
- economisch zinvolle zaken worden gecombineerd met inhoudelijk zinvolle zaken
- projecten voor korte interventies, zoals FreD en MOVE (uitgevoerd bij GINKO, Mühlheim) zijn noodzakelijke en zinvolle aanvullingen op bestaande concepten voor preventie en behandeling

Korte interventies zijn noodzakelijke en zinvolle aanvullingen op bestaande concepten voor preventie en behandeling

Er kan zodoende worden vastgesteld dat naar de huidige stand van kennis geen complete ommekeer kan worden bereikt met korte interventies. Wel is sprake van een belangrijke uitbreiding van het aanbod. Vooral – ook daarop wees Kremer – op alcoholgebied gaat het om »überhaupt-herkenning« van verslavende ontwikkelingen. Wij voegen hier nog aan toe: en dat zo vroeg mogelijk!

Het FreD-concept in theorie en praktijk

De tweede dag was met inleidingen 's morgens en werkgroepen 's middags, geheel gewijd aan het federale modelproject.

De **doelen, inhoud en structuur** werden door **Wolfgang Rometsch**, de projectleider (Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Münster), uiteengezet: een gedeelte van de jeugd heeft een riskant gebruik van illegale drugs en komt daardoor in aanraking met de politie. Meestal bestaat op dit tijdstip nog geen enkel contact met de verslavingszorg – deze jongeren lopen echter vanwege hun riskant gebruikspatroon gevaar verslaafd te raken. Het feit dat zij in aanraking met de politie komen moet worden benut, door in combinatie met op § 31a BtMG (afzien van vervolging) en § 153, Abs. 1 STPO (geringe schuld) op vrijwillige basis, of in het kader van § 45, Abs. 2 JGG en § 153, Abs. 1 STPO (op last) hulp in de vorm van een speciaal aanbod (voor groepen) te bieden.

De fundamentele idee van het concept is zo vroeg mogelijk een doelgericht en indien mogelijk vrijwillig te accepteren aanbod te creëren voor jonge mensen (14-21 jaar) maar ook voor jonge volwassenen (tot 25 jaar), die voor het eerst in aanraking zijn gekomen met de politie vanwege gebruik van illegale drugs.

Een succesvolle realisatie van het concept ter plaatse is afhankelijk van meerder factoren – o.a. natuurlijk van de behoefte, die voortkomt uit een zeker aantal mensen die voor het eerst door de politie opgepakt zijn vanwege drugsgebruik. Bovendien is, dat hangt natuurlijk samen met de vorming van coöperatieve structuren tussen verslavingszorg, politie en openbaar ministerie, een constructief en open contact tussen deze organisaties noodzakelijk. Dit werd duidelijk uiteengezet door de volgende spreker:

Wilfried Görden van de Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH (FOGS) uit Keulen, gaf een inleiding over de resultaten van de **wetenschappelijke begeleiding van het project**. Hij presenteerde (ge-selecteerde) resultaten van zijn werk, t.w. de evaluatie van het concept en de organisatie voor de implementatie van het aanbod, evenals de realisatie en de effecten daarvan.

Ook hier stond centraal, dat de sectoroverkoepelende samenwerking en afstemming tussen politie, openbaar ministerie evenals jeugd- en verslavingszorg de hoogste prioriteit genieten – dit is de centrale voorwaarde voor een succesvolle realisatie.

De deelnemers van de groepsactiviteiten beoordeelden de cursussen positief. Dit kon ook worden afgelezen aan het grote aantal volhouders. In totaal namen 675 personen contact op met het FreD, met 596 werd een intake-gesprek gevoerd en aan de 67 aangeboden cursussen namen 446 personen deel. Het ging daarbij vooral om cannabis-gebruikers (96%). Deze waren gemiddeld genomen op een leeftijd van 14,8 jaar begonnen met het gebruik. FreD bereikte de doelgroep van jonge drugsgebruikers met de belangrijkste diagnose cannabinoïde dus drie jaren eerder dan de poliklinische consultatiebureaus en behandelingsinstellingen. Slechts een gedeelte van hen vertoonde een problematisch gebruikspatroon. FreD heeft dus het karakter van een vroegtijdige interventie ten behoeve van preventie van drugsgebruik.

Voor de implementatie van vergelijkbare activiteiten kunnen uit de wetenschappelijke begeleiding belangrijke conclusies worden afgeleid, die de Koordinationsstelle Sucht intussen doorgegeven heeft op informatieve bijeenkomsten in Hamburg, Würzburg en Jena (September/Okttober/November 2003). Hierbij werden ook fundamentele gegevens over het concept en de realisatie daarvan aan geïnteresseerde instellingen en organisaties doorgegeven.

Als **partners in het project** hebben **politie en openbaar ministerie** in hun controlerende, vervolgings- en sanctionerende taak natuurlijk een heel ander uitgangspunt dan de **instellingen voor verslavingszorg**, die traditioneel uitgaan van de vrijwilligheid van hun cliëntèle. En toch functioneerde – en dat geldt in het bijzonder voor de twee Beierse standplaatsen – het model goed en de duidelijke en consequente aanpak van politie en justitie heeft kennelijk de acceptatie door de betrokken jongeren verhoogd. En wanneer de partners uit deze twee sectoren overtuigd zijn van het idee en ook de partners uit het hulpverleningscircuit overtuigd zijn, dat een actieve samenwerking in dit kader zinvol en effectief is, dan is er een belangrijke basis voor het succes van FreD gelegd. Politie en justitie werken in duidelijk gestructureerde kaders, waardoor bij een positieve grondhouding t.o.v. het project, en de positie daarin, een buitengewoon belangrijke basis voor de praktijkmensen van FreD tot gevolg heeft: in München hebben b.v. 70% van de mensen die door de politie werden geïnformeerd over FreD contact hiermee opgenomen en 57% van hen

FreD bereikte de doelgroep van jonge drugsgebruikers met de belangrijkste diagnose cannabinoïde drie jaren eerder dan de poliklinische consultatiebureaus en behandelingsinstellingen

hebben aan een cursus deelgenomen. 95,5% van de deelnemers werd daarbij door de politie aangebracht (op alle andere standplaatsen was dit gemiddeld maar 31,8%). Kennelijk heeft – en wellicht tegen de »normale« opvatting in het hulpverleningscircuit – de interventie van de politie een duidelijk positiever effect bij de doelgroep van jonge gebruikers dan verwacht. De verslavingszorg zou dit zeker moeten benutten. Echter: er moet wel op worden gewezen dat dit van de persoon afhangt, dit geldt zowel voor politie en justitie als voor het hulpverleningscircuit.

Dit **afhankelijk zijn van personen** speelt bij alle vormen van samenwerking. Dit kwam ook naar voren in de werkgroep-inleiding van **Rainer Bathen** van de Arbeitskreis für Jugendhilfe e.V. Hamm, als vertegenwoordiger van een betrokken organisatie. Dit heeft duidelijk te maken met communicatieproblemen en belangen van organisaties, want FreD beweegt zich met zijn aanbod tussen de jeugd- en verslavingszorg, zodat ook de vraag opgeworpen wordt wie eigenlijk verantwoordelijk is voor de realisatie. En de beantwoording van deze vraag hangt niet in de laatste plaats af in hoeverre de desbetreffende mensen bereid zijn compromissen te sluiten en samen te werken. Daarbij spelen wederom de reeds bestaande verwevingen en de ervaringen die hier werden opgedaan een belangrijke rol. Rainer Bathen formuleerde vier doorslaggevende aspecten die het verloop van FreD beïnvloed hebben en waarmee ook in de toekomst rekening moet worden gehouden:

- De instelling die de vroegtijdige interventie doet moet van de partners een sturings- en clearingtaak krijgen en deze voor zichzelf vastleggen – daarbij moet zowel de zelfstandigheid en de verschillende beoordeling van drugsgebruik door jongeren worden geaccepteerd
- Er moet een duidelijk geformuleerd doel zijn
- Duidelijke afspraken in de samenwerking over de afzonderlijke verantwoordelijkheid van de instellingen, over de beschrijving en het management van processen en voor het wegnemen van storingen
- Op grond van verschillende omstandigheden, ervaringen, regels, paradigma's etc. moet er een regelmatige uitwisseling van informatie, waarnemingen, interpretaties en houdingen op metaniveau plaatsvinden

In dit verband lijkt het noodzakelijk te zijn – iets wat ook in het verloop van de werkgroep over »Trägerempfindlichkeiten ...« (gevoeligheden van organisaties) duidelijk werd – over de toegangswegen of, zoals door Rainer Bathen werd geformuleerd, de toegangsdrempels te discussiëren en indien nodig afwijkend ten opzichte van het

modelconcept over andere toegangsmotieven na te denken (buiten §31 a van de Duitse opiumwet). Dit kunnen terreinen zijn waarin het drugsgebruik van jongeren kan leiden tot het dreigen met sancties – bijvoorbeeld in scholen en misschien ook in de klinische jeugdzorg. Hier is denkbaar dat in plaats van directe sancties ook concrete hulp naar het voorbeeld van FreD wordt geboden. Dit zou kunnen plaatsvinden in een gecombineerd systeem, zoals dit ook werd uitgetoetst binnen FreD, waarbij politie en justitie ook door anderen zouden kunnen worden vervangen.

