

colofon

BINAD-INFO 21 december 2001 t/m februari 2002

Uitgever: **BINAD – bureau voor grensoverschrijdende samenwerking**
Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Abteilung Gesundheitswesen
Dezernent: Landesrat Dr. Wolfgang Pittrich

Koordinationsstelle Sucht
Leiter: Wolfgang Rometsch

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

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 Frauen, Jugend,
Familie und Gesundheit,
Düsseldorf

Contactadressen: **BINAD-NL**
Korte Hengelosestraat 24
Postbus 417
7500 AK Enschede
tel.: 053-4331414
fax: 053-4343287
e-mail: h.vanommen.binad@tactus.nl
internet: www.tactus.nl

BINAD
Warendorfer Str. 25-27
48145 Münster
Duitsland
tel.: 0049-251-591-3268/-3154
fax: 0049-251-591-5484
e-mail: binad@wl.org
internet: www.binad.de

Intro 2

Infos 4

*Een bredere kijk op verslaving:
achtergronden, maatregelen en toekomstideeën* 10
Ruurd Reelick

Thema »behandeling«

■ **Resultaten Scoren** 18
GGZ Nederland

■ **Werksame drang voor verslaafden** 23
Oskar Hofman

■ **De gekwalificeerde ambulante detox
voor alcoholisten – een modelproject** 26
dr. M. Horak, dr. V. Morhart, prof.dr. M. Soyka

■ **Geïntegreerde behandeling** 33
WESD-Vereniging

■ **Stoppen met roken – een stiefkind van de
klinische alcohol- en drugsbehandeling?** 43
dr. A.Batra, M. Schröter

■ **Arta – respect is het sleutelwoord** 49
Stichting Arta

■ **Acupunctuur helpt bij alcoholverslaving** 41
Werner Loosen

■ **Helpt homeopathie verslaving overwinnen?** 57
Niek Dekker

Podium »Toekomstperspectieven voor de drughulpverlening« 60

■ **Therapieconcepten: overjarige of toekomstmodellen?** 61
Prof. dr. Wolfgang Heckmann

■ **Balans van de op acceptatie gericht verslaafdenzorg** 70
dr. Wolfgang Schneider

*Venlo reageert op de toename van de illegale
handel met cannabis* 80
Rüdiger Klebeck

Drugs in internaten 82
Marion Laging-Glaser

Crackgolf in Duitsland? 85
dr.Peter Degkwitz, Uwe Verthein

Publicaties 93

BINAD-INFO 21 heeft een tijdje op zich laten wachten – bij het redactionele werk aan het INFO wordt steeds weer duidelijk dat de mankracht beperkt is. Het is daarom niet gelukt, om dit INFO nog voor het zomerreces 2001 te publiceren. Wij zitten niet meer in het normale ritme, maar we gaan ervan uit dat er met grotere spanning gewacht werd op deze uitgave ...

De uitkomsten van de enquête bevestigden dat wij op de goede weg zijn, maar ook dat er behoefte is aan veranderingen.

Het resultaat van de enquête die eind 2000 – begin 2001 gehouden werd onder de lezers, is inmiddels gepubliceerd. Hetzelfde geldt voor een verslag van de werkzaamheden van het bureau in het afgelopen jaar, een noviteit.

De enquête is voor ons nog eens een bevestiging dat we in principe op de goede weg zijn. Wij danken u op deze plaats nog eens hartelijk voor de vele positieve reacties die binnengekomen zijn!

Belangrijk voor ons waren natuurlijk ook kritische opmerkingen, die voor ons aanleiding waren om de lay-out van het INFO op bepaalde punten aan te passen:

Een voorbeeld daarvan is de pagina-indeling, die (hopelijk) overzichtelijker geworden is; een ander voorbeeld is de verandering van de rubriek »... en verder?«, die nu de naam »Infos« draagt en een groot aantal korte teksten en informatie bevat.

Uit kostenoverwegingen is een individuele lay-out van iedere afzonderlijke uitgave niet mogelijk – dat zou de beste variant van een nieuwe vormgeving geweest zijn, maar dat had wellicht ook het karakter van het INFO als »naslagwerk« (reacties uit de enquête) te sterk gewijzigd; het doorgeven van informatie blijft het belangrijkste doel van deze publicatie.

Een andere innovatie – die we graag in iedere uitgave willen plaatsen – is de rubriek »podium«: op blz. 60 tot 79 worden twee bijdragen van auteurs geplaatst, die vanuit hun standpunt bezien kritisch de balans opmaken, soms ook provoceren – deze teksten moeten ook de reactie van de lezers provoceren: wij verheugen ons op reacties en zouden graag een discussieforum willen openen.

Het hoofdthema draait ditmaal om de behandeling. Van de ingezonden bijdragen vielen juist die op, die de meer buitengewone – in ieder geval buiten het »gestandaardiseerde« kader vallende – concepten en methoden beschreven. Ook wanneer er soms maar voor een kleine groep van cliënten ondersteuning van het traditionele aanbod bereikt wordt, is het toch de moeite waard eens nauwkeuriger te kijken (blz. 18 tot 59).

De eerste bijdrage in dit INFO kan worden gezien als een inleiding op het hoofdthema en op de bijdragen in de rubriek »podium«. De Nederlandse collega Ruurd Reelick geeft op blz. 10 tot 17 een verslag van het op 30-05 tot 02-06-2001 in Dornach (CH) gehouden symposium »Sucht und Gesellschaft« (verslaving en maatschappij), waarin hij niet alleen de inhoud van het symposium weergeeft, maar ook wijst op de noodzaak van de individualisering van de behandeling en de soms verzwarende maatschappelijke randvoorwaarden. Leest u zelf ...

Tot besluit: oordeelt u zelf of het wachten op het INFO 21 de moeite waard was!



Wij willen van de gelegenheid gebruik maken om ons ook eens via een foto voor te stellen: v.l.n.r. Hans van Ommen, Mechthild Neuer, Rüdiger Klebeck.

Rüdiger Klebeck

Mechthild Neuer

Hans van Ommen

Regionale leernetwerken verslavingszorg gaan van start

Voor verdere informatie:
Projectsecretariaat
Resultaten Scoren
Marloes van Es
☎ 030-287-3313
✉ mves@ggz-nederland.nl

De ontwikkeling van kennis en bekwaamheid in de verslavingszorg is uitgebreid geanalyseerd en beschreven en in het rapport »Ontwikkeling van kennis en bekwaamheid in de verslavingszorg« (juli 2001) uiteengezet.

Simpelweg komt het neer op het faciliteren van de kenniscirculatie tussen medewerkers en de mogelijkheid tot implementatie van nieuw ontwikkelde kennis vanuit bijvoorbeeld de ontwikkelcentra van Resultaten Scoren. Hiertoe is door alle directies van verslavingszorginstellingen besloten om een organisatorisch verband te creëren waarin dit gestalte kan krijgen.

Na het wikken en wegen van voor- en nadelen wordt »het land verdeeld« in drie gebieden (Netwerk Noord, Netwerk Zuidoost en Netwerk Zuidwest), waarbij rekening is gehouden met een regionale invalshoek, vertegenwoordiging vanuit elk ontwikkelcentrum in elk leernetwerk en aansluiting wordt gezocht bij bestaande samenwerkingsverbanden.

De regionale leernetwerken zijn op papier een feit. In elk netwerk zal met elkaar overlegd gaan worden in welke samenstelling het netwerk »opgetuigd« zal gaan worden. Het ligt voor de hand dat de directies starten en daarna de effecten tot diep in de organisaties voor medewerkers op het gebied van leren en aan elkaar leren merkbaar worden.

Belangrijk is wel dat vanuit elk leernetwerk een afvaardiging deelneemt in de (nog op te richten) Landelijke Raad Bekwaamheidsverklaring. Vanuit deze raad kan het opleidingsbeleid verder worden uitgewerkt en kunnen contacten met landelijk georganiseerde beroepsgroepen of kennisinstellingen tot stand worden gebracht.

Uitbreiding van het archief en documentatiecentrum voor drugsliteratuur (ARCHIDO) van de Universiteit Bremen

ARCHIDO
Universität Bremen
GW 1 Raum 2245
Postfach 330440
28334 Bremen
☎ 00 49-4 21-2 18-9085
☎ 00 49-4 21-2 18-3684
✉ archido@uni-bremen.de

ARCHIDO heeft bij het zoeken naar een geschikt documentatiecentrum beslag weten te leggen op het wegens financiële problemen gesloten CORK Resource Center een van de belangrijkste wetenschappelijke bibliotheken in de V.S.. Hiermee heeft zij haar bestand kunnen uitbreiden met de 44.000 bij CORK gearchieverde titels en wordt het aanbod van Engelstalige literatuur beduidend uitgebreid.

Om meer te weten te komen over het werk van ARCHIDO en de inhoud van het archief kan op internet www.archido.de worden geraadpleegd.

Nieuw kenniscentrum verslaving

De verslavingszorg heeft er een nieuw onderzoeksinstituut bij: het **NISPA** oftewel **Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction**. Het instituut stelt zich ten doel een brug te slaan tussen wetenschap en praktijk.

In dit nieuwe kenniscentrum in het oosten van ons land zijn de vier instellingen voor verslavingszorg Novadic, TACTUS, de Grift en verslavingskliniek Paschalis een verbinding aangegaan met het Academisch Centrum Sociale Wetenschappen van de Katholieke Universiteit Nijmegen. Cor de Jong, eerste geneeskundige bij Novadic, bekend als leider van het landelijke experimentele project afkicken onder narcose, wordt hoofd van dit nieuwe kennisinstituut.

Onderzoekers en praktijkmensen van andere afdelingen binnen de universiteit in Nijmegen kunnen ook gaan deelnemen. Het NISPA denkt zelf aan klinische psychologie, persoonlijkheidsleer en psychiatrie, maar zoekt het ook in de somatische hoek bij huisartsengeneeskunde en medical technology assessment, het vakgebied dat zich bezighoudt met statistiek en protocollering in de geneeskunde.

Bron: Psy NR. 11, oktober 2001

Motiverende behandeling in de kliniek (MOTI)

De kliniek Wied (Rheinland-Pfalz) heeft in 1998 motiverende behandeling in de kliniek ingevoerd. De opname duurt 2 tot 4 weken. De doelgroep bestaat uit mensen die vanwege hun alcoholgebruik op het werk, in het verkeer en thuis in de problemen zijn gekomen en waarvan de huisarts behandeling nodig acht. Doel is het bevorderen van de motivatie voor verdere behandeling (zelfhulpgroepen, langdurende klinische behandeling, ambulante behandeling). De patiënt dient hierover zelf te beslissen. Naast medische en psychologische diagnostiek wordt er een behandelplan voor mogelijke verdere behandeling opgesteld. Er worden intensieve individuele gesprekken gevoerd, informatie gegeven over een gezonde levenshouding en er worden gesprekken gevoerd met de partner.

Tot nu toe werden meer dan 350 patiënten (verhouding man/vrouw 3:1) succesvol behandeld: 60 % werd verwezen naar een klinische vervolgbehandeling, 30% naar ambulante begeleiding of een bedrijfsprogramma en 10% naar ambulante behandeling. De kosten zijn tot nu toe door de ziektekostenverzekeraars betaald.

Kliniken Wied
Im Mühlental
57629 Wied
☎ 00 49-26 62-8 06-0
☎ 00 49-26 62-8 06-24
✉ info@kliniken-wied.de
www.kliniken-wied.de

Verlaving als manier om te overleven voor vrouwen met geweldservaring

Ontwikkeling van gendersensibele criteria en methoden in de verslavingszorg voor vrouwen met geweldservaringen. Ervaringen met geweld in een transnationale vergelijking.

In het kader van het in december 2001 beginnende project dat wordt gefinancierd middels het Daphne-programma van de EU willen wij als feministische inrichting die bescherming biedt voor geweld tegen vrouwen samen met verschillende verslavingszorginstellingen uit Ierland, Nederland, Oostenrijk en Duitsland algemene criteria en methoden ontwikkelen voor gendersensibele verslavingszorg voor vrouwen met geweldservaringen. Het is de bedoeling dat daardoor de algemene voorwaarden voor de betrokken vrouwen in de instellingen voor verslavingszorg worden verbeterd, het specifieke aanbod voor die vrouwen wordt verbreed, een grotere sensibiliteit voor en discussie over het thema »gendersensibiliteit in de verslavingszorg« in gang gezet wordt. Verdere accenten zijn: ontwikkeling van methoden in de verslavingszorg voor vrouwen met geweldservaring, activeren c.q. versterken van de zelfhulpotentie van de vrouwen, onderzoeken van de rol van het management bij het verwezenlijken van de bovengenoemde criteria.

Duur van het project: 12 maanden.

HeXenHauS

Träger: »Hilfe für Frauen in Krisensituationen e.V.«
Im Walde 5
32339 Espelkamp
☎ 00 49-57 72-97 37-0
☎ 00 49-57 72-97 37-11
✉ Hexenhaus-Espelkamp@t-online.de

Inventarisatie »Crackgebruik in Duitsland: verspreiding, gebruikspatronen, risico's en hulpaanbod«

In opdracht van de Bundesdrogenbeauftragte, Marion Caspers-Merk, heeft dr. Heino Stöver van het Instituut voor drugsonderzoek van de Universiteit van Bremen, een rapport opgesteld over het gebruik van crack in Duitsland.

Aanvullend op de bijdrage van dr. Peter Degkwitz en Uwe Verthein van de Universiteit Hamburg (zie blz. 85) maakt hij duidelijk dat het crackgebruik in Duitsland tot nu toe beperkt is gebleven tot enkele steden in Duitsland (naast Hamburg en Frankfurt bestaat er ook in Hannover een door de drughulpverlening geconstateerde verankering in de drugsceane).

Er zijn echter wel degelijk aanwijzingen voor de uitbreiding van crackgebruik naar andere steden. Conclusie: als dit zo is dan dient de drughulpverlening zich daarop in te stellen.

Het rapport is zowel volledig als in samenvatting te vinden op de Archido-website: www.archido.de

Drugcom.de – een internetsite met als onderwerp drugs

De Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) is ter gelegenheid van de love-parade in Berlijn op 21 juli 2001 gestart met een internetsite voor jongeren. Onder www.drugcom.de kunnen jongeren chatten, vragen stellen en hun kennis testen met betrekking tot alcohol, tabak en drugs. De eerste twee dagen waren er al 37.000 hits, waarbij de meeste vragen werden gesteld over cannabis.

Het project werd ontwikkeld om:

- Jongeren ook buiten de Techno-scene te bereiken
- Kennis over te brengen over de verschillende middelen en te bereiken dat jongeren kritisch reflecteren op hun gebruik en om
- De dialoog en adviesgesprekken mogelijk te maken.

In de vier hoofdsecties **drugsinfo**, **drugworks**, **drugtalk** en **drugtalk** worden de mogelijkheden van het internet benut wat de interactie betreft – jongeren worden aangemoedigd mee te helpen bij het uitbouwen van de site.

Het succes van het project zal in grote mate afhangen van de zichtbaarheid en de graad van bekendheid binnen de jongerenscene. Het project heeft in eerste instantie een looptijd van drie jaar, ook afhankelijk van verdere samenwerkingspartners en sponsors.

Achtergrondinformatie is te vinden op de homepage van de BZgA:

www.bzga.de/aktuell/presse/htm

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Ostmerheimer Str. 220
51109 Köln
☎ 00 49-2 21-89 92-280
☎ 00 49-2 21-89 92-201
✉ voelker-albert@bzga.de

Drugs en medicijnen in het wegverkeer

Lesmodule voor het voortgezet onderwijs

Tegen betaling van DM 12,- plus portokosten kan een model-lesmodule over het thema »Drugs en medicijnen in het wegverkeer« voor het voortgezet onderwijs worden aangevraagd bij de Fachstelle Prävention. In de map zitten didactische aanwijzingen, methoden en informatie, waarmee men zonder veel voorbereiding een lesmodule over dit thema kan houden.

Fachstelle Prävention

Frankenallee 157-159
D-60326 Frankfurt a. M.
☎ 00 49-69-97 38 39 31
☎ 00 49-69-97 38 39 38
✉ mreith@vae-ev.de

Nederlands-Duitse LSP-BINAD tafel over samenwerking tussen Jeugdhulpverlening en Verslavingszorg

Op 13 november 2001 werd voor de eerste keer een Nederlandse-Duitse uitwisseling georganiseerd in de traditie van de »LSP tafel«. Het is een lunchbijeenkomst waarbij over een bepaald actueel onderwerp door een aantal daartoe uitgenodigde vakmensen wordt gediscussieerd. Uitkomsten van deze discussies kunnen worden meegenomen in de planning van het LSP. In deze bijeenkomst die voor het eerst door LSP en BINAD gezamenlijk werd georganiseerd ging het over het thema »samenwerking tussen Jeugdhulpverlening en Verslavingszorg«, zowel in Nederland als in Duitsland nog geen vanzelfsprekendheid.

Ter inleiding werden twee lezingen gehouden over respectievelijk een samenwerkingsmodel in Nederland en een in Duitsland. In de daarop volgende zeer levendige discussie kwamen een groot aantal wezenlijke ervaringen en ideeën ter sprake. Er bleek van beide kanten van de grens grote interesse voor het onderwerp en elkaars projecten te bestaan; hoe functioneren de systemen waarin de projecten worden uitgevoerd, hoe is de samenwerking, onafhankelijk van de modellen, in de praktijk. Na afloop bleek er bij verschillende deelnemers de behoefte te bestaan het onderwerp nog eens ter sprake te brengen en dieper op bepaalde aspecten in te gaan.

Verdere informatie over deze bijeenkomst kan bij BINAD in Enschede en Münster worden opgevraagd.

Documentatie en richtlijnen bij het Europese modelproject »Middelenpreventie bij migranten«

AWO Stuttgart

Migrationsdienste
Olgastrasse 63
70182 Stuttgart
☎ 00 49-711-2 10 61-38
☎ 00 49-711-2 10 61-66
✉ md.aykut@
awo-stuttgart.de

Onder verantwoordelijkheid van de AWO Stuttgart werd in de periode januari 1999 tot juli 2001 het Europese modelproject »migranten zelfhulp netwerk« uitgevoerd samen met partnerinstellingen, een in Nederland, een in Denemarken, drie in Duitsland en twee in Italië. Het was een preventieproject met bijzondere aandacht voor nieuwe gebruikstrends. De documentatie en de door het project ontwikkelde richtlijnen voor middelenpreventie onder migranten zijn nu beschikbaar. De materialen (in de Engelse taal) kunnen bij de AWO worden besteld tegen een vergoeding van DM. 20,-.

Bescherming van de gezondheid middels nieuwe EU-richtlijnen m.b.t. tabak: »roken doodt«

Elk jaar sterven er in Europa 500.000 mensen aan de gevolgen van roken. Er was daarom een goed bericht voor de gezondheidsbescherming in Europa: Parlement en Raad stemden op 15 mei 2001 met overtuigende meerderheid voor de nieuwe tabaksrichtlijnen. Een dag later kondigde David Byrne, de EU-commissaris voor gezondheid en bescherming van consumentenbelangen, een nieuw initiatief aan om de reclame voor tabak in te dammen.

De tabaksrichtlijnen volgen drie sporen: reductie van toegevoegde stoffen, betere waarschuwingen en verbieden van bagatelliserende, misleidende merkaanduidingen. Kernpunt zijn de nieuwe grenswaarden. Het percentage nicotine mag niet meer zijn dan 1mg per sigaret. Teer- en koolmonoxidepercentages worden begrensd tot 10 mg.

»De EU is ertoe verplicht het sterftecijfer te begrenzen. De overwegende meerderheid van Parlement en deelnemende landen delen deze overtuiging en hebben laten zien hoe werkzaam Europese wetgeving kan zijn«, aldus het commentaar van Byrne op de beslissing van de Raad. Informatie wordt nu verplicht: alle inhoudsstoffen moeten worden vermeld. Merknamen of toevoegingen als »licht« of »mild« zijn na 30 september 2003 verboden.

De al tien jaar durende strijd om beperking of verbod van tabaksreclame gaat in de volgende ronde. Op 5 oktober 2000 heeft het Europese Gerechtshof de richtlijn van 1998 met betrekking tot tabaksreclame en sponsoring geannuleerd. Handel en concurrentie in de binnenmarkt moesten worden ondersteund, heette het destijds. Tegelijkertijd bevestigde het Gerechtshof dat bescherming van de gezondheid een integraal deel is van de gemeenschapspolitiek. Zelfs een verbod van tabaksreclame voor tijdschriften is toegestaan. Nadere regelgeving kondigde David Byrne voor juni 2001 aan. De tabaksrichtlijnen kunnen rekenen op een snelle ondersteuning door Parlement en Raad.

Verdere info op www.europa.eu.int

Bron: Europa NEWS Nr. 9, 07.06.2001 – Deutscher Städtetag

Ruurd Reelick

Een bredere kijk op verslaving; achtergronden, maatregelen en toekomstideeën

*Internationaal symposium »Verslaving en maatschappij«
(30 mei t/m 2 juni) in Dornach, Zwitserland*

In het navolgende artikel doet Ruurd Reelick, therapeut bij Tactus, verslag van het symposium »Addiction and Social Environment« dat plaats vond in het Goetheanum te Dornach (Zwitserland). Op zeer heldere wijze beschrijft hij de daar gevoerde discussies en geeft hij tevens een goede inleiding in het thema van deze INFO-uitgave.

Vanwege gebrek aan ruimte moest de redactie enige passages in de originele tekst schrappen; het ging daarbij om citaten uit verschillende lezingen. Dit heeft echter geen afbreuk gedaan aan de duidelijkheid van het verslag.

Dit symposium werd door de Sectie voor Sociale Wetenschappen, behorend tot het Goetheanum (universiteit voor geesteswetenschap), tezamen met de Internationale Vereniging van Antroposofische Instellingen voor Verslavingszorg, georganiseerd. Hierbij werd samengewerkt met de World Health Organisation (Europa) en met de landelijke verenigingen voor verslavingszorg uit Duitsland, Oostenrijk, Zwitserland en Nederland.

Antroposofie

Antroposofie betekent letterlijk: »menselijke wijsheid« of »wijsheid omtrent de mens«. Grondlegger Rudolf Steiner (1861-1925) was een begnadigd wetenschapper en filosoof, die tot diepzinnige inzichten en ervaringen kwam door middel van een fenomenologische benadering. Eerder was het Goethe, waarnaar het Goetheanum is vernoemd, die dezelfde studiemethode hanteerde; een bewust proces waarbij de verschijnselen in het leven, aanvankelijk met een minimum aan interpretatie, worden onderzocht. In de fenomenologie probeert men zich niet te verliezen in slechts één detail van een object of probleem, maar men wil een zo breed mogelijk, samenhangend beeld verwerven van het geheel. Hier komt uiteindelijk een inzicht uit voort, dat overeenstemt met het wezen (de dieperliggende oorzaak en betekenis) van het object of de situatie. Zulk een objectief, »geesteswetenschappelijk« verworven inzicht is dan niet in strijd met de bestaande, reguliere wetenschappelijke kennis, maar vult deze verworvenheden aan of zet ze in een nieuw licht. Antroposofie is geen sekte of religieuze stroming, maar het is een impuls, een inspiratiebron met praktische handreikingen, om als individu tot een vrijer oordeel en vrijer handelen te komen.

Naast zinvolle bijdragen vanuit de antroposofische en »reguliere« verslavingszorg, werden er tijdens het symposium enkele verruimende gezichtspunten naar voren gebracht door sprekers uit o.a. sociaal-psychologische en politieke hoek. In een tijd waarin vooral de evidence-based en biologische benaderingen de wind mee hebben, kies ik ervoor om in mijn artikel juist die invalshoeken t.a.v. verslaving te belichten, die tegenwoordig weinig aan bod komen. In de hoop dat deze gedachten een verfrissend, constructief, hoopgevend en wellicht ook prikkelend signaal af kunnen geven. Hiermee geef ik dus beslist een onvolledig beeld van het symposium, waar immers ook de evidence based en medische benaderingen gepresenteerd werden.

In een tijd waarin vooral de evidence-based en biologische benaderingen de wind mee hebben, kies ik ervoor om in mijn artikel juist die invalshoeken t.a.v. verslaving te belichten, die tegenwoordig weinig aan bod komen.

Complexiteit van fenomeen verslaving

Een van de eerste sprekers, Rolf Hüllinghorst, vertegenwoordiger voor de Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, stelde zichzelf de vraag: »helpen onze huidige concepten, of zijn het slechts precieze beschrijvingen van fenomenen?« Hij riep op om vooral open en bescheiden te zijn, opdat we van elkaar zouden kunnen leren. Hij ziet verslaving als een probleem, dat niet meer aan landen of nationaliteiten gebonden is, maar een dringend probleem is geworden voor het gehele geïndustrialiseerde Westen. Paul Mackay, voorzitter van de Sectie Sociale Wetenschappen van het Goetheanum, ziet verslaving niet enkel als het probleem van een aantal individuen maar als een vraagstuk waar de gehele mensheid voor staat. Volgens hem hangt verslaving samen met een momenteel beleefd gemis aan zekerheid of steun, hetgeen door mensen op allerlei wijze gecompenseerd wordt. »In die zin heeft ieder mens een verslavingsvraag«. Organisator en »duizendpoot in verslavingsland«, Jaap van der Haar, waarschuwde dat de stijgende hulpvraag binnenkort niet meer te betalen is en Michaela Glöckner, kinderarts en leidster van de Medische Sectie van het Goetheanum, stelde de toenemende specialisatie en »vakidioterie« in de maatschappij aan de kaak. »Als ons lichaam zó zou functioneren, dan waren we ziek. Dan zouden onze organen niet meer ten dienste van het geheel willen staan maar alleen maar aan hun eigen hachje denken.« Al met al werd het beeld geschetst van verslaving als een breed en complex fenomeen, en van een maatschappij die beslist nog niet op alle problemen het antwoord heeft gevonden. De problemen dreigen zelfs onbeheersbaar te worden. Ook lijken onze maatregelen vaak achter de feiten aan te hobbelen, zoals een opmerking uit het publiek illustreerde: »Tegenwoordig maakt men in de V.S. de stoelen in bioscopen breder, omdat er steeds meer dikke mensen zijn... dát kan toch niet de oplossing zijn?«

Solidariteit

Jaap van der Haar haalde het voorbeeld van schilder Vincent van Gogh aan ter overweging; wat is ziek en wat is gezond? »Wellicht »spoorde« hij niet helemaal...maar het was wel een geniaal kunstenaar.« Michaela Glöckner benadrukte zelfs, dat als we de verslaafde bestempelen als ziek, andere mensen zich niet meer solidair zullen voelen. »Crises treffen alle mensen. En crises kunnen iedereen tot verslaving brengen. Elke stoornis ben je in potentie zelf«. Zij pleitte voor persoonlijk engagement van elk individu binnen de maatschappij en beschreef hoe een hulpverlener, die zijn eigen gebruik aan genotsmiddelen terugschroefde, als gevolg meer succes had met zijn therapie. »Je kunt slechts dan een cliënt ten volle motiveren, wanneer je vanuit je eigen biografie de zin van het overwinnen van afhankelijkheden kunt aangeven«, meende ook Stefan Böhmer, medewerker van Hiram, een kliniek voor alcoholisten.

Solidariteit kan echter ook onder hulpverleners onderling ver te zoeken zijn. Zo wees de professor sociale psychologie Wolfgang Heckmann, op het gegeven dat de professionals vaak het essentiële belang van zelfhulpgroepen (o.a. voor de nazorg) negeren. En wie kent niet het tegenwoordige »hokjesdenken« in de zorg, waarbinnen cliënten, die niet precies aan de vastgestelde criteria voldoen, rechtlijnig worden af- of doorverwezen. Solidariteit met de verslaafde mag men normaal gesproken verwachten van de zogenaamde »ervaringsdeskundigen«, ooit zelf verslaafd geweest en nu hulpverlener. Ook ik ben »ervaringsdeskundig« al heb me, uit angst voor het oordeel van anderen, daarmee nooit zozeer willen profileren. Sinds het symposium echter, weet ik me omringd door talrijke »mede-ervaringsdeskundigen«. Roken werd namelijk als de grootste en meest schadelijke vorm van verslaving beschreven door Cees Groos van de W.H.O.: »De meeste verslaafden zijn tevens verslaafd aan nicotine. Ook veel hulpverleners! Miljoenen mensen sterven aan de gevolgen van nicotineverslaving, veel meer dan aan alcohol en drugs. Het gaat uiteindelijk meer om de mechanismen van verslaving, dan om de stof.«

Gezondheidsbewustzijn

Om het begrip »ziek« eens los te laten en stil te staan bij de copingmechanismen waarvan de mens zich in het leven bedient, zouden we moeten onderzoeken hoe iemand zich tot een gezond individu ontwikkelt. De maatschappij zou een »gezondheidsbewustzijn« moeten ontwikkelen, volgens psychiater en adviseur van de W.H.O. Ambros Uchtenhagen. »Gezondmakende aspecten van opvoeding en o.a. kunst, zouden ingevlochten moeten worden in onze samenleving.« Hierover sprak op in-nemende wijze Ernst Gehmacher, wetenschapper in sociologie en psychologie: »In onze maatschappij doen we alle moeite om leed en ongeluk te voorkomen. Toch brengt blijkbaar het vermijden van leed nog geen geluk! Deze moderne tijd kent winnaars en verliezers. Degene die buiten de welvaartsboot valt, grijpt naar drugs als troost maar ook de succesvolle manager gebruikt ze om het moordend werktempo uit te houden. Drugs zijn een technisch middel om je gelukkig te voelen. Het is een gelukstechniek of een »moodrepair«, waartoe bijvoorbeeld ook teevee en radio behoren, daar ze onze stemmingen moeten reguleren. Ondanks alle voorlichting wordt het mechanisme van compensatie- of verslavingsgedrag niet minder, hoogstens nemen mensen minder gevaarlijke middelen. Verslavingsgedragingen in iedere vorm, beschadigen de vitaliteit en het levensgeluk. De mens wordt er zwakker door. De hulpvraag wordt momenteel steeds groter en wellicht worden we daar gelukkiger door... Want het zorgen voor de ander, de ander begrijpen en helpen, dat maakt gelukkig, dat geeft vervulling. Geluk is tenslotte ook geen tijdelijke emotie. Het is iets bestendigs, een grondgevoel. Zo kunnen mensen tijdens diepe crises toch nog dat basisgevoel, een innig vertrouwen bewaren.«

Ondanks alle voorlichting wordt het mechanisme van compensatie- of verslavingsgedrag niet minder, hoogstens nemen mensen minder gevaarlijke middelen.

Opvoeding

De »Glücksprofessor« vervolde: »Een vervuld leven, vrij van verslaving is voor de mens altijd het hoogste doel geweest, maar voor een gehele samenleving is dat nog nooit gelukt. We zijn nu echter zo rijk en wetend als mensheid, hetgeen nieuwe kansen geeft. Maar dan moet de politiek niet enkel aan symptoombestrijding doen maar participeren. Een onderlinge dialoog zoals in het Goetheanum is een belangrijk initiatief. Leren om gelukkig te worden is een moeizaam en levenslang proces, waarbij elke crisis een potentieel leerproces is. Kinderen moeten daarom van meet af aan leren hoe zij troost en geluk kunnen vinden. Een stuk speelgoed is al een gelukstechniek. Opvoeding is het sterkste wapen tegen verslaving, verder is »mond tot mond reclame« zeer effectief, dat werkt beter dan de media.« Enkele sprekers maken zich zorgen om een deel van de jeugd. Er lijkt geen reden te bestaan om lichtzinnig te doen over hun drugsgebruik. Het wordt gezien als een bedenkelijke manier om met de realiteit om te gaan. Er schuilt een tekort aan capaciteit in. Alexander David, arts uit Oostenrijk, wees erop dat er voor geboorte, huwelijk en overlijden belangrijke rituelen bestaan in onze samenleving. De zo moeilijke fase van de adolescentie echter, kent, hoewel iedereen er veel waarde aan hecht, helemaal geen maatschappelijke ondersteuning. Michaela Glöckner legde uit hoe we als mens gezond worden en blijven. »Dat gebeurt door tenminste één mens, waarmee men een werkelijk vertrouwde en intensieve relatie heeft. Hierdoor ontstaat ook voor later intelligentie en probleemoplossend vermogen.« Ze raadde het boek aan »Was Kinder stärkt« (Ernst Reinhardt Verlag). Het belang van goede opvoeding werd tijdens het symposium door iedereen onderschreven. De vraag blijft echter; hoeveel prioriteit krijgt het werkelijk in de maatschappelijke en politieke keuzes?