Vrijheid en dwang

In het laatste blok van deze bijeenkomst werd de blik gericht op andere nieuwe concepten voor risico-verlagende preventie en om de vraag naar de mate van vrijheid aan de ene kant en dwang aan de andere kant binnen de preventie.

De spits werd afgebeten door **Gerald Koller** van VITAL Büro für präventive Gesundheitsförderung, Steyr, Oostenrijk. In een zeer levendige en in het geheel niet theoretische inleiding stelde hij het concept »**risflecting® – uitgangspunten en modellen voor roes- en risico-pedagogiek**« voor. Bij risflecting® gaat het in de kern om de erkenning van het feit dat in onze maatschappij risico's bestaan in verband met verdovende middelen/drugs, en dat hieruit voortvloeit dat geleerd moet worden hiermee om te gaan. Alleen zo kunnen gevaren die samenhangen met deze middelen worden gescheiden van de risico's die daarachter schuilgaan. Voorwaarde is dat de algemeen erkende differentiatie tussen risico's en gevaren wordt gezien. Het is een verschil of ik mij in gevaar begeef – daarbij is een negatieve uitwerking zeer waarschijnlijk of zeker – of wanneer ik een risico neem dat wij in de praktijk van de normale maatschappij op veel plaatsen meer of minder bewust en in ieder geval vaak als vanzelfsprekend nemen. Gerald Koller maakte in zijn inleiding duidelijk dat er een verschil bestaat tussen »bewaren« (bescherming tegen gevaren – »bewahren« in het Duits) en »versterken« (bewust leren om te gaan met risico's – »bewähren« in het Duits). Daarbij haalde hij het voorbeeld aan van een oecumenisch klooster in Zwitserland, waarin broeders en zusters onder één dak samen leven en werken. Ze bidden het onze vader anders, namelijk vervangen »en leidt ons niet in verzoeking« door: »en leidt ons in de verzoeking«. Het verlagen van risico's vraagt om kennis over de verzoeking en hun risico's en een bewuste omgang daarmee. Het leren van deze bewuste omgang met roesmiddelen is een vaardigheid die steeds moeilijker kan worden geleerd in de tijd waarin wij leven.

Het in Oostenrijk ontwikkelde en ingezette risflecting®-concept werd voorgesteld in BINAD-INFO 24. Informatie kan worden gevonden op www.risflecting.at.

*... en leidt ons in
de verzoeking ...*

Ervaringen van het drugsbeleid in de VS, dat in principe gebaseerd is op repressie, wijzen op de contraproductieve effecten van een dergelijke aanpak

Ook afkomstig uit Oostenrijk is **Dr. Alfred Uhl**, Ludwig-Bolzmann-Institut für Suchtforschung, Wenen. Hij hield een inleiding over **Vrijheid en dwang in de preventie**. Preventie bevindt zich in het spanningsveld tussen het *democratisch-emanipatorische uitgangspunt* voor de bewaring van de gezondheid, zoals die in de Ottawa-charta van de WHO in 1986 werd vastgelegd en het *autoritair-controlerende uitgangspunt*, dat beïnvloed is door het op controle en repressie gefixeerde Amerikaanse en Noord-Europese alcohol- en drugsbeleid. De WHO blijkt op dit gebied qua uitgangspunten met zichzelf in tegenspraak, omdat zij het tweede concept in 1995 eveneens onder de mensen gebracht heeft. Vertrekpunt van het »democratisch-emanipatorische uitgangspunt« is de ontwikkeling van algemene vaardigheden voor het leven, die de jonge mensen leren en zo in de gelegenheid worden gesteld zinvol met risico's om te gaan. Het »autoritair-controlerende« uitgangspunt daarentegen, is gebaseerd op censuur, bevoogding en afzien van genot in de opvoeding, om op deze wijze de mensen later de juiste beslissingen te laten nemen. Het probleem van dit concept is uiteindelijk dat de grondidee van de democratie wordt afgewezen, aldus Uhl; »Men sympathiseert dan ... met een pseudo-democratie, waarin de elites grote delen van de bevolking door een subtiele controle en censuur in de gewenste richting sturen, zonder dat deze dat merkt.« Vanuit zijn optiek bestaat er voor democraten geen ander alternatief dan consequent op te komen voor het democratisch-emanipatorische mensbeeld. Ook de ervaringen van het drugsbeleid in de VS, dat in principe gebaseerd is op repressie, wijzen op de contraproductieve effecten van een dergelijke aanpak. Uhl is van mening dat men consequent van het symbolisch-ideologische naar een zakelijk-constructief niveau moet komen. Zijn de geplande strategieën eigenlijk wel zinvol? Wanneer het zo is dat het doel van een drugsvrije maatschappij door repressie moet worden bereikt en tegen de wil van een deel van de bevolking doorgezet moet worden, en daarbij de negatieve effecten overheersen zowel voor diegenen die gedwongen worden alsook die de dwang uitoefenen. Het heeft dan toch geen zin deze weg verder op te gaan! In dit verband is Uhl van mening dat het zinvol is de nieuwe Europese ontwikkelingen in het drugsbeleid ook tegen de druk van de VS in voort te zetten en verder te versterken.

Aan het einde van het congres werd nog eens de aandacht gericht op het secundair-preventieve project »**Hart Am Limit – HALT**« (bijna over de schreef – halt). In dit project in Lörrach wordt aan jongeren die met een alcoholvergiftiging in het ziekenhuis terecht zijn gekomen concrete hulp geboden. **Heidi Kuttler**, Zentrum für Suchtprävention Villa Schöpfung, Lörrach, beschreef het concept van het project, dat in Lörrach gerealiseerd wordt met gelden van het Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (federale ministerie voor gezondheid en sociale zekerheid).

Drinken om dronken te worden, met negatieve gevolgen tot aan alcoholvergiftiging toe – in de huidige discussie ook wel met de term »binge-drinking« aangeduid – is kennelijk vaak de oorzaak voor het stijgend aantal jongeren dat moet worden opgenomen in het ziekenhuis, dus ook in Lörrach. Het aantal opnames is hier in de periode van 1999 tot 2002 gestegen van 16 naar 56; als reactie hierop is het concept HALT ontwikkeld. Het project test deze toegangsweg, die vooral bestaat uit **concepten op individueel niveau** (reagerende maatregelen voor de betrokken jongeren), **concepten op gemeentelijk niveau** (actieve maatregelen bij party's, cursussen voor ouders en multiplicators etc.) en een **breed opgezette** pr d.m.v. acties, pers en posters. Voor het scheppen van overgangen van jeugdzorg, politie en maatschappelijk werk op scholen naar de Villa Schöpfung, werd in samenwerking met de jeugdzorg en jongerenwerk een plan opgezet. De ervaringen zullen worden geëvalueerd. Op basis daarvan zal het concept verder worden ontwikkeld, aangepast en uitgebreid.

»FreD für alle?« (FreD voor iedereen?)

Het FreD-congres hield zich veelal op hoog niveau bezig met de secundaire preventie, zonder zich daarbij te beperken tot de door sommige critici afgewezen »advisering voor gebruikers«. De op veel plaatsen nog steeds aanwezige polarisatie van meningen over preventieve concepten – zoals door Alfred Uhl in zijn inleiding bijvoorbeeld werden aangehaald – kan met FreD worden overwonnen. Dit was meer of minder duidelijk te zien op de meeste standplaatsen. Juist de samenwerking met politie en justitie maakt duidelijk dat oude tegenstellingen als achterhaald kunnen worden beschouwd en dat een bewuste en doelgerichte samenwerking bijzonder zinvol en effectief kan zijn. Het werd echter ook duidelijk dat niet in iedere projectplaats de superieure resultaten konden worden bereikt, zoals dat in Beieren het geval was. Samenwerking gaat, ook wanneer men in gedachten al zover is, nog lang niet vanzelf maar er moet gewerkt worden aan het beeld van zichzelf en van de ander. Dit geldt ook voor de randvoorwaarden, de rollen die verdeeld moeten worden enz., zie daartoe de hierboven door Rainer Bathen aangehaalde aspecten die een rol spelen bij de randvoorwaarden en het in elkaar laten grijpen van verschillende gebieden. Het moet worden afgewacht in hoeverre de verantwoordelijke organisaties kunnen worden gemotiveerd voor de implementatie van het concept en welke varianten uiteindelijk in de praktijk worden gebracht – want er kan van worden uitgegaan dat niet overall een »zuiver« FreD-concept gerealiseerd zal worden.

HALT

Villa Schöpfung – Zentrum für Suchtprävention
79541 Lörrach-Brombach
Duitsland
☎ 00 49- 76 21-9 14 90 91
✉ heidi.kuttler@blv-suchthilfe.de
blv-suchthilfe.de

Landschaftsverband Westfalen-Lippe **Koordinationsstelle Sucht**

Warendorfer Str. 25-27
48133 Münster
Duitsland
☎ 00 49-2 51-5 91-38 38
✉ a.vogelsang@wl.org

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

DS 03 – Drogen und Suchtmittelmissbrauch
Am Probsthof 78a
53121 Bonn
Duitsland

Manfred Gesch

Cannabisgebruik op jeugdige leeftijd en criminaliteit – Sociale cursus »Leben in der Balance« in CD-rom versie

Verslaving ontstaat niet van vandaag op morgen. Aan het begin is er meestal sprake van een periode met vormen van gebruik, die wellicht riskant zijn, maar in ieder geval nog geen verslavende dimensie hebben. De meeste gebruikers slagen er dan ook in weer te stoppen met het gebruik of zij vinden een meer gematigde vorm van omgang met het gekozen middel. Preventie en verslavingszorg moeten zich echter wel bezig houden met het thema »vroegtijdige interventie«, om de jonge gebruikers te kunnen bereiken die wellicht op een gevaarlijke weg zijn. Denkbaar zijn verschillende methoden en toegangswegen. De Fachstelle für Suchtvorbeugung te Ahlen, ontwikkelden in samenwerking met de reclassering Ahlen en de Jugendgerichtshilfe Ahlen een project »Leben in der Balance«. Dit project bereikt een vergelijkbare doelgroep als die van het federale modelproject »FreD – Frühintervention bei erstaußfälligen Drogenkonsumenten« (vroegtijdige interventie bij drugsgebruikers die voor het eerst met justitie in aanraking komen), dat eveneens in deze uitgave beschreven wordt. Manfred Gesch, preventiewerker in de Kreis (district) Warendorf, beschrijft hieronder in het kort de opzet van de sociale training »Leben in der Balance«.

De Fachstelle für Suchtvorbeugung heeft in 1999/2000 (in samenwerking met de reclassering Ahlen en de Jugendgerichtshilfe van Ahlen) een concept ontwikkeld voor het houden van trainingscursussen voor 14 tot ca. 21-jarige cannabisgebruikers die in aanraking met justitie gekomen zijn. Het concept van de sociale training is bestaat uit 16 verschillende sessies, inclusief de gebruikte methoden en trainingen, die praktijkgericht worden beschreven en toegelicht. Uit de vele materialen en de positieve praktische ervaringen die konden worden opgedaan, vloeide vrijwel automatisch voort dat wij het materiaal, goed theoretisch onderbouwd, wilden publiceren in een brochure. Met financiële ondersteuning van de deelstaat NRW lukte het in 2001 een praktische documentatie met een oplage van 300 stuks te publiceren. De gehele eerste druk was binnen een jaar uitverkocht. Niet alleen uit Nordrhein-Westfalen maar ook uit de overige delen van het land kwamen aanvragen van collega's naar de brochure. Veel collega's spraken hun dank uit voor het materiaal, omdat men met dit stuk voor het eerst kon beschikken over een in de praktijk beproefd en gedetail-

leerd programma voor de omgang met jeugdige cannabisgebruikers (die met justitie in aanraking zijn gekomen).

Ook nadat de eerste druk uitverkocht was, kregen wij aanvragen voor »Leben in der Balance« van bureaus voor jeugdzorg, medewerkers van de reclassering, uit de instellingen voor jeugdhulpverlening en de verslavingszorg. Wij besloten daarom een bewerkte tweede druk te laten verschijnen, wat echter vanwege geldgebrek buitengewoon moeilijk was. Omdat in de loop van 2002 steeds duidelijker bleek dat een tweede gedrukte versie met grote moeilijkheden behept was, kwamen wij tot het besluit de nieuwe druk van de sociale training »Leben in der Balance« in de vorm van een CD-Rom te publiceren.

De aanwezigheid van kleuren, beweging, muziek, grafieken en foto's hadden tenslotte tot gevolg, dat zowel de deelstaat Nordrhein-Westfalen als de commissie voor geldwerving van de reclassering Ahlen zich bereid verklaarden de publicatie van een uitgebreide nieuwe versie financieel te ondersteunen. Het resultaat animeert zeker om zich eens nader bezig te gaan houden met het thema en het nieuwe medium.

De CD-rom is onderverdeeld in de volgende sectoren:

1. Het begin van de CD-rom is een theoretische uitwerking van de sociale training »Leben in der Balance« en geeft antwoord op de vraag naar de uitgangspunten van het concept, de opbouw van de sociale training en over praktijkervaringen van de reclassering en de zorg voor jeugdrecht. Deze theoretische achtergronden worden alleen op het beeldscherm gevisualiseerd, maar kunnen niet worden uitgeprint.
2. Het zwaartepunt van de CD-rom ligt op de inhoudelijke presentatie van het programma, d.w.z. de afloop van de sessies wordt punt voor punt op een rij gezet. Bovendien worden de gebruikte trainingen beschreven en deze zijn voorzien van handleidingen. Het overzicht over de inhoud van de afzonderlijke sessies en de gebruikte trainingen en methoden kan door middel van een driehoekig symbool worden uitgeprint.
3. Omdat »Leben in der Balance« modulair opgebouwd is, kunnen de afzonderlijke trainingen ook in een verschillende volgorde worden gebruikt. Ook kan gebruik worden gemaakt van afzonderlijke trainingsonderdelen. Deze kunnen worden overgedragen op andere groepen delinquenten. Hierbij moet natuurlijk wel de inhoud worden aangepast.
4. Verder zijn op de CD-rom formulieren voor notulen van de afzonderlijke groeps-sessies en evaluatieformulieren voor deelnemers te vinden. Deze formulieren kunnen wel uitgeprint, maar niet opgeslagen worden. Verder bevindt zich op de CD-rom een certificaat voor de succesvolle deelname aan de sociale training. Deze kan worden ingevuld en uitgeprint. Het geheel wordt gecompliceerd door een pers-archief met publicaties over de sociale training.

De CD-Rom kan in de praktijk zeer flexibel worden gebruikt

Het hoofddoel van de sociale training voor cannabisgebruikers die in contact zijn gekomen met justitie is de bewuste omgang met verslavende middelen en het eigen gebruikspatroon. Daarbij hoort:

- de ontwikkeling van een bewustzijn voor het probleem van de omgang met verslavende middelen bij jeugdige gebruikers;
- het bereiken van een bewuste omgang met legale en illegale drugs door middel van informatieverstrekking en voorlichting (werking, juridische status etc.);
- mogelijkheden scheppen het eigen gedrag actief in ogenschouw te nemen (m.b.t. de vrije tijd, werkoriëntatie, planning van het leven etc.);
- de bevordering en verbreding van sociale competenties (het kunnen functioneren in relaties en groepen, groepsregels accepteren en volgen, samenwerken in en met de groep en zelf verantwoordelijkheid op zich nemen);
- het tonen van alternatieven voor het huidige gebruikspatroon;
- reductie van gebruik als doel op de lange termijn (het stoppen met het gebruik is welliswaar wenselijk, lijkt echter als doel niet realistisch).