Pijn en leegte doorleven

Niemand zal tegenspreken dat onze maatschappij de afgelopen eeuw in een ras tempo is veranderd. Vele vanzelfsprekende sociale en morele normen en waarden zijn komen te vervallen. De economie wordt, volgens o.a. Jaap de Haar, de grootste machtsfactor in de nabije toekomst. Hij spreekt van »B.v. Nederland«. Maar ook de mens verandert door de eeuwen heen. Zo voelen mensen zich tegenwoordig meer individu, los van de ander, en zijn ze gevoeliger voor allerlei indrukken. We ervaren derhalve intensiever de »schaduwzijden« van het leven, zoals bijvoorbeeld onze driften en angsten, van binnenuit, of allerlei stressfactoren afkomstig vanuit de omgeving. Hiermee om te gaan en evenwichtig te blijven in je gedachten, gevoelsleven en je handelen, is een opgave, die steeds minder automatisch lijkt te gaan. We zijn als individu in deze tijd steeds meer teruggeworpen op onze eigen persoonlijke kracht en ons eigen sturend vermogen. Daarmee zal de neiging gemakkelijk opkomen om de onzekerheid en onlustgevoelens te compenseren met een middel, hiermee een nieuw »evenwicht« creërend. Tegelijkertijd ontstaat er bij veel mensen, vanuit een be-

Mensen beleven momenteel hun driften, hun angsten en externe stressfactoren veel intensiever en raken daardoor sneller uit hun evenwicht.

leefd innerlijk gemis, een zoeken naar zingeving. Manuela Glöckner: »Er is een spirituele zoekbeweging in de maatschappij. Een dergelijke weg zonder drugs is een weg van geestelijk beoefening, die in de maatschappij aangeboden en besproken zou moeten worden.« In de ernstig verslaafde speelt bovenstaand proces zich als onder een vergrootglas af.

De mens is een schepper

De bijdrage van Hugo Spallinger, medewerker van de kliniek »Fondation la Clairière«, werpt een licht op het belang van kunsttherapie en legt een verband tussen de worsteling van de verslaafde en de »verslavingsvraag« van een ieder. Hij vertelde dat het doel van de behandeling is om de creativiteit van de mens te sterken. Hiermee bedoelt hij, dat het de natuurlijke gang van zaken is dat een mens groeit in zijn mogelijkheden, daarmee zelfstandiger wordt en uiteindelijk zelfs anderen kan helpen. Hierbij interesseren de termen »ziek« of »gezond« hem niet. Het uitgangspunt van »de eigenkracht in de mens op te wekken, te bevorderen waardoor men in staat wordt met de individuele problemen om te gaan«, geldt tenslotte niet alleen voor cliënten maar ook voor de hulpverlener, in wezen voor ieder mens. »De mens is een schepper. De therapie moet de mens sterken om uit zijn »scheppende lafheid« te komen. Afbouwende, passieve of zelfdestructieve krachten moeten worden omgezet in levenskrachten. Dat is creatief. Niet per se kunstzinnig, maar creatief!« Kennen we »scheppende lafheid« niet allemaal? Die brieven die we nooit schreven, de hobby die maar blijft liggen, die nieuwe stap in het leven die we niet durven te wagen...? Ik ken het maar al te goed en ook de duizend geldige excuses waarmee we onszelf goedpraten en geruststellen. Verschillende vormen van kunsttherapie kunnen, al naar gelang de leerdoelen van de cliënt, een ervaring van saamhorigheid teruggeven, plezier, losheid en spontaniteit opwekken of juist weer structuur en richting aanreiken.

De therapie moet de mens sterken om uit zijn »scheppende lafheid« te komen.

Relaties

Het is al benoemd door Manuela Glöckner dat tenminste één wezenlijke relatie noodzaak is voor een mens om zich gezond te ontwikkelen. Ron Dunselman beschreef enkele kwaliteiten die de cliënt zich eigen zou moeten maken.

- Een vermogen om neutraal, als een toeschouwer, naar zichzelf en zijn eigen handelen te kijken.
- Eerlijkheid.
- Een nieuwe opvatting over »mooi« en »lelijk«: Mooi in de zin van eerlijk, openbaring. Lelijk in de zin van leugens, duisternis.
- Nabijheid vinden tot een ander die iets heeft wat hijzelf (nog) niet heeft. Een begeren om te leren.

Als we eerlijk zijn, hoeveel zogenaamde »gezonde« mensen leven al deze eigen-

schapen op voorbeeldige wijze? In hoeverre is dan de verslaafde, die zich moedig met het verwerven van deze capaciteiten bezighoudt, nog ziek te noemen? Veel vergaderingen, veel relaties, zouden harmonischer verlopen wanneer mensen zich tenminste zouden inspannen, om deze levenshouding te verwerven. En daarmee zouden wellicht minder mensen »beschadigd« raken, ziek worden of buitengesloten worden. Sommige mensen maken zich die mooie karaktertrekken gewoon door het leven eigen, anderen kiezen daarvoor voor een weg van gerichte geestelijke beoefening. Ron Dunselman benadrukte verder het belang van de persoonlijke biografie van de verslaafde tijdens de behandeling, opdat je ook daadwerkelijk de mens achter de verslaafde ziet. Ook in mijn werk als sociotherapeut ga ik, middels het doorspreken van het levensverhaal, een intensieve relatie aan met de cliënt en door gezamenlijk naar rode draden in iemands leven te zoeken, komen er vaak heldere inzichten naar voren. Deze aanpak dreigt nu grotendeels vervangen te gaan worden door het werken met gestandariseerde vragenlijsten en geprotocolleerde verpleegplannen. Ik zou er voor willen pleiten om te kiezen voor het beste van beide werelden. De biografie, het uniek menselijke, te behouden en daarnaast je werk als hulpverlener te verhelderen en ondersteunen middels goede verpleegplannen en protocollen.

Ook psychiater Wim van den Brink (als wetenschapper verbonden aan het project verstrekking van heroïne) is niet geheel onbezorgd t.a.v. de moderne ontwikkelingen. Over tendensen in de behandeling van verslaafden, zei hij: »Men legt in het algemeen teveel nadruk op economische effectiviteit. Dit gaat ten koste van de empathie en persoonlijke aspecten.« Als oplossing ziet Wim van den Brink, dat de moderne wetenschap zich moet verbinden met goede zorg, met ideologie en solidariteit.

De maatschappij

Tot slot enige opmerkingen over »de hardnekkigste patiënt«, onze maatschappij. François van der Linden, arts en adviseur voor de Zwitserse politiek, vertelde verbazingwekkende verhalen over hoe het bedrijfsleven vaak de grootste tegenspeler was van de gezondheidszorg. Voorstellen om reclame van alcohol en tabak te verbieden, werden, door de macht van de economie, politiek gezien onhaalbare kaart. Ook bespeelde de industrie met platvloerse psychologische middelen de publieke opinie; »jetzt wollen sie uns auch noch unser Bier wegnehmen!« Iemand uit het publiek waarschuwde voor de totale, ongestructureerde legalisatie van drugs, daar de drugs dan in handen van de economie zouden vallen, zoals dit ook met alcohol is gebeurd hetgeen de politiek nu juist weer wil terugdraaien. Dat de maatschappelijke regels t.a.v. de verschillende middelen tamelijk willekeurig en zelfs hypocriet zijn, betoogde de Duitse sociaalwetenschapper Aldo Legnaro. »Er zijn talloze regels in onze maatschappij van wat wel en wat niet mag. De schadelijkheid van een middel doet er niet zozeer toe maar meer de normen in de samenleving. Zo is een spuitruimte

kil en ontmoedigend ingericht, terwijl de »gebruikersruimtes voor alcohol«, onze cafés, uitermate gezellig aangekleed zijn. We leven in een maatschappij die goedkeuring geeft, en daarmee grote handelingsvrijheid, aan wie de juiste diploma's ed. heeft. Dit verlenen van status en mogelijkheden gebeurt echter niet op grond van moraliteit. Het is een maatschappij die mensen, hele groepen mensen, enkel op grond van regels uitsluit.

Toen op het eind van het symposium Jelle van der Meulen, journalist en leider van de podiumdiscussie vroeg; »wat hebben de junkies ons te vertellen?«, antwoorde de directeur van het Sociaal en Cultureel Planbureau Paul Schnabel: »Niets. Het is enkel triest. En alle inzichten uit andere hoek zijn mij te romantisch. Er komt uiteindelijk weinig mee tot stand.« Hij pleit voor goede informatie over de nu eenmaal aanwezige drugs en gaat uit van de capaciteit van elk individu tot zelfcontrole, ondersteund door wat controle van de overheid. Verder zouden er minder problemen zijn, volgens hem, als mensen gewoon tevreden zouden zijn met hun huidige bewustzijnsstoestand. »Veel mensen hebben nu eenmaal niet zo een opwindend leven.« Jaap van der Haar ziet echter wel in de grote groepen mensen die in problemen raken, zorgwekkende en betekenisvolle signalen. Hij wijst op de toename van het aantal arbeidsongeschikten. Ook Wolfgang Heckmann vindt de »afvallers« belangrijke signalen afgeven. Zo meent hij dat de junkies laten zien;

- dat er een storing is in de maatschappij,
- dat er een op de spits gedreven consumeren bestaat,
- dat er bijzondere genezingen mogelijk zijn: Van een aanvankelijk onaantrekkelijk, amoreel figuur naar een geheel ander, prachtig mens.

Paul Mackay sloot het boeiende, veelzijdige symposium met de woorden; »Welke vraag roept verslaving op, nu we als mens zo vrij zijn, nu we geëmancipeerd zijn van de wetten van de natuur, van het sociale en het religieuze?«

Ruurd Reelick

Sloetstraat 47
7203 GK Zutphen
☎ 05 75-54 88 02
✉ reelick@hetnet.nl

Men legt in het algemeen teveel nadruk op economische effectiviteit. Dit gaat ten koste van de empathie en persoonlijke aspecten.

GGZ Nederland

Resultaten Scoren – een project- beschrijving

Kwaliteitsverbetering en innovatie zijn niet alleen wezenlijke doelstellingen in de verslavingszorg in Nederland. Niet alleen, omdat dikwijls de financiering van het hulpverleningsaanbod hiervan afhangt, maar ook omdat in de praktijk de noodzak van verdere ontwikkelingen gezien en serieus genomen wordt. De onderstaande tekst is met toestemming van GGZ Nederland overgenomen uit de nieuwsbrief »Resultaten Scoren«, nr. 5, september 2001.

Wat is Resultaten Scoren

Resultaten Scoren is een vijfjarig project (1998-2003) in de sector Verslavingszorg van de GGZ. De doelstelling is tweeledig: zowel het verbeteren van de kwaliteit van het bestaande aanbod als het in gang zetten van innovatieve ontwikkelingen op het gebied van preventie en »cure« en »care«, in de verslavingszorg. De hele verslavingszorgsector heeft zich aan dit project gecommitteerd en ook VWS steunt het project.

Belangrijkste aanleiding voor de start van dit project is de wens tot verdere praktijkontwikkeling. De verslavingszorg is bepaald geen werkterrein dat qua inhoud en aanpak zodanig is uitgekristalliseerd, dat ontwikkelingen zich langs voor iedereen heldere en acceptabele lijnen kunnen voltrekken. Of het nu gaat om aanbod van middelen, de hulpvraag van cliënten, de samenstelling van (potentiële) cliëntenpopulaties, maatschappelijke opvattingen over verslaving en verslaafden; ontwikkelingen voltrekken zich in een hoog tempo, worden van verschillende kanten tegelijk beïnvloed en vragen steeds vaker een ander inzet van de verslavingszorg. Voeg daaraan toe dat er meer gemeenschappelijke zorg uit moet gaan naar de mensen die het hardst zorg nodig hebben, naar de moeilijkste groepen die nu nog zo vaak tussen instellingen heen en weer gaan, zo ze daar al aankomen.

Kortom: het is hoog tijd voor een forse investering in kwaliteit en innovatie van de verslavingszorg, het op een hoger niveau brengen van waardevol gebleken methoden en technieken en het banen van nieuwe paden, zonodig onorthodoxe.

Deze investering kan het beste door verschillende kwaliteiten bijeen te brengen: praktijkmensen en wetenschappers werken in drie ontwikkelcentra gezamenlijk aan de

totstandkoming van protocollen en beschrijvingen van de beste praktijk.

Op drie niveaus wordt dit ontwikkeld:

1. Beschrijvingen op basis van experimenten in de praktijk (experiment based), die achteraf worden getoetst en nader worden onderzocht.
2. Ontwikkelen van protocollen en beschrijvingen van werkprocessen die gebaseerd zijn op literatuurstudies en in de 1e en 2e pilotfase uitvoerig worden getest op hun bruikbaarheid en effectiviteit (consensus- /practice based).
3. Wetenschappelijk onderzoek op basis waarvan de praktijk wordt beïnvloed (evidence based).

Cliënten, allochtonenorganisaties en collega-instellingen zijn daar nauw bij betrokken bij de tot standkoming en toetsing van bovengenoemde protocollen en ontwikkelingen.

Door het wetenschappelijk onderzoek vooraf en toetsing achteraf ontstaat een cyclisch proces van verbetering, hetgeen bij kwaliteitsverbetering een voorwaarde is.

Door wetenschappelijk onderzoek vooraf en toetsing achteraf ontstaat een cyclisch proces van verbetering.

Projectstructuur

De opgave voor de verslavingszorg is om op vele gebieden vernieuwingen en verbeteringen te realiseren. Hiertoe zijn drie speerpunten geformuleerd waaromheen drie ontwikkelcentra (OC's) zijn gevormd: voor preventie (OC preventie en innovatie), voor behandeling (OC kwaliteit en innovatie van zorg) en voor sociale verslavingszorg (OC sociaal verslavingsbeleid). Een OC bestaat uit een aantal verslavingszorginstellingen en wetenschappelijk instituten die gezamenlijk in stuur- en werkgroepen aan vernieuwing werken. Per ontwikkelcentrum werken verschillende verslavingszorginstellingen als schilinstelling mee rond deze stuur- en werkgroepen. Zij denken mee en participeren op onderdelen in projecten. Op deze wijze waarborgt de structuur de verspreiding van kennis en de afstemming op de diverse praktijkonderdelen in een vroeg stadium.

De programmacoördinatiecommissie vormt, naast alle informele contacten, de formele verbinding tussen de drie ontwikkelcentra en de deelprojecten. Deze commissie wordt hierbij geadviseerd door de wetenschappelijke commissie van Resultaten Scoren.

De projectleiding is in handen van GGZ Nederland, de inhoudelijke eindverantwoordelijkheid voor het totale project ligt bij de commissie Verslavingszorg van GGZ Nederland. Medewerkers van instellingen en externe betrokkenen worden over de voortgang van het project geïnformeerd door de speciale nieuwsbrief van Resultaten Scoren.

Om alle beoogde kwaliteitsverbeteringen en innovaties tot stand te brengen zijn infrastructurale condities nodig. Deze worden uitgewerkt in de ondersteunende (meer

Ontwikkelingen voltrekken zich in een hoog tempo, worden van verschillende kanten tegelijk beïnvloed en vragen steeds vaker een ander inzet van de verslavingszorg.

randvoorwaardelijke) deelprojecten.

Deze vier deelprojecten van Resultaten Scoren, die rechtstreeks onder de programmacoördinatiecommissie vallen zijn:

Deelproject Leer- en opleidingsinfrastructuur

Dankzij dit deelproject zijn competenties van medewerkers in de verslavingszorg inmiddels beschreven en gaan eind 2001 regionale leernetwerken van start. In deze netwerken wordt door instellingen voor verslavingszorg samen gewerkt aan kenniscirculatie en implementatie van de vernieuwingen die uit de OC's van Resultaten Scoren komen. De leernetwerken zijn ingebed in de landelijke opleidingsstructuur. Zo kunnen medewerkers competenties verwerven, verrijken en behouden.

Deelproject optimalisering bedrijfsinformatiesystemen

In dit deelproject van Resultaten Scoren worden de keuzen rond de herziening van de bedrijfsinformatiesystemen beïnvloed en onderbouwd, conform de eisen binnen het Informatie Model Verslavingszorg 2000, ook wel: »elektronisch resultaten scoren« genoemd.

Deelproject monitoring

In nauwe afstemming met het Trimbos-instituut en het Platform Sociaal Epidemiologisch Onderzoek Verslavingszorg wordt vanuit Resultaten Scoren gewerkt aan de invoering van een monitoringsystematiek per regio. Deze systematiek voorziet instellingen en stakeholders van regionale- en landelijke gegevens over (potentiële-) cliënten. Er bestaat afstemming tussen deze monitoringsystematiek, de landelijke verslavings(zorg)monitoren en andere aanverwante GGZ-brede initiatieven.

Deelproject productbekostiging

Vanuit dit deelproject wordt, in overleg met GGZ Nederland en de VNG, een convenant voorbereid met betrekking tot een regionaal gecoördineerde systematiek van financiering en planning van ambulante verslavingszorg.

In vier deelprojecten werden de noodzakelijke algemene voorwaarden geschapen, de basis voor de gewenste kwaliteitsverbetering.

Drie ontwikkelcentra

Ontwikkelcentrum Kwaliteit en innovatie van zorg

Dit OC ontwikkelt zestien behandelprotocollen en een benchmarkinfrastructuur. Deelwerkgroepen voeren de ontwikkeling van een protocol uit met behulp van het »masterprotocol«. Dit masterprotocol beschrijft de volgende stappen: literatuurstudie; start beschrijving huidige situatie; ontwikkeling eerste pilotprotocol; toetsing door allochtonen en (ex-) cliënten; ontwikkeling tweede pilotprotocol; testen via feasibility-study binnen één van de instellingen van het ontwikkelcentrum. Dankzij deze werkwijze wordt eveneens ervaring opgedaan met een goed overdrachtscurriculum.

Dit OC geeft eveneens de aanzet tot het realiseren en toetsen van een benchmarkinfrastructuur. Dat biedt de mogelijkheid tot het systematisch en continu verzamelen van gegevens om daarmee de cyclus van kwaliteitsverbetering gestalte te geven. De meetstructuur is van groot belang bij kwaliteitsverbetering.

In samenwerking met het Ontwikkelcentrum Preventie en innovatie ontwikkelt dit OC de interactieve behandelmodule voor alcoholhulpverlening.

Internet is een belangrijk nieuw medium waarmee verslavingszorginstellingen hun cliënten kunnen bereiken. In overleg met het Trimbos-instituut, GGZ Nederland en het NIGZ wordt vanuit dit onderdeel van Resultaten Scoren gewerkt aan interactieve voorlichting en behandeling.

Ontwikkelcentrum Preventie en innovatie

Dit OC onderzoekt de beste -nieuwe- wetenschappelijke methoden om sectorbreed groepen jeugdigen te bereiken. Het OC ontwikkelt standaarden voor de beschrijving en evaluatie van preventieprojecten op het terrein school, werk en opvoeding. Er wordt gebouwd aan een elektronisch preventieprojectdossier. Ook is onlangs een verkenning uitgevoerd naar effectieve marketing- en communicatiestrategieën buiten de verslavingspreventie. Vanuit het oogpunt van samenwerking stemt het OC haar activiteiten zoveel mogelijk af met andere grootschalige preventieprojecten binnen het Landelijk Steunpunt Preventie en met het NIGZ.

In samenwerking met het OC Kwaliteit en innovatie van zorg wordt gewerkt aan de tot stand koming van de interactieve behandelmodule voor alcoholhulpverlening.

Ontwikkelcentrum Sociaal verslavingsbeleid

Doelstelling van dit OC is een bijdrage leveren aan de beleidsontwikkeling op het gebied van, alsmede een innovatieve impuls te geven aan het praktijkveld van de sociale verslavingszorg. Sociale verslavingszorg omvat een complete en consistente keten van zorgvoorzieningen met als doel: vergroten van de autonomie, het verbeteren van de kwaliteit van leven en maatschappelijk herstel van problematisch verslaafden.

Drie ontwikkelcentra vormen de basis voor de innovatie in de verslavingszorg

Het OC Sociaal verslavingsbeleid heeft een samenhangend ontwikkelprogramma ontworpen waarbij de speerpunten zijn:

- Om beter en gedifferentieerder zicht te krijgen op de doelpopulatie is door het IVO een methode ontwikkeld om »cliëntprofielen« op te stellen.
- In het deelproject »OSVI« (ontwikkelcentrum sociaal verslavingsbeleid indicatiestelling) wordt een instrument beoogd zorgtoewijzing »op straat« én monitoring om de gestelde hulpverleningsdoelen mogelijk te maken.
- Om problematisch verslaafden in zorg te krijgen en te houden worden de praktijken van bemoeizorg, casemanagement en trajectmatig werken nader onderzocht en uitgewerkt.
- De huidige methadonverstrekking voldoet niet meer aan de eisen van deze tijd, maar wordt wel gezien als belangrijk onderdeel van de zorgverlening. Het OC beoogt innovatie van deze praktijk binnen het deelproject »herontwerp methadon«. Methadonhulpverlening zal veel meer dan nu het geval is ondersteunend en »op maat gesneden« worden ingezet.
- Naast deze speerpunten wil het OC komen tot de ontwikkeling van een aantal protocollen / handreikingen op het gebied van bijvoorbeeld de ambulante woonbegeleiding, de huiskamers voor verslaafde straatprostituees en de zorg aan verslaafde moeders met kinderen.

Diversiteitbeleid

Onder de term diversiteitbeleid verstaat Resultaten Scoren het afstemmen of »intunen« op de diverse (groepen van-) cliënten. Autochtoon of allochtoon, kortdurend in zorg of langdurend zorgafhankelijk, verslaafd aan middelen of aan gokken: op al haar cliënten zal de verslavingszorg haar kennis moeten verzamelen, haar medewerkers deskundig op moeten houden of maken.

Elk OC geeft hier haar eigen invulling aan en de praktijk zal uitwijzen via welke methode de inbreng van cliënten het best is gewaarborgd.

Elk OC geeft haar eigen invulling aan en de praktijk zal uitwijzen via welke methode de inbreng van cliënten het best is gewaarborgd.

GGZ Nederland

Postbus 8400

3503 RK Utrecht

☎ 030-2873333

☎ 030-2894870

✉ info@ggz nederland.nl

www.ggz nederland.nl

Oscar Hofman

Werkzame drang voor verslaafden

De GGZ-instelling Parnassia is in Den Haag een project begonnen waar verslaafden met acute strafrechtelijke problemen kunnen worden opgenomen. Er worden opmerkelijk goede resultaten geboekt. Het onderstaande artikel werd eerder gepubliceerd in het tijdschrift PSY van mei 2001.

Het behandelprogramma Triple-Ex voor criminele verslaafden in Den Haag scoort opvallend goed. Uit een recent verschenen onderzoeksrapport blijkt dat vier van de tien van deelnemers aan dit »drang« programma enkele jaren na afronding nog clean zijn en de helft een werkzaam leven leidt. Het geheim: laat ze zien dat een normaal leven zonder drugs en misdaad ook voor hen binnen bereik ligt.

Het behandelprogramma Triple-Ex, onderdeel van die Zuid-Hollandse Verslavingszorg Parnassia, is van de grond gekomen toen in 1994 de drugsoverlast prominent op de politieke agenda kwam te staan. Het programma, dat onderdak heeft gevonden in een oude villa in die Haagse duinen, werkt volgens een drang-model. Verslaafden die een delict hebben gepleegd kunnen met toestemming van de rechter het Triple-Ex programma volgen in plaats van hun straf uit te zitten. Maar als ze tussentijds afhaken komen ze onherroepelijk in de gevangenis terecht. Dat werkt als een stevige stok achter de deur en stimuleert ze om het programma af te maken. Voorwaarde is wel dat de verslaafden zelf aangeven dat ze op deze manier van hun verslaving af willen.

Triple-Ex is, zo blijkt uit de onderzoeksresultaten, heel effectief. Van de ex-clieënten blijft 41 procent in de onderzochte twee tot vier jaar na de behandeling volledig van de drugs af. Bij de resterende groep was er wel sprake van terugval in drugsgebruik, bij driekwart van deze ex-clieënten voor een periode van langer dan een half jaar. Ook de cijfers over de arbeidssituatie zijn bepaald niet slecht. Het blijkt dat 39 procent een voltijd baan heeft gehad, acht procent parttime heeft gewerkt en aan de studie was. Ruim dertig procent was werkloos.

Gevraagd naar hun algemene leefsituatie antwoordt iets meer dan de helft daarmee tevreden te zijn. De woonomstandigheden zijn vaak verbeterd en er zijn weer geregelde sociale contacten. De meeste ex-clieënten hebben geen grote conflicten meer met familie of vrienden of bekenden. Ook de problemen met justitie zijn voor het merendeel voorbij, zon zeventig procent raakte niet meer betrokken bij criminele activiteiten. Van degenen die wel weer met justitie in aanraking kwamen, pleegde het grootste deel een vermogensdelict en bij slechts acht procent ging het om bezit van of handel in illegale drugs.

Triple-ex is onmiskenbaar effectief: niet alleen in verband met werk en vrij zijn van druggebruik, maar ook wat betreft verbetering van de algemene levensomstandigheden.

Afkicken

Dat zijn opvallend hoge succespercentages en Triple-Ex coördinator Barbara van Spréw is dan ook zeer tevreden met de uitkomsten van het onderzoek. »Het gaat bij ons om veel meer dan alleen drugs, dat is maar het topje van de ijsberg. Afkicken is leren wat het betekent om clean te zijn, je laat iemand zien hoe je een normaal, niet-crimineel leven kunt leiden. Daarom besteden we aan beide aspecten, verslaving en criminaliteit, veel aandacht. Leven met criminaliteit is een bestaan met veel spanning, opwinding en geld. Je moet mensen weer de waarde van geld bijbrengen. Cliënten zijn gewend met grote bijdragen om te gaan, een normaal salaris of uitkering valt daarbij in het niet.«

Van Spréw legt uit dat het programma heel pragmatisch is ingericht, de behandeling gaat uit van het hier en nu. Het is niet therapeutisch van opzet, er wordt niet gegraven naar jeugdproblemen, emotionele kwetsuren en andere trauma's. Sterker nog, die problemen worden juist toegedekt omdat de behandelaars er van uitgaan dat deze beter verwerkt kunnen worden als de exverslaafde een vrij normaal, stabiel leven leidt. Triple-Ex richt zich dus op één probleem tegelijk. Het is een soort heropvoeding die verslaafden uitrust met de praktische vaardigheden die nodig zijn voor een maatschappelijk aangepast leven.

Van Spréw: »We hebben gemiddeld zo'n dertig cliënten, die een jaar lang intern worden opgenomen. Mensen leren al heel veel in de groep, samenwerken bijvoorbeeld. Verder staan opleiding en werk centraal. We hebben vakdocenten in huis en cliënten kunnen kiezen voor een leertraject in de verzorging, voor werk in de keuken, in de houtbewerking en bouw, als handyman of conciërge. In het begin letten we sterk op de werkhouding, we leren cliënten op tijd te komen, er verzorgd uit te zien en op een beleefde manier met anderen om te gaan. Na acht maanden moeten cliënten 24 uur per week op een stageplaats of als vrijwilliger kunnen werken.«

Sporten

Een systeemwerker houdt zich tegelijkertijd bezig met de opbouw van een sociaal netwerk. Contacten met de familie en met vrienden worden weer aangehaald en de cliënt wordt aangemoedigd zich bij een club aan te sluiten, te gaan sporten of een hobby te ontwikkelen. Bij veel mensen lijken daardoor al veel problemen als vanzelf te verdwijnen, zo is de ervaring van Van Spréw. Na een kort verblijf op een gesloten afdeling, mogen cliënten dan ook al snel weekenden alleen weg en ze komen uiteindelijk in een begeleidwonen project. Tenslotte volgt na een jaar de re-entryfase, waarin de ex-clieñten een kamer huren in het centrum van Den Haag en vrijwel zelfstandig zijn geworden.

Voor de toelating tot het Triple-Ex behandelprogramma gelden wel bepaalde eisen. Zo mogen de verslaafden geen psychiatrische problemen hebben, daarvoor is de behandeling niet geschikt, en mogen ze geen agressief gedrag vertonen. Dat zou de sfeer

in de groep te veel verstoren. Maar verder wordt iedereen vrij gelaten om alles in eigen tempo te doen en dat blijken cliënten als zeer plezierig te ervaren. Triple-Ex voert ook nadrukkelijk een open heropnamebeleid. Cliënten die het niet redden, mogen het opnieuw proberen, er worden geen mensen uitgesloten omdat het niet gelukt is de eerste keer. Vaak blijkt dat als cliënten het programma de tweede keer volgen, het succes groter is.

Van Spréw: »Natuurlijk zijn we heel blij met deze cijfers. We hebben het gevoel dat we nu echt volwassen zijn geworden. We zijn vijf jaar geleden in feite uit het niets begonnen. Er was wel veel kennis en ervaring opgedaan binnen klinieken en gevangenissen, maar dit is nu een aparte voorziening met een programma helemaal toegesneden op deze groep. Dat past ook in de ontwikkelingen in de drughulpverlening, waar je steeds meer specifieke behandelmethodes krijgt.«

Dit goede resultaat kan ook iets bijdragen aan de discussie over de gedwongen opname in het kader van de Staf Opvang Verslaafden, de SOV-maatregel. Dat veel besproken dwangmodel werkt heel anders dan Triple-Ex. Als een verslaafde in vijf jaar tijd drie maal met justitie in aanraking is geweest, kan hij volgens de SOV-maatregel voor een periode twee jaar in een speciale verslaafdengevangenis worden geplaatst om gedwongen af te kicken.

Verslaafdeninrichting

De maatregel is bedoeld als experiment en binnenkort gaat de eerste verslaafdeninrichting in Rotterdam open. Minister Korthals van Justitie heeft gezegd dat hij met een slagingspercentage van vijftien procent al tevreden zou zijn en de gevangenis in Hoogvliet zelf noemt dertig procent als streefgetal.

Van Spréw: »Met de SOV wil je iemand dwingen iets met zijn leven te doen, je wilt de motivatie opleggen. Dat gaat natuurlijk heel wat moeilijker dan bij ons, waar mensen uit eigen beweging komen. Bovendien vind ik het niet zo ethisch om iemand voor zo'n lange tijd op te sluiten. Ons succespercentage is heel hoog in vergelijking met wat gebruikelijk is in de verslavingszorg. Als drang zo goed blijkt te werken, waarom zou je dan dwang gebruiken?

Misschien moet je ze na elkaar inzetten, eerst goed kijken of het met drang gaat en daarna pas de dwang uit de kast halen.«

De overtuigende resultaten van Triple-ex kunnen ook leiden tot een discussie over de gedwongen opname in het kader van de SOV-maatregel.

Auteur

Oskar Hofmann
Dr. Bauerstraat 46
Gorkum
© 01 83-64 94 05

Parnassia

Bep Bakhuisweg 135
2553 RE Den Haag
© 0 70-3 91 67 36
☎ 0 70-3 91 64 07
www.parnassia.nl

**dr. Michael Horak / dr. Veronika Morhart /
prof. dr. Michael Soyka**

De gekwalificeerde ambulante detox van alcoholverslaafden – een modelproject

Dit modelproject wordt sinds twee jaar uitgevoerd door de ambulante verslavingszorg van Dachau, gesuperviseerd door het psychiatrisch universiteitsziekenhuis van München en betaald door de ziekenfondsen. De ambulante detox die samengaat met een intensieve medische en therapeutische behandeling, is een zinvolle uitbreiding van de behandelingsmogelijkheden en is bovendien financieel gezien een gunstig alternatief.

In het navolgende artikel worden de ervaringen met dit model weergegeven van dr. Michael Horak (arts-psycholoog), dr. Veronika Morhart (arts) en prof. dr. Michael Soyka (arts), allen verbonden aan de Ludwig Maximilian Universiteit te München, kliniek en polikliniek voor psychiatrie en psychotherapie.

De detox van alcoholverslaafden vindt momenteel voornamelijk klinisch plaats. Ca. 24% van alle alcoholverslaafden wordt opgenomen in klinieken met interne of chirurgische afdelingen. Het aanbod voor een specifieke alcoholtherapie is echter vaak maar heel beperkt. Slechts ca. 2,5% van alle alcoholici komen, vaak als crisis, in een psychiatrische kliniek terecht. Een nog kleiner gedeelte van de betrokken patiënten kan profiteren van een twee tot drie weken durende »gekwalficeerde stationaire detox« in een psychiatrische inrichting (lichamelijke detox en psychotherapeutische ingrepen).

Er bestaat vrijwel geen »Gekwalificeerde ambulante en gestandaardiseerde detox« in de Duitstalige landen. Een gedeelte van de patiënten probeert zichzelf te disciplineren, maar dat mislukt steeds weer door de ontwenningverschijnselen of zware ontwenningssyndromen (epileptische krampaanvallen, delirium, zware hartritmestoornissen e.d.), die de ene keer minder, de andere keer meer optreden. Een andere groep patiënten probeert te stoppen met ondersteuning van de huisarts, waarbij gebruik wordt gemaakt van ongeschikte medicijnen (distraneurin, benzodiazepine). Hierdoor ontstaat het risico dat de arts een medicijnverslaving veroorzaakt. De huisarts houdt bij zijn behandeling onvoldoende rekening met de complexiteit van de ziekte, om nog maar te zwijgen van de kleine financiële beloning.

Er bestaat vrijwel geen »Gekwalificeerde ambulante en gestandaardiseerde detox« in de Duitstalige landen.

Het is de bedoeling dat het hier voorgestelde modelproject »De gekwalificeerde ambulante detox« van de Fachambulanz für Suchterkrankungen in Dachau behalve een uitbreiding van de mogelijkheden voor het geven van een therapie en intensieve medische en therapeutische hulp voor de patiënten ook een goedkoop alternatief voor de alcoholtherapie is. Het sinds tweeënhalve jaar lopende modelproject staat onder supervisie van de Psychiatrische Universitätsklinik München. De kosten van het modelproject worden gedragen door de ziekenfondsen.

De »gekwalficeerde ambulante detox« bestaat uit twee zuilen, uit een somatisch-medische verzorging en daarnaast uit een psychotherapeutische motivatietherapie.

In de crisissituatie die de ontwenning is voor de patiënt, moet hij zowel kunnen beschikken over een gegarandeerde medische verzorging alsook bereid zijn om met therapeutische hulp abstinentie van de alcohol te bereiken. De daarvoor ingezette psychotherapeutische elementen zijn voornamelijk gebaseerd op »motivational interviewing«.

De uitgangspunten bij de motiverende gespreksvoering zijn de volgende:

1. De patiënt moet zich goed voelen.
2. Er wordt niet tegen de weerstand in gewerkt, maar »met de weerstand mee«.
3. Confrontatie en provocatie worden vermeden (reductie van de »afweer«).
4. Belangrijke thema's zijn schaamte en schuld.
5. Het gaat om duidelijke doelen, waarbij de therapeut een duidelijke houding aanneemt.

De intensieve psychotherapeutische verzorging (minstens 6 uur) neemt dus een belangrijke plaats in naast de medische verzorging.

**Ons modelproject werd uitgevoerd met de volgende vraagstelling:
Kan bij alcoholverslaafden na een inschatting van de risico's en onder gestandaardiseerde omstandigheden met succes een ambulante detox plaatsvinden en kan de patiënt nadien ook worden doorgestuurd naar een ontwenning?**

De ingezette psychotherapeutische elementen zijn voornamelijk gebaseerd op »motivational interviewing«.

Tab. 1: Criteria voor het wel/niet uitvoeren van de »gekwalficeerde ambulante detox«

- Er moet sprake zijn van een alcoholverslaving.
- Goede motivatie van de patiënt (compliance!)
- Vaste contactpersoon als »controleorgaan«
- Geen zware psychiatrische of neurologische stoornissen in de voorgeschiedenis
- Geen zware interne ziekten (pneumonie, pankreatitis e.d.)
- Geen zwaarwegende hartritme stoornissen

Horak M., Soyka M., Morhart V., 2001

Tab. 2: Eerste gesprek na de »gekwalficeerde ambulante detox«

- Anamnese/onderzoek (psychiatrisch/neurologisch/interne geneeskunde)
- Diagnoseverklaring volgens ICD 10
- Vaststellen van de alcoholconcentratie in de ademlucht, drugs-screening, EEG, laboratorium (leverenzymen, elektrolyten e.d.)
- Risico- en verloop-schalen van de ontwenningsverschijnselen (LARS-schaal, AES-schaal) en craving-vragenlijst, psychopathologie-schalen (subjectieve inschatting van de toestand, depressieve of paranoïde symptomen, ontkenning van de ziekte)
- Informatie geven over het verloop van de therapie, gesprek met de vaste contactpersoon, verbod deel te nemen aan het verkeer.
- Therapie: medicijnen (symptoombestrijding, verzachten en controle van de ontwenningsverschijnselen), psychotherapeutische gesprekken om de motivatie te bevorderen.

Horak M., Soyka M., Morhart V., 2001

Tab. 3: verder verloop van de detox

- Één week durende detox, begin van de detox aan het begin van de week.
- Dagelijks onderzoek door een arts, controle van de symptomen van de ontwenning aan de hand van alcoholontwenning-schalen en bepaling van de alcoholconcentratie in de adem, eventueel verstreken van medicijnen (clonidine, doxepine, carbamazepine e.d.)
- Dagelijks telefonisch contact met de patiënt
- Tenminste twee psychotherapeutische gesprekken voor het bevorderen van de motivatie en een bijeenkomst tijdens de detoxweek.
- Weekeinde: alcoholtest van de adem
- Afsluitend medisch onderzoek aan het begin van de daarop volgende week

Horak M., Soyka M., Morhart V., 2001

Het verloop van de medische somatische detox

Deze is georiënteerd op de criteria voor het mogen deelnemen aan de ambulante detox (tabel 1). Het diagnostische/therapeutische proces ziet er in het eerste gesprek (tabel 2) en op de volgende dagen waarop de ambulante detox plaatsvindt (tabel 3) concreet als volgt uit:

In de één week durende detox-fase, waarmee aan het begin van de week gestart wordt, zijn er dagelijkse medische onderzoeken waarbij de ontwenningsverschijnselen gemeten worden, en tenminste twee therapeutische motivatiegesprekken en een groepstherapeutische bijeenkomst plaatsvinden. Onze patiënten moeten zich meermaals per dag telefonisch melden en hun toestand beschrijven. In het weekeinde wordt de alcoholconcentratie in de ademlucht gemeten en aan het begin van de daarop volgende week vindt het afsluitende medische onderzoek plaats.

Over de resultaten van de ambulante detox

Na de ca. 800 eerste gesprekken in een periode van twee jaar in de Fachambulanz für Suchterkrankungen nam ca. één op de vier patiënten deel aan een ontwenningsbehandeling. Tot dusver werden 141 ambulante detox-behandelingen uitgevoerd, bij een totaal van 205 potentiële en gemotiveerde detox-patiënten. 61 patiënten werden klinisch behandeld, drie patiënten wilden de detox via hun huisarts ondergaan.

Karakterisering van de 141 patiënten (tabel 4)

Ca. 30 procent van onze patiënten zijn werkloos, diegenen die wel werk hebben zijn meestal in loondienst. Meer dan 70 procent hebben een relatie; dit is een gevolg van ons toelatingscriterium »contactpersoon«. Slechts iets meer dan 30 procent van de patiënten hebben een scheiding achter de rug of bevinden zich in de scheidingsfase.

De resultaten van de detox na twee jaar

Van de 141 detox-behandelingen werden er 127 met succes afgesloten. De ontwenningsverschijnselen namen ca. 5 dagen lang continu af. Slechts bij de helft van de patiënten was een behandeling met medicijnen nodig. Afhankelijk van de symptomen werd bij hoge bloeddruk, nadat het hartritme gecontroleerd was (EEG), Clonidin, soms ook betablokkers, bij slaapstoornissen laag gedoseerd Doxepin voorgeschreven. In totaal stopten 14 patiënten voortijdig, 50% daarvan in de eerste twee dagen van de detox. Gelukkig traden er geen ernstige ontwenningsyndromen op (epileptische krampaanvallen, delirium, ernstige hartritme stoornissen). Dit wijst op een goede selectie van de patiënten. Zes patiënten (door tekortschietende zelfcontrole en onduidelijke interne klachten) werden opgenomen in een psychiatrische kliniek.

Aan het begin van de detox werden de stemming en de psychopathologische symptomen van de patiënten door middel van vragenlijsten (methode Von Zerßen) bepaald. De ontstemming aan het begin van de detox nam naar verwachting binnen vijf dagen af.

Aan het begin van de detox waren zowel tendensen naar depressieve veranderingen alsook aanwijzingen voor een paranoïde gedrag te zien. De tendens de ziekte te ontkennen, die gewoonlijk te zien is, was tijdens de detox veel minder sterk. Dit wijst wellicht o.a. op een grotere erkenning van de ziekte tijdens de crisissituatie en/of op succesvolle psychotherapeutische ingrepen.

Van de helft van de 14 patiënten die de detox niet afmaakten was bekend dat ze weer alcohol gebruikten en zij werden, voor zover de motivatie daarvoor aanwezig was, doorverwezen naar de klinische detox. De overige 7 patiënten stopten vanwege zeer verschillende redenen: ze hadden »geen zin« meer, de »afstand« was te groot, het particuliere ziekenfonds betaalde de kosten niet. 50% van de patiënten die stopten

Tab. 4: Kenmerken van de 141 patiënten

- geslacht (m/v): 98/43
- leeftijd (gemiddeld, jaar): 44,5
- duur van de alcoholverslaving (jaar): 11,4
- reeds ervaring met therapieën: 51 patiënten
- geen ervaring met therapieën: 90 patiënten
- ∅ GGT: 79 (U/l), GOT: 20,45 (U/l), GPT: 26 (U/l), MCV: 97 fl
- alcoholconcentratie in de ademlucht op de eerste dag van de detox (promille): 0,26
- laatste alcoholgebruik: 74% van de patiënten gebruikte in de 2 dagen die voorafgingen aan de detox
- Δ-duur van de detox (dagen): 4,5
- begeleidende medicatie: bij 46,8% van de patiënten

Horak M., Soyka M., Morhart V., 2001

deden dat in de eerste twee dagen van de detox. De »gestopte patiënten« verschillen voor wat betreft de vooraf gemeten parameters nauwelijks van de »succesvolle« (zie tabel 4).

De therapeutische weg na de »gekwali- ceerde detox«

Na een succesvolle afsluiting koos meer dan 90% van de patiënten voor de éénjarige ambulante ontwenningbehandeling in de Fachambulanz für Suchterkrankungen.

In de drie maanden durende motivatiefase stopten 44 patiënten (36%), terwijl dit in de daarop aansluitende acht maanden durende rehabilitatie-fase nog maar 17% waren.

Over het geheel gezien doorliepen dus 47% van de patiënten met succes de éénjarige ambulante lange-termijn-ontwenning.

Wij kunnen afsluitend concluderen dat de ambulante detox, wanneer deze plaatsvindt na een consequente inschatting van de risico's, goede resultaten te zien gaf. Ze is tot dusver nog geen concurrentie voor de klinische therapieën. Voor de patiënt is het weer een extra aanbod in een gedifferentieerd spectrum van therapieën.

**Klinikum der
Ludwig Maximilians
Universität München**

Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie und
Psychotherapie
Nußbaumstraße 7
80336 München
☎ 00 49-89-51 60-57 43
☎ 00 49-89-51 60-57 48
✉ michael.horak@web.de

Werner Loosen

Acupunctuur helpt bij alcohol- verslaving

De volgende bijdrage is afkomstig uit het duitse tijdschrift »KONTUREN«, uitgave 6/2000 (nov./dec. 2000)

Acupunctuur bij de behandeling van verslaafden is effectief, laagdrempelig, zeer rendabel en wordt geaccepteerd door de cliënten. Zo luidt het resultaat van wetenschappelijk vooronderzoek van de Martha-Stiftung in Hamburg van haar acupunctuur-project. De stichting biedt sinds september 1998 in haar ambulante consultatie- en behandelingsbureau, DIE HUMMEL in het Sozialtherapeutische Zentrum für Suchtkranke (STZ), acupunctuur aan voor de behandeling van vrouwen en mannen die verslaafd zijn aan alcohol. De doelen zijn volgens het hoofd van het project, dr. Johanne Feldkamp, »in contact brengen met het hulpverleningscircuit, ambulante detox, stabilisatie bij crises en doorverwijzing naar vervolgbehandeling.«

De neuroloog en psychiater Ulrich Bloemeke, adjunct-hoofd van de STZ, noemt als bijzonderheid de combinatie van acupunctuur en psycho-sociale begeleiding: »Daardoor kon het alcoholgebruik significant worden verlaagd, de motivatie voor de behandeling en de algehele gezondheidstoestand werden duidelijk beter, angsten en depressies verminderden.«

Het alcoholgebruik werd significant verlaagd

In de eerste 17 maanden van het acupunctuur-project hebben 228 cliënten gebruik gemaakt van het aanbod. 42 % daarvan waren vrouwen, de belangrijkste drug was alcohol (84%), het gebruik van een tweede drug (hasj, cocaïne, medicijnen, heroïne) bedroeg 25%. De gemiddelde leeftijd van de cliënten is 42 jaar, 40% hebben een volledige baan, 28% zijn werkloos, 14% leven van een uitkering. Een derde van de cliënten klaagt over depressies en/of angsttoestanden, tien procent heeft problemen om het eigen gewelddadig gedrag onder controle te houden. Het is opvallend, volgens Johanne Feldkamp, dat een hoog percentage (17%) van de cliënten serieus aan zelfmoord denkt. Bij de vrouwen is dit zelfs 40%.

***Middels de
combinatie van
acupunctuur en
psychosociale
begeleiding wordt
het alcoholgebruik
significant
verlaagd, angsten
en depressies
afgebouwd en de
motivatie tot
behandeling
verbeterd.***

Al deze mensen werden behandeld met acupunctuur en tegelijkertijd psycho-sociaal begeleid. Het resultaat is volgens de wetenschappelijke begeleiding van prof. dr. Uwe Koch en dr. Henry Buhk van de Abteilung für Medizinische Psychologie van de academische kliniek van Hamburg-Eppendorf: de alcoholconsumptie, vooral van detox-cliënten werd significant verlaagd. Tegelijkertijd was er een verbetering van de algehele gezondheidstoestand, de depressies en de angsten te zien. Voor het succes schijnt de behandelingsfrequentie, vooral in de eerste drie weken, van belang te zijn. En: acupunctuur bevordert het gebruik van het aanbod van consultatiebureaus.

Voor de toekomst zal de acupunctuurbehandeling aan het begin nog meer verplicht gesteld worden, hetgeen de kans op succes verhoogt.

Het totale aantal cliënten van het consultatiebureau is door het werken met acupunctuur met 36% toegenomen (198: 591 cliënten; 1999: 803). Weliswaar kon de aan het einde van de behandeling bereikte consumptie-status niet op hetzelfde niveau worden gehandhaafd, maar was toch nog duidelijk beter dan voor de behandeling. Over het geheel gezien, volgens Johanne Feldkamp, »bemoedigen de onderzoeksresultaten ons het acupunctuur-project voort te zetten. Wij zijn van plan om in de toekomst de beginfase van de acupunctuurbehandeling nog meer verplicht te stellen, bijvoorbeeld door één verplichte voorlichting per week of middels andere stimulansen. Op deze wijze willen wij de behandelingsfrequentie in de eerste drie weken verhogen, wat volgens het wetenschappelijk onderzoek ook de kansen op succes verhoogt.«

Rentabiliteit wordt niet erkend door de ziekenfondsen

Een ambulante setting heeft het voordeel dat zij laagdrempelig is, zodat de cliënten hun normale omgeving niet hoeven te verlaten. Ze kunnen blijven zorgen voor hun kinderen en ook blijven werken. De rentabiliteit van acupunctuur bij de verslavingszorg wordt bijzonder duidelijk bij de ambulante detox: deze kost gemiddeld duizend mark. Het is tegen deze achtergrond vreemd dat de ziekenfondsen acupunctuur niet willen erkennen als normale behandeling. In tegendeel: de federale commissie van artsen en ziekenfondsen heeft zich tegen acupunctuur bij de behandeling van verslaafden uitgesproken en de werking ervan betwist. De financiële bijdrage van de Martha-Stiftung is – hetzelfde geldt voor vergelijkbare projecten in Duitsland – nog maar beperkt mogelijk. Dat betekent: wanneer de commissie zich niet opnieuw gaat bezinnen op acupunctuur moeten er andere financieringsmogelijkheden komen, anders is het uit met een dergelijk succesvol aanbod.

Werner Loosen
Faassweg 8
20249 Hamburg
© 0049-40-2502046
☎ 0049-40-57009677
✉ werner.loosen@t-online.de

WESD-Vereniging

»Geïntegreerde behandeling« *Gespecialiseerde behandelingsconcepten – aanvullend aanbod voor bijzondere doelgroepen*

De in de – hier in een samengevatte versie van de – bijdrage van de WESD-Vereniging (vereniging van 19 intramurale instellingen in de regio Westfalen-Lippe) weergegeven kwaliteitsstandaards, zijn een door deze organisatie gegeven kwaliteitsgarantie, waarover de in aanmerking komende kostendrager (LVA Westfalen) nog geen beslissing genomen heeft. Tot dusver heeft de kostendrager nog helemaal niet gereageerd. Eind van dit jaar zal een duitstalige brochure van de WESD verschijnen, waarin de volledige tekst afgedrukt zal worden.

Preambule

In de vereniging van de Westfälische Einrichtungen Stationärer Drogentherapie (WESD) zijn alle verenigingen van het maatschappelijk werk gebundeld, die samen verantwoordelijk zijn voor dertien drugsklinieken, twee semi-klinische instellingen en vier nazorg-instellingen (stand januari 2001). Ze beschikken samen over ca. 500 behandelingsplaatsen voor drugsverslaafde (polytoximane) patiënten. Alle concepten zijn gebaseerd op geïntegreerde behandelingsmodellen en gaan uit van een gelijktijdige behandeling van een zo breed mogelijk spectrum van patiënten, om op die manier een realistische sociale afspiegeling van de maatschappij te krijgen en de kansen van de integratie te vergroten. De vereniging WESD staat daarom kritisch ten opzichte van het model van specialistische inrichtingen dat zich concentreert op een bepaalde cliënteel (met uitzondering wellicht van jongeren). De WESD heeft voor een groot gedeelte mogelijkheden gecreëerd om alle soorten cliënten te kunnen behandelen door een professionele setting van de inrichtingen. De bij de vereniging WESD aangesloten inrichtingen behandelen bovendien vele patiënten die zeer uiteenlopende extra stoornissen hebben, die in alle verschillende bevolkingsgroepen voorkomen: o.a. trauma's, vele vormen van psychische storingen (ook met medicijnen behandelde patiënten), psycho-somatische ziekten, somatische stoornissen (ook met medicijnen behandelde patiënten), eetstoornissen en seksuele stoornissen.

De bij de vereniging WESD aangesloten inrichtingen behandelen vele patiënten die zeer uiteenlopende extra stoornissen hebben.

De concepten werden steeds weer aangepast aan de veranderende eisen die de cliënten stellen aan de therapie, om hoge kwaliteitsstandaards te kunnen garanderen in de geïntegreerde behandeling.

De organisatie WESD heeft voor dat doel eind 1998 daarenboven nog kliniekoverkoepelende werkgroepen (te vergelijken met kwaliteitskringen) in het leven geroepen. Deze concipiëren dynamisch geactualiseerde criteria voor behandelingen voor speciale doelgroepen door het samenbrengen van observaties, ervaringen en analyses. Men legt de planmatige aanpassingen in overeenstemming met het geïntegreerde model als grondslag voor alle inrichtingen. De definitie van doelgroepen en de indeling van de werkgroepen was georiënteerd op de behoeften die voortkomen uit de structuur van de patiënten in Westfalen-Lippe. Deze komt op dit moment overeen met de situatie in het jaar 2000.

Volgens recent onderzoek stijgt het percentage Noord-Afrikaanse en Turkse drugsverslaafde jongeren boven de 30% – In Casum/Loxten zou momenteel de helft van de therapieplaatsen kunnen worden bezet met drugsverslaafde Duitse immigranten uit de GOS-landen, terwijl het therapeutische personeel niet voldoende, alleen al taalkundig, op deze groep voorbereid is. Om een mogelijke »getto-vorming« tegen te gaan hebben de Westfaalse klinische instellingen voor drugshulp beslist om deze groepen niet in speciale inrichtingen, maar geïntegreerd in de normale setting van de bestaande inrichtingen te behandelen. Twee WESD-werkgroepen hebben belangrijk voorbereidend werk gedaan.

Het is echter bijvoorbeeld ook belangrijk om de blik te richten op de minderjarige drugsverslaafden of de speciaal op mannen of vrouwen gerichte therapieën verder uit te breiden. In de hieronder gepresenteerde verslagen van de werkgroepen worden eisen en maatstaven geformuleerd, die noodzakelijk zijn voor de gang van zaken in de klinieken.

Tot op heden werden speciale structuren en een extra aanbod voor de volgende doelgroepen in het leven geroepen. Het is een versoepeling van de behandeling en de integratie (stand januari 2001):

1. Patiënten met een dubbele diagnose (verslaving/psychose) – **zie I.**
2. »Oude spuiters«
3. Jongeren onder de achttien – **zie II.**
4. Jonge volwassenen tussen achttien en eenentwintig jaar
5. Duitse immigranten / migranten
6. Moslims (Turkse en noord-Afrikaanse cliënten)
7. Vrouwen
8. Paren – **zie III.**
9. Ouders en kinderen
10. Gesubstieerde verslaafden

(Vanwege plaatsgebrek kan hier alleen de beschrijving van de doelgroepen 1, 3 en 8 geplaatst worden. Over de doelgroepen 9 en 10 worden momenteel door de werkgroepen nog rapporten gemaakt.)

In principe is het zo dat de uitbreiding van het behandelingsaanbod extra werk veroorzaakt, dat het bestaande werk op geen enkele wijze mag belemmeren of kwaliteitsstandaards in gevaar mag brengen.

I. Therapiestandaards voor de doelgroep van patiënten met een dubbele diagnose (verslaving/psychose)

De doelgroep

De inrichtingen van de vereniging WESD doen revalidatie op basis van de SGB VI (sociaal wetboek). Naast drugsverslaafde patiënten worden personen voor een behandeling opgenomen, die een acute drugsverslaving hebben én tenminste éénmaal een psychotische periode hebben gehad of die nog hebben.

Personen met een acute psychotische fase worden niet opgenomen.

Wanneer bij drugsverslaafden een dubbele diagnose wordt vermoed kan er een indicatie worden opgesteld d.m.v. een passende psychiatrische diagnostiek en onderzoek tijdens de behandelingsperiode.

Bij patiënten die een voorgeschiedenis met een psychose hebben is een voorgesprek noodzakelijk. Ze moeten naast het algemeen gebruikelijke sociale en medische rapport ook een psychiatrisch rapport van een arts overleggen.

Een hernieuwde opname na een terugval of na het afbreken van de therapie zou – na overleg met de kostendrager – mogelijk moeten zijn wanneer de toezegging voor het betalen van de kosten verder geldt en de kosten voor de dagen die onderbreking duurt worden gedragen. Dit zou mogelijk moeten zijn voor een onderbreking van maximaal drie maanden.

Doelen van de therapie

In het kader van een allesomvattend model, dat somatische en psychische aspecten samenbrengt, moet er in het geval van een psychose naast de somatisch georiënteerde medicamenteuze behandeling ook een psychotherapeutische behandeling worden toegepast, met name dan wanneer ze de revalidatie daadwerkelijk bevordert door het geven van de benodigde stabiliteit voor een langdurige compensatie.

Aan dit model ligt een psychodynamisch-psychotherapeutisch ziektebegrip ten gronde, dat waarde hecht aan de door de psychotherapie geëiste opbouw van eigen grenzen, eigen structuren, lichaamsschema's en een zelfreflectie van zichzelf. Dit om het proces van de psychotische ontgrenzing of decompensatie, die door het verdovende middel veroorzaakt wordt, te kunnen stoppen en op de lange termijn te kunnen sturen.

Juist bij patiënten met een dubbele diagnose is enige flexibiliteit bij de kostendragers noodzakelijk na een terugval of afbreken van de behandeling.

De doelen van de behandeling zijn:

- Bereiken van abstinentie van verdovende middelen. Het hierbij gebruikte begrip abstinentie houdt echter wel het geïndiceerde gebruik van psychotrope medicijnen in een therapeutische dosering in.
- Het herstellen van het vermogen om deel te nemen aan het arbeidsproces.
- Bereiken van verantwoorde omgang met de eigen psychische ziekte en het verkrijgen van sociale vaardigheden om te kunnen integreren in levensterreinen buiten de psychiatrie.
- De patiënten, waarbij deze doelen vanwege de ernst van de ziekte niet in een eerste stap kunnen worden bereikt, dienen zover te worden gestabiliseerd dat ze zelf vorm kunnen geven aan hun leven voor wat betreft de woning en de dagstructuur. In dit geval moet op tijd een vergoeding van de kosten worden aangevraagd bij het ziekenfonds of de sociale dienst.

Therapeutische standaards

De behandeling vindt óf plaats in groepen van acht tot tien personen, waarvan één tot drie patiënten een dubbele diagnose hebben, óf in een speciale therapeutische groep voor patiënten met een dubbele diagnose.

Ten behoeve van een personele continuïteit tijdens de hele behandelingsperiode (zes tot negen maanden, in individuele gevallen ook langer) moet de behandeling een systeem gebruiken waarbij één therapeut als vaste contactpersoon fungeert. Daarbij moet rekening worden gehouden met het feit dat het vanwege de sterke neiging van de cliënten terug te vallen zinvol en noodzakelijk kan zijn een intensievere dagbegeleiding toe te passen. Hiervoor is zonder meer een grotere personele bezetting vereist.

Vanwege de sterke neiging tot terugval en het gevaar geen grenzen meer te kennen, moet bovendien een speciale therapeutische handelwijze in acht worden genomen, die vooral acties die de regressie kunnen bevorderen (vooral non-verbale), slechts zeer voorzichtig inzet.

De behandeling moet het volgende aanbod hebben:

- psychiatrische behandeling door een specialist
- veelvuldig plaatsvindende individuele psychotherapie (meer dan één behandeling per week)
- groepspsychotherapie
- bezigheidstherapie en arbeidstherapie
- sport- en bewegingstherapie
- vrije-tijds- en indicatiegroepen
- non-verbale, begeleidende therapieën (b.v. vormgevingstherapie, muziektherapie, ontspanning, therapeutisch paardrijden)

Iedere therapie-groep heeft een weekrooster, waarin het verplichte programma staat. De individuele planning van de therapie moet er voor zorgen dat behalve het programma ook nog andere eisen kunnen worden toegevoegd of bepaalde programmapunten kunnen worden veranderd.

Uit de behandeling volgt dat het personeel aan de volgende eisen moet voldoen:

- er moeten specialisten op het gebied van de psychiatrie,
- specialisten op het gebied van de psychotherapie (diploma van een psychotherapeutische opleiding) en
- specialisten op het gebied van de psychologie werkzaam zijn in de inrichting.
- De groep van therapeuten die als vaste contactpersonen fungeren, moet bestaan uit medewerkers die ervaringen hebben met psychiatrie en/of verslavingstherapie en afkomstig zijn uit de disciplines medicijnen, psychologie, sociale-pedagogie en maatschappelijk werk.
- Om slijtingsprocessen te verwerken die door de patiënten geïnitieerd worden (tegenover-dracht) moeten er regelmatig interne en externe supervisies van de afzonderlijke gevallen en van het team plaatsvinden.
- Er bestaat een grotere behoefte aan personeel, bijvoorbeeld op grond van vaker plaatsvindende individuele psychotherapie en de dagstructuur.

Bovendien moet het volgende worden gegarandeerd:

- het intakegesprek en het actuele psychiatrisch onderzoek moet bij de opname extern of intern worden uitgevoerd,
- een medicamenteuze behandeling in de inrichting moet mogelijk zijn,
- een psychotherapeutisch model dat het doel heeft veranderingen te bereiken.

De financiering van de maatregelen vindt plaats door de pensioenfondsen en, in tweede instantie, door de sociale dienst en de ziekenfondsen. In afzonderlijke gevallen moet een verlenging van de therapie na negen maanden mogelijk zijn.

Van de instanties die de kosten dragen moet worden geëist dat:

- de hogere personeelskosten, bijvoorbeeld vanwege de regelmatig plaatsvindende individuele psychotherapie en de dagstructuur, worden vertaald in een hoger verpleegtarif.
- de kosten voor de kerntherapie, die – flexibel – een periode van zes tot negen maanden beslaat, standaard worden gedragen.
- het dragen van de kosten doorgaat bij een onderbreking van maximaal drie maanden.

Ook aan de deskundigheid van de medewerkers worden bijzondere eisen gesteld.

II. Therapiestandaards voor de doelgroep Duitse immigranten / migranten uit de GOS-staten¹

De doelgroep

De ervaringen die de WESD-werkgroep tot dusver opgedaan heeft, hebben betrekking op een relatief kleine groep personen, die voor een korte tijd zonder wetenschappelijk gefundeerd onderzoek werden gevolgd. (Er bestaat een grote behoefte aan wetenschappelijk onderzoek naar de groep van Duitse immigranten die deelnemen aan drugstherapieën). Daarom zou het niet correct zijn om de volgende beschrijving van de doelgroep zonder meer te generaliseren.

Tussen de cliënten van de generatie Duitse immigranten uit de jaren 1987 tot 1990 en diegenen die later kwamen bestaan verschillen, die ook voor de therapeutische situatie relevant zijn: de oudere generatie is sociaal en economisch gezien beter geïntegreerd, men beheerst de Duitse taal beter (veel taalonderwijs door de overheid) en lijkt ook positiever bejegend te worden door de bevolking in Duitsland.

Cliënten uit deze groep leven meestal nog in een groot gezinsverband, dat geldt ook voor diegenen die al een eigen gezin gesticht hebben. Vaak behoren de gezinnen tot traditiegetrouwe geloofsgemeenschappen (baptisten en mennonieten), die ook in Duitsland bij elkaar blijven en wonen in ghetto-achtige wijken.