De doelen van de inzet van het project »Leben in der Balance« bij de instellingen voor jeugdhulpverlening en de reclassering lopen m.b.t. volgende punten uiteen: voor de instellingen voor jeugdhulpverlening is het project »Leben in der Balance« ook te zien als aanvulling bij opvoedkundige maatregelen volgens § 10 van het Jugendgerichtsgesetz (wet voor het jeugdrecht) (ook als alternatief voor duurzaam arrest). Voor de reclassering kan het project in eerste instantie worden gezien als alternatief voor het leveren van charitatief werk.

Evaluatie en resultaten

De gemiddelde duur van deze cursussen bedroeg drie maanden. Het percentage volhouders onder de deelnemers bedroeg gemiddeld ca. 80%. De oorzaken voor het voortijdig afhaken waren overtreding van afspraken en persoonlijke omstandigheden. Alle deelnemers die de cursus met succes afgesloten hebben, zijn sindsdien niet opgefallen door recidive (gemeten periode tussen 12 en 18 maanden).

De CD-rom is verkrijgbaar voor 12 Euro (inclusief porto en verpakking) via de Fachstelle für Suchtvorbeugung.

Rüdiger Klebeck

Pill-testing, XTC en preventie

Jaarvergadering 2003 van de Niedersächsische Landesstelle Suchtgefahren – aanleiding eens stil te staan bij de uitgangspunten

Op 20-05-2003 vond in Hannover de presentatie van het eindverslag van het evaluatieonderzoek »Pill-Testing, Ecstasy und Prävention« plaats. Dit onderzoek werd gesubsidieerd met EU-gelden. De presentatie werd georganiseerd door de Niedersächsische Landesstelle Suchtgefahren NLS, die ook verantwoordelijk was voor de leiding van het project.

In de maatschappij, in vakkringen en in het drugsbeleid lopen de meningen over pill-testing programma's ver uiteen. Sommigen zijn van mening dat van dergelijke programma's een extra impuls uitgaat synthetische drugs te gaan gebruiken, anderen wijzen op het feit dat pill-testing programma's door de oriëntatie op harm-reductie bijdragen aan een grotere bewustwording van de risico's voor de gezondheid. Om te wijzen op wegen om uit deze gepolariseerde situatie te komen, werd in opdracht van het Directoraat Generaal Gezondheids- en Consumentenbescherming van de EU-Commissie in de jaren 2001 en 2002 een evaluatie uitgevoerd in Amsterdam, Hannover en Wenen.

Fachstelle für Suchtvorbeugung

Arbeitskreis Jugend- und Drogenberatung im Kreis Warendorf e.V.
Königstraße 9
59227 Ahlen
Duitsland
✉ drobs@drobs-online.de
www.suchtvorbeugung-waf.de

De resultaten en de consequenties uit het onderzoek kunnen worden opgevat als opdracht aan de politiek

In de drie steden worden al sinds geruime tijd uiteenlopende pill-testing projecten uitgevoerd in het kader van secundair-preventieve activiteiten. Door dit onderzoek kon men voor het eerst de effecten van pill-testing programma' op het gebruik en de bewustwording voor de risico's empirisch meten. In het programma van het congres waren zowel vertegenwoordigers van de betrokken consultatiebureaus van de projectlocaties, de onderzoekers van de Universiteit van Amsterdam alsook vertegenwoordigers van het NLS, het Nederlandse ministerie voor sociale zaken, de Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) en niet in de laatste plaats ook het Europees waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving (EWDD) vertegenwoordigd. Het doel van het programma was het onderzoek voor te stellen en te overhandigen aan geïnteresseerde vakmensen – de resultaten en de consequenties daaruit kunnen bovendien worden opgevat als opdracht aan de politiek.

Want als het onderzoek iets duidelijk heeft gemaakt, dan is dat wel het feit dat de mogelijkheid om tests te laten doen niet leidt tot meer gebruikers, maar veeleer tot een kritischer en minder vaak plaatsvindend gebruik. En daarmee werd iets aangetoond wat in de gepolariseerde discussie óf werd verwacht óf onhaalbaar werd verklaard. Er zijn nu eindelijk argumenten die zouden kunnen pleiten voor een grotere verbreiding van pill-testing programma's – wanneer de politieke dimensie van deze thematiek dit niet in de weg zou staan. Aan de hand van de onderzochte locaties Amsterdam, Hannover en Wenen wordt aangetoond dat het eerste gebruik van synthetische drugs wordt uitgesteld of zelf helemaal voorkomen kan worden. Dit doordat juist geen gedramatiseerde verboden worden afgekondigd maar omdat er op zakelijke wijze advies wordt gegeven en zo veel mogelijk duidelijkheid over het gebruikte middel wordt verstrekt.

Inzichten en de vraag naar de realiseerbaarheid

Er bestaat een kloof: enerzijds het inzicht dat een aanpak voor de omgang met consumenten van synthetische drugs effectief is en anderzijds afwijzing van een aanpak die geënt is op acceptatie van het gebruik en informatieverstrekking die betrekking heeft op het middel zelf. De vertegenwoordigster van de BzgA die op het congres aanwezig was, kreeg na haar inleiding »Prävention des Drogenmissbrauchs in der Partyszene – Aufgaben und Strategien« (Preventie van drugsmisbruik in de party-scene – taken en strategieën) van een deelnemer de vraag voorgelegd wanneer en

op welke wijze de door het onderzoek gewonnen inzichten nu op grote schaal in de praktijk kunnen worden gebracht. De inleidster moest toegeven dat haar nieuwe functie – ze was in april 2003 van het onderzoek aan de Universiteit Bielefeld naar het BzgA gegaan, en zodoende nu werkzaam op politiek-strategisch gebied – haar voor problemen stelde om een antwoord op deze vraag te geven en verwees naar de aanwezige vertegenwoordigster van de Geschäftsstelle der Bundesdrogenbeauftragten. Deze kon natuurlijk ook niet meer zeggen dan dat zij deze informatie en de daarmee samenhangende vragen mee terug zou nemen naar Berlijn en daar in zou brengen in de discussie.

Er waren inleidingen op het plenum, met informatie over de strategieën voor interventie van de EU, het belang van het onderzoek gezien vanuit de secundaire preventie, de karakteristieken van de verschillende projectlocaties en natuurlijk de resultaten van het onderzoek. Workshops hielden zich vanuit verschillende optieken bezig met het thema pill-testing:

- Pill-testing: een effectief instrument voor vroegtijdige interventie en secundaire preventie?
- Pill-testing: een geschikt instrument voor een monitoring-systeem? – ervaringen uit Nederland
- Pill-testing: betrouwbaarheid, grenzen en kansen van verschillende analyse-procédés

Ook wanneer de thema's van de workshops soms als vraag geformuleerd waren, werd daarmee de effectiviteit of geschiktheid van pill-testing niet in twijfel getrokken. In tegendeel, er werd uitgelegd en bediscussieerd waarom dat zo is en op welke manier het onderzoek dit bewijst en onderbouwt. Uitgaande van het bestaande fenomeen van het gebruik van synthetische drugs in grote gedeelten van de vrijetijd-scène van jongeren en jonge volwassenen in alle landen van Europa, bestaat een verregaande overeenstemming bij preventie-deskundigen dat secundair preventieve maatregelen met een aanvankelijke acceptatie van de wil tot gebruiken en als gevolg daarvan ook het daadwerkelijke gebruik onontkoombaar is. Harm reductie en scheppen van toegangswegen voor verdergaande berichten en mogelijkheden voor veranderingen zijn de uitgangspunten voor deze houding. Functionerende modellen met een combinatie van vroege interventie, secundaire preventie en monitoring bestaan reeds – en nu zijn er duidelijke aanwijzingen dat pill-testing een zinvolle en belangrijke aanvulling kan zijn, altijd onder de voorwaarde dat het niet op zichzelf staand plaatsvindt.