Door de emigratie komen de traditionele rolpatronen van man en vrouw en de gezinsstructuren onder sterke druk te staan en zijn aan veranderingen onderhevig. De mannelijke gezinsleden verliezen door hun tekortschietende opleiding en door de werkloosheid hun vroegere belangrijke functie als kostwinner, ze staan onder sterkere sociale controle van de vrouwen en ze zijn vaak geen mensen meer waarmee men zich kan identificeren. De oudste zonen nemen vaak de plaats in van de niet aanwezige vaders. De vrouwen worden bevestigd in hun rol als informeel gezinshoofd. Ze vinden sneller dan de mannen een baan en ze worden daarom vaak kostwinner.

Cliënten uit deze groep hebben vaak andere morele normen dan Duitse cliënten. Het is bijvoorbeeld zo dat men crimineel gedrag anders beoordeelt; diefstal wordt bijna positief gezien, als noodzakelijk »organiseren« van het leven. Vooral ook het gebruik van geweld en wapens wordt anders beoordeeld.

Het gebruik van sterke drank, van hasj of van opium heeft voor cliënten uit deze groep geen negatieve betekenis; integendeel, dit is vaak een positief en sociaal geaccepteerd gedrag. Alcohol is een statussymbool en een man die veel alcohol kan verdragen staat in hoog aanzien. Alcohol en drugs worden bijna uitsluitend door man-

nen geconsumeerd. Hoewel cliënten intensief werd gevraagd of er alcohol- of drugsverslaving voorkomt bij vrouwen, kon dit niet worden vastgesteld.

De jonge drugsverslaafde Duitse immigranten zijn met het gebruik van hard-drugs (meestal heroïne) begonnen in de eerste maanden na aankomst in de BRD, toen er voor hun geen oriëntatiepunten waren. Vaak werden ze door jonge drugsconsumenten die al wat langer in Duitsland leven daar regelrecht voor geronseld. Het eerste middel was meestal heroïne, dat meestal gespoten wordt. Dit gebeurt, zo schijnt het, zonder bedenkingen en zonder weet te hebben van de risico's en de gevolgen. De consumptie schoot daarna omhoog. Dit ging vrijwel meteen gepaard met veel verwervingscriminaliteit. Door drugsverslaving en criminaliteit hadden deze jongeren van begin af aan geen kans op een aangepaste en adequate sociale integratie (geen opleiding, geen werk), zodat in eerste instantie alleen nog hun familie steun kon bieden.

De jonge Duitse immigranten kunnen en willen echter niet meer volgens de tradities van hun ouders en grootouders leven. De onenigheid in het gezin en het onvermogen van de ouders om passende hulp, oriëntatie en alternatieven te bieden, leidt er vaak toe dat de kinderen hun eigen gang kunnen gaan.

Er bestaat meestal geen of maar weinig contact met het bestaande hulpverleningscircuit voor drugsverslaafden. Vermoedelijk is dat zo omdat dit circuit wordt gezien als een overheidsinstantie en daarom – zoals gebruikelijk was in de U.S.S.R. – angst en afwijzing oproept. Dit is ook de reden waarom vele cliënten niet door de ambulante drughulpverlening, maar door familie, advocaten of het maatschappelijk werk van de strafinrichtingen worden gemeld bij de klinieken.

Verzoeken om opname zijn momenteel met name afkomstig uit de groep 20- tot 25-jarigen. De tijdsduur van de therapie bij deze groep is te kort. Het afbreken van de therapie of disciplinair ontslag leidt vaak tot een vroegtijdig einde van de behandeling.

Therapeutische ervaringen

De houding van de cliënten ten opzichte van het therapeutisch personeel wordt vaak gekenmerkt door veel wantrouwen en angst. Dit tegen te gaan is vanwege de taalproblemen juist erg moeilijk.

De kennis van de Duitse taal is bij de generatie Duitse immigranten die na 1990 gekomen is, vaak rudimentair. Ook wanneer de cliënten verstaanbaar Duits spreken is hun woordenschat toch maar heel klein. Ze kunnen emotionele zaken niet precies uitdrukken of begrijpen; in discussies kunnen ze vaak niet snel en goed genoeg reageren. Beide zaken veroorzaken weer onzekerheden. Vaak begrijpen de cliënten en de therapeut iets anders onder een socio-cultureel begrip, b.v. eerlijkheid, eer, status of emotionele openheid.

Cliënten uit de groep Duitse immigranten oriënteren zich vaak aan hiërarchische structuren en het lijkt alsof ze zich willig onderwerpen. Ten opzichte van meerderen (in het bijzonder bij mannen) neemt men een onderdanige houding aan.

De jonge Duitse immigranten kunnen en willen echter niet meer volgens de tradities van hun ouders en grootouders leven.

Door de emigratie komen de traditionele rolpatronen van man en vrouw en de gezinsstructuren onder sterke druk te staan en zijn aan veranderingen onderhevig.

¹Het gaat hier om de zogenaamde »Aussiedler«; dit zijn emigranten uit Oost-Europa die van Duitse afkomst zijn. Hun voorouders zijn vanwege uiteenlopende redenen eeuwen geleden naar deze gebieden uitgeweken en hebben daar lange tijd de Duitse taal en cultuur bewaard. Deze mensen hebben nu het recht om buiten de asielprocedure om Duitsland binnen te komen. (noot van de vertaler)

Bij onduidelijke structuren vallen ze vlug terug op de eigen in-group, die zich al snel vormt wanneer er meerdere personen uit deze groep in een inrichting verblijven. Hoe gevaarlijker en onzekerder de buitenwereld lijkt, hoe meer men zich – ook door terugvallen op de moedertaal – van de buitenwereld afsluit. Hun uitgesproken hiërarchische interne structuur en hun »coole« gedrag, dat soms wijst op ervaring met criminaliteit en met de gevangenis, kunnen bij het personeel leiden tot angst voor het verliezen van gezag. Personen die al langer in therapie zijn doen of mensen die al geïntegreerd zijn, kunnen dan vaak een grote steun zijn bij het beginnen met de therapie.

Men verwacht meestal veel te veel en ook onrealistische dingen van de therapeut; pijnlijke teleurstellingen lijken al voorgeprogrammeerd.

Een reflectie van de eigen persoonlijkheid, van het eigen gedrag of de structuur van de familie is vrijwel niet aanwezig. Er is vaak sprake van een archaische houding.

Op het terrein van het praktische werk zijn de cliënten juist vaak bereid en ook in staat tot het leveren van grote prestaties. Ze zien hun therapie als school voor het leven en voor het beroep. Velen interesseren zich, vanwege hun afkomst uit landelijke gebieden, erg voor de natuur, bloeien op bij de omgang met planten en dieren en blijken vaardige groepsleden te zijn.

Therapiestandaards

- Er is een intensieve voorbereidingstijd nodig met de cliënten, in eerste instantie om te kunnen voldoen aan de eisen die een therapeutisch proces met zich mee brengt – onder het motto, de cliënt daar afhalen waar hij staat.
- Zowel uit de literatuur, alsook uit verslagen blijkt dat de therapeut zich moet interesseren voor het leven voor de immigratie en voor de verloren band met het land van herkomst. Alleen op die manier kan er werkelijk sprake zijn van begrip voor de groep, alleen zo kan de cliënt zich geaccepteerd voelen en kan een begin gemaakt worden met het opbouwen van een vertrouwensrelatie. De wantrouwende houding, die vaak kan worden aangetroffen bij therapeuten, is voor het therapeutische werk contraproductief.
- Collega's die dezelfde immigratie-achtergrond als de cliënten hebben en het Russisch als moedertaal hebben kunnen collega's en cliënten behulpzaam zijn bij moeilijk cultureel en taalkundig vertaalwerk.
- De voorbereiding moet plaatsvinden in een mono-culturele groep Duitse immigranten, omdat de kracht van de groep (saamhorigheidsgevoel en gezamenlijke culturele achtergrond en ervaringen) de zekerheid geeft die nodig is voor het leren.
- Ook kunnen typische tekortkomingen van de groep op een dergelijke manier gericht, d.w.z. passend bij de ontwikkeling van het individu, bewerkt worden.
- Non-verbale behandelingsconcepten moeten in deze fase de voorkeur genieten boven verbaal georiënteerde concepten. Het onthullende, confronterende en reflecterende werk moet uitgesteld worden, dit is pas mogelijk wanneer er vertrou-

wen gewekt is, zelfvertrouwen ontstaan is en taalkundige en culturele hindernissen uit de weg zijn geruimd.

- In de voorbereidende fase – zoals ook in de therapie – moeten meer op beleving georiënteerde projecten en concepten worden toegepast, die aansluiten op de belevingswereld van de cliënten en daarenboven sociaal gedrag, creativiteit en strategieën voor het oplossen van problemen, overbrengen en animeren tot een leven zonder drugs.
- Culturele tradities moeten geaccepteerd en onderhouden in plaats van onderdrukt en afgeweerd worden. Daardoor worden ook de individuele vaardigheden vergroot, b.v. muzikale gaven en de vooropleiding.
- De voorbereidende fase zou bij een voldoende aantal personen (acht tot tien) kunnen worden uitgevoerd in verschillende klinieken. Bij afzonderlijke personen of wanneer er weinig cliënten zijn zou dit kunnen gebeuren in gespecialiseerde inrichtingen. Al naar gelang de individuele behoefte kan en moet deze fase maximaal 3 maanden in beslag nemen.
- Kostendrager: overkoepelende sociale dienst en andere instanties, overeenkomstig het Bundesvertriebenengesetz (Federale Wet voor Ontheemden) (wanneer het gaat om problemen die oorzakelijk samenhangen met de situatie van ontheemden).
- Geïntegreerde concepten – bij cliënten die een verschillende culturele achtergrond hebben – vereisen zowel bij de therapeut alsook bij de cliënten acceptatie en kennis van de eigen culturele achtergrond en van die van de ander. Deze concepten stellen dus hoge eisen aan het personeel.
- Voor de (verdere) ontwikkeling van gerichte therapieconcepten moeten inrichtings-overkoepelende kwaliteitskringen worden gevormd, waarin medewerkers hun ervaringen uitwisselen en gezamenlijke strategieën voor het oplossen van problemen kunnen uitwerken.

Geïntegreerde concepten vereisen zowel bij de therapeut alsook bij de cliënten acceptatie en kennis van de eigen culturele achtergrond en van die van de ander.

III. Therapiestandaards voor de doelgroep paren

De doelgroep

Weliswaar wordt er vanuit therapeutisch oogpunt nog steeds van uitgegaan dat het bij de vorming van paren tussen drugsverslaafden voor een groot gedeelte om weerstand gaat die veroorzaakt wordt door de verslaving en/of de therapie, maar de omgang met deze weerstand is door een nieuwe, belangrijke ervaring duidelijk veranderd. Het blijkt zo te zijn dat veel drugsverslaafden pas beginnen met het avontuur therapie wanneer ze een paar gevormd hebben.

Tegen deze achtergrond komen momenteel ook spontane »pairings« in aanmerking voor het speciale aanbod voor paren. De doelgroep voor dit aanbod bestaat daarom enerzijds uit personen die al een lange tijd tijdens de drugsverslaving samen zijn

(in veel gevallen getrouwd) en de veranderingen die een therapie veroorzaakt samen willen aanpakken om niet van elkaar te vervreemden. Anderzijds echter ook uit paren die zich pas kort voor het begin van de therapie, b.v. tijdens de detox of ook tijdens de ontwenningsskuur, hebben leren kennen.

Doelen van de therapie

- Het doel van het speciaal voor paren bedoelde aanbod is in eerste instantie om de paarvorming in te zetten voor de vooruitgang van de therapie. De weerstand die tot uitdrukking komt in de pairing moet worden geïntegreerd in de therapie en eventueel worden gezien als een indicator voor een overbelasting.
- Voorts is een doel dat de relatie als stabiliserende factor in het leven wordt ingebouwd. Er dient een reflectie- en conflictcultuur te worden geïntegreerd in de relatie. De relatie moet een model zijn waarin conflicten constructief kunnen worden opgelost. Dit is vaak een grote kans voor de therapie want de motivatie van de betrokkenen om de relatie te behouden is meestal veel groter dan de motivatie voor een leven zonder drugs.
- In onderlinge gesprekken tussen het paar kunnen al vroegtijdig in de behandeling aangename en ontlastende ervaringen worden opgedaan die het vertrouwen in de mogelijkheden van de therapie vergroten.

Therapiestandaards

Het is zeer wenselijk dat de desbetreffende inrichting beschikt over een concept voor het werk met paren. Er was tussen de betrokken inrichtingen van de werkgroep overeenstemming over de volgende eisen:

- Het paar moet regelmatige gesprekken kunnen voeren.
- De beide partners moeten verschillende therapeuten hebben.
- Het paar moet de mogelijkheid hebben om samen in een grotere kamer te gaan wonen.
- In crisistijden moeten beide partners kunnen beschikken over een eigen kamer.
- Voor zover mogelijk moet een groep voor paren met dezelfde indicatie worden aangeboden.
- In het team moet speciale kennis voorhanden zijn en de verdere ontwikkeling daarvan moet worden bevorderd, voor een deel door bijscholing maar ook door het ter beschikking stellen van literatuur. Deze speciale kennis moet enerzijds het thema »paartherapie«, anderzijds vakkennis op het terrein »seksualiteit/seksuele therapie« betreffen.

De weerstand die tot uitdrukking komt in de pairing moet worden geïntegreerd in de therapie.

Correspondentie-adres:

Harry Glaeske,
eerste voorzitter
Verband WESD
c/o Im Deerth 6
58135 Hagen
☎ 00 49-23 31-90 84 34
☎ 00 49-23 31-90 84 90
✉ mail@wesd.de
www.wesd.de

dr. Anil Batra / Martina Schröter

Stoppen met roken – een stiefkind van de klinische alcohol- en drugstherapie?

Kent u een verslaafde aan alcohol of drugs die niet rookt? dr. Anil Batra (arts) en Martina Schröter (psycholoog) van de universiteitskliniek voor psychiatrie en psychotherapie in Tübingen houden zich bezig met dit thema. Verslaafden hebben een zeer hoge rookprevalentie en de sigaret geldt als »instapdrug«. Onderzoeken wijzen uit dat stoppen met roken de abstinentie van drugs eerder bevorderen en zijn niet – zoals dikwijls wordt aangenomen – oorzaak van terugval. De auteurs van dit artikel pleiten voor stoppen met roken door verslaafden en stellen enkele werkzame methoden voor.

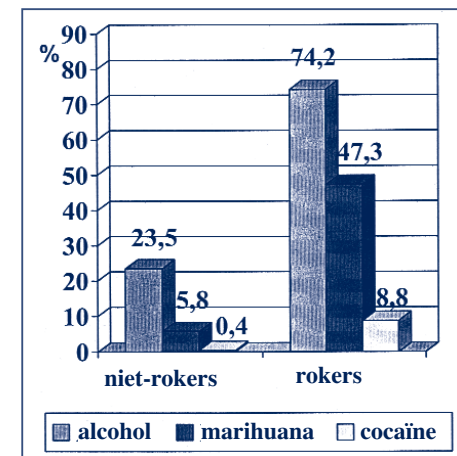
Rookgedrag en gevaren

Uit het laatste microsensus-onderzoek van het Duitse bureau voor statistiek over het rookgedrag in Duitsland in 1999 bleek dat 26,7% van de Duitse bevolking rookte. In de leeftijd van 20 tot 60 jaar lag het percentage echter veel hoger: 31,4%. 37% van de mannen en 25,7% van de vrouwen gaf aan sigaretten te consumeren – er is zodoende sprake van een lichte stijging van het roken sinds 1989.

Het duidelijkst is de stijging in de groep van 15 tot 20-jarigen: de stijging bedraagt 5,8% (mannelijke jongeren) en 4,1% (vrouwelijke jongeren). Het percentage rokers bedraagt nu respectievelijk 22,3% en 19,4%.

De schattingen over het aantal patiënten die nog een andere verslaving hebben zijn nog veel hoger: uit enquêtes die werden uitgevoerd onder klinische patiënten van het academische ziekenhuis voor psychiatrie en psychotherapie bleek dat 75,3% van de alcoholpatiënten en 90,5% van de drugspatiënten rookte. Het percentage rokers was duidelijk hoger dan bij patiënten met schizofrene (63,5%) of andere psychische stoornissen (48,3%).

Ook in de literatuur wordt eensgezind gesproken over een buitengewoon hoog percentage rokers bij mensen die lijden onder andere verslavingen: onder de patiënten met andere verslavingsziekten (alcohol of drugs) zijn gemiddeld 65% (bij onderzoek



Afbeelding 1:
consumptie van jonge rokers in de leeftijd van 12 - 17 jaar (Nat. Household Survey 1985)

op ambulante gebied (alcoholverslaving)) en > 95% bij de stationaire drugstherapie tegelijkertijd ook rokers (Batra 2000).

Roken gaat vaak vooraf aan het gebruik van andere drugs: uit een Amerikaans onderzoek (Nat. Household Survey 1985) bleek dat jonge rokers duidelijk meer alcohol, marihuana en cocaïne gebruikten (afb. 1).

Roken leidt tot grote schade voor de gezondheid. Allereerst zijn dat vaatprocessen die leiden tot hartinfarcten, beroertes of perifere verstoppingen van de bloedvaten. Roken bevordert kanker, vooral longkanker, maar ook andere tumoren. In Duitsland sterven ieder jaar tussen 90.000 en 140.000 rokers aan de gevolgen van langdurig roken (Peto et al 1994) Ook »mee-rokende« niet-rokers staan bloot aan een verhoogd gevaar voor de gezondheid (Junge 1997). Statistisch gezien verliest iedere roker gemiddeld 8 jaar van zijn leven.

Voor verslaafde patiënten is roken de belangrijkste tweede ziekte. De gelijktijdige sterke consumptie van tabak en andere middelen zorgt voor een meer dan 30% grotere kans om al voor het bereiken van de leeftijd van 60 jaar te sterven. Het relatieve risico van een roker om kanker te krijgen is 2,5 maal hoger dan bij een niet-roker (zie tabel 1).

Verklaringsmodellen voor het roken bij andere verslavingsziekten

Veel rokers vinden zichzelf verslaafd. Voor verslaafden is het vaak moeilijker om af te zien van sigaretten dan van alcohol of opiaten. In een enquête van Kozlowski et al (1989) beweren 26,1% van de 248 ondervraagde mensen die aan alcohol of drugs verslaafd zijn dat het hun minder moeite kostte om af te zien van het roken, 17,1% vond het net zo moeilijk en 58,8% gaf aan dat voor hen het afzien van een sigaret moeilijker is dan abstinentie van drugs of alcohol.

Het verslaafd zijn aan tabak wordt bepaald door psychische en biologische factoren. De belangrijkste rol voor het beginnen met roken spelen de voorbeeldfunctie van andere consumenten, de invloed van het sociale milieu en de positieve link die wordt gelegd tussen roken en »levenskwaliteit«. Door klassieke leerprocessen of operant behavior wordt het gedrag vrijwel onomkeerbaar. Vermoedelijk bestaat er echter ook een algehele, genetisch bepaalde gevoeligheid voor psychotrope middelen. Veel verklaringmodellen zoeken het in de richting van gelijkgerichte beïnvloeding van het dopaminerge »beloningssysteem« in de hersenen. Door de gelijktijdige consumptie van nicotine en alcohol vindt een gedeeltelijke compensatie plaats van tekortkomingen die door de andere substantie worden veroorzaakt. Ontwenningssverschijnselen of het consumeren van nicotine, opiaten of alcohol zijn bovendien een

essentiële inwendige prikkel voor de consumptie van het andere middel. Tijdens de ontwenning begint – tenminste tijdens de acute beginfase – een verschuiving van de verslaving.

Definitie van verslaving

Volgens de indelingscriteria van de Internationale Classificatie van psychische Ziekten (ICD 10, hoofdstuk V., Dilling et al 1991) is er sprake van een rookverslaving wanneer voldaan wordt aan 3 van de volgende 6 criteria:

1. Een steeds aanwezige sterke wens of een soort dwang om te roken.
2. Een niet volledige controle over het begin, het einde en de omvang van het roken.
3. Het optreden van lichamelijke ontwenningssverschijnselen wanneer niet gerookt of het aantal dagelijks gerookte sigaretten gereduceerd wordt; het blijven roken om ontwenningssverschijnselen te vermijden.
4. Een tolerantie ten opzichte van de fysiologische uitwerkingen van het roken – in het verloop van de rookcarrière is het aantal dagelijks gerookte sigaretten groter geworden.
5. Een voortschrijdende verwaarlozing van ander bezigheden ten gunste van het roken.
6. Doorgaan met roken ondanks het onduidelijke bewijs dat roken schadelijk is voor de gezondheid.

Met de indelingscriteria van de ICD 10 kan echter alleen een categorische indeling in verslaafde en niet-verslaafde rokers gemaakt worden.

In de praktijk blijkt echter dat het beter is om de graad van verslaving te bepalen, om van daaruit gerichte strategieën voor een ontwenningsskuur te ontwikkelen. De Fagerström-Test for Nicotine Dependence (FTND, Heatherton, 1991) meet naast de omvang van de sigarettenconsumptie ook andere variabelen van het rookgedrag die verband houden met de lichamelijke (b.v. 's morgens roken vanwege de ontwenningssverschijnselen) en psychische verslaving (b.v. het niet roken onder bepaalde omstandigheden).

Tabel 1: roken is de belangrijkste comorbide storing (Vaillant et al 1966, Rosengren, Wilhelmsen & Wedel 1988)

	rokers	alcoholici	rokende alcoholici
Mortaliteit tot 60 jaar (%)	18%	22%	31%
Rel. risico op kanker (OR)	1,6	1,5	2,5

Tabel 2: Vertaling van de Fagerström Test for Nicotine Dependence (gemodificeerd volgens Heatherton et al. 1991)

1. Na hoeveel minuten na het wakker worden rookt u uw eerste sigaret?	
binnen 5 minuten	3 punten
tussen 6 en 30 minuten	2 punten
tussen 30 en 60 minuten	1 punt
na 60 minuten	0 punten
2. Vindt u het moeilijk om op plaatsen waar het roken niet toegestaan is (b.v. in de bioscoop, bibliotheek enz.) niet te roken?	
ja	1 punt
nee	0 punten
3. Van welke sigaret zou u niet willen afzien?	
De eerste 's morgens	1 punt
andere	0 punten
4. Hoeveel sigaretten rookt u over het algemeen per dag?	
tot 10	0 punten
11 - 20	1 punt
21 - 30	2 punten
meer dan 30	3 punten
5. Rookt u 's morgens meer dan anders?	
ja	0 punten
nee	1 punt
6. Komt het voor dat u rookt als u ziek bent en overdag in bed moet blijven?	
ja	0 punten
nee	1 punt

De Fagerström-test voor de nicotineverslaving is het op internationaal niveau meest erkende en gangbare instrument voor het vaststellen van de nicotineverslaving. In totaal kunnen tussen 0 tot 10 punten worden bereikt. Rokers die binnen 5 minuten na het opstaan en in totaal meer dan 30 sigaretten per dag roken krijgen al 6 punten toegekend. De mate van verslaving wordt ingedeeld in zeer gering (0-2 punten), gering (3-4), gemiddeld (5), sterk (6-8) en zeer sterk (9-10 punten).

Alcohol- en drugsverslaafden zijn sterker verslaafd aan nicotine dan andere rokers. In een eigen onderzoek bereikten ze een gemiddelde FTND-waarde van 5,8 (drugsverslaving), resp. 4,9 punten (alcoholverslaving) terwijl de hele bevolking gemiddeld 3,6 punten scoorde.

Welke effectieve ontwenningmethoden bestaan er?

Hoewel rokers weten dat roken schadelijk is voor de gezondheid kunnen velen het toch niet zonder roken stellen. In het begin zijn de ontwenningssverschijnselen de oorzaak (prikkelbaarheid, angst, concentratiestoornissen, onrust, agressiviteit, slaapstoornissen, opwekken van de eetlust) op de middellange en lange termijn ontbreken modellen voor »verleidingssituaties« die kunnen leiden tot een terugval. De verslaafde roker heeft vanwege het verlies van stimulansen vaak subjectief het gevoel dat er levenskwaliteit ontbreekt. De ontwenningprogramma's voor rokers haken hierop aan: terwijl de ontwenningssverschijnselen in het begin door medicijnen onderdrukt worden, moeten groeps- of individuele gedragstherapieën de vaardigheden van de roker vergroten adequater om te gaan met situaties die kunnen leiden tot een terugval.

Beide principes worden hieronder in het kort weergegeven:

Psychotherapeutische procédé

Het gaat bij de gedragstherapieën om de meest omvattende maar ook om de effectiefste procédés voor de ontwenning. Ze worden meestal in groepen maar ook individueel uitgevoerd. Verder bestaan inmiddels enkele rituelen voor zelfhulp, die de belangrijkste gedragstherapeutische strategieën voor de ontwenning overbrengen en geschikt zijn voor een individuele bewerking door de roker.

In het algemeen bestaan gedragstherapeutische ontwenningbehandelingen uit drie fasen: de zelfobservatie-fase, de acute ontwenningfase en een fase voor de stabilisatie van het bereikte resultaat ter voorkoming van een terugval.

De zelfobservatiefase heeft het doel de functies die het rookgedrag in het dagelijkse leven heeft duidelijk te maken.

Door de observatie van zichzelf ontstaat ook kennis over de functies en het verband met het gedrag dat tot dat tijdstip een automatisch en oncontroleerbaar scheen. Hier-

door kan men zich voorbereiden op moeilijke situaties en dit is daarom ook een steun bij het succesvol doorlopen van de acute ontwenningfase en bij latere situaties die gevaren inhouden voor een terugval. De technieken die daarbij worden ingezet zijn de observatie van het gedrag, bijhouden van een puntenlijst, dagverslagen en vragenlijsten voor bepaalde situaties.

De acute ontwenningfase vindt plaats in aansluiting op de zelfobservatiefase, en wel door de punt-uit-methode (onmiddellijk ophouden met roken) of door een stapsgewijze reductie van het roken. De stapsgewijze ontwenning gebeurt door het opstellen van tussendoelen en door regels voor een controle van zichzelf. In de fase waarin het acute ontwenningproces ondersteund moet worden gaat het onveranderd om het opstellen van een alternatief gedrag voor het roken. Daardoor moet een compensatie voor het roken worden gevonden die in het dagelijkse leven moet worden ingepast. Verder moet de ontwenning beschermd worden door overeenkomsten en beloningen en door de ondersteuning van de sociale omgeving.

In de fase van de stabilisatie van de ontwenning en de voorkoming van een terugval moet het succes voor de lange termijn worden veiliggesteld door het kunnen herkennen van kritische situaties en de ontwikkeling en test van strategieën (in de vorm van rollenspellen en via het gericht zoeken naar kritische situaties die gevaarlijk zijn voor een terugval). Bovendien wordt informatie over gedrag en voeding gegeven die bevorderlijk is voor de gezondheid en een spierontspannings-training (methode Jacobson) gedaan.

Medicamenteuze procédés

De effectiefste medicamenteuze methoden die momenteel ter beschikking staan zijn de tijdelijke medicamenteuze ondersteuning met nicotine (nicotinepleister, -kauwgom of nicotinespray) of met het antidepressivum bupropion.

Het principe achter de nicotinesubstitutie is de toevoer van nicotine om de ontwenningssverschijnselen te dempen, zoals b.v. prikkelbaarheid, hartkloppingen, lage bloeddruk, uitputting, hongergevoel, slaapstoornissen, indigestie, frustratie, concentratiestoornissen en het verlangen om te roken. Het ontwenningproces moet dit versoepelen. De roker heeft dus de kans om bezig te zijn met de voorbereiding en het vasthouden van de abstinentie zonder dat hij daarbij gehinderd wordt door ontwenningssymptomen. De verdraagzaamheid van de nicotinesubstituten is bij een adequate toepassing goed. De kans op een nieuwe verslaving lijkt bij alle toepassingen klein. Er zijn maar weinig ex-rokers die regelmatig en langdurig nicotinekauwgom of -neusspray gebruiken. Het lijkt erop dat de pleister in het geheel geen verslaving veroorzaakt.

Een nieuwe weg bewandelt het in juli 2000 toegelaten ontwenningmiddel bupropion (zyban(r)). Gebruikers melden een grote reductie van het verlangen naar roken. Vermoedelijk hangt de werking van de substantie samen met een regulatie van signaalstoffen in de hersens. Vaak voorkomende nevenwerkingen zijn slaapstoornissen of duizeligheid. Uit eerste onderzoeken bleek dat bijna 20% van de personen na een

De ontwenning moet beschermd worden door overeenkomsten en beloningen en door de ondersteuning van de sociale omgeving.

jaar nog abstinente was. Verdergaand onderzoek moet de effectiviteit vergeleken worden met andere therapievormen. Rokers die suikerziek zijn, onder epilepsie of een psychische ziekte lijden, wordt aangeraden het medicijn alleen na overleg met hun arts te laten innemen.

Stoppen met roken – een kans voor mensen die verslaafd zijn?

Enkele onderzoeken tonen inderdaad aan dat abstinentie van roken ook de abstinentie van drugs bevordert.

»Het zou goed zijn wanneer wij zouden beginnen de psychiatrische patiënten aan te zetten om te stoppen met roken. Een aantal onderzoeken heeft aangetoond dat al een korte instructie (korter dan 10 minuten) volstaat om het percentage mensen dat stopt te laten stijgen...« (Hughes et al 1986)

De discussie over de noodzaak, maar ook de kansen die een ontwenningstherapie van het roken voor patiënten in inrichtingen voor verslavingstherapie bieden, wordt nog intensief gevoerd. Therapeuten voeren tegen het stoppen met roken argumenten aan als »Stoppen met roken bevordert een terugval in de drugsverslaving« of »Stoppen met roken vermindert de populariteit van een therapeutische inrichting«, de kansen op succes worden ook vaak klein ingeschat.

Daarbij wordt echter niet voldoende rekening gehouden met synergetische effecten in de therapie. Enkele onderzoeken tonen inderdaad aan dat abstinentie van roken ook de abstinentie van drugs bevordert. Ook de rookvrijheid op de afdeling en een aanbod voor een therapie om te stoppen met roken kunnen de abstinentie van alcohol en drugs (Joseph et al 1993) ondersteunen. Een niet te onderschatten percentage van de drugsverslaafden wenst zelf een abstinentie van het roken (Sees & Clark 1993).

Natuurlijk moet een therapieaanbod worden toegesneden op de behoeften en het specifieke verslavingsprofiel van de cliënten. Tot de mogelijkheden behoort bijvoorbeeld een hoge-dosis-nicotinesubstituut-therapie, een combinatie van nicotine en bupropion, langdurige nicotinesubstitutie of integratie van psychotherapeutische elementen in het aanbod van een instelling voor verslavingstherapie, eventueel nog aanvullend met een aanbod voor de periode na de stationaire behandeling, om tenminste voor de groep dissonante rokers een effectieve ondersteuning te kunnen bieden.

Universitätsklinik für
Psychiatrie und
Psychotherapie

**Arbeitskreis
Raucherentwöhnung**

Osianderstr. 24
72076 Tübingen
☎ 00 49-70 71-2 98 26 85
☎ 00 49-70 71-29 41 41
✉ albatra@
med.uni-tuebingen.de

Stichting Arta

Arta – respect is het sleutelwoord

De stichting Arta, verslavingszorg op antroposofische basis, is in Nederland sinds vele jaren werkzaam. Hoewel het niet noodzakelijk is dat cliënten antroposofische visies overnemen of aanhangen spelen de uitgangspunten van deze stroming duidelijk een rol in de behandeling en behandelingsopzet. Terwijl de meeste klinieken in Nederland langzamerhand bijna uitsluitend regionaal hun cliënten werven, is Arta een landelijke instelling gebleven. In onderstaand artikel wordt een beschrijving gegeven van de verschillende afdelingen en hun werkwijze. Hoewel de behandelingsopzet bij eerste lezing mogelijk grote overeenkomsten vertoont met andere (poli)klinische behandelingen is het toch van belang in het oog te houden dat de uitgangspunten sterk kunnen verschillen.

De Stichting Arta werd in 1973 opgericht met het doel drugverslaafden op te vangen en van hun verslaving te genezen. Daarbij heeft zij een geheel eigen aanpak ontwikkeld. Arta beschikt thans over drie behandelunits, die bij elkaar zo'n 40 bewoners herbergen. Daarnaast is er een nazorgorganisatie, die 50 personen begeleidt en over evenveel huurkamers beschikt. Voorts wordt Arta door tien tot twintig personen bezocht voor consultgesprekken. Sinds 1994 is Arta opgenomen binnen de AWBZ. Hoewel de verslaafdenzorg over het algemeen regionaal is georganiseerd, behield Arta de status van een landelijke voorziening.

De benadering van Arta gaat uit van de algemeen menselijke gezichtspunten en de ontwikkelingspsychologie zoals die uit de antroposofie naar voren zijn gekomen. Deze worden gecombineerd met concrete ervaringen in de omgang met verslaafden. De in de antroposofie ontwikkelde ideeën, visies en begrippen blijken in de praktijk zeer bruikbaar. Naar de bewoners en deelnemers stellen medewerkers van Arta zich echter zeer terughoudend op, waar het antroposofische visies betreft. De antroposofie wordt niet expliciet naar voren gebracht. Daar waar achtergrond wordt gevraagd, wordt die gegeven. Het is in het geheel niet nodig, dat bewoners of deelnemers, willen zij slagen bij hun ontwenning de antroposofische visie adopteren.

Het uitgangspunt is dat in ieder mens, dus ook in ieder verslaafd mens een geestelijk kern leeft, die in staat is veranderingen aan te brengen binnen de eigen persoonlijkheid en in het eigen leven. Dit houdt in, dat elke Arta-bewoner door de medewerkers met respect wordt benaderd. Respect is hierbij een sleutelwoord, de hele behandeling is ervan doortrokken. Bij deze behandeling wordt de aandacht gericht op het aanspreken van de vaardigheden en kwaliteiten van een bewoner, die de ont-

De in de antroposofie ontwikkelde ideeën, visies en begrippen blijken in de praktijk zeer bruikbaar.

wikkelingsmogelijkheden binnen de persoonlijkheid op positieve wijze activeren stimuleren en bevorderen.

Arta als organisatie begrenst zich door haar intake-criteria. Naast de aanwezigheid van een zekere motivatie om van de verslaving af te komen, wordt inzet gevraagd. Voor mensen met chronische psychiatrische problematiek of mensen met een zwaar crimineel verleden is Arta niet de meest geschikte plek om een behandeling te beginnen.

Hieronder zal nader worden ingegaan op de drie invalshoeken waarop de behandeling berust.

Daarna zullen de units van Arta nader worden beschreven en zal worden uiteengezet hoe daar aan de behandeling gestalte wordt gegeven.

De drie invalshoeken: individuele therapie, werken en samenleven

Individuele therapie

Vanaf het moment van de opname tot aan het einde van de nazorg worden Arta-bewoners individueel begeleid. Dat wil zeggen, dat ze regelmatig een gesprek hebben met hun persoonlijke begeleider of begeleidster. Het uiteindelijke doel is dat zij hun levensdraad weer zelf op kunnen pakken. In hun verslaving zijn de bewoners vastgelopen in hun ontwikkeling, hebben zij het roer uit handen gegeven. Zij kunnen hun weg niet meer vinden. Hun hulpvraag om zich van de verslaving te bevrijden is in wezen een vraag om die eigen weg weer te hervinden en in de toekomst zelf het roer weer in handen te kunnen nemen.

De bewoners moeten eerst tot zichzelf komen om zich thuis te gaan voelen in hun nieuwe leefomgeving. Daarna richt de begeleiding zich op een verwerking van het verleden terwijl in de laatste fase van de therapeutische gemeenschap en in de nazorg de blik op de toekomst wordt gericht.

De zorgcoördinator stelt in overleg met de betrokken bewoner een behandelplan vast, dat weer als leidraad dient voor al degenen die met de bewoner werken. Gesprekstherapieën worden in de loop van het programma ondersteund door andere therapieën, die zich speciaal op de individuele problematiek van een bewoner richten. Zij kunnen o.a. bestaan uit heileuritmie (therapeutische bewegingskunst), spraakvorming, schilderen, boetsen en muziek. Bij de individuele therapieën staat steeds de verhouding van de bewoner tot zichzelf centraal. Hier mag en moet de bewoner steeds vragen: »hoe gaat het met mij en wat gebeurt er met mij?«

De zorgcoördinator stelt in overleg met de betrokken bewoner een behandelplan vast, dat weer als leidraad dient voor al degenen die met de bewoner werken.

Het werk

Heel anders is het werk dat de bewoners gedurende het programma dagelijks doen op het land, in bouw- en onderhoudsactiviteiten, in het huishouden en later tijdens de nazorg in verschillende bedrijven. Hier wordt juist aan de bewoner gevraagd zijn persoonlijke problemen even opzij te zetten om te doen wat voor de omgeving of voor de klant noodzakelijk is. Hier gaat het om handelen in en voor de wereld en moet de bewoner zich richten op de eisen die de wereld stelt. Zo vraagt bijvoorbeeld de interne gemeenschap als klant om een maaltijd die op tijd op tafel staat en een zekere kwaliteit heeft. Werk is een objectief scholingsmiddel. Bewoners komen zichzelf tegen in hun vermogen iets voor anderen te doen en daarin zelf verantwoordelijkheid te dragen.

Het samenleven

Bij het samenleven van de bewoners en de medewerkers gaat om alles wat er gebeurt in een groep van mensen, die gezamenlijk in een huis eten, slapen, hun vrije tijd invullen, bezoek ontvangen en daarbij nog van alles moeten verwerken wat zij in hun werk of therapie hebben beleefd.

Ook de »stijl van leven« is hier een belangrijk aspect. Het gaat o.a. om het dagritme en de huiselijke sfeer. Bij Arta wordt bijzondere aandacht besteed aan de inrichting van de woonruimte, die praktisch en functioneel moet zijn maar ook mooi en heel, een bloemetje op tafel.

Bij meeste bewoners is ten gevolge van hun verslaving een grote onverschilligheid ontstaan ten aanzien van de verzorging van zichzelf en hun omgeving. Bij Arta wordt van hen verwacht dat zij zowel hun eigen kamer als de gemeenschapsruimten niet alleen schoonhouden, maar ook gezellig maken door middel van prenten, planten, bloemen, enz.

Waar het in de individuele therapie gaat om een egocentrische houding, om een naar binnen gerichte blik en in het werk om interesse in de wereld, vraagt het samenleven om het vinden van een zeker evenwicht tussen beide.

In twee programmaonderdelen wordt hier bewust aan gewerkt. Ten eerste wordt in wekelijkse groepsgesprekken het sociale functioneren van bewoners door henzelf ter sprake gebracht. De confrontatie met het eigen gedrag is in de groepstherapie meer onontkoombaar dan in individuele therapieën en biedt tegelijkertijd meer mogelijkheden tot het delen van de pijn met anderen. Ten tweede komt de praktisch-organisatorische kant van het samenleven in wekelijkse huisvergaderingen aan de orde. Ook huisregels en afspraken, die vragen of moeilijkheden oproepen zijn er onderwerp van gesprek. Zo is de huisvergadering een oefenplaats voor bewoners en medewerkers om elkaars individuele bijdragen waar te nemen en te honoreren en daarbij te zoeken naar wat de gemeenschap als geheel vraagt.

Waar het in de individuele therapie gaat om een naar binnen gerichte blik en in het werk om interesse in de wereld, vraagt het samenleven om het vinden van een zeker evenwicht tussen beide.

De drie gemeenschappen

Per unit zijn er twee leidinggevendenden met ieder een eigen opdracht. De zorgcoördinator is verantwoordelijk voor de behandeling van alle bewoners. De manager werkt voorwaardenscheppend en is verantwoordelijk voor het aanstellen van het juiste personeel, budgetten, onderhoud van gebouwen en dergelijke.

Hamingen, afkick en introductie

De eerste stap binnen Arta na het intakegesprek is een verblijf in Hamingen. Hamingen is een leefwerkgemeenschap op een afgelegen plaats in het wijde land rond Meppeel en gevestigd in een voormalige boerderij en verscheidene woonhuizen met enkele hectaren grond waar bewoners en medewerkers werken en wonen.

In Hamingen kicken de bewoners af en leren zij te leven in een groep, leren zij te leven met ritme en regelmaat en sterken er fysiek aan. Stiptheid in opstaan, maaltijden, werk- en rusttijden moeten gewoonte worden om een stevige bodem te geven gedurende de rest van het Arta programma. In Hamingen en daarna in de beginperiode van de therapeutische gemeenschap worden bewoners hierin grotendeels door de gemeenschap meegenomen. Later wordt ook op dit gebied zelfstandigheid van hen verwacht.

In deze eerste fase werken de bewoners 's ochtends en 's middags in de moestuin of verzorgen het naastgelegen natuurgebied. Ze werken in het bouw- of onderhoudswerk, de diervoorzorging, het huishouden en de keuken. In elk werkgebied krijgen ze voortdurend instructies van een werkbegeleider.

In Hamingen worden de contacten met de buitenwereld sterk beperkt. Radio en televisie zijn afwezig. Voor vele bewoners zorgen deze regels voor een gevoel van veiligheid, doordat ze de wereld van de drugs buiten de deur houden. Wel zijn er verschillende activiteiten in de avonden en weekends, zoals sport, toneel, schilderen vertellen, enz.

In de begeleiding wordt zo mogelijk niet diep gegraven of heftig geconfronteerd, maar eerder geluisterd en meegeleefd,

Geleidelijk gaan de bewoners ontdekken dat er een relatie bestaat tussen het verslaafd zijn en hun eigen persoonlijkheid. Zodra er bereidheid is aan zichzelf te werken kan de volgende stap binnen Arta worden gezet. Een verblijf in Hamingen duurt doorgaans van zes tot acht weken.

Bij de keuze of iemand daarna naar Aanzet of de Witte Hull gaat wordt gekeken of het vermogen tot zelfreflectie en het vermogen via inzichten te leren aanwezig is, of dat de persoon eerder ingesteld is op handelen, ervaringen opdoen en daaruit lessen te trekken. In het eerste geval wordt de Witte Hull gekozen, in het tweede geval Aanzet.

De Witte Hull

De Witte Hull is een zeer grote villa in de bossen rond Zeist, deels ingericht als een woonhuis, waarin iedere bewoner een eigen kamer heeft, deels als werk- en therapie-ruimte. Op het terrein is een biologisch-dynamische moestuin en een werkatelier.

Aanvankelijk richt de persoonlijke begeleiding zich op het functioneren van de bewoner in de gemeenschap. Het is essentieel dat hij zich aan het eind van de beginperiode het levensritme en de huisregels van Arta heeft eigen gemaakt. De begeleiding wordt in deze fase ondersteund door twee programmaonderdelen. Ten eerste schrijft de bewoner iedere avond een verslagje van wat hij die dag gedaan en beleefd heeft en geeft dat aan zijn begeleider. Deze verslagen leren de bewoner naar zijn eigen functioneren te kijken. Ten tweede voeren bewoners eenmaal per week onder leiding van de begeleider biografiegesprekken met elkaar. Door deze gesprekken kan een gevoel van lotgenootschap ontstaan, dat de basis legt voor het vermogen elkaar onderling te steunen.

De belangrijkste vraag waarvoor de bewoner nu komt te staan is: »wil ik mezelf hier met behulp van deze mensen veranderen?« Nu kan deze keuze worden gemaakt vanuit een grotere afstand tot de wereld van de drugs. Het is voor hen een fundamentele levensvraag die niet in een paar dagen eventjes kan worden beantwoord.

In deze fase komt, nu de lichamelijke ontwenning voorbij is, de eerst door drugs verdoofde gevoelswereld van de bewoner weer tot leven.

Net als in Hamingen werken de bewoners in de moestuin, het onderhoud en in het huishouden. Zonder daar voortdurend door anderen op aan te worden gesproken leren de bewoners op eigen kracht bij hun werk te blijven. Ze worden daarin niet alleen begeleid door een vakkracht, maar ook door een »werkleider«, een bewoner die al in een verdere fase is. Nadat ze een tijdje hebben meegelopen kunnen de bewoners zelf werkleider worden. Zij moeten daarvoor door de vakkracht op het betreffende gebied worden aangenomen, hetgeen niet steeds een vanzelfsprekende zaak is. In het werkleiderschap wordt van de bewoner verwacht dat hij zelf verantwoordelijkheid draagt voor het werk in zijn gebied, maar ook voor de jongere bewoners, die daar werken.

Het werkleiderschap is een oefensituatie, die een rijke bron van zelfkennis blijkt te zijn.

In de afkickfase worden de contacten met de buitenwereld sterk beperkt.

In deze fase komt de door drugs verdoofde gevoelswereld van de bewoner weer tot leven.

Ook op het gebied van allerlei activiteiten wordt de bewoner gevraagd medeverantwoordelijkheid te nemen. Zo zijn er allerlei culturele activiteiten, uitstapies en jaarfeesten die inhoudelijk en organisatorisch moeten worden voorbereid.

De persoonlijke begeleiding krijgt nu een ander karakter dan voorheen. In deze fase beschrijft de bewoner zijn biografie, zijn levensloop. De persoonlijke biografiebesprekingen gaan nu meer de diepte in, gaan verder naar het verleden, naar de problemen die achter de verslaving liggen. Achter het moment van hun kennismaking met drugs ligt vaak in hun kindertijd een opeenhoping van drama's en shockerende ervaringen. De grondhouding van de begeleider is er één van werkelijk meeleven van naast de bewoner staan. Wanneer bewoners eindelijk hun verdriet toelaten gaan zij daarmee »in hun eigen leven staan«.

In de laatste fase moet er een overgang gemaakt worden van de therapeutische gemeenschap naar de nazorg. De intensieve band tussen bewoner en begeleider wordt losgemaakt en de bewoner gaat contacten leggen met de nazorgmedewerker. Er wordt een voorlopig plan gemaakt voor de nazorgstages die hij gaat volgen

De bewoner is op dat moment zeker nog niet »klaar«. Al het geleerde is voorbereiding, waarvan in de komende jaren pas blijkt of die werkt of niet.

Aanzet

De therapeutische gemeenschap Aanzet ligt in Austerlitz, dat binnen de gemeente Zeist valt. Omdat leven en werken binnen Aanzet en de Witte Hull redelijk overeenkomen, beperkt deze beschrijving van Aanzet zich voornamelijk tot de verschillen.

De locatie biedt plaats aan twaalf bewoners en ligt midden in een woonwijk. Dit typeert direct het karakter van Aanzet: oefenen in het leven zonder verslaving, weliswaar op een veilige plek maar midden in de samenleving. Deze opzet is gekozen om bewoners met ernstige traumatische ervaringen te kunnen helpen bij het overwinnen van hun verslaving. De ervaring heeft geleerd, dat men bij deze groep mensen niet direct diep op onderliggende problemen in moet gaan. Veeleer is het verwerven van een veilige plek noodzakelijk. Zodra deze basis er eenmaal is, kan ook kan worden gesproken over een integratie in de samenleving op het gebied van werk, vrienden en cultuur, kan ieder individu bepalen wanneer het nodig is een verkenning van het verleden te wagen in een vorm van begeleiding of therapie.

Ook Aanzet heeft een duidelijk fasestructuur. De eerste fase is gericht op het vinden van een plek in de groep. De tweede fase houdt in, dat de bewoner nieuwe ervaringen opdoet door middel stages en van andere activiteiten, zoals sport, culturele activiteiten, vrienden bezoeken, enz. Al deze activiteiten worden besproken. Eerlijk zijn

naar jezelf en naar anderen is een belangrijke vaardigheid, waaraan in deze fase veel aandacht wordt gegeven.

Elke dag wordt door een bewoner geopend door iets voor te lezen wat hij passend vindt, een gedicht of een spreuk of iets anders. Daarna vertelt ieder wat zij of hij die dag gaat doen en dit wordt allemaal in een afsprakenagenda ingeschreven. Een andere bewoner geeft een impressie van de vorige dag en vertelt over eigen belevingen daarbij. De dag wordt ook gezamenlijk afgesloten. Dan vertelt iedereen over de gebeurtenissen van die dag. Ook de week wordt op vergelijkbare wijze afgesloten. Hierdoor krijgt ieder de kans zichtbaar te worden en te blijven voor anderen.

De laatste fase staat in het teken van het vertrek, de nazorg en het voorbereiden van de nieuwe woon-werkomgeving.

Nazorg en Maatschappelijk Herstel

Het doel van de nazorg is om mensen die uit een therapeutische gemeenschap komen, te helpen integreren in de samenleving. De confrontatie met de maatschappij blijkt voor de ex-bewoner vaak een schok. Hij moet het ineens allemaal alleen doen in maatschappij die niet speciaal op hem staat te wachten en die bovendien hardere eisen stelt dan hij in de therapeutische maatschappij gewend was. Begeleiding kan die overgang gemakkelijker maken en het risico van terugval, dat er altijd is, verkleinen. Ook in de nazorg blijven de drie invalshoeken: persoonlijke beleving, werk en samenleving van kracht. Naast het werk moet ook een sociaal leven worden ontwikkeld.

De nazorg bij Arta is sinds het begin in '80 uitgegroeid tot een breed vertakte organisatie voor maatschappelijk herstel. Daartoe behoren allerlei contacten met instellingen en bedrijven die stageplaatsen of arbeidsplaatsen bieden en ook contacten met de wereld van de arbeidsbemiddeling, beroepskeuze en scholing.

De nazorg bij Arta kent ook verscheidene woonvoorzieningen. Ten eerste is er de begeleide kamerbewoning in een grote groep, waarbij dagelijks nazorgmedewerkers aanwezig zijn en waarbij tijdens dit wonen aan integratie wordt gewerkt. De tweede woonvorm is de kamerbewoning in kleine groepen en ook met minder begeleiding. Zo zijn er flats waar mensen zelfstandig wonen en waar op gezette tijden een begeleider langskomt. Aan de extern begeleide woonprojecten kan gedurende een jaar worden deelgenomen. Er zijn ook ex-bewoners die op zichzelf wonen en contact met de nazorg medewerkers onderhouden.

Het komt voor, dat oud-bewoners na enkele jaren weer contact opnemen met de nazorg. Meestal na een ingrijpende gebeurtenis, die hen uit hun evenwicht brengt.

De confrontatie met de maatschappij blijkt voor de ex-bewoner vaak een schok.

Polikliniek en deeltijdbehandeling

Bij de poliklinische behandeling gaat het om mensen, die eerst in een therapeutische gemeenschap zijn geweest en op bepaalde moeilijkheden stuiten. Ook zijn er mensen met een beginnende verslaving voor wie opname in een therapeutische gemeenschap een te zwaar middel zou zijn. Deelnemers aan de poliklinische behandeling voeren één gesprek per week, ondersteund door kunstzinnige therapie.

De deeltijd kent twee verschillende groepen. Eén groep richt zich met name op verslaving, de andere op verslaving gecombineerd met psychiatrische problemen. Beide groepen komen twee dagen per week werken aan hun vraagstukken. De deelnemers moeten in staat zijn te werken in een groep en hebben nog een zekere mate van maatschappelijke integratie, b.v. door werk of vriendenkring. Deelname aan deeltijd duurt doorgaans tussen de zes en de twaalf maanden.

Stichting Arta

Hamingen 1-12
7951 KN Staphorst
☎ 05 22-25 57 59
☎ 05 22-26 37 42
www.stichting-arta.nl

Niek Dekker

Helpt homeopathie verslaving overwinnen?

Sinds mei 1998 kunnen cliënten in de Brijder-kliniek hun behandeling laten ondersteunen met homeopathische geneesmiddelen. Deze worden hen verstrekt door Frans Kusse, een arts die is verbonden aan het Homeopathisch Artsencentrum Amsterdam. Na een proefperiode van een half jaar werd op basis van de positieve resultaten besloten het experiment voort te zetten. Maar daarvoor is wel een uitstekende samenwerking nodig tussen therapeut, homeopathisch arts en cliënt. Dit bijdrage was al gepubliceerd in »De Uitbrijder«, januari 2001.

Homeopathie

Homeopathie is een vorm van geneeskunde waarbij met een passend medicament een genezingsproces wordt gestimuleerd, zowel op lichamelijk als op mentaal/emotioneel gebied. Bij de behandeling wordt gebruik gemaakt van het zelfherstellend vermogen van de mens. De gebruikte geneesmiddelen zijn vrijwel altijd afkomstig uit de natuur. Planten, mineralen en dieren leveren de ingrediënten. De bereidingswijze – het geneesmiddel ontstaat door het verdunnen en schudden van de uitgangsstof (dit proces noemt men potentiëren) – zorgt ervoor dat er geen chemische interactie kan ontstaan met eventuele andere medicatie.

Bij de behandeling met hulp van homeopathie wordt gebruik gemaakt van het zelfherstellend vermogen van de mens.

Een experiment

Op de afdeling deeltijdbehandeling van de Brijder-kliniek in Alkmaar werd al gewerkt met Bach-bloesem-therapie. In veel opzichten lijkt deze therapie op homeopathie. Homeopathie werkt echter dieper door, zowel mentaal/emotioneel als lichamelijk. Bach-bloesems werken milder, zijn meer geschikt voor zelfmedicatie en bij uitstek geschikt voor emotionele problemen.

Medewerkers van de afdeling waren nieuwsgierig of homeopathie een bijdrage zou kunnen leveren aan de behandeling van verslaafde mensen. Ze stelden een proefperiode van een half jaar voor. De behandelcoördinatoren van alle afdelingen konden cliënten doorverwijzen.

Homeopathie biedt de mogelijkheid om in acute situaties verlichting te bieden en zou daarom de detoxificatie kunnen ondersteunen. Volgens Kusse ligt de grote kracht echter in de behandeling van chronische aandoeningen zowel op lichamelijk als op geestelijk gebied. Daarom werd ervoor gekozen de behandeling vooral aan te bieden aan mensen die de detoxfase achter de rug hebben en zich bewust zijn ge-

worden van de onderliggende problemen. Voor een succesvolle homeopathische behandeling is enige introspectie namelijk een voorwaarde.

Blokkades zijn mogelijk

De aangemelde cliënten werd een anamnese afgenomen van een uur, waarbij alle factoren die tot de verslaving hadden geleid en de belangrijkste lichamelijke en geestelijke symptomen aan de orde kwamen. Kusse: »Op basis van het totaalbeeld schreef ik een homeopatisch geneesmiddel voor. De informatie van de behandelcoördinator speelde hierbij een belangrijke rol.« Bij de keuze van het geneesmiddel werd vooral gekeken naar mogelijke blokkades die genezing in de weg staan. De cliënten werden na vier tot acht weken teruggezien voor een consult van een half uur om het effect van het geneesmiddel te evalueren.

Hierna werd, in samenspraak met de betreffende behandelcoördinator, besloten de medicatie al dan niet aan te passen. Er werden in de proefperiode 13 cliënten behandeld.

Success ook bij persoonlijkheidsstoornissen

Na een half jaar evalueerde Kusse met de cliënten en de behandelcoördinatoren de behandeling. De cliënten kregen een vragenlijst voorgelegd over hun ervaringen met de behandeling. Tien van hen vulden de lijst in, de andere drie hebben de afdeling deeltijd voortijdig verlaten. Alle tien waren zonder meer positief over de homeopathische behandeling, ook al stonden enkelen er aanvankelijk sceptisch tegenover. Hun eigen beoordeling kwam volledig overeen met de beoordeling van Kusse en de behandelcoördinatoren.

Resultaat behandeling	Aantal cliënten
Gestaakt	3
Twijfel	1
Voldoende	1
Goed	6
Uitstekend	2
Totaal	13

Behandelcoördinator Wilma Bakker: »Bij de zes cliënten die 'goed' scoorden ging het om mensen met een karakterneurotische structuur dan wel een persoonlijkheidsstoornis. Bij hen heeft de homeopathie ertoe bijgedragen dat er meer mogelijkheden kwamen om hen te behandelen. Hun psychische afweer werd de eerste week wel sterker. Dat is gebruikelijk in de homeopathische behandeling. Daarna werd het steeds minder en werden de klachten bespreekbaar.«

»Eén cliënt die 'uitstekend' scoorde had een ernstige karakterneurose met heftige seksuele en agressieve dwanggedachten. Zijn symptomen

verergerden aanvankelijk zodanig dat hij terugviel in middelengebruik, maar na een week waren de dwanghandelingen voorgoed verdwenen.«

»De ander had een ernstige persoonlijkheidsstoornis met antisociale trekken. Hij was meerdere malen voor behandeling afgewezen. Door de homeopathische behandeling kwam zijn angst naar boven en werd hij een tijd lang zeer angstig. Hij kon het

echter verdragen, werd aanspreekbaar en zijn behoefte om middelen te gebruiken werd minder.«

Zelfinzicht is noodzakelijk

De resultaten van het experiment in de Brijder-kliniek komen overeen met die in diverse homeopathische artspraktijken in Nederland. Bij 60 tot 70 procent van de chronische patiënten treedt een verbetering op. Hetzelfde beeld was te zien in het tweede half jaar van het Brijder-experiment. 7 van de 10 nieuwe cliënten reageerden 'goed' of 'uitstekend' op de behandeling.

Kusse: »De problematiek van de Brijder-clients is zwaarder dan van de doorsnee-patiënt in mijn Amsterdamse praktijk. Er is altijd sprake van een of meerdere ernstige psychische trauma's in de voorgeschiedenis, meestal in de vroegste jeugd. De cliënten die goed reageerden, beschikken allen over een sterke motivatie om aan zichzelf te werken en over een zekere mate van zelfinzicht. Bovendien gaven de rapporten van de coördinatoren al een behoorlijk beeld van de betreffende persoonlijkheid en zijn of haar afweermechanismen. Dit is nodig om een passend geneesmiddel te vinden.«

De behandeling met homeopathische middelen in de Brijder-kliniek is niet langer experimenteel. De bevredigende resultaten van ook de tweede evaluatie waren voldoende reden om er mee door te gaan. Kusse komt nu eens in de twee weken een dagdeel naar de kliniek om cliënten te zien en ze te bespreken met de aanwezige behandelcoördinatoren

Draagkracht en inzicht

Homeopathie kan meehelpen om traumatische gebeurtenissen, die mogelijk tot verslaving hebben geleid, te verwerken. Een homeopathische behandeling kan echter ook psychische reacties veroorzaken. Kusse vindt daarom dat de cliënt voldoende draagkracht en enig inzicht in zijn onderliggende problematiek moet hebben om een homeopathische behandeling te laten slagen.

Bij de keuze van het juiste geneesmiddel zijn, naast de lichamelijke symptomen, de persoonlijkheidskenmerken van de cliënt van groot belang. Kusse: »We proberen eerst inzicht te krijgen in de psychische reactiepatronen van de cliënt. Daarom zijn motivatie en bereidheid tot zelfreflexie zo belangrijk.«

De resultaten van de evaluatie stemmen alle partijen tevreden. Het is gebleken dat homeopathische geneesmiddelen op voorschrift van een homeopatisch arts een ondersteuning kunnen zijn bij de behandeling van verslaafden. Het kan de mogelijkheden voor behandeling vergroten en de homeopathische anamnese kan bijdragen aan een dieper inzicht in de psychische reactiepatronen.

De bevredigende resultaten van ook de tweede evaluatie waren voldoende reden om er mee door te gaan.

Brijder Stichting
Postbus 414
1800 AK Alkmaar
☎ 0 72-5 27 28 00
📠 0 72-5 15 49 71

Een nieuwe rubriek in BINAD-INFO

Onder de titel »podium« publiceert de redactie van BINAD-INFO in deze uitgave 2 bijdragen. Zij geven vanuit de positie van de auteurs hun mening weer over de ontwikkeling en de perspectieven van de verslavingszorg. Daarbij is er – vanuit hun optiek – sprake van duidelijk verschillende uitgangspunten. Deze kunnen vanuit de eigen zienswijze bediscussieerd, bekritiseerd of bevestigd worden.

Graag willen we u animeren om uw mening over deze bijdragen te geven, zelf een analyse of visie te formuleren en deze te presenteren aan de lezers van BINAD-INFO. Misschien kan al in het volgende INFO een ingezonden stuk van een lezer gepubliceerd worden?!

Over de auteurs en hun bijdragen:

Prof. dr. Wolfgang Heckmann doceert en onderzoekt sinds 1993 aan de Fachhochschule Magdeburg. Hij is niet weg te denken uit de Duitse verslavings- en drugs-wereld en trekt op blz. 61 conclusies uit therapieconcepten tegen de achtergrond van het »hoop-principe«. Voorts staat hij ook stil bij de toekomst van deze concepten: is er een toekomst of zijn het »overjarige modellen«?

dr. Heckmann maakt de balans op, in het bewustzijn dat de drugsvrije therapie de »via regia« van de drugshulp is – hoewel hij ook het recht van bestaan van niet op drugsvrijheid georiënteerde concepten ziet. Bij dit alles kritiseert hij wel degelijk de vorm van deze therapieconcepten: ze omvatten niet alle levensterreinen van de verslaafden, de cliënten. De bijdrage is gebaseerd op een lezing van prof. dr. Heckmann, die hij gehouden heeft op een Duitse conferentie op 5 mei 2000. Het tijdschrift »KONTUREN« publiceerde de tekst in het nummer 6/2000. De volledige tekst kan worden aangevraagd bij de auteur of via BINAD.

Dr. Wolfgang Schneider, de directeur van de drugshulp- en -onderzoeksinstituut INDRO e.V. te Münster, is bekend door zijn accepterende drughulpverlening. Hij maakt op blz. 70 de »balans van de op acceptatie gerichte drughulpverlening« op en wil met zijn »ketterse uitspraken« bewust irriteren. Het gedeelte van de tekst, waarin dr. Schneider de »productie van cliënten« beschrijft en bekritiseert kon niet worden opgenomen vanwege plaatsgebrek. Verantwoordelijk voor dit fenomeen is volgens hem de grondgedachte dat drugsverslaving een ziekte is. De reacties van het hulpcircuït die hieruit voortkomen leiden ertoe dat drugsconsumenten en -verslaafden tot onmondige objecten gedegradeerd worden. De op acceptatie gerichte concepten gaan weliswaar van een andere premisse uit en zien wel het recht op zelfbestemming van de gedupeerden – maar ook dit wordt weer uitgebuit, zo luidt zijn kritiek.

De onverkorte originele versie van de in dit nummer afgedrukte tekst is verkrijgbaar bij de auteur of via BINAD. De originele versie werd zowel in »Sozial extra« alsook in de »Wiener Zeitschrift für Suchtforschung« van juni 2001 gepubliceerd.

Een nieuwe rubriek in BINAD-INFO, die uitdaagt om te reageren.

prof. dr. Wolfgang Heckmann

Therapieconcepten: overjarig of toekomstmodellen?