Ook wanneer de thema's van de workshops soms als vraag geformuleerd waren, werd daarmee de effectiviteit of geschiktheid van pill-testing niet in twijfel getrokken

Er is zowel in Duitsland als in Nederland een brijde ervaring met concepten m.b.t. consumentenbescherming

Maatregelen voor consumentbescherming bij alcohol en tabak

Voor de legale drugs nicotine en alcohol gelden natuurlijk de mechanismen voor de bescherming van de consument, aangevuld met de preventieve activiteiten en campagnes die speciaal gericht zijn op deze middelen en op speciale groepen consumenten. Zeker is het zo dat ook hier nog meer gedaan zou kunnen worden om de zeer goede verkrijgbaarheid van deze middelen in te perken – zonder deze echter in de criminele sfeer te trekken. Maar hier nog eens iets over maatregelen ter bescherming van de consument:

- In Duitsland bestaan beschermende verordeningen voor de zuiverheid van alcoholische dranken, deze gelden voor bier en wijn
- Er bestaat een brandewijn-monopoly, m.a.w. een van overheidswege verankerde garantie van productie en verkoop van sterke drank
- Er bestaat een wet voor de bescherming van de jeugd in het openbaar, als gevolg waarvan de toegang tot alcoholische dranken gebonden is aan bepaalde leeftijdsgrenzen
- Sigaretten mogen alleen met meer of minder duidelijke waarschuwingen m.b.t. de risico's voor de gezondheid en m.b.t. de hoeveelheid gevaarlijke stoffen op de markt worden gebracht (geldt in verschillende vorm in D en NL)
- Ook in Nederland bestaan leeftijdsgrenzen voor de toegang tot alcoholische drank en voor cannabisproducten binnen het beleid van dulden van cannabis in coffeeshops
- Sterke drank mag alleen in speciale winkels die daarvoor een vergunning hebben worden verkocht
- In tankstations mogen geen alcoholische dranken worden verkocht
- Sigaretten en tabak kunnen niet in automaten maar alleen in speciale winkels worden gekocht

Deze maatregelen gelden vanzelfsprekend, ze regelen de beschikbaarheid en de toegang tot deze middelen. Ze dienen gedeeltelijk voor de algemene preventie voor de gezondheid, ze dienen gedeeltelijk voor de bescherming van de jeugd in het openbaar en ze dienen zeker ook om het geweten te sussen. Want het is zonder twijfel duidelijk dat de risico's en de gevaren voor de gezondheid van tabak en alcohol bijzonder groot zijn. Dit kan worden afgelezen aan het aantal doden door tabak (in D ca. 110.000 per jaar) en door alcohol (in D ca. 42.000 per jaar). Ondanks de hier slechts summier aangestipte balans van deze middelen worden deze grotendeels, zowel op maatschappelijk als op politiek vlak, aangemerkt en behandeld als »ge-notmiddelen«.

... en »de andere realiteit«

Hoewel bij synthetische drugs, bij heroïne en cocaïne en zeker bij cannabis lang niet zo'n extreme conclusie kan worden getrokken, worden bij deze middelen andere maatstaven aangelegd en wil men maatschappelijk en politiek lang niet zo ver gaan met de bescherming van de consument. Dat is uiteindelijk een inconsequente houding, die de gezondheid van mensen die een voorkeur voor andere roeservaringen hebben in gevaar brengt – gebruikt worden de middelen in elk geval. Ook wanneer wij de verantwoordelijkheid voor de beslissing te gaan gebruiken niemand kunnen afnemen, dragen wij deze uiteindelijk toch gedeeltelijk voor de risico's die verbonden zijn met het gebruik, zolang er zinvolle en praktische mogelijkheden bestaan de consument te beschermen, maar wij deze niet toelaten.

En daarmee sluit zich een een gedachtegang die begonnen is met een klein verslag over het congres van de NLS in Hannover en bovendien ook te maken heeft met ons maatschappelijke zienswijze van drugs en drugsgebruikers. Wat betreft de realisatie van pill-testing buiten de kaders van een project of een model, zijn wij ondanks de resultaten van het onderzoek helaas nog niet veel verder gekomen. Bovendien is het nog steeds zo dat lang niet alle consultatiebureaus en de aldaar werkzame medewerkers voor preventie open en actief omgaan met het thema synthetische drugs en de gebruikers daarvan. De middelen lijken te vreemd en dit geldt ook voor de gebruikers die heel anders zijn dan de »junkies« waaraan men gewend is. De levens- en gebruiksfilosofie van deze gebruikers wordt kennelijk niet goed begrepen door de ouder geworden drugsconsulenten en veel medewerkers van de preventie. Ook op dit punt moet nog actie worden ondernomen.

In INFO 24 hadden wij al gewezen op het in het Duits en Engels verschenen onderzoek met de resultaten van het modelproject. Het boek dat verschenen is bij de Amsterdamse uitgeverij Rozenberg Publishers kan worden besteld bij de boekhandel (ISBN 90 5170 685 5), of bij de Niedersächsische Landesstelle Suchtgefahren (NLS) tegen vergoeding van porto en verzendkosten.

Meer informatie over het onderzoek:

Niedersächsische Landesstelle

Suchtgefahren (NLS)
Podbielskistr. 162
Duitsland
30177 Hannover
☎ 00 49-5 11-6 26 26 60
☎ 00 49-5 11-62 62 66 22
✉ rabes@nls-suchtgefahren.de

Verein für Drogenpolitik e.V.

Schily's privé-oorlog tegen Nederland

Otto Schily, de minister van binnenlandse zaken van de rood-groene bondsregering, haalde eind oktober weer eens de voorpagina met uitlatingen over het Nederlandse drugsbeleid: hij eiste van minister van justitie Donner een meer repressief drugsbeleid. »Wij zijn beslist tegen het bestaan van deze coffeeshops«, aldus Schily. De Verein für Drogenpolitik e.V, Mannheim, reageerde op 29-10-2003 met een persmededeling (nr. 20) op deze uitlatingen. De voorzitter van genoemde vereniging, dhr. Tilmann Holzer, verstrekte ons de hieronder afgedrukte tekst.

Otto Schily haalt nog eens uit naar het Nederlandse drugsbeleid. Schily isoleert zich met dit repressieve standpunt nog sterker binnen de regering. Daarnaast gaat hij in tegen partijbesluiten van de SPD (1999) en van de Groenen (partijprogramma) over de legalisatie van cannabis. Het is de grote vraag wie Otto Schily eigenlijk met »wij« (zijn tegen coffeeshops) bedoelt? Misschien bedoelt dhr. Schily zich zelf, maar sprekt daarbij in koninklijk meervoud, of bedoelt hij ook zijn boezemvriend, de minister van binnenlandse zaken van Beieren, G. Beckstein?

Derde mogelijkheid: dhr. Schily bedoelt de regering waar hij zelf in zit. Ook van die zijde hebben wij geen weet van een regeerakkoord of overeenkomst ten aanzien van het sluiten van Nederlandse coffeeshops.

De Verein für Drogenpolitik e.V. sluit zich aan bij de specialist voor drugsbeleid van de Groenen, Birgit Bender: *»Het zou beter zijn wanneer de Duitse minister van binnenlandse zaken er eens over zou gaan nadenken hoe het Nederlandse coffeeshop-model zou kunnen worden overgenomen in Duitsland dan te proberen de progressievere landen te bewegen weer terug te keren op hun schreden.«*

www.gruene-fraktion.de/rsvgn/rs_dok/0,,46559,00.htm

Otto Schily zou zich eens moeten herinneren aan het jaar 1997: de SPD stelde toen een wetswijziging voor: *»personen die verdovende middelen alleen voor eigen gebruik en in geringe hoeveelheden bezitten gaan vrijuit.«* En Otto Schily verkondigde in een interview voor de televisie het volgende (1997): *»Het is dus zaak het eigen gebruik niet meer te bestraffen. Het zal duidelijk zijn dat de politie onvoldoende capaciteit heeft om zich daarmee in te laten.«*

www.kontraste.de/0309/manuskripte/txt_hanf.html

Der Verein für Drogenpolitik e.V. eist daarom van minister van binnenlandse zaken Schily het volgende:

1. zich niet meer negatief te uiten over het bijzonder succesvolle Nederlandse drugsbeleid,
2. vanwege tekortschietende bekwaamheid te stoppen met zijn politieke strooptocht op het terrein van de buitenlandse politiek en de volksgezondheid,
3. zich te herinneren dat de rood-groene coalitie in 1998 het drugsbeleid van het ministerie van binnenlandse zaken heeft overgebracht naar het ministerie van volksgezondheid,
4. het Nederlandse drugsbeleid op Europees niveau (Raad) in de toekomst tegen ongekwalificeerde aanvallen te verdedigen en daarmee de openbare
5. opinie in Duitsland op een gepaste wijze te vertegenwoordigen.

Misschien heeft dhr. Donner vergeten dhr. Schily te informeren over het volgende detail: het grootste gedeelte van de heroïne op de Nederlandse markt wordt vanuit Duitsland naar Nederland ingevoerd. Men zou zich niet moeten bekommeren om de splinter in het Nederlandse oog zolang er een balk in het Duitse oog zit ...

Verein für Drogenpolitik e.V.

Käfertaler Str. 38
68167 Mannheim
Duitsland

☎ 00 49-6 21-4 01 72 67

☎ 00 49-6 21-4 01 72 67

✉ vorstand@drogenpolitik.org

www.drogenpolitik.org

**Interview met criminoloog
prof. dr. Sebastian Scheerer**

»Wij hebben een eensluidend
drugsbeleid nodig!«

De zogenoemde illegale drugs, alcohol, sigaretten en bepaalde medicijnen worden naar de mening van de in Hamburg docerend criminoloog professor dr. Sebastian Scheerer in Duitsland volkomen verschillend behandeld. Hij pleit daarom voor een eensluidend beleid, die alle drugs in principe vrij toegankelijk maakt voor iedere volwassene. Dit beleid moet echter anderzijds echter wel het gedrag door voorlichtingscampagnes, oor belastingen of andere maatregelen kunnen beïnvloeden. Sebastian Scheerer spreekt zich er hier voor uit de verschillende behandeling achter zich te laten of te doorbreken. Daarmee komt ook een einde aan de dubbele moraal in de omgang met drugsgebruik en -gebruikers.

BINAD wil met deze podium-bijdrage wijzen op de noodzaak van een op nationaal en internationaal niveau te voeren discussie ter normalisatie in de omgang met drugs en drugsgebruikers. Het interview is uit nr. 3/2003 van KONTUREN overgenomen. Gesprekspartner van prof. Scheerer was Werner Loosen van KONTUREN.

Prof. dr. Sebastian Scheerer, geboren in 1950, studeerde rechten en criminologie in Keulen, Geneve en Münster en werkt sinds 1988 als professor voor criminologie verbonden aan de Universiteit van Hamburg.

**Wat was de aanleiding voor u te spreken
over verschillende strategieën in het drugsbeleid?**

- Het uitgangspunt kan een ieder zien die wat beter om zich heen kijkt: enerzijds zijn er de junkies op het station, die vervolgd en door de straten gejaagd worden, anderzijds de cocaïnegebruikers uit de burgerlijke en upper-class milieus, die hun middel bij wijze van spreken op het koude buffet innemen, zonder dat iemand ze een strobreed in de weg legt. Dat is hetzelfde fenomeen als bij de alcohol: aan de ene kant de zwervers, ineengezakt naast een lantarenpaal, aan de andere kant de betrouwbare gasten in een wijnhuisje. Er zijn dus vergelijkbare tegenstellingen en verbluffende parallellen bij volkomen verschillende grenzen tussen toegestaan en verboden, legaal en crimineel, verboden en gecriminaliseerde drug en het milieu maal geconsumeerde genotmiddel. Daarom zou ik graag één drugsbeleid zien, in plaats van de verschillende aanpak bij hetzelfde thema.

Er zijn echter ook verschillende concepten ...

- ... wanneer u denkt aan de zogeheten »legal approach«, dus het juridische uitgangspunt, en de »medical approach«, het medische uitgangspunt, en de verschillende mengvormen daarvan, dan heeft u weliswaar gelijk, maar dat is boerenbedrog. Daarmee wordt alleen maar geprobeerd het huidige systeem van het drugsbeleid te karakteriseren, men vergeet daarbij het belangrijkste te vertellen: de bijzonderheid van dit drugsbeleid bestaat erin dat een groep van middelen wordt onttrokken aan de markt, en zodoende in een normale omgeving ook aan de toegang van de autonome burger. Ik vind dat opmerkelijke: in een open maatschappij wordt de vrijheid van de burger niet in de laatste plaats gedefinieerd door hun recht onder eigen verantwoordelijkheid zaken te verbouwen, uit te vinden of op andere wijze te produceren, deze als waar aan te bieden of ook voor verschillende doeleinden te mogen kopen. Er zijn uitzonderingen – niemand zou op het idee komen de koop en opslag van plutonium-brandstofelementen toe te staan – ze moeten echter wel van geval tot geval goed gemotiveerd kunnen worden.

U spreekt bij drugs vaak van een planeconomie.

Wat verstaat u daaronder?

- Het opiumverdrag van Den Haag in 1912 was niet alleen het eerste juridisch bindende resultaat van een geglobaliseerde strategie voor bestrijding van opium, tot op de dag van vandaag is het om zo te zeggen de moeder van alle opiumwetten van overheidswege wereldwijd. Dit verdrag verplicht sinds 1931 alle staten vroegtijdig hun behoefte aan drugs te melden bij het permanente opium-centraalcomité bij de Volkenbond in Geneve. De taak van deze organisatie was, zoals dat letterlijk genoemd werd, de »wereldboekhouding« voor productie en handel van drugs ten behoeve van een »complete regeling van een hele industrie en handel die zich uitstrekt over de gehele aarde«. Men had dus voor een hele economische sector een systeem ontwikkeld, waarvoor men in andere sectoren van de vrije wereld maar weinig waardering kon opbrengen, namelijk in de woorden van de Volkenbond in 1934, een systeem dat men gewoonlijk »planeconomie« noemt.

De bijzonderheid van het huidige drugsbeleid bestaat erin dat een groep van middelen wordt onttrokken aan de markt, en zodoende in een normale omgeving ook aan de toegang van de autonome burger



Is dat niet allang geschiedenis?

- Geenszins! Weliswaar is de Volkenbond nu de UNO, in plaats van in Geneve komt ze bijeen in Wenen, het opium-centraalcomité heet nu International Narcotics Control Board, het woord planeconomie is weggenomen, maar het systeem is nog steeds hetzelfde. Nog steeds melden kleine bureaucratieën hun behoefte aan de grote bureaucratie. Oostenrijk heeft in het jaar 2001 een behoefte van 2.000, Duitsland 10.000 gram cocaïne voor medische doeleinden aangemeld. Cannabis stond in beide landen niet op het verlanglijstje; de WHO zorgde ervoor dat dat stipt, helemaal en in een goede kwaliteit geleverd werd.

Ik ben zo naïef te geloven dat daarmee alles geregeld is!

- Nu komt iets in het spel waarvan u zeker al eens gehoord heeft, wat ook de naar men beweert zo glad werkende planeconomieën in het verleden niet konden uithouden: zwarte markt. Wij hebben vastgesteld dat Duitsland op bureaucratische weg geen behoefte aan cannabis meer heeft gemeld. De maatschappelijke behoeften zien er anders uit: vandaag de dag worden in Duitsland ca. zes ton marihuana in beslag genomen. Wat politie en douane niet kunnen vangen, is nog steeds voldoende voor ca. drie miljoen cannabisgebruikers.

Wat concludeert u daaruit?

- Hier kan men de diepe en gecompliceerde contradictie zien tussen de vooronderstellingen van de planmatige drugscontrole en de realiteit. Volgens de heersende mening mogen de ernstige bijkomende gevolgen van de drugsprohibitie er niet toe leiden het principe van de verboden zelf in twijfel te trekken, omdat naar men beweert iedere versoepeling van het verbod nog ernstigere gevolgen voor de bevolking zou hebben. Deze overtuiging berust op de conventionele kennis over de algemene persoonlijkheids-verwoestende effecten van het gebruik van zogeheten verslavings-giffen. Decennialang zag ook de wetenschap dit zo, want ze heeft zich in honderden onderzoeken bijna altijd beziggehouden met extreme vormen van verslaving en daarom weinig notie genomen van de realiteit.