Wanneer we serieus beginnen in de toekomst te kijken doen we er goed aan eerst eens te bezien wat in het verleden succesvol was en daarom bewaard dient te worden. Wat hebben we dus geleerd, sinds we (psycho- en sociaal-)therapeutische concepten voor de omgang met consumenten van illegale drugs opwierpen tegen de sinds de jaren '60 heersende repressieve en berustende strategieën?

De lessen van drie decennia drughulpverlening zijn eigenlijk eenvoudig:

1. Sommige mensen zijn in staat om met drugs om te gaan.

Dat is een waarheid die voor ons therapeuten niet erg aangenaam is. Natuurlijk verschilt dit van drug tot drug. Met alcohol b.v. kunnen beslist meer mensen omgaan dan met nicotine – en met cannabis b.v. meer dan met heroïne. Bij iedere drug zijn er mensen die geciviliseerd kunnen consumeren, vrijwel nooit overgaan tot bovenmatige consumptie en niet verslaafd raken. Voor deze mensen zijn wij, is de drughulpverlening niet verantwoordelijk.

2. Veel mensen kunnen niet omgaan met drugs

In dit geval zijn er niet veel opties. Natuurlijk is het mogelijk om terug te keren van misbruik naar gebruik van drugs. Dat proberen ook veel mensen die merken dat ze de controle verliezen. Maar er is maar één veilige weg: wie met een bepaalde drug niet kan omgaan moet er van afblijven. Dit inzicht is pijnlijk en er is veel wat dat in de weg staat. Maar wie dit inzicht éénmaal heeft, weet meteen wat er gedaan moet worden.

3. De meeste mensen die drugs consumeren rekenen zich tot categorie 1

Verreweg het grootste gedeelte van onze cliënten is in een gevecht verwickeld met zichzelf, met de familie, met justitie, met ons, maar vooral steeds weer met zichzelf tegen het inzicht dat men zou kunnen horen bij categorie 2. Zelfs na de capitulatie voor de drug, zelfs na de ineenstorting, na detox en ontwenning komt het idee weer boven drijven dat men het toch nog eens met zichzelf zou kunnen proberen. De terugval is zelden een harde en bedwelmende gebeurtenis, maar een sluipend proces, dat gepaard gaat met de illusie dat men bij machte is incidenteel en gematigd met het middel om te gaan en er morgen weer van af te blijven.

Er is maar één veilige weg: wie met een bepaalde drug niet kan omgaan moet er van afblijven.



4. Er zijn veel mensen die zich zelf kunnen bevrijden van de verslaving.

Ook weer een onaangename waarheid voor geëngageerde helpers: spontane re-missies, maturing-out komt werkelijk voor – en dat niet eens zo zelden. Het is bijna niet mogelijk om schattingen tegen te spreken dat er net zo veel mensen zonder therapie clean of droog worden als met professionele hulp. Wanneer men dit nauwkeuriger bekijkt kan men ook in het proces van afstand nemen van de drug quasi-therapeutische processen en sociale ondersteuning, goede en pedagogisch be-gaafde vrienden, onverwachte positieve perspectieven en materiële prikkels vinden. Maar toch is het zo: niet alle verslaafden hebben de drughulpverlening nodig.

5. Maar: heel veel drugsconsumenten hebben hulp nodig voor de zelfhulp.

De aanleiding voor het stoppen komt noch bij de spontane-genezers noch bij die-genen die zijn aangewezen op hulp zo maar uit de lucht vallen of vanuit zichzelf. De methoden van de Baron van Münchhausen staan aan de verslaafden niet ter be-schikking. In het traject van het idee tot de daadwerkelijke verandering van het ge-drag is permanente hulp noodzakelijk: hulp van familieleden, van vrijwilligers in zelfhul-pgroepen, van sociale, psychologische en medische inrichtingen, die geenszins ge-specialiseerd zijn maar wel op het juiste tijdstip in actie moeten komen.

6. Hulp om te leren voor zichzelf te zorgen kan en moet in sommige gevallen professioneel zijn.

Er blijven een aantal mensen over die hulp van professionals nodig hebben. En het zijn er zoveel dat deze niet bang hoeven te zijn voor hun bestaan. Het risico is nu en op lange termijn nog steeds dat er te weinig zijn om het grote aantal mensen met een zo complex en dramatisch ziekteverloop te behandelen omdat ze zonder pro-fessionele diagnose, therapie en rehabilitatie zichzelf niet weer kunnen hervinden. Hier-bij valt te denken aan sterke verwaarlozing, aan vereenzaming, aan dubbele dia-gnoses, aan meervoudige schade, aan degenen die verlaten en opgegeven zijn. Pro-fessionele hulp mag niet opgeven en niet uitsluiten.

Tot zover iets over de eenvoudige waarheden uit 30 jaar therapeutische ervaring met drugs- en in het bijzonder opiaatverslaafden. Maar hebben zulke simpele inzichten nog wel toekomst? Gaat niet veeleer het concept op van diegenen die de angst voor de illegale stoffen gebruiken om ermee te pralen en op te roepen tot buitengewone en radicale maatregelen? Komt uit de mystificatie van het drugsgebruik niet een mystificatie van de drughulpverlening en het drugsbeleid voort?

Therapie mag niet worden verward met management. In vele verhandelingen over het »drugsprobleem« staat een stedelijke of regionale omgang met crises op de vo-orgrond. De begrijpelijke wens om drugsconsumptie tot een »managable problem«

te maken leidt tot globale kant-en-klare oplossingen, die op het eerste gezicht ook overtuigen. Bij drugs en bij de omgang met misbruik van drugs en met verslaafden is vaak sprake van een dilemma: hulp is weliswaar mogelijk, maar lijkt te omslach-tig, te ingewikkeld, te duur, te vermoeiend, te moeilijk inpasbaar, te weinig gest-roomlijnd dus eigenlijk. Het drugsprobleem heeft net als later het aids-probleem de ingesleten gewoonten van onze schijnbaar perfecte medisch verzorgingssysteem door elkaar gegooid en schreeuwt naar vernieuwingen. De eerste reactie in de jaren '60 en '70 van de Bundesärztekammer (Federale kamer van artsen) luidde: kliniek of niet mee bezig houden. Met andere woorden: wie in de praktijk een drugscon-su-ment tegenkwam moest hem meteen doorverwijzen naar het ziekenhuis, naar de kli-nische behandeling dus, of zich niet met hem inlaten, hem eigenlijk afwijzen.

Vandaag de dag zien we een re-medicinalisering, dus een grote belangstelling van de artsen om zich ook met dit »schorem« bezig te houden. De motor van deze ont-wikkeling waren vermoedelijk ten eerste de »artsen-vloed« in de jaren '90, ten tweede de toegenomen acceptatie van medische antwoorden op de drugsellende – zoals programma's met substituten en originele middelen. Deze volgen het natuurweten-schappelijke principe »Hier is het symptoom, daar het medicijn«. Deze programma's sparen de moeite om dieper te graven. De ontdekking van synapsen die voor het proces van de verslaving belangrijk zouden kunnen zijn, het isoleren van bood-schapper-stoffen die wanneer ze maar op tijd worden opgevuld het ontwenning-sproces tot een fluitje van een cent maken – en niet in de laatste plaats het op de markt brengen van zulke inzichten als doorbraak bij de »oplossing« van het drugs-probleem – wekken verwachtingen in een medische wetenschap, die in werkelijkheid al lang en volledig gefaald heeft bij de behandeling van de oorzaken van ver-slaving.

Eén- of meerdimensionale strategieën: wie of wat helpt werkelijk?

De ééndimensionale oplossingen zijn de ene keer meer, de ander keer weer minder in de mode en blijven al decennialang dezelfde: gedwongen therapie, verstrekken van drugs(-substituten), legalisering van enkele of alle drugs. In principe is het zo dat ééndimensionale oplossingen politici en zogenaamde experts helpen om op zich te attenderen; de verslaafden hebben er echter weinig baat bij. Voorbeelden voor zulke ééndimensionaal georiënteerde drugs-discussies zijn de »war on drugs« (voorma-lige bondsregering) of het »verstrekken van drugs« (huidige bondsregering). Het thema drugsbeleid is een dankbaar thema om met weinig moeite de aandacht in de open-baarheid te trekken. Men hoeft maar aan enkele eisen tegemoet te komen, die de voormalige bondsregering categorisch afgewezen heeft. Voor een progressief imago is het zelfs al voldoende om aan te kondigen dat men deze kant op wil. Het op be-

Vandaag de dag zien we een re-medicinalisering, dus een grote belangstelling van de artsen om zich ook met dit »schorem« bezig te houden.

In het traject van het idee tot de daadwerkelijke verandering van het gedrag is permanente hulp noodzakelijk.



rusting stoelende concept heroïne aan heroïneverslaafden te verstrekken, zo nu en dan ook wel eufemistisch aangeduid wordt met de term »substitutie met originele middelen«, is met name geliefd bij de groene politici, net als het idee van de door de overheid goedgekeurde »shooting galleries« of »spuit-huisjes«, in Duitsland graag eufemistisch aangeduid met »gezondheidsruimtes«. Wat is er gezond aan ziekte?

In Duitsland blijft het dus een schandaal van de eerste orde in het beleid van de gezondheidszorg dat maar 2 - 5% van de personen die een behandeling nodig hebben serieus en effectief worden behandeld.

In Duitsland blijft het dus een schandaal van de eerste orde in het beleid van de gezondheidszorg dat maar 2 - 5% van de personen die een behandeling nodig hebben serieus en effectief worden behandeld. Alle anderen blijven hangen op een wachtlijst, in bureaucratische doolhoven, in niet-aandacht, in het stigma dat motivatie onmogelijk is en in de valstrikken van de repressie. Het nieuwe symbolische beleid van heroïneverstrekking en de gezondheidsruimtes heeft behalve voor de politici weinig nut, als ze überhaupt al nut heeft.

De meerdimensionale strategieën hebben zich verder ontwikkeld in de internationale discussies daarover. Momenteel omvatten ze vier aspecten: demand reduction, supply reduction, risk reduction, harm reduction. In plaats van de verlokking eenvoudige ééndimensionale oplossingen blijft er een gecombineerde strategie over die bestaat uit: reductie van de vraag, reductie van het aanbod, reductie van de risico's, reductie van nood en ellende.

De twee – vroeger uitsluitend gebruikte – begrippen »supply reduction« en »demand reduction« karakteriseerden de praktijken in het grijze circuit eigenlijk wel goed. Er waren echter twee nadelen in deze discussie te zien: enerzijds was het decennialang uiterst moeilijk voor de regeringen over de hele wereld om in te zien dat het terugbrengen van de vraag bereikt moet worden door een investering in onderwijs, begeleiding en behandeling. Anderzijds werd bij de controverse over de reductie van het aanbod en de vraag te weinig gekeken naar extra effecten, zoals grotere risico's voor de gezondheid en meer verpaupering door drugsgebruik. Daarom is het al een grote verdienste van de activiteiten dat ze zich gehoor verschaft hebben door met behulp van spectaculaire methoden als gezondheidsruimtes te eisen dat de risico's en de ellende teruggebracht moeten worden. Maar het is ook een verdienste van de internationale discussie, die wordt gevoerd onder verantwoordelijkheid van organisaties als de WHO (Wereld-gezondheidsorganisatie) en het ICAA (Internationale raad tegen alcohol en verslavingen), dat een begrijpelijke strategie werd ontwikkeld, die alle belangrijke aspecten integreert en nu niet de tegenovergestelde fout maakt alleen nog maar te vertrouwen op harm en risk reduction. Dit heeft op deze basis geleid tot de wereldwijd door serieuze vakmensen geadviseerde viersporen-strategie.

Wel moeten er nog enkele misverstanden uit de weg worden geruimd en terminologie worden vastgelegd, want ideologische zienswijzen en heilsleren vernauwen de blik op een omvattende strategische oriëntatie.

Waarschijnlijk is een strategie voor de omgang met de gevaren van drugsverslaving in de toekomst alleen dan mogelijk wanneer een vierdimensionale strategie wordt gevolgd, waarin de verschillende zienswijzen harmonisch geïntegreerd zijn. Sterker nog: die toekomst zal alleen mogelijk zijn wanneer men voor strategische verbreding open blijft. Dit is pretentius en de menselijke neiging om voor complexe problemen eenvoudige oplossingen te zoeken staat de realisatie daarvan in de weg. Het feit dat deze wens vooral ook in de dagelijkse politiek steeds weer het beleid bepaalt vraagt een geduldige houding van ons, maar ook een hardnekkige propaganda bij de verantwoordelijke politici.

Meerdimensionale doelen van de therapie

De doelen van de therapie voor verslaafden kunnen eveneens niet ééndimensionaal (bijvoorbeeld op abstinentie gericht) zijn. In de TG's zijn deze doelen op uiteenlopende manieren gericht op het verder kunnen leven. Dit kan worden vertaald naar gedifferentieerde subdoelen als het kunnen werken, liefhebben, communiceren, clean zijn, en genieten. Aan het laatste wordt helaas te weinig aandacht besteed en het is in de therapeutische instellingen niet zelden te zien dat de medewerkers soms zelf moeite hebben om te genieten. Anderzijds kan men ook voor wat betreft het therapeutische klimaat duidelijke verschillen zien tussen instellingen waarin wantrouwen heerst ten opzichte van alle vormen van lust en genot en instellingen waarin bewust positieve en genotvolle alternatieven voor het drugsgebruik worden gehanteerd. De TG heeft op dit vlak in principe meer te bieden dan een regime dat meer gericht is op behandeling, reparatie en aanpassing. Dit omdat ze zelf vanaf het begin een tegenontwerp van de maatschappij is, waarin minder concurrentie maar meer sociale ondersteuning en zelfverwezenlijking mogelijk is.

De omgang met de liefde lijkt op die met genot, men staat er vaak wantrouwend tegenover. Omdat alles wat samenhangt met de liefde zo moeilijk is en omdat zij het therapeutische proces in alle gevallen stoort, verliezen wij het subdoel het kunnen liefhebben vaak maar al te gemakkelijk uit het oog. Hoewel wij bij de meeste cliënten weten dat ze problemen met relaties hebben en hoewel men in de TG ook het ontwikkelen en opbouwen van relaties bevordert, doen we naar mijn mening toch nog steeds veel te weinig om de specifieke partner-problematiek en een bevredigend liefdesleven te accepteren als onderdeel van de therapeutische taak.

Men kan zeker nog andere subdoelen noemen die worden nagestreefd in de afzonderlijke instellingen – en deze extra doelen bepalen ook meestal het eigen karakter van de desbetreffende therapie. Op deze plaats wil ik graag nog enkele doelen vermelden, die vaak niet speciaal worden genoemd, maar die ik wel bijzonder belangrijk vind. Dit zijn het kunnen houden van de naaste, het kunnen dromen, het kunnen openstaan voor transcendentie. Het is te zien en te voelen dat er een heel groot

De doelen van de therapie voor verslaafden kunnen eveneens niet ééndimensionaal op abstinentie gericht zijn.



toekomstperspectief bestaat door de bewustwording van dergelijke doelen en het propagereen daarvan.

Koninklijke weg drugsvrije therapie: is de abstinentie-gerichtheid een achterhaald model?

De huidige openlijke discussie is gebaseerd op ongenueanceerde beweringen als »Falen van het traditionele drugsbeleid«, »Er bestaat geen koninklijke weg« etc. Dat ze wel geschikt zijn voor de toekomst tonen nu juist instellingen die in het verleden veel mensen een (drugsvrije) toekomst gewezen hebben.

Het zou heel interessant zijn om het afzonderlijke nationale en regionale drugsbeleid te onderzoeken en het falen daarvan werkelijk nauwkeurig wetenschappelijk te bekijken: welke doelstellingen zijn er? Welke middelen werden ingezet? Welke effecten waren/zijn er? De Europese drugsobservatiepost in Lissabon is begonnen met een onderzoek, dat al veel eerder had moeten worden uitgevoerd, naar de investeringen van Europese landen in het drugsbeleid: hoeveel kost de repressie, hoeveel de primaire preventie, hoeveel de rehabilitatie? Zulke gedetailleerde onderzoeken bestaan tot dusver alleen in de USA, Nederland en Zwitserland. Ze komen tot de eensluidende conclusie dat in deze landen bovenmatig geïnvesteerd wordt in repressie. We zijn benieuwd naar de resultaten van de vergelijking tussen het beleid van de Europese landen.

Nu echter naar de »koninklijke weg«: Zwitserse collega's geven toe dat abstinentie de beste bescherming biedt voor mensen die neigen naar verslavend gedrag. Ze kunnen onze Duitse grondigheid – de koninklijke weg te laten vallen door te wijzen op het verstrekken van substituten en originele drugs – niet begrijpen. De koninklijke weg is voor mij de drugsvrije therapie. Dat is de beste manier voor een verslaafde. Ik heb besloten desnoods de laatste deskundige in Duitsland te zijn die nog durft te zeggen: er bestaat een koninklijke weg voor mensen die niet kunnen omgaan met drugs, namelijk helemaal van drugs af te blijven.

Er bestaan namelijk naast de koninklijke weg ook nog andere wegen. De koninklijke weg is, wanneer het begrip letterlijk wordt genomen, een synoniem voor de hoogste kwaliteit, omdat de koningen die wegen hebben aangelegd die het veiligst naar het doel leiden. Er zijn ook wegen van de tweede en derde orde (bijvoorbeeld voor edellieden, burgers, boeren en bedelaars) en die zijn allemaal meer of minder comfortabel en verschillend uitgevoerd. De koninklijke weg echter, heeft de koning voor zichzelf bestemd. Democratie zou zijn de koninklijke weg voor eenieder te openen, democratie zou zijn wanneer de bedelaars geen genoegen zouden hoeven te ne-

men met het almoes methadon, wanneer boeren en burgers ook een gemakkelijke toegang tot de koninklijke weg zouden krijgen. Maar omdat over deze weg nu juist overal denigrerend wordt gesproken, zou men kunnen veronderstellen dat dit een achterhaald model is. Er zijn enkele tekens die daar helaas op wijzen.

Indicatoren voor het »Achterhaalde model koninklijke weg«

De complexiteit van het fenomeen verslaving krijgt tegenwoordig nauwelijks aandacht. Als indicator hiervoor zou ik graag willen citeren uit een congresprogramma, waarin o.a. een bijdrage met de titel »Wat leidt tot extra consumptie in programma's waarin heroïne verstrekt wordt?« aangekondigd werd. De vraag wordt gesteld alsof het hier om een secundair thema gaat, dat nu ook nog even moet worden onderzocht en dan te managen is. In werkelijkheid echter is het hele dilemma van de strategie drugs te verstrekken te zien aan het vanaf het begin van de heroïne-experimenten in Zürich bekende verschijnsel, dat legaal met heroïne verzorgde verslaafden zich plotseling illegaal gaan voorzien van cocaïne: deze strategie richt zich duidelijk niet op mensen met een insulinegebrek die inzicht hebben in de diabetes, maar op mensen met gewoonten en houdingen die heel sterk gekenmerkt zijn door deviatie en een verlangen dat niet door een middel te bevredigen is. Het ook legaal gaan verstrekken van cocaïne, dat zo nu en dan door collega's uit Zürich geëist wordt, zou daaraan niets veranderen.

De kas schijnt leeg te zijn, de financierbaarheid van de koninklijke weg en ook van andere wegen komt in gevaar. Gouden tijden voor de verslavingstherapie hebben nooit bestaan, maar meestal alleen een aanbod voor enkelen van de personen die objectief behoefte hadden aan therapie. Maar door te wijzen op het overal aanwezige therapie-pessimisme kan nog gemakkelijker dan vroeger een aanvraag van gedupeerden worden getraineed of een aanbod voor een nieuwe instelling worden afgewezen. Een indicator hiervoor is het feit dat de federale middelen voor de financiering van modellen, die de ontwikkeling van de drughulpverlening in de Bondsrepubliek begeleid hebben, helemaal niet meer vloeien. Na de volmondig beloofde experimenten met het verstrekken van originele drugs blijft niets over voor dringend noodzakelijke andere plannen voor de secundaire preventie.

De acceptatie van het nieuwe symbolische beleid bestaat nog. Het concept van de nieuwe regering gaat tot dusver op, omdat eindelijk een koersverandering verwacht werd na de lange periode met conservatieve geluiden uit het Ministerie van Binnenlandse zaken. Sommige deskundigen waren al blij dat er überhaupt iets verandert. Anderen vinden het nieuwe beleid met de liberale geste zelfs al een doorbraak. Ook de omgeving van de verslaafden is niet ontevreden over de nieuwe voorstellen, som-

Het is een bekend gegeven uit Zürich dat cliënten die heroïne verstrekt krijgen, illegaal cocaïne bijgebruiken.

»Ik heb besloten desnoods de laatste deskundige in Duitsland te zijn die nog durft te zeggen: er bestaat een koninklijke weg voor mensen die niet kunnen omgaan met drugs, namelijk helemaal van drugs af te blijven.«



mige ouders hopen zelfs dat hun verslaafde kind in het heroïneprogramma terecht komt, dat op het eerste gezicht hoop geeft op iets meer rust in de relaties.

De verschillen tussen middel-oriëntatie en abstinentie-oriëntatie kunnen aan het publiek buiten de vakkringen nauwelijks worden verklaard. De propaganda loopt met bijval van de media op hoge toeren en laat weinig ruimte voor genuanceerde geluiden. De medewerkers in laagdrempelige en ambulante instellingen zijn terughoudend of kijken half geïnteresseerd naar het nieuwe budget voor heroïne-experimenten, half angstig naar het budget voor de traditionele taken, waarop bezuinigd wordt. Alleen in de TG's, waar de humanistische psychologie zijn sporen in de hoofden en handen achtergelaten heeft en waar men ook bij verslaafde mensen nog steeds uitgaat van positieve ontwikkelingsmogelijkheden en daarom strategieën die berusten in het lot niet toelaten, ook niet bij wijze van uitzondering, is de houding van de meeste medewerkers duidelijk.

Gedraag je goed, dan krijg je een ijsje.

Het lijkt erop dat de »Olà-pedagogiek« een renaissance beleeft: gedraag je goed, dan krijg je een ijsje. Na de heftige pedagogische discussies in de jaren '70 was het aannemelijk dat zulke methoden misschien nog behouden gebleven waren in enkele reservaten voor onmoderne ouders. In de drughulpverlening dacht men dat de iets hoger ontwikkelde pedagogische vormen, zoals leren aan de hand van een model en het werken aan de relaties een vaste plaats hadden veroverd. Als indicator voor de terugkeer naar de »Olà-pedagogiek« in de drughulpverlening kan het voorbeeld Bern worden aangevoerd. Daar kwam in de praktijk van heroïneverstrekking de vraag op wat men zou kunnen doen wanneer de cliënten zich niet zouden houden aan het strenge behandelings-regime. Men kwam op het idee de onwillige verslaafden op die dagen »alleen« methadon te geven en niet de gewenste en beloofde heroïne.

Het principe hoop blijft bestaan

De hierboven genoemde indicatoren voor het feit dat we ons op de weg terug bevinden, moeten ons de toekomst duidelijker doen zien:

We moeten er realistisch van uit gaan dat de tijden voor op abstinentie georiënteerde maatregelen nog moeilijker worden. Tekens die hierop wijzen zijn er genoeg in Nederland en Zwitserland, maar ook al in de oostelijke deelstaten.

We moeten rekenen op een sterkere biologisering van het verslavingsprobleem en zodoende op een nog sterkere somatisch georiënteerde behandeling.

Vermoedelijk staan we pas aan het begin van een periode met symbolische politieke daden en in de toekomst zullen we waarschijnlijk zien dat de politiek de boventoon gaat voeren boven de discussie van de deskundigen.

We hoeven er ook niet lang meer op te wachten dat de direct en indirect gedupeerden zich te weer gaan stellen, dat de zelfhulp weer sterker zal worden en de hele ophef ter discussie gesteld zal worden.

Het zal waarschijnlijk iets langer duren totdat de sociale beroepen weer teruggrijpen naar hun kwaliteit en hun echte bijdrage aan de drughulpverlening.

Het principe hoop blijft dus bestaan, dat de algehele bevordering van het mens-zijn als bio-psycho-sociaal wezen ook in de drughulpverlening nog geen achterhaald model is. De alomvattende benaderingswijze van de verslaafde mens dwingt ons te zien dat drugs voor hem een bio-psychische vervanging voor psycho-sociale behoeften zijn en dat het substitueren daarvan met andere bio-psychische oplossingen alleen maar bedrog van het psychische en sociale leven kunnen zijn.

prof. dr. Wolfgang Heckmann

Hochschule Magdeburg-Stendal

Breitscheidstr. 2

39118 Magdeburg

☎ 00 49-3 91-8 86 43 10

☎ 00 49-3 91-8864293

✉ wolfgang.heckmann@sgw.hs-magdeburg.de



Wolfgang Schneider

Balans van de accepterende drughulpverlening

Enkele ketterse opmerkingen over het »stiekeme leerplan« van de drughulpverlening of hoe consumenten van gecriminaliseerde drugs nog steeds tot »cliënten« worden gemaakt.

Een noodzakelijke opmerking vooraf: deze bijdrage is bewust bedoeld om te irriteren!

1. Uitgangssituatie

In het verleden is gebleken dat uitsluitend op abstinentie georiënteerde concepten van het drugsbeleid en de drughulpverlening in de Bondsrepubliek Duitsland ineffectief zijn. De drughulpverlening en het drugsbeleid bevinden zich sinds het einde van de jaren tachtig in een overgangsfase. Als voorbeeld hiervoor kan de methadondiscussie worden genoemd. Deze overgang van een uitsluitend op abstinentie gerichte drugshulp naar een aangepast en op behoeften gerichte hulpverlening werd veroorzaakt door verschillende factoren: ten eerste moet hier de kennelijk geringe actieradius van het hoogdrempelige en op abstinentie gerichte drugsdrughulpverleningssysteem worden genoemd. Ten tweede werd men »gedwongen« nieuwe wegen in te slaan door het van jaar tot jaar stijgende aantal sterfgevallen – meestal veroorzaakt door de uitwerkingen van de criminalisering van de consument en de middelen -, de toenemende lichamelijke en sociale verpaupering van dwangmatige en excessieve drugsgebruikers in de open drugsscènes en de steeds verder oplopende secundaire kosten voor de maatschappij (verwervingscriminaliteit etc.) vanwege de illegaliteit. De sterke verbreiding van de HIV- en hepatitis-C infecties en de opkomst van de immuunzwakte AIDS onder spuitende drugsconsumenten leidde er bovendien toe dat nieuwe wegen op het terrein van de secundaire preventie ingeslagen werden. Ook de Duitse wetgever is een stuk deze kant op gegaan: in 1992 werd een opportuniteitsvoorschrift ingevoerd (§ 31a BtMG), dat regelt dat een zaak door het openbaar ministerie kan worden geseponeerd wanneer het om kleine hoeveelheden voor eigen gebruik gaat. Een behandeling met substituten is echter nog steeds alleen in individuele gevallen toelaatbaar op grond van een medische indicatie en on-

der strenge controle van een arts. Maar de zogenaamde »Ultima-Ratio-clausule« (AUB-richtlijnen van 1999) bestaat nog steeds. Daarenboven geldt volgens de veranderingen in de Duitse opiumwet van 6-7-1992 het verstrekken of ruilen van steriele wegwerpspuiten niet meer als het gelegenheid geven tot »onbevoegd« gebruik, maar dient voor de medische preventie. Verder werd het recht tot het weigeren van getuigenis voor medewerkers van de drugsdrughulpverlening ingevoerd. Er is rechtszekerheid over de wetmatigheid van gebruikersruimten na de invoering van derde wet voor de verandering van de Duitse opiumwet van 28-03-2000 door de invoering van de nieuwe § 10a. Dientengevolge moet er een verordening voor de verschillende deelstaten uitgevaardigd worden, waardoor de exploitatie van gebruikersruimten preciezer geregeld wordt. Gebruikersruimten kunnen worden goedgekeurd door het indienen van een aanvraag. Voorts wordt een heroïnebehandeling, die uitgevoerd wordt met videobewaking, veiligheidsglas, alarminstallaties en een veiligheidsgordel op de plaats van verstrekking, slechts in zes Duitse steden gepland. Deze behandeling is bedoeld voor zogenaamde chronisch meervoudig verslaafden (»CMA«) en wordt uitgevoerd in het kader van een medisch-onderzoek (Start naar het zich laat aanzien begin 2002). Ondanks deze absoluut positieve politieke veranderingen moet er toch een teleurstellende balans worden opgemaakt: In totaal kosten alle maatregelen voor een reductie van het aanbod en de vraag meer dan 16 miljard DM per jaar. Deze maatregelen zijn bedoeld voor slechts ca. 0,25% van de bevolking. Het resultaat: het risico te sterven door het versnijden en aanlengen van drugs die op straat worden verkocht is nog steeds groot; in 2000 stierven in Duitsland 2031 mensen aan de secundaire gevolgen van drugsgebruik; in 1999 werden 20.000 gebruikers geregistreerd die voor het eerst illegale drugs gebruikten; dakloosheid en criminaliteit; ca. 20.000 dwangmatig en excessief gebruikende personen in strafgevangenis; ca. 70% van de consumenten zijn met hepatitis-C besmet; »Junkie-Jogging« in de grote steden, ondanks intensivering van de »drugsoorlog« en »getreiter« van de dealers, die worden gezien als de pure reïncarnatie van het boze; geen beperking van het aanbod van gecriminaliseerde drugs (er werd maar ca. 5% - 10% van de aangeboden hoeveelheid drugs onttrokken aan de illegale markt).

Wat wel bereikt werd: een kwantitatieve toename van gebruikers van gecriminaliseerde drugs, hun sociale degradatie en marginalisatie, criminalisering en vaak ook lichamelijke verpaupering.

In totaal kosten alle maatregelen voor een reductie van het aanbod en de vraag meer dan 16 miljard DM per jaar. Deze maatregelen zijn bedoeld voor slechts ca. 0,25% van de bevolking.



2. Doelstellingen en eisen aan drughulpverlening die op acceptatie gericht is

De basis van drughulpverlening die op acceptatie gericht is, is dat gebruikers van gecriminaliseerde middelen en dwangmatig en excessief gebruikende personen worden gezien als mondige mensen die verantwoording voor zichzelf hebben en over zichzelf kunnen beschikken. Accepterende drughulpverlening is gebaseerd op vrijwilligheid en is zo weinig mogelijk bevoogdend. Drugsgebruikers worden geaccepteerd zoals ze zijn. Het helaas inflationistisch gebruikte begrip laagdrempeligheid betekent daarentegen dat er weinig drempels zijn die de drugsgebruikers afhouden van het aannemen van hulp. Laagdrempeligheid is maar een houding die niet dwingend op abstinentie georiënteerd is. Er wordt afgezien van vaststaande afspraken, cleane status en de demonstratieve voorstelling dat motivatie voor abstinentie of veranderingen een voorwaarde zou zijn om gebruik te mogen maken van het hulpaanbod. In de praktijk kan inmiddels worden vastgesteld dat het aanbod van het accepterende drughulpverlening van contactwinkels en gebruikersruimten (Frankfurt, Hamburg, Saarbrücken, Hannover en binnenkort ook in andere steden) door het aanbieden van safer-use, onmiddellijke medische verzorging rondom de scène (modelprojecten van de zogenaamde drugstherapeutische diensten voor eerste hulp in Noordrijn-Westfalen), programma's voor het inruilen van spuiten en streetwork tot laagdrempelige slaapplekken enz. ook die drugsgebruikers kon bereiken die tot dusver niet konden worden bereikt door het uitsluitend op abstinentie georiënteerde netwerk van de drughulpverlening.

Er zijn echter zeven eisen waaraan de realisatie van accepterende drughulpverlening moet voldoen:

1. inzicht in de positieve en negatief/schadelijke kanten van psycho-actieve stoffen;
2. gelaten zijn ten aanzien van de dynamische en discontinue ontwikkelingsmogelijkheden, ook bij dwangmatige en excessief gebruikende personen;
3. afzien van het appél het gedrag meteen te veranderen;
4. erkenning van het zelfbeschikkingsrecht van drugsgebruikers met betrekking tot de intensiteit, richting en kwaliteit van de contacten;
5. acceptatie van de drugsgebruiker als subject van hun eigen ontwikkeling (niet tot cliënt maken en niet insinueren dat er sprake is van algemene hulpbehoefte);

6. acceptatie van de drugs-levensstijl, maar niet »verbroederen« of te sterk identificeren en niet ingaan op dramatiserende, meelijwekkende zelfportretten (empowerment-oriëntatie als begeleiding van de ontwikkeling), en het
7. professioneel tot stand brengen van een evenwichtige verhouding tussen nabijheid en afstand (niet instrumentaliseren en op zich nemen van verantwoording).

Deze zeven voorwaarden kunnen worden gezien als »dynamische« kwaliteitsstandaarden, als maatstaven voor de beoordeling van een op een juiste manier opgevatte accepterende drughulpverlening.

Accepterende drughulpverlening heeft de volgende doelstellingen:

- zorgen dat de gebruiker overleeft
- zorgen dat de gebruiker overleeft zonder onomkeerbare beschadigingen
- voorkomen van sociale desintegratie
- lichamelijke en psychosociale stabilisatie
- ondersteuning van gecontroleerd drugsgebruik met eigen verantwoordelijkheid om disfunctionele gebruikswijzen te vermijden
- lange perioden met gecontroleerd drugsgebruik (met of zonder substituu) mogelijk maken en hulp daarbij bieden
- hulp bij het verlaten van de drugs-scène

De ingang »laagdrempeligheid« en de accepterende houding zorgt dus voor een brede reikwijdte van de drughulpverlening. Omdat deze werkmethode echter uitgaat van fundamenteel andere uitgangspunten en doelstellingen dan het nog steeds op repressie georiënteerde drugsbeleid, moet de accepterende drughulpverlening nooit een aanvulling van het aanbod van de klassieke drughulpverlening zijn maar er steeds weer op wijzen dat criminalisering nu juist de echte bescherming van de consument in de weg staat. Echter: ook nu nog worden concepten die risico's en schade verlagen door de bril van de lijdensdruk-theorie gezien als methode die leidt tot verlenging van de verslaving en afgekeurd als »capituleren voor de verslaving«. Voorts bepalen nog steeds diabolische en dramatische scenario's, die het gevolg zijn van drugsmythes, de discussie in publieke en wetenschappelijke kring en ook in de drughulpverlening zelf. Het gebruik van gecriminaliseerde drugs wordt meestal nog als enkele reis naar het hiernamaals gezien, de »zwaar zieke drugsverslaafden« duiken vaak uitsluitend publicitair op als trillende lichamen in de ontwenningkliniek en als verslaafden die nodig behandeld moeten worden of als jaarlijkse telling van lijken.

Accepterende drughulpverlening gaat principieel van andere doelstellingen uit als het nog steeds op repressie gerichte drugsbeleid.



Accepterende drughulpverlening, een intussen integraal deel van de publieke drughulpverlening, richt zich in op de minimalisatie van de lichamelijke, sociale en psychische risico's voor drugsgebruikers (drugs zijn immers toch »op de een of andere manier« altijd schadelijk). Het zou echter beter zijn wanneer men zich in eerste instantie zou richten op het begeleiden en ondersteunen van de vaardigheden om getuend te kunnen gebruiken.

Voor het accepterende drughulpverlening staat verder centraal dat door de opbouw van een ruim hulpaanbod voor drugsgebruikers – en dat lijkt mij wezenlijk – een echte keuzevrijheid qua hulpaanbod geschapen wordt. Drugsgebruikers die lijden onder hun gecriminaliseerde situatie zouden het recht moeten krijgen zelf te beslissen over de meest geschikte weg, met of zonder drugs.

... en de werkelijkheid?

Wij hebben het hier over accepterende drughulpverlening binnen het bestaande systeem van drughulpverlening en -beleid. Een werkelijk accepterende drughulpverlening kan niet bestaan bij het nog steeds geldige beleid van het verbieden van drugs. Accepterende drughulpverlening blijft – geformuleerd als these – onder deze omstandigheden uiteindelijk beperkt tot beheer van de ellende, schminkt de sociale omstandigheden en zorgt door zijn inmiddels al wijd vertakte institutionalisering zelf voor zijn voortbestaan. Drughulpverlening, om het even of hij nu georiënteerd is op abstinentie of op harm-reduction, conserveert de normen van het daaraan ten gronde liggende beleid en hulpverleningscircuit: dit doet denken aan de mythe van Sisyfus.

Accepterende drughulpverlening verstikt momenteel in bureaucrativering, kwaliteitsmanagement-trajecten en juridische verordeningen. Dit was recent weer heel duidelijk te zien bij de wettelijke realisatie van gebruikersruimten en het modelproject van door de overheid gecontroleerde heroïneverstrekking. Acceptatie van drugsgebruikers? Nee, alleen maar nog meer regels voor de controletrajecten van de sociaal-pedagogische, therapeutische en medische machtsuitoefening.

Accepterende drughulpverlening verwordt steeds meer tot een zoveelste steentje in het mozaïek van deze machtsuitoefening. En op wereldwijde drugscongressen, bijeenkomsten en cursussen ontlaadt zich een ware kannonade van zelfportretten van het eigen management, die het doel hebben indruk te maken en opgesmukt zijn met een flinke portie ijdelheid. Daarbij is het toch al lang bekend: het eigenlijke probleem is de criminalisering van de middelen en de drugsprohibitie, die juist de oorzaak is voor het versnijden van drugs, voor de onwaardige levens- en gebruiksomstandigheden, voor de drugsmythes en drugsfobieën en voor de illegaliteit van de drugsmarkt.

Maar: de complexiteit van het hulpcircuit, de internationale wetten, de Amerikaanse drugsoorlog, de therapeutische en sociaal-pedagogische machtsuitoefening met hun onoverzichtelijke arsenaal aan (diagnose-)methoden en de definities scheppende wetenschap staan een verandering van het drugsbeleid in de weg. Het zal dus ondanks het accepterende drughulpverlening niet komen tot een werkelijke accepterende omgang met drugsgebruikers. De zoektocht naar nieuwe middelen, riskante personen en gebieden door monitoring (onderzoek van de trends rondom en in de scène), de uitbreiding en bevordering van belangrijk epidemiologisch, kwantitatief, controle-groepgesteund en groepsgericht multi-centraal onderzoek en de installatie van zogenaamde systemen voor vroegtijdige herkenning zal verder doorgaan, zodat de scène-gerichte interventietroepen snel en projectgericht de risico's of schade kunnen minimaliseren. Onze definitiewoede op dit terrein leidt daarom ook steeds weer tot de »ontdekking« van nieuwe risico's, schade en problemen en daarom ook tot de »ontmaskering« van (zogenaamde) probleemgroepen. Dit »staren naar de risico's« leidt daarom ook tot een groeiende mediale waarneming van deze nieuwe gevaarlijke »sociale problemen«. Wat begon met goede bedoelingen en op acceptatie gericht was, wordt – of we het nu willen of niet – door de logica van het systeem geconserveerd voor het behoud van de functionaliteit van de organisatie. De daarmee samenhangende tendens tot een »cliëntisering« gaat gepaard met nieuwe en dringend noodzakelijke onderzoeksactiviteiten, die juist weer de legitimatie voor de »interventietroepen« leveren. Sisyfus begint weer opnieuw met zijn werk en lijdt weer »succesvol« schipbreuk. Het gebruik van gecriminaliseerde middelen wordt nog steeds met morele maatstaven beoordeeld, therapeutisch, sociaal-pedagogisch en medisch behandeld, juridisch veroordeeld en in heel Europa politiek bestuurd, waarbij soms de moraal zelf veranderd in een verdovend middel. Mensen die gecriminaliseerde middelen gebruiken moeten worden gered, omdat wij redders, die daarbij methodisch te werk gaan, »bewapend« zijn met diagnosecriteria en beveiligd zijn door de moraal en »extra maatregelen«, dit zo willen. Is de »goede« oude accepterende drugshulpverlening niet ook bezig met de ondersteuning voor de productie van de »glazen« drugsconsument, die van top tot teen wordt doorgelicht, van binnen »doorzichtig« en in het openbaar niet meer zichtbaar is? Wordt hij daarmee uiteindelijk niet gekolonialiseerd tot een willig, onder curatele gesteld object van juridische, therapeutische, sociaal-pedagogische en medische maatregelen voor een – op welke wijze dan ook gedefinieerde – sociale integratie via harm-reduction en abstinentie?

Onze definitiewoede op dit terrein leidt daarom ook steeds weer tot de »ontdekking« van nieuwe risico's, schade en problemen en daarom ook tot de »ontmaskering« van (zogenaamde) probleemgroepen.

Een werkelijk accepterende drughulpverlening kan niet bestaan bij het nog steeds geldige beleid van het verbieden van drugs.



3. Besluit en toekomstperspectief

Criminalisering van middelen en consumenten belemmeren gezamenlijk met de asymmetrie van de handelwijzen van consumenten en experts, die inherent aan het systeem zijn, een principiële acceptatie. Dit bevordert en ondersteunt in het »handelwijze-systeem« drughulpverlening bij het overeind houden van bepaalde junkie-beelden: ze zijn ziek, behandelings- en hulpbehoevend, behept met stoornissen, niet te vertrouwen, link, leugenaars, oplichters etc. Wat dat betreft worden steeds weer nieuwe controleregelingen in het geïnstitutionaliseerde kader van de drughulpverlening ontwikkeld en in de praktijk gebracht, wat in het handelwijze-systeem drughulpverlening logisch lijkt, maar acceptatie onmogelijk maakt. Ook hier zouden we eerlijk moeten zijn.

Vooraf in het kader van een toenemende roll-back-situatie in de drughulpverlening en het drugsbeleid (trefwoord: bureaucratisering en verordeningswaan, efficiëntiebevorderende, gekwantificeerde kwaliteitsbewaking, sociaal-pedagogisering, therapieisering, »zacht« en »hard« oprullen van scènes, medicalisering) is er genoeg reden de volgende conclusie te trekken: het gevoel van verandering dat samenhangt met het idee van een accepterende drughulpverlening, raakt steeds meer op de achtergrond ten gunste van een wazige methodisering: een subtiel »verkochte« verzorgingszorgisering van de drughulpverlening en medicijnalisering van verslaving en psychiatrisering (trefwoorden: chronisch meervoudig gedupeerde zieke, verslavings-ziek; co-morbiditeit; multi-morbide heroïneverslaafde) treedt steeds sterker op de voorgrond.

Wat heeft bijvoorbeeld het debat over de kwaliteitsbewaking nu eigenlijk opgeleverd?

Wat heeft bijvoorbeeld het debat over de kwaliteitsbewaking nu eigenlijk opgeleverd? Nieuwe kwaliteitsbewakers, verbeteringseconomisering van de drughulpverlening en een reusachtig aantal instanties die kwaliteitsbewakingscursussen aanbieden tegen schrikbarende prijzen. Ze heeft bovendien een nieuwe terminologie geschapen. Dat wil zeggen dat datgene wat de drughulpverlening altijd al gedaan heeft nu geformuleerd wordt als »product«. Het begrip »product« is in het kader van de vereconomisering van het sociale werk gewoonweg ideaal. »Het werkproces – vooral ook het moeizame – krijgt daardoor zin en de betrokkenen ontnemen daaraan hun identiteit, namelijk dat ze iets produceren« (Volz, F.-R. 2000, p. 174) en dus niet nutteloos zijn (waarbij men zo nu en dan ook leert om »niets-doen« te doen). Er ontstaat een »producententrots« en »Cliënten« worden »klanten«. Deze vereconomisering van de drughulpverlening leidt er binnenkort toe dat op klantniveau (koper-verkoper) de kapitalistische circulatie van de lieflijke schijn gereproduceerd wordt op het vlak van de principiële onverschilligheid. »Warenbezitters« (drughulpverlening) en de zogenaamde »koper« (drugsgebruiker) staan dan meer of minder toevallig en vol wantrouwen tegenover elkaar: het gaat om de concurrentiepositie op de hulpmarkt. Mensen die gecriminaliseerde middelen gebruiken kunnen niet werkelijk »klanten« zijn om-

dat ze noch kopen noch betalen noch zonder angst voor straf en bevoogding hun behoefte aan consumptie kunnen bevredigen. Diegenen die werkelijk betalen en de daarmee overeenkomende behoeften vaststellen, zijn niet de consumenten als »klanten« of »cliënten«.

Hoe noodzakelijk gebruiksruiden en door heroïne ondersteunde behandelingsvormen ook mogen zijn, ze zijn toch altijd weer onderworpen aan het moderne controlebeleid. Het gaat erom de spuit en de gebruikshandeling onzichtbaar te maken. Drugsbeleid ontpopt zich steeds meer als regulatie voor een in bijzondere mate zichtbaar »sociaal probleem«. Dit beleid is erop uit deze zichtbaarheid zo veel mogelijk te verminderen om de gevreesde openlijke problemen te reduceren. De drughulpverlening treedt soms op als een circus: cliëntendompteurs treden soms ondersteund door clowns op, koorddansers proberen verslavingspreventie uit te voeren, instanties jongeren tussen behoud, vereconomisering, kwaliteitsbewaking en prestatiecontracten. Kemmessies heeft het in dit kader treffend over een »verMcDonaldisering van de drughulpverlening« (Kemmessies, U., 2001). In verband met een toenemende medicalisering van verslaving en ook de drughulpverlening (pathologisering van de consumenten en institutionalisering van medische behandelingsvormen) ontstaat een alomvattend netwerk van sociale controle. De medicalisering »stelt de juridische status van de drugsconsumenten niet ter discussie, maar consolideert deze. Het probleem wordt door een tijdelijke terugdringing van de openlijke repressie en technisch minder opvallende methoden hanteerbaar gemaakt« (Claus, J., 1999, p. 141). Dit samenspel van de controle-instanties tussen geneeskunde, repressie en ook drughulpverlening als beheer van ellende en sociale cosmetica, zorgt voor het voortbestaan van de nog steeds geldige verboden en zodoende ook – laten we het maar bij de naam noemen – de volle orderportefeuille van de repressieve en hulpverlenende »zorg« door subtiel ingezette dwangmiddelen. De oriëntatie op abstinentie blijft ondanks tijdelijke »ontspanningsoefeningen« in het kader van de medische, sociaal-pedagogische en therapeutische »saneringsondernemingen« ook in de toekomst het uitgangspunt. Bijzondere maatregelen voor »bijzondere mensen« en de incarnatie van het »kwaad« (drugs, drugsdealers) worden steeds verder uitgebreid. We zijn in ieder geval hard op weg naar een toestand waarin het aantal werkers in de drughulpverlening, verslavings-artsen, preventie-deskundigen, case-managers, kwaliteitsbewakers, drugstherapeuten, harm-reducers, drugspolitici, drugsbeheerders, drugsonderzoekers en drugsvolgelingen het geschatte aantal gebruikers van gecriminaliseerde drugs gaat overstijgen.

Om het hier nog eens heel duidelijk te zeggen: dit alles wil niet zeggen dat er niet veel mensen zouden zijn die onder de criminalisering/illegaliteit, onder de verstricking in dwangmatig en excessief gebruik en de daardoor veroorzaakte fysieke en/of psychische ziekten lijden, of dat er geen mensen zouden zijn die alle soorten van drugs gebruiken voor het oplossen van problemen. Deze mensen behoeven daarom competente hulp, met name op medisch en therapeutisch terrein.



Een samenvatting

Er is geen instelling en geen concept dat momenteel niet »laagdrempelig« en (zognaamd) acceptierend bezig is. Het inflationistische gebruik van begrippen heeft echter een »aan het systeem inherente« tendens: het verwatert zaken en dringt het concrete werk en de fundamentele aannames op de achtergrond. Ondanks het veelvuldig gebruik van de nieuwe begrippen, zoals »laagdrempeligheid«, »accepterende drughulpverlening«, »verslavingsbegeleiding« blijven vaak onkritisch gebruikte begrippen als »meervoudig benadeelde, chronisch en multi-morbide verslaafde«, »verslavingssyndroom«, »deficit-theorieën«, »slachtoffer-construct«, »ziekte- en cliënten-teriseringsconcept« de dominerende uitgangspunten. Er is geen sprake van het ontluisteren van de heersende drugsmythes, integendeel, er komen steeds meer mythes bij. De maatschappelijk noodzakelijke drugs cultus, opgebouwd uit de alomtegenwoordige angst voor drugs, het gevoel bedreigd te zijn, en een gebrek aan informatie gaat maar door. Dat was bijvoorbeeld al voor de »Daum-affaire« het geval bij politici, die in een roes van drugs-fobieën eisten dat er verplichte drugstests in alle scholen en bedrijven doorgevoerd moesten worden. Dat geldt ook voor postorderbedrijven die testmethoden aanprijzen waarmee bezorgde ouders »hun minderjarige kinderen door middel van een haaranalyse kunnen onderzoeken op regelmatig gebruik ... Druggebruik in een vroeg stadium ontdekken – een doorslaggevende factor voor een effectieve preventie – en voor veel van onze kinderen de verlossende eerste stap te stoppen met drugs« (uit de reclameboodschap van de firma HC Drugldent, Flensburg, 14-06-00).

Life-time-prevalenties bij het drugsgebruik (eenmalig gebruik) worden nog steeds publicistisch publicitair in scène gezet als routineus misbruik. Vreemde stereotypen (zoals de junkie als deficitaire en hulpbehoevende spookgestalte uit een andere wereld) bepalen vaak nog de alledaagse en wetenschappelijke voorstelling van drugs: dit »hidden curriculum« beïnvloedt nu echter juist de dagelijkse gang van zaken in de drughulpverlening en het drugsbeleid. Het huidige »drugssysteem« met al zijn affectieve en politieke irrationaliteit moet vanwege algemene stemming in het land en het behoud van arbeidsplaatsen behouden blijven. »De drughulpverleningsindustrie – of ze het nu wil of niet – is samen met het vervolgingsapparaat en de coördinerende instanties tot een belangrijk onderdeel van de belangengroepen geworden, die zich hebben gevormd rondom de drugsproblematiek. Want uiteindelijk is het drugsprobleem hun inkomstenbron en geeft hen status« (Cohen, P., 2001, p. 26).

Er is nog lang geen sprake van een nieuwe oriëntatie van het drugsbeleid. De voorwaarde daarvoor zou zijn dat de gehele »drughulpverlening« ontdaan wordt van al zijn functies als reddingsinstantie voor de bevrijding van een maatschappelijke doodzonde en als herstel-instantie van normaliteit en abstinentie. Dit vooronderstelt de erkenning van de (ook op genot gerichte) inrichting van het leven met en zonder drugs. Het gaat daarbij zeker ook om het doorgeven van vaardigheden (het kunnen genieten onder eigen verantwoordelijkheid) om te kunnen gaan met mogelijk »riskante bedwelmingen«.

Toch blijft te hopen dat accepterende drughulpverlening steeds weer »irriteert«, een klein steentje bijdraagt aan het voorkomen van »de steeds weerkerende gelijke dingen« (F. Nietzsche), en een bijdrage levert aan het relativeren van de verhalen over deficits en problemen. Maar opgelet: Sisifus is overall!

Maar misschien is dit alles toch allemaal al achterhaald: onder de titel »verslaving is tòch te genezen« kon men vorig jaar in de media en in vakpublicaties lezen dat een combinatie van het synthetisch hormoon cortisol en opiumhoudend water in staat zou zijn de verslavingsherinnering bij ratten weg te halen. Onderzoekers achten het mogelijk dat men een vergelijkbaar procédé, waarop een patent werd aangevraagd, ook met succes in zou kunnen zetten bij Duitse heroïneverslaafden. In Tübingen worden de eerste »proefpersonen« behandeld. Het lukt ons dus toch, zoals de VN enige tijd geleden proclameerde, al voor 2008 de verbouw, handel en consumptie van drugs te elimineren door »farmaceutische hersenspoeling«, als het ware met »vlakgum in het hoofd«! Ja, als dat waar blijkt te zijn dat verslaving veroorzaakt wordt door een genetisch defect, moet worden gezien als een »chronische hersenstoring«, dan is de ontwikkeling naar dwangmatig en excessief drugsgebruik onveranderlijk en niet te beïnvloeden. Preventieve, therapeutische en repressieve maatregelen zouden in dat geval overbodig en zinloos zijn. De oplossing zou dan moeten worden gezocht in de productie van genetisch perfecte mensen.

Maar wat doen we dan met het topzware onderzoeks-, repressie en drughulpverleningsapparaat en met de winstgevende methadonbehandelings-industrie? Alles komt nog wel goed.

Toch blijft te hopen dat accepterende drughulpverlening steeds weer »irriteert«, een klein steentje bijdraagt aan het voorkomen van »de steeds weerkerende gelijke dingen«.

dr. Wolfgang Schneider
 INDRO e.V.
 Bremer Platz 18 - 20
 48155 Münster
 ☎ 00 49-2 51-23 45 77
 of 6 01 23
 ☎ 00 49-2 51-2 80 76 87
 of 66 65 80
 ✉ INDROeV@t-online.de
 www.indro-online.de

Rüdiger Klebeck

Venlo reageert op de toename van de illegale handel met cannabis

Venlo wil de drugscriminaliteit met een grootschalig project, genaamd »Hektor«, terugbrengen om de attractiviteit en de levenskwaliteit te herstellen.

De achtergrond van dit ambitieuze programma is de overlast in de binnenstad door drugscriminaliteit, met name door de handel met cannabis. Er moeten structurele veranderingen tot stand worden gebracht die de burgers en toeristen weer een veilig gevoel geven.

Dat is kennelijk nodig, want naast de getolereerde coffeeshops (in Venlo zijn dat er vijf) bestaat een groot aantal illegale verkooppunten, vermoedelijk meer dan 60. De cannabisproducten worden op deze plaatsen hoofdzakelijk aan Duitsers verkocht, waarbij men zich niet aan de voorschriften voor getolereerde coffeeshops houdt (verkoop van maximaal 5 gram, verkoop niet aan personen onder 18 jaar). Deze illegale verkooppunten, die zijn ondergebracht in woningen of pseudo-winkels, lokken klanten door straathandelaren en agenten, waarbij het dan meestal gaat om hoeveelheden die ver boven de getolereerde grens van vijf gram uitgaan.

Doelstelling van het plan is terugdringen van de uit de hand gelopen illegale handel in cannabis.

In het straatbeeld vormen deze handelaren en agenten een probleem voor de openbare veiligheid, dit geldt in de desbetreffende wijken vooral ook voor de lokaliteiten waarin de handel zich afspeelt. Het gaat om maximaal 200 adressen/objecten. Hieronder vallen illegale percelen, depots, verkoopplaatsen etc.

Men is van plan de getolereerde coffeeshops verder te reguleren en consequent op te treden tegen criminaliteit en de daarmee samenhangende overlast. Het gaat daarbij vooral om de handel op grote schaal, die uitgaat van de illegale verkooppunten. Dit is een onderdeel van het zogenaamde »handhavingsbeleid«, één van de drie sporen van de aanpak.

Omdat het overgrote gedeelte van de cannabis-klanten kennelijk afkomstig is uit Duitsland, moet de vestiging van twee extra coffeeshops aan de rand van de stad er voor zorgdragen dat deze Duitse mensen niet naar de binnenstad komen; men is van plan de 5 centraal gelegen coffeeshops te laten bestaan, zodat deze ter beschikking staan aan Nederlandse klanten uit de buurt (dit is een onderdeel van het »coffeeshopbeleid«, een tweede element van de aanpak).

Met betrekking tot de illegale verkooppunten wordt een scherpe repressieve aanpak geïmplementeerd. De gebouwen resp. lokaliteiten die in handen van drugscriminelen zijn, krijgen daarbij stuk voor stuk een andere bestemming, opdat het stadscentrum weer veiliger en aantrekkelijker wordt.

Een nog op te richten Centrum Ontwikkelings-Maatschappij (COM) zal voor dit doel een ruimtelijk-functioneel concept ontwikkelen; dit is onderdeel van het derde element, het »vastgoed-beleid«.

De realisatie wordt ondersteund door extra activiteiten van de politie (er wordt o.a. een nieuw politiebureau gebouwd op een ontruimd grondstuk) en door een doelgerichte samenwerking tussen de gemeente, politie en justitie, die de verschillende betrokken sectoren en disciplines met 30 - 35 bureaus zal bundelen in een nieuw extra »justitieel gebouw«.

Het »Van Bommels Laboratorium«, vergelijkbaar met een werkgesprek, bestaat nu al. De aanpak wordt hier gepland en de voortgang van de realisatie van het concept »Hektor« wordt begeleid.

Door een te sterke focus op de vestiging van 2 coffeeshops aan de rand van de stad heeft dit aan Duitse kant voor beroering gezorgd. Er wordt gevreesd voor nieuw toerisme, aantrekkingskracht op jongeren e.d.

Deze vrees is waarschijnlijk niet gegrond, gezien het feit dat bijvoorbeeld één van de gedulde coffeeshops klantenkaarten uitdeelt en dat het grootste gedeelte van de ca. 10.000 ingeschreven klanten uit Duitsland komt en dat nog steeds veel Duitse cannabisconsumenten in Venlo belanden bij de illegale verkooppunten (die lagere prijzen hanteren). Het plan leidt juist tot een sterkere regulatie van de nu al bestaande cannabismarkt, die echter onttaardt is.

De gemeente Venlo hecht er grote waarde aan dat de grensoverschrijdende samenwerking in verband met de huidige situatie versterkt wordt. Dat is o.a. al gebeurd door de presentatie van het Hektor-concept aan vertegenwoordigers van de naburige Duitse steden en Kreise (regio's). Dit gebeurde zowel naar de politiek als naar de politie. Het concept werd naar aanleiding van een bezoek aan Venlo ook voorgesteld aan het Ministerie voor Vrouwen, Jeugd, Familie en Gezondheid in Düsseldorf. Daarbij werd ook een verdergaande samenwerking, met name op het vlak van de informatie-uitwisseling, overeengekomen. Een gevolg daarvan was dat vastgelegd werd dat de contacten tussen de gemeente Venlo en BINAD geïntensiveerd moeten worden. De contactpersoon bij de gemeente Venlo is de communicatie-adviseur Elke Haanraads.

Door een te sterke focus op de vestiging van 2 coffeeshops aan de rand van de stad heeft dit aan Duitse kant voor beroering gezorgd.

Gemeente Venlo
t.a.v. Elke Haanraads
Postbus 3434
5902 RK Venlo
☎ 0 77-3 59 69 23
mobiel:
06-52 04 56 09
✉ iehaanraads@venlo.nl

Marion Laging-Glaser

Drugs in internaten

Werkgroep ontwikkelt plan voor omgang met jeugdige drugsgebruikers

Het Heilpädagogische Förderzentrum Hochrhein-Hotzenwald probeert een nieuwe methode uit in de omgang met drugs gebruikende kinderen en jongeren. Samen met de plaatselijke drughulpverlening ontwikkelen zij een concept, dat een actieve, open omgang met het thema mogelijk maakt. De bijdrage over dit onderwerp is overgenomen uit het Duitse tijdschrift »Konturen«, 6/2000 (nov./dec. 2000).

Sinds enige tijd bestaat de noodzaak tot een nauwere samenwerking en networking tussen jeugdzorg en verslavingszorg. In het district (Kreis) Waldshut is hiermee een begin gemaakt. In een grote instelling voor jeugdzorg, het Heilpädagogisches Förderzentrum Hochrhein-Hotzenwald (HFZ), werd onder begeleiding van het plaatselijk consultatiebureau van het Badische Landesverband gegen die Suchtgefahren e.V. (blv) een voorlopig plan voor de omgang met jeugdige drugsgebruikers ontwikkeld, waarin de samenwerking tussen het HFZ en het consultatiebureau gestructureerd werd vastgelegd.

In het HFZ, in de huizen Haus Madenwald en Haus St. Fridolin, zijn er in totaal 76 klinische plaatsen, 32 dagopvangplaatsen en een begeleide woongemeenschap voor jongeren. De meeste kinderen en jongeren van de instelling bezoeken het bijzonder onderwijs op scholen van het HFZ. Daarnaast beschikt de instelling over een vakgroep voor psychologie en orthopedagogiek, een ergotherapiepraktijk, mogelijkheden voor logopedie en orthopedagogisch paardrijden. Er wordt nauw samengewerkt met een kinderarts en andere consultatiebureaus. De kinderen en jongeren komen meestal uit gezinnen met een voorgeschiedenis. Vaak hebben ze al kennis gemaakt met alcohol- en tabakverslavingen of met illegaal drugsgebruik door één of beide ouders. Onaangepast sociaal gedrag, concentratie- en verwerkingsstoornissen en snel wisselende stemmingen of ongecontroleerd gedrag zijn kenmerkend voor de moeilijkheden die deze kinderen en jongeren ondervinden.

Het viel medewerkers op dat er de afgelopen tijd door jongeren in toenemende mate hasjes en sigaretten werden gebruikt.

Het viel medewerkers van het HFZ op dat er de afgelopen tijd door jongeren in toenemende mate hasjes en sigaretten werden gebruikt. Deze jongeren vertelden de vaak radeloze medewerkers vaak over de geweldige drugservaringen die men opgedaan had. Het was duidelijk dat de jongeren hun situatie door hun drugsgebruik nog verergerden. Steeds vaker was te zien dat ze vluchtten uit de werkelijkheid en onevenwichtig gedrag gingen vertonen. De vraag was echter hoe deze waarnemingen in een plan van aanpak verwerkt konden worden.

Werkgroep opgericht

De vraag naar een concreet plan ten behoeve van de omgang met jeugdige drugsgebruikers leidde er in de instelling toe dat de medewerkers werden bijgeschoold op het gebied van genotmiddelen, de gevaarlijke kanten ervan en algemene preventieve concepten. Hierbij bleek dat voor de ontwikkeling van strategieën voor het omgaan met jongeren die op het punt staan drugs te gaan gebruiken of deze al gebruiken nog meer intensieve discussies noodzakelijk waren. Deze zouden moeten plaats vinden in een speciale werkgroep »Drugs in het tehuis« onder externe begeleiding. Een medewerkster van de plaatselijke verslavingszorginstelling, belast met preventie en bevordering van de gezondheid, adviseerde en begeleidde de werkgroep. Het HFZ zorgde voor bijzonder gunstige randvoorwaarden: met uitdrukkelijke hulp van de leiding werd een werkgroep van 10 personen samengesteld uit bijna alle hiërarchische lagen, welke binnen 10 uur een volledig uitgewerkt plan ontwikkelde.

Uit de taboe-sfeer halen – het thema op tafel

Door het oprichten van een werkgroep werd het de medewerkers duidelijk dat de leiding het drugsgebruik van jongeren als een thema beschouwde dat aangepakt diende te worden. Om het thema nog »toegankelijker te maken« was het in de eerste plaats van belang om drugsgebruik van jongeren te beschouwen als een algemeen voorkomend, typisch jeugd-fenomeen en als een uiting van een persoonlijke belasting. Ten tweede moest worden erkend dat normen en verantwoordelijkheden aan het vervaagen waren. Op deze manier werd het mogelijk dat medewerkers openlijk over hun waarnemingen en handelwijzen konden spreken, zonder bang te zijn hun pedagogische reputatie op het spel te zetten.