En vandaag de dag?

- Vandaag kan worden aangetoond dat alle bekende drugs worden beheerst door de overgrote meerderheid van de gebruikers, dat geldt voor heroïne, cocaïne, cannabis, misschien zelfs voor crack. Noemt u mij een alcoholgebruiker, een roker, die er niet van overtuigd is ver af te staan van een verslaving!

Het normale geval is dus niet de verslaving ...

- ... juist, vrijwel altijd zijn het heel normale mensen, die op grond van heel normale motieven naar drugs grijpen. Meestal gaat het om een bewuste beslissing voor de vrije tijd. Er wordt gezocht naar de drug en deze wordt bewust en willens en

wetens gebruikt. Niet de dealer, de gebruikers zijn verantwoordelijk voor deze beslissing. Dat geldt in principe ook voor de mensen die een drug gebruiken als medicijn voor zichzelf, ook al bestaat het risico dat dit verhaal ooit eens uit de hand loopt. Maar waar is geen risico? De overgrote meerderheid van drugsgebruikers heeft dus helemaal geen afscheid genomen van eigen plannen, carrière, het beklimmen van de maatschappelijke ladder. Deze meerderheid belandt niet onder de brug maar viert samen met anderen.

Bepaalde middelen zijn toch zonder twijfel gevaarlijker dan andere

- Dat zal best: maar het is niet de pathologie geweest die ons heeft gedwongen na te gaan denken over de zogeheten psycho-actieve middelen, maar de veranderende normaliteit in onze maatschappij. Waarden als autoriteit en gehoorzaamheid zijn verdwenen, zelfervaring en creativiteit zijn erbij gekomen, spanning, opwinding en avontuur nemen een grote plaats in – gevoelstoestanden waarvoor men drugs kan gebruiken. Wie graag steile afdalingen maakt, zal wel niet kunnen begrijpen dat bij de apres ski de kleine dosis cocaïne verboden is. Het dergelijke gebruik van drugs is lang niet de gevaarlijkste vorm van vrijetijdsbesteding. Wanneer wij zouden ophouden dit te vervolgen, zou het drugsgebruik minder risicant, aangener, ervarener en gezelliger zijn.

Wat verwacht u van het toekomstige drugsbeleid?

- Allereerst moet een eensluidend beleid worden geformuleerd, dat alle drugs in principe uiteindelijk toegankelijk maakt voor alle volwassenen, maar er niet in wordt gehinderd het gedrag door voorlichtingscampagnes, door belastingen of andere maatregelen te beïnvloeden. Met een dergelijk drugsbeleid zou vooral de legaliteit van de vraag naar psycho-actieve middelen worden erkend. De drugshandel zou niet langer plaatsvinden in een stiekem, huichelachtig en gewelddadig klimaat. Groothandelaren zouden niet meer door concurrenten worden doodgeschoten. Een kleine gebruiker zou niet langer worden gedwongen te kiezen voor therapie of bak – het zou een andere maatschappij zijn. Het gaat immers niet alleen om de afschaffing van de planeconomie, het gaat er ook om de grondrechten op een belangrijk gebied van ons bestaan te erkennen en door te zetten. Contracten kunnen worden opgezegd, met de Weense conventie kan dat bijvoorbeeld altijd.

Hoe moet de toekomstige drugswetgeving er uitzien?

- Deze zou georiënteerd moeten zijn op alle kennis over het normale gebruik. Omdat juist deze kennis fundamenteel veranderd is, kunnen de regels niet dezelfde blijven. Drugs zijn – afgezien van gebruik die ze tot iets anders laten verworden – in de eerste plaats genotmiddelen.

Hartelijk dank voor dit gesprek, professor Scheerer.

Het toekomstige drugsbeleid zou georiënteerd moeten zijn op alle kennis over het normale gebruik

Hier kan men de diepe en gecompliceerde contradictie zien tussen de vooronderstellingen van de planmatige drugscontrole en de realiteit



Trainings-manual: Doorslaggevende aspecten bij de behandeling met substituerende middelen bij verslaving aan opiaten

Deze manual werd ontwikkeld bij EuroMethwork/Q4Q in Amsterdam onder leiding van Annette Verster en Ernst Buning. De manual werd gefinancierd als EU-project. Hij bevat uitvoerige informatie over behandeling met substituerende middelen. In de afzonderlijke hoofdstukken wordt een inleiding gegeven over het thema van substituerende behandeling, de wetenschappelijke evidentie en de verschillende middelen die in Europa worden gebruikt. Verder wordt ingegaan op de klinische aspecten en er worden speciale groepen patiënten beschreven. Ook de informatie over kwaliteitsontwikkeling ontbreekt niet. De manual wordt aangevuld met oefeningen, tips voor literatuur en websites en een evaluatieformulier. In de manual zit ook een CD-rom, waarop aanvullend materiaal te vinden is.

De manual houdt rekening met de ontwikkelingen die er bij de verschillende substituerende behandelingen in Europa zijn. het doel is ertoe bij te dragen te komen tot het gebruik van uniforme standaards bij de verdere ontwikkeling (c.q. invoering) van substituerende behandelingen.

Daartoe is er ook een

INFO voor beleidsmakers

De auteurs willen met deze publicatie een bijdrage leveren aan de uitdaging om de substituerende behandeling in Europa verder te ontwikkelen. De problemen die zij op dit terrein zien zijn

- tekortschietende kwaliteitscontroles,
- beperkte beschikbaarheid,
- politieke motivaties en
- tekortschietende consensus over het belang van de substituerende behandeling.

De feiten over de effectiviteit van deze behandelingsvorm worden in de vorm van antwoorden op vaak gestelde vragen gepresenteerd. Deze publicatie is bedoeld om een steuntje in de rug te geven bij discussies over substitutie en de implementatie daarvan in de regio's.

Beide publicaties kunnen worden aangevraagd via:

EuroMethwork / Q4Q
Vijzelstraat 77
1017 HG Amsterdam
☎ 020-330 34 49
☎ 020-330 34 50
✉ info@q4q.nl
www.euromethwork.org

Peter Bürger, dr. dr. Stefan Nagel

Von wegen schwaches Fleisch – Warum Safer Sex keine reine Willenssache ist

*(Het vlees is zwak, hoe kom je erbij –
waarom safer sex geen zaak van wil alleen is)*

**Uitgegeven door de AIDS-Hilfe Düsseldorf e.V.
Download op <http://duesseldorf.aidshilfe.de>**

Het boek houdt zich bezig met de doelgroep van homo- en biseksuele mannen. Binnen deze groep is meer kennis aanwezig over HIV en Aids dan in andere bevolkingsgroepen. Ook de bereidheid om condooms te gebruiken is in principe groter. En toch komt het, vanwege diverse redenen, steeds weer tot riskante seksuele contacten.

Het gaat in het eerste gedeelte van het boek o.a. om de uiteenlopende redenen voor onveilig geslachtsverkeer – zonder daar een waardeoordeel aan te hechten of een veroordeling over uit te spreken. Terwijl het vroeger zaak was safer sex en gebruik van condooms binnen de »gedupeerde« doelgroepen tot een vanzelfsprekendheid te laten worden, gaat het de auteurs nu om de natuurlijkheid in de seksualiteit. Het is »onnatuurlijk« een condoom te gebruiken. De mens – en dat geldt niet alleen voor homo- en biseksuele mensen, maar voor alle seksueel actieve mensen – verlangt naar contact tussen slijmvlies, wil bij het geslachtsverkeer geen scheiding door een condoom. Safer sex is gecontroleerd en gestuurd door het verstand, seksualiteit moet echter eigenlijk juist het tegendeel zijn.

Door de andere zienswijze op (on-) veilige seks, komen de auteurs niet tot het inzicht dat safer sex in het algemeen niet uitvoerbaar is, maar wijzen op de moeilijkheden en geven voorzetten om dit te verklaren. Want HIV-preventie zou gebaseerd moeten zijn op begrip en zou qua doelgroep praktisch georiënteerd moeten zijn. Het concept voor de advisering van Stefan Nagel aan het einde van het 90 pagina's tellende boek, vormt een theoretische basis voor adviseurs en medewerkers in het Aidswerk en biedt hulp aan bij de advisering van de doelgroep.

bron: AIDS-DIALOG NRW 2/03 ; van Marco Grober,
uit info 1-2003 Magazin der AIDS-Hilfe Düsseldorf e.V.

**Landschaftsverband Rheinland
Amt für Planung und Förderung
Koordinationsstelle Sucht**

Qualifizierte Akutbehandlung Drogenabhängiger zwischen Substitution und Abstinenz

(Gekwalificeerde acute behandeling van drugsverslaafden tussen substitutie en abstinentie)

Deze documentatie van een congres, die in april 2003 door het Landschaftsverband Rheinland uitgegeven werd, vat de hoofdpunten van het vakcongres »Qualifizierte Entzugsbehandlung Drogenabhängiger zwischen Substitutionsbehandlung und Abstinenz« samen. Dit was het eerste congres van de sinds 1997 bestaande vereniging »Qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger e.V.« Het doel was een tussenbalans van het werk in de laatste jaren op te maken, daarbij echter ook tekortkomingen en problemen te benoemen om mogelijke nieuwe antwoorden te vinden. De bundel begint met de inleiding van dr. Thomas Kuhlmann, waarin hij het ontstaan van de gekwalificeerde acute behandeling van drugsverslaafden beschrijft. Zoals in het woord van welkom van Wilfried Görge al aangekondigd was, wordt over het project »Behandlung sofort« verslag uitgebracht door prof. dr. Michael Klein. Over het »Soforthilfeprogramm NRW«, dat eind 2003 afloopt, wordt door Michael van Brederode en Karolin Holze bericht.

Dr. med. Thomas Kuhlmann pakt het thema van het congres »de gekwalificeerde acute behandeling tussen substitutie en ontweningsbehandeling« opnieuw op en komt tot de conclusie dat dit behandelingsconcept naast datgene wat in de praktijk zinvol en uitvoerbaar bleek te zijn en zowel binnen het hulpcircuit als ook door de betrokkenen zelf geaccepteerd is, intussen ook landelijk een voorbeeldkarakter bezit. Toch ziet hij ook hier nog uitdagingen, om b.v. doelgroepen te bereiken die door het hulpverleningsaanbod tot dusver te weinig bereikt werden. Hij hoopt o.a. op de constructieve wil tot analyse van de overgangen binnen het zorgsysteem en bij de wetenschap die zich bezighoudt met de behoefte en de zorg.

De bundel sluit af met de resultaten van de drie werkgroepen over de thema's:

- poliklinische drugsconsultatie en gekwalificeerde acute behandeling
- klinische ontweningsbehandeling en gekwalificeerde acute behandeling
- laagdrempelig aanbod en gekwalificeerde acute behandeling

Deze bundel geeft de lezer goede informatie en maakt duidelijk hoe belangrijk de bijdrage van de gekwalificeerde ontwenning in het aanbod van de verslavingszorg is. Het wordt echter ook duidelijk dat in tijden zoals de onze niemand op zijn lauweren zou mogen rusten. In plaats daarvan zouden de uitdagingen van de tijd moeten worden herkend en zwakke punten en problemen aangewezen moeten worden om het aanbod dienovereenkomstig uit te breiden en aan te passen, zodat deze in de praktijk functioneren en niet alleen op papier bestaan.

Elke Knuck

De bundel is verkrijgbaar bij:

Landschaftsverband Rheinland
Kennedy-Ufer 2
50679 Köln
Duitsland
✉ www.lvr.de

**Heinrich Elsner, Marlies Hendriks
Elke Sodenkamp**

Snuifmiddelen

Krisenhilfe e.V Bochum (ed.)

De in juni 2003 door de Krisenhilfe e.V. Bochum uitgegeven brochure is vooral bedoeld voor vaste contactpersonen van kinderen en jongeren. Al in de inleiding wordt er uitdrukkelijk op gewezen dat de onderhavige brochure volkomen ongeschikt is voor informatieverstrekking aan kinderen en jongeren. De auteurs vinden het zeer belangrijk dat de voorlichting noch bagatelliserend noch een paniek zaaiend is. Dit omdat de snuifmiddelen horen bij de groep verslavende middelen die »de meeste schade aan organen veroorzaakt en al onder beginnende consumenten een niet onbelangrijk aantal dodelijke slachtoffers eist«.

Volgens de auteurs is er een verschuiving geweest bij de gebruikers van snuifmiddelen – bij de gebruikers gaat het niet langer meer uitsluitend om kinderen en jongeren uit sociaal achtergestelde gezinnen, om streetkids of achtergestelde groepen. De brochure geeft informatie over de verschillende snuifmiddelen aan contactpersonen van kinderen en jongeren.

De werking van de middelen wordt stap voor stap verklaard: aan het begin de roes, dan het delirium, de bewusteloosheid en uiteindelijk de ademstilstand. Daarnaast wordt ingegaan op de problematiek van de plotselinge dood, die veroorzaakt wordt door hartritme stoornis of zuurstoftekorten in het bloed. Maar ook de gevolgen op de lange termijn met het risico van een psychodroom in de hersenen, dementie, verlies van intelligentie, neurologische uitval, beschadiging van de nieren enz. worden toegelicht. Omdat er ondanks kennis over schadelijke of dodelijk bijwerkingen toch gebruikt wordt, krijgen contactpersonen tips voor safer use. Ook hier weer raden de auteurs met klem af de tips op grote schaal onder de jongeren te brengen.

Verschiedende profielen van gebruikers worden verklaard en het daarmee corresponderende gebruik beschreven. De auteurs gaan evenzeer de vraag naar de motieven



Krisenhilfe e.V. Bochum

Jugend- und
Drogenberatung
Viktoriastraße 67
44787 Bochum

Duitsland

☎ 00 49-234-9 6 47 80

☎ 00 49-234-1 51 79

✉ krisenhilfe.bochum@
gmx.de

www.

krisenhilfe-bochum.de

voor het gebruik na. Hier wordt duidelijk dat het verdringen van verveling, zin in een avontuur en provocatie enkele van de motieven zijn die jongeren beweegt te gaan gebruiken.

In het laatste hoofdstuk van de brochure worden de thema's preventie, informatie, en ingrijpen behandeld. Hierbij worden verschil gemaakt in de omgang met de betrokken oudergroepen. Voorbeelden hiervoor zijn acuut gedupeerde ouders, werken met ouders bij het actueel voorkomen van snuiven of ook algemene ouderavonden en preventiebijeenkomsten.

De brochure geeft een goede indruk en inhoudelijke informatie over het fenomeen »snuiven« en biedt contactpersonen zodoende de mogelijkheid sensibel te worden voor dit thema. Tegelijkertijd wordt veilig en betrouwbaar materiaal aan de hand gedaan om wanneer dit nodig is op een goede manier te kunnen reageren.

Elke Knuck

Robert Koch Institut (ed.)

Hepatitis C

Gesundheitsberichterstattung des Bundes, uitgave 15

De brochure informeert op duidelijke en goed begrijpelijke wijze over een vorm van de leveraandoening Hepatitis C. De op dit moment beschikbare therapeutische mogelijkheden worden beschreven, beginnend bij de verspreiding van de besmetting, risicofactoren, het ziektebeeld en het verloop van de ziekte. Last but not least wordt ook het gebied preventie onder de loep genomen. Een inenting tegen Hepatitis C is op dit moment nog niet mogelijk; daarom worden de verschillende maatregelen om de risico's te verminderen om deze ziekte op te lopen op een rij gezet (onderzoek van bloeddonoren, voorlichting, spuitomruilprogramma's, zich houden aan diverse hygiënische regels vooral op medisch gebied, brochures e.d.).

Volgens de auteurs van deze brochure is behalve een verbetering van de kennis ook meer onderzoek m.b.t. het belang van de verschillende manieren van besmetting in de normale bevolking en binnen de risicogroep nodig om een wezenlijke bijdrage aan de herkenning, behandeling en voorkoming van deze ziekte te kunnen leveren.

Robert Koch-Institut

Seestraße 10
13353 Berlin

Duitsland

☎ 00 49-18 88-7 54 34 00

☎ 00 49-18 88-7 54 35 13

✉ gbe@rki.de

www.rki.de