Allereerst moest de werkgroep een principebesluit nemen over welke principiële maatregelen met betrekking tot het gebruik van illegale drugs zouden worden gehanteerd. Aan de hand van een indeling van gebruik van verslavende middelen bij jongeren en een beschrijving van hun eigen cliënten, koos de werkgroep voor het principe van gedragsuitsluiting.

Het moest worden geaccepteerd dat het gebruik van verslavende middelen een onderdeel van de huidige jeugdcultuur is en dat een tehuis geen oase kan en wil zijn. Tegelijkertijd kon het gebruik van verboden middelen op het terrein van het tehuis niet worden toegestaan. Het argument »dan gebruiken de jongeren buiten de terreinen van het tehuis en dan hebben we er nog minder invloed op« moest intensief besproken worden tegen de achtergrond dat deze vrees zeker gegrond was en dat er sprake was van een schijnbare tegenstrijdigheid.

Om het thema nog »toegankelijker te maken« was het in de eerste plaats van belang om drugsgebruik van jongeren te beschouwen als een algemeen voorkomend, typisch jeugd-fenomeen en als een uiting van een persoonlijke belasting.

Proces met een open einde

Uitgaande van concepten die bedoeld zijn voor alcoholpreventie in bedrijven, kon overeenstemming worden bereikt over de pedagogische richtlijnen met betrekking tot de omgang met jeugdige gebruikers. Het belangrijkste discussiepunt was een concept te bedenken waarin hulp, consequenties en controles in gelijke mate aanwezig zouden zijn. Vaak wordt gedacht dat hulpaanbod en consequenties tegenstrijdigheden zijn.

Ook moest worden aangegeven dat wanneer er sprake is van een vergevorderd stadium van misbruik volgens de ontwikkelde richtlijnen hulp niet meer door de medewerkers van de inrichting zelf kan worden aangeboden, maar dat het er om gaat jongeren in contact te brengen met de drughulpverlening. Bijscholing en collegiale ondersteuning zijn vereist om om te kunnen gaan met de spanning tussen de consequenties en het hulpaanbod in de dagelijkse praktijk. Bij het vaststellen van het plan werd duidelijk dat een concept voor verslavingspreventie niet een op zichzelf staand, nieuw concept kan zijn. Het concept moet juist op een zinvolle manier verweven worden met de pedagogische beginselen van het tehuis. Daar concepten van verslavingspreventie mede afhankelijk zijn van de interne en externe communicatie en samenwerking, moet worden onderzocht in hoeverre dit in de praktijk kan worden gebracht. Hierbij klonk het gezegde uit de organisatieontwikkeling: »heb je een gedeelte van het geheel, dan heb je het helemaal«.

Leren van de jeugdzorg

Samenwerkingsverbanden functioneren pas als iedereen er iets aan heeft. De drughulpverlening kan hier haar preventieve taak op een zinnige manier in de praktijk brengen en de gebruikende jongeren eerder bereiken. Op dit gebied bestaan nog heel veel mogelijkheden. De contacten met consultatiebureaus die in het kader van het concept ontstaan, werden als voorwaarde en consequentie in het pedagogische concept vastgelegd. Voor het overige willen de medewerkers van het consultatiebureau met behulp van een interactieve tentoonstelling in het tehuis hun »aanwezigheid tonen, om zonder concrete aanleiding« persoonlijk in gesprek te kunnen komen met jongeren en zo de drempel zo laag mogelijk te maken.

Verslavingszorg kan op dit punt van de jeugdzorg leren: jongeren in hun leven van alledag waarnemen en ervaren; drugsgebruik van jongeren is een proces met een open einde, waarin pedagogische doelen »onafhankelijk van abstinentie en therapie« op een zinvolle manier vastgelegd en ook bereikt kunnen worden.

De jeugdzorg kan door de communicatie en samenwerking met de verslavingszorg jeugdige gebruikers opener en zekerder tegemoet treden en doelgerichter en sneller reageren op gedrag dat wijst op misbruik. Voorts kunnen de grenzen van een inrichting vastgesteld worden en snel en systematisch met behulp van consequenties gereageerd worden. Het hoofdoel blijft: het voorkomen van buitensluitingsprocessen.

Daar concepten van verslavingspreventie mede afhankelijk zijn van de interne en externe communicatie en samenwerking, moet worden onderzocht in hoeverre dit in de praktijk kan worden gebracht.

Fachstelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung des badischen Landesverbandes gegen die Suchtgefahren

Ziegelfeldstr. 19
79761 Waldshut-Tiengen 1
☎ 00 49-77 51-91 01 73
☎ 00 49-77 51-91 01 52

dr. Peter Degkwitz / Uwe Verthein

Crackgolf in Duitsland?

Betekenis en consequenties van een gewijzigd gebruikspatroon

Veranderende gebruikspatronen begeleiden de drughulpverlening voortdurend, niet alleen in Duitsland. Zo is het dan ook niet verwonderlijk dat nu weer crack als fenomeen op de agenda staat.

In enkele steden zijn er ervaringen opgedaan met crack, hoewel het in de meeste gevallen niet zo schijnt te zijn dat er problemen zijn met crackconsumenten in het hulpverleningssysteem. Naast de nu volgende bijdrage over dit onderwerp van Degkwitz en Verthein van het »Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung« van de Universiteit Hamburg is er nu ook een »inventarisatie van het crackgebruik in Duitsland«. Deze inventarisatie werd uitgevoerd door dr. H. Stöver van de universiteit Bremen (zie ook »Infos« blz. 6).

Deze bijdrage uit Hamburg is een ingekorte versie van de originele tekst. De onverkorte versie met literatuurverwijzingen kan worden aangevraagd bij de auteurs of bij BINAD.

De laatste jaren komt het thema crack, vaak op een sensationele wijze, steeds weer in de publiciteit en in de discussie.

Tegen de achtergrond van de »komende crackgolf« wordt over de volgende kwesties gediscussieerd:

- Slaat de Amerikaanse crackgolf nu – met vertraging – over naar Europa?
- Blijkt crack inderdaad, zoals vermoed, de »horror-drug« te zijn (voor wat betreft de verslaving en de gevolgen voor het gedrag)?
- Treedt in de scènes een nieuw gebruikspatroon – aflossing van heroïne als hoofd-drug – op de voorgrond, en
- dreigt door de crackgolf voor Europa het gevaar dat dezelfde consequenties moeten worden getrokken op het gebied van het drugsbeleid als in de Verenigde Staten?

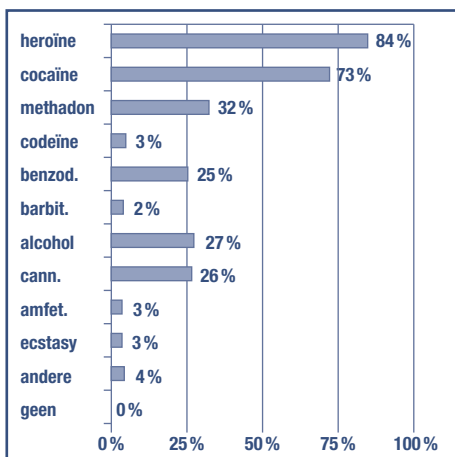
In de loop van de jaren '90 werd in de verschillende Europese centra meerdere malen aandacht besteed aan de »crack-epidemie«. Hierbij kon, nadat de mistfarden van de soms hysterische berichten wat opgetrokken waren, het volgende worden geconcludeerd:

Er was in de jaren '90 in de Europese metropolen sprake van een stijging van het gebruik van rookbare cocaïne. Dat is geen fata morgana, maar een door verschil-

Consequente maar bezonnen reacties zijn noodzakelijk.

lende onderzoeken bewezen feit (Hunter et al. 1995, Barrio et al. 1998, Marsden et al. 1998). Deze toename ging niet ten koste van het gebruik van opiaten en kan niet worden geïnterpreteerd als een drugs-epidemie (vergelijkbaar met een massale »infectie«). En tenslotte, een »crackpaniek« (zoals de extreme reactie van het brede Publiek en de politiek in de VS aan het eind van de jaren '80) is uitgebleven.

Gebruikspatronen in de drugscène van Hamburg



Afbeelding 1: Drugsgebruik van gebruikers uit de drugscène van Hamburg in de afgelopen 24 uur (N=616)

gebruiken (zie afbeelding 1). Codeïne, barbituraten, ecstasy en amfetaminen spelen over het algemeen een ondergeschikte rol.

De ondervraagde personen worden op basis van de gegevens over het drugsgebruik in de afgelopen 24 uur ingedeeld naar hun gebruikspatroon (zie tabel 1). De indeling in groepen dient voor het comprimeren van de gegevens en om het bestaande gebruikspatroon aanschouwelijk te maken.

De grootste groep (35%), is een groep gebruikers waarin cocaïne en in mindere mate heroïne op de voorgrond staat (zie tabel 1 – groep cocaïne heroïne). Bij de op één na grootste groep (28%) gebruikers is heroïne duidelijk de dominerende drug (tabel 1 – heroïne). Bij deze groep neemt alcohol, in tegenstelling tot de eerste groep, een belangrijkere plaats in.

In de derde groep (een kwart van de gebruikers, tabel 1 – regel 4) zijn de belangrijkste middelen heroïne en cocaïne. Methadon en benzodiazepine spelen bij bijna twee derde van de gebruikers een belangrijke rol. Bij de vierde groep is het betekenis van de drugs wisselend. Alcohol (alcohol komt in de derde groep niet voor) en

Ter illustratie wordt hieronder het normale gebruikspatroon van crack beschreven voor een gedifferentieerd beeld. De volgende gegevens zijn gebaseerd op een enquête onder gebruikers in en om drie gebruiksruidten van de scène in Hamburg. De gebruikers werden met een gestandaardiseerde vragenlijst ondervraagd over hun gebruik in de laatste 24 uur. Het gaat in totaal om 616 gebruikers (21% vrouwen, 79% mannen) met een leeftijd van 32,5 (+/- 7,0) jaar.

Heroïne wordt nog steeds het meest gebruikt. 84% van de ondervraagde personen gaf aan dat ze in de afgelopen 24 uur heroïne gebruikt hadden. Cocaïne werd door drie vierde van de ondervraagden gebruikt. Dit percentage is in de laatste jaren continu gestegen (Thiel et al. 2000). Eén vierde tot één derde gaf aan één van de middelen benzodiazepine, cannabis, alcohol of methadon te

methadon staan hier op de voorgrond, gevolgd door heroïne, cocaïne en (hier in mindere mate) benzodiazepine.

Voor een beoordeling van de algehele situatie is het belangrijk rekening te houden met de belangrijkste wijzen van gebruik in de scène. Het intraveneuze gebruik van heroïne en cocaïne staat met 82% op de voorgrond (61% geeft aan in de laatste 24 uur uitsluitend intraveneus gebruikt te hebben). In de laatste 24 uur heeft 18% alleen gerookt of gesnoven. Hier komt nog 21% bij die naast intraveneus gebruikt te hebben ook nog gerookt of gesnoven heeft.

groep	N	%	geconsumeerde drugs ^a				
			heroïne	cocaïne	methadon	benzodiaz	alcohol
heroïne	173	28%	99%	35%	–	19%	51%
cocaïne, H	216	35%	66% ^d	96%	9%	–	2%
h, c, m, b ^b	153	25%	94%	79%	67%	61%	–
a, m, h, c ^c	74	12%	82%	77%	100%	39%	100%
	616	100%	84%	73%	32%	25%	27%

^a In deze groep worden heroïne, cocaïne, methadon, benzodiazepine (aangegeven in de volgorde van betekenis – zie geconsumeerde drugs in kolom 4 tot 8) geconsumeerd.

^b In deze groep worden alcohol, methadon, heroïne, cocaïne (aangegeven in de volgorde van betekenis – zie geconsumeerde drugs in kolom 4 tot 8) geconsumeerd.

^c Percentage gebruikers van de groep in kwestie die de desbetreffende drug in de afgelopen 24 uur geconsumeerd hebben.

^d Voorbeeld: in de groep (cocaïne, heroïne) heeft 66% in de laatste 24 uur heroïne geconsumeerd.

Tabel 1: Actuele gebruikspatronen in de drugscène – groepen (clusters)

De betekenis van crack en cocaïne in het kader van de belangrijkste gebruikspatronen

Onderstaand wordt het cocaïnegebruik nauwkeuriger onderzocht op basis van de gevonden gebruikspatronen (zie tabel 2). Het uitgangspunt zijn de vier consumptie-groepen (clusters). Het totale cocaïnegebruik van de desbetreffende groepen (tabel 2: kolom 3) wordt onderverdeeld in consumptievormen – crack, intraveneus gebruik, snuiven. In alle groepen staat het intraveneuze gebruik op de voorgrond. Crack werd in de cocaïneheroïne groep (regel 3) door bijna een derde van de personen in de laatste 24 uur gebruikt. De hoogste consumptie-frequentie van crack is te zien bij deze groep (8,3 maal gebruiken) en bij groep 3 (10,6 maal gebruiken; tabel 2 – regel 4).

groep	%	cocaïnegebruik ^a				consumptie-eenheden ^b		
		cocaïne totaal	crack	cocaïne spuiten	cocaïne snuiven	crack	cocaïne spuiten	heroïne totaal
heroïne	28%	35%	8%	24%	3%	4,4	4,7	3,8
cocaïne, her.	35%	96%	31%	48%	3%	8,3	3,5	3,8
h, c, m, b	25%	79% ^c	24%	48%	2%	10,6 ^d	4,0	4,1
a, m, h, k	12%	77%	26%	55%	1%	5,5	3,0	3,4
	100%	73% ^e	22%	43%	2%	7,1 (±9)	3,7 (±3)	3,3 (±3)

^a Het cocaïnegebruik (kolom 3) van de vastgestelde gebruikersgroepen wordt bekeken voor wat betreft de wijze van gebruik – roken (crack), spuiten en snuiven

^b Gemiddeld aantal gebruikseenheden in de laatste 24 uur (bij diegenen die deze drug geconsumeerd hebben).

^c Voorbeeld: 79% heeft in de laatste 24 uur cocaïne – onafhankelijk van de wijze van gebruiken – gebruikt.

^d Voorbeeld: in de groep (heroïne, cocaïne, methadon, benzodiazepine) gebruikten diegenen die crack gebruiken 8,3 maal in de afgelopen 24 uur.

^e De afwijking van het totaal van de cocaïneconsumptie ten opzichte van de gebruikswijzen (kolom 4 tot 6) wordt veroorzaakt door het feit dat een aantal cocaïnegebruikers de gebruikswijze niet aangaf.

Tabel 2: gebruikspatronen van cocaïne en crack van de groepen (clusters)

Personen die crack gebruikten (22%, n=136), deden dit gemiddeld 7,1 maal. De grootste crackgebruikers konden worden aangetroffen in de groep die verschillende drugs door elkaar gebruikt (tabel 2 – regel 4). De spuitende cocaïne-gebruikers (43%, n=253) spotten gemiddeld 3,7 maal cocaïne in de laatste 24 uur.

gebruikspatroon van cocaïne in de laatste 24 uur (n=447)	%
uitsluitend crack	25%
uitsluitend cocaïne hydrochloride (intraveneus)	58%
uitsluitend cocaïne hydrochloride (snuiven)	3%
crack & cocaïne hydrochloride (intraveneus)	12%
crack & cocaïne hydrochloride (snuiven)	1%
crack & cocaïne hydrochloride (intraveneus & snuiven)	1%
aantal malen gebruiken van crack in de afgelopen 24 uur (n=136)	
éénmaal	21%
2 tot 4	29%
5 tot 9	18%
10 maal en vaker	32%
consumptiepatronen met crack (n=136)	
uitsluitend crack (& geen andere drugs)	9%
crack & heroïne	85%
crack & methadon	29%
crack & benzodiazepine	32%
crack & alcohol	26%
crack & heroïne & methadon	25%

Tabel 3: gebruikspatronen van cocaïne en crack

orkwam dat in de daaraan voorafgaande 24 uur alleen crack gebruikt werd (9%). De combinatie met heroïne kwam het meeste voor. Een derde van de crackgebruikers heeft in de laatste 24 uur ook methadon gebruikt. De combinaties met benzodiazepinen en alcohol kwamen ongeveer even vaak voor.

Er konden geen verschillen worden geconstateerd tussen crackgebruikers en de hele groep van personen die gebruik maken van gebruiksruidtes, voor wat betreft leeftijd, duur van de drugscarrière en geslacht. Voor wat betreft woonsituatie en inkomen is een tendens te zien die in de richting gaat van desintegratie, wat hier echter niet verder wordt onderzocht.

De onderzochte groep in vergelijking met de »crackscène«

Voor een goede beoordeling van de trends van de crackconsumptie in Hamburg, moet de vraag worden beantwoord of de hier beschreven crackgebruikers een bijzondere selectie vormen van de open scène. Mogelijkerwijs wordt het percentage gebruikers die uitsluitend crack rookt te laag ingeschat. De gebruiksruidtes zijn met

Onderstaand worden de verschillende gebruikspatronen van cocaïne belicht. De intraveneuze toediening staat bij cocaïne op de voorgrond. 71% van de 447 cocaïnegebruikers (zie tabel 3) spuiten cocaïne (58% spuiten het uitsluitend). 39% heeft in de afgelopen 24 uur cocaïne gerookt in de vorm van crack (25% gebruiken cocaïne uitsluitend in de rookbare vorm).

De crackgebruikers (n=136) gebruiken uiteenlopende hoeveelheden. Omdat de werking van crack maar van korte duur is, gebruiken crack-verslaafden cocaïne in de vorm van de zogenaamde »crack-run«, waarbij om en nabij 100 maal per dag gebruikt wordt (Reinarman & Levine 1997). Tabel 3 toont aan dat ca. de helft van de crackgebruikers maximaal 4 maal per dag gebruikt. De intensieve, wellicht verslaafde, crackgebruikers bevinden zich in de groep personen die 10 maal of vaker per dag gebruiken (32%, tabel 3).

Uit het onderzoek bleek dat wanneer crackgebruikers ook andere drugs gebruikten, het slechts relatief weinig vo-

name bedoeld voor de spuitende gebruikers, maar er kan ook worden gerookt. De »zuivere« crackgebruikers zijn misschien ondervertegenwoordigd, omdat deze minder gebruik maken van de gebruiksruidtes, bijvoorbeeld omdat dit te veel rompslomp veroorzaakt (aanmelding en soms ook wachttijden).

Het is daarom goed de gegevens te vergelijken met een exploratieve enquête die gehouden werd in de zogenaamde crackscène. 64 crackgebruikers werden met name voor de ingang van één van de gebruiksruidtes ondervraagd (Thane & Thiel 2000). Voor wat betreft de intensiteit van het gebruik (eenheden per dag) verschillen deze gebruikers niet van gebruikers die in de gebruiksruidte werden onderzocht (45% van de ondervraagden gebruikten dagelijks (19 maal - mediaan=15). 8% van de gebruikers gebruikten uitsluitend crack. De combinaties met andere middelen (b.v. 83% met heroïne) komen overeen met datgene wat hierboven gevonden werd. Over het geheel gezien overweegt de indruk dat de leden van de open crackscène meestal, tenminste tijdelijk, gebruik maken van gebruiksruidtes en daarom niet wezenlijk verschillen van de hier onderzochte crack-gebruikers

Trends van het crackgebruik (aan de hand van het voorbeeld Hamburg)

Er is in de drugsscène sprake van een duidelijke toename van gebruik van crack. Deze vaststelling wordt gestaafd door een vergelijking met eerder gehouden enquêtes in de scène (Homann et al. 2000, Thiel et al. 2000). De toename van Crack staat in de context van een grotere rol van cocaïne in het algemeen. Het is (tot dusver) niet zo dat crack gespoten heroïne als belangrijkste drug in de scène aflöst.

Momenteel is crack voornamelijk een onderdeel van het polyvalente gebruikspatroon van vaak al bekende gebruiksgroepen, die met name heroïne en cocaïne spuiten. Crack is echter voor een deel van deze gebruikers tot de drug geworden die de meeste problemen veroorzaakt (voortdurend gebruik, ook na »runs«).

Crack duikt meestal bij methadongebruikers in combinatie met cocaïne op. Bij sommigen mislukt daardoor de substitutiebehandeling. Hoewel dit maar voor kleine groepen geldt, betekent dit probleem toch een zware last voor de instellingen.

Er beginnen zich zelfstandige crack-milieus met nieuwe groepen van gebruikers te vormen. Dit heeft betrekking op gedesintegreerde jongeren die op straat leven, minderjarige prostituees en soms nog jonge tippelende homo's. Er wordt door inrichtingen voor jeugdzorg, laagdrempelige inrichtingen voor prostituees en het maatschappelijk streetwerk gesproken over een toename van crack en dat crack de belangrijkste drug is. Ook zijn er berichten over een toename van de problemen in de praktijk, maar de kwaliteit van het »nieuwe milieu« kan in Hamburg tot dusver niet precies worden vastgesteld. De informatie is overwegend casuïstisch en nauwkeuriger onderzoek ontbreekt.

Momenteel is crack voornamelijk een onderdeel van het polyvalente gebruikspatroon van vaak al bekende gebruiksgroepen.

Ook bij geïntegreerde groepen bestaat crackgebruik, zoals bij mensen uit de nieuwe dienstverleningsbranches (de zogenaamde »new economy« – internet, reclame, media of computerbranche). Hier kent men de gebruikers met problemen (b.v. via ambulante werkende psychotherapeuten), maar meestal pakt men het probleem zelf aan of men zoekt hulp bij het bestaande aanbod. Tot dusver kon niet worden vastgesteld dat personen door hun ongecontroleerde crackgebruik »afgleden« naar de drug-scène.

Bondsrepubliek Duitsland/Europa – reden voor een crack-paniek?

Hoe een drug individueel werkt en welke consequenties hij heeft voor het gedrag is net zo min vastgelegd in zijn moleculaire structuur als de sociale uitwerking en hoe de maatschappij daar dan weer op reageert. Tot dusver gaat men maatschappelijk gezien in de Bondsrepubliek meer pragmatisch om met crack, uitzonderingen daargelaten. Dit in tegenstelling tot het extremisme in het drugsbeleid ten opzichte van crack in de USA in de jaren 1987 tot 1992, zoals ook tot uitdrukking komt in de term »crackpaniek«. Het thema »duivel-drug« slaat niet aan, niet in het openbaar en ook niet in de subculturen. De achtergronden zijn niet duidelijk. Wanneer men ze beter zou begrijpen zou het helpen de relatief gunstige situatie voor de gedupeerden en het hulpaanbod te behouden.

In Duitsland en in Europa bestaat geen sociale en ideologische constellatie die vergeleken zou kunnen worden met de dominantie van het »nieuwe conservatisme« onder de regering Reagan. Daarnaast is er bijvoorbeeld ook geen voedingsbodem voor paniek in de vorm van extreme armoede en rassenscheiding. Anderzijds mag dit niet zo simpel worden gesteld; de achtergrond van het rechts-radicalen jeugd-milieu in de Bondsrepubliek, vooral in het oosten, vormen sociale misstanden. Deze achtergrond is vergelijkbaar met die van de perspectiefloze gedesintegreerde zwarte en Latijns-Amerikaanse jongeren in de »inner cities« van de jaren '80 in de USA. Vergelijkbare structuren kan men zien bij het ineenstorten van de industrie, vroegere levensnormen, hoge werkloosheidscijfers, gedeeltelijke verarming, moeilijkheden individuele perspectieven uit te stippelen, wegtrekken van elites, het gevoel buitengesloten te zijn en angst voor de toekomst.

De sociale, politieke en individuele mechanismen om de crises tegen te gaan (en hun pathologisch of irrationeel potentieel en de daarbij betrokken drugs) zijn nu anders, maar de achtergrond – sneller worden van het sociale omwentelingsproces met de daarbij behorende risico's van disfunctionele manieren om met de crisis om te gaan op individueel en sociaal vlak – is nog steeds van belang. Hoe de verdwijning van traditionele milieus concreet verloopt, hoe de individualisering plaatsvindt, hoe kansen en risico's verdeeld zijn, of de politiek zich terugtrekt, in hoeverre ze compenseert of gestalte geeft en welke politiek-ideologische constellaties daaruit voortvloeien, is open.

Risico's die bij ons voor wat betreft crackpaniek bestaan zijn:

- de »tijdgeest« en hoe het brede publiek en de subculturen deze vormen,
- het imago van de drug en de daarmee samenhangende beeldvorming die de consumenten van zichzelf en van de buitenwereld hebben,
- uitputting van mogelijkheden problemen op sociale wijze op te lossen (en de »vervangings« daarvan door buitensluiting, discriminatie, racisme),
- niet adequaat reageren op de stijgende consumptie in de centra van bepaalde grote steden en daarmee samenhangend,
- te kort schietende en populistische grondslagen van het beleid.

Ook in de Bondsrepubliek kan het ten allen tijde gebeuren dat het beleid en de sturing doorslaan of vervangen worden door symboliek. Crack-paniek is een contra-productieve manier om met de problemen om te gaan; de paniek negeren of een arrogante houding aannemen is hier daarom zeker niet op zijn plaats. Het probleem dat moet worden aangepakt is bijvoorbeeld heel duidelijk te zien aan het beleid van de politiek ten opzichte van de agressieve racistische excessen van jongeren in het oosten van het land, dat de zelf veroorzaakte psychosociale achtergronden ignoreert of ver-goelijkt. Wanneer het beleid ten opzichte van de complexe problematiek gereduceerd wordt tot het doen van morele oproepen en repressie, en daarbij verloochent dat sociale sturing noodzakelijk is, zijn »irrationele uitwassen« helemaal niet zo ver weg.

Risico's voor het ontstaan van »crack paniek« mogen echter niet veronachtzaamd worden.

»Preventieve« consequenties

De consequenties van het stijgende crackgebruik en de problemen die daardoor worden veroorzaakt voor de verslavingszorg en het drugsbeleid zijn nog open. De vraag is nu, wat wetenschap en experts »preventief« kunnen doen om irrationele consequenties te vermijden, die voor het grootste gedeelte op het conto komen van de gedupeerden. Wij zien de volgende taken:

Realistische inventarisatie

Eén van de taken van het onderzoek is de voorkoming van panische reacties door realistische inventarisaties en daarop voortbouwende adviezen. Inderdaad aanwezige problemen mogen daarbij niet worden gebagatelliseerd, maar moeten op een adequate wijze bij de naam worden genoemd. Deze taak is niet eenvoudig omdat experts en wetenschappers ertoe neigen het thema te dramatiseren, omdat het brede publiek en de politiek zonder »enscenering« niet bereid zijn om de benodigde financiële middelen voor de verzorging (en de testen die daarvoor noodzakelijk zijn) of het onderzoek ter beschikking te stellen.

Bij een realistische inventarisatie hoort het onttoveren van crack-mythes. Want deze mythes over de farmacologische effecten op het gedrag (agressiviteit, criminaliteit en paranoia) spelen een rol bij irrationele overdrijvingen – dit geldt zowel voor de consumenten alsook voor het brede publiek en de politiek

In principe verkeren we in een tamelijk gunstige situatie: we monitoren, weten al het nodige en we hoeven nog niet te vechten tegen paniek.

**Adequate zorgconcepten ontwikkelen en testen**

Voor consumenten die problemen hebben met crack moeten »harm-reduction« -maatregelen ontwikkeld en getest worden. Zulke maatregelen voor intensieve gebruikers (die steeds maar voor korte tijd kunnen worden bereikt) zouden b.v. rust- en slaapplaatsen voor overdag bij uitputting kunnen zijn.

Andere soorten van hulp die zouden kunnen worden bekeken, zijn een laagdrempelige toegang tot acupunctuur, acute psychiatrische ingrepen wanneer tijdens (fo- bieën, waantoestanden) of na (depressies) intensieve gebruiksfases psychische problemen optreden. Er moet worden onderzocht welke mogelijkheden voor een ambulante therapie in en buiten het traditionele drugsmilieu bestaan.

Hiaten in het onderzoek ter sprake brengen en wegwerken

Er bestaat een aantal onbeantwoorde onderzoeksvragen die dringend moeten worden onderzocht. Daarbij hoort het onderzoek naar de betekenis van groepen ,die met name aan crack verslaafd zijn, het onderzoeken van zelfstandige crack-scènes (jongeren, kinderprostitutie), het identificeren van gebruikers die behoefte hebben aan behandeling, maar tot dusver niet konden worden bereikt, de evaluatie en de nadere omschrijving van harm reduction en andere maatregelen ten behoeve van deze groep.

Wanneer deze taken snel zouden worden opgepakt zou dit paniek en verkettering van crack, die negatieve gevolgen zouden hebben voor de gedupeerden, kunnen voorkomen of vermijden

**Zentrum für
interdisziplinäre
Suchtforschung**

der Universität Hamburg

(ZIS)

Martinistraße 52

20246 Hamburg

© 00 49-40-45 00 01 52

of 4 28 03 51 21

☎ 00 49-40-45 57 61

✉ so6a023@sozialwiss.

uni-hamburg.de

www.zis-hamburg.de

**Dirk. J. Korf; Marijke van der Woude;
Annemieke Benschop; Ton Nabben***coffeeshops, jeugd & toerisme***Amsterdam: Rozenberg Publishers****ISBN 90-51705-47-6**

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

Met het verhogen van de minimumleeftijd hoopte de overheid het softdruggebruik onder jongeren terug te dringen. In dit boek wordt nagegaan of dit ook daadwerkelijk gebeurd is. Hoeveel jongeren beneden de 18 jaar blowen tegenwoordig? Hoe komen zij aan hun hasj of wiet? Is de markt verschoven naar plekken waar zij eerder in aanraking komen met harddrugs? Het belangrijkste doel van het verlagen van de maximum-hoeveelheid naar 5 gram was dat hierdoor minder toeristen softdrugs zouden komen kopen in Nederland. Is dit in de praktijk ook gebeurd? Hoe gaan coffeeshops met de vijfgramsnorm om? Houden zij zich er streng aan of knijpen ze graag een oogje dicht? Komen Duitse, Belgische en Franse cannabisgebruikers nu minder naar Nederland of weten ze de nieuwe maatregel te omzeilen?

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

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

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



NDM-Nationale DrugMonitor - Jaarbericht 2001 -

Utrecht, september 2001

De »Nationale Drugmonitor« is in 1999 opgericht. Aan de wieg stond het ministerie van VWS. In komende jaren zal ook het ministerie van Justitie een beroep gaan doen op de NDM. De NDM steunt op de inbreng van vele deskundigen in het land en is een samenwerkingsverband dat twee functies behartigt:

- Overkoepeling van en afstemming tussen de in Nederland lopende projecten voor monitoring van verslaving en middelengebruik.
- Rapporteren aan nationale overheden en aan internationale en nationale instanties. De rapportages berusten op de uitkomsten van de bewuste projecten en op gegevens uit onderzoek.

Onder monitoring verstaat de minister vooral de registratie van cijfers, maar ook het signaleren van feiten over preventie en over zorg: diagnostiek, behandeling, begeleiding en maatschappelijke reïntegratie.

De Jaarbericht 2001 neemt aandacht voor respectievelijk cannabis, cocaine, opiaten, ecstasy, amfetamine en verwante drugs, alcohol en tabak. Per middel wird kort en bondig de meest recente cijfers over het gebruik, de mensen die dardoor in de problemen komen, de positie van Nederland in internationaal perspectief, de hulpvraag bij de ambulante en klinische zorg, de sterfte en de markt van drugs en andere middelen presenteert.

In aanvulling op het Jaarbericht 2001 zal later dit jaar een achtergrondstudie uitkomen over cannabisgebruik.

De eerste achtergrondstudie van NDM was gewijd aan het onderwerp

Allochtonen en verslavingszorg Achtergrondstudie

**Nationale Drugmonitor (NDM)
Utrecht februari 2001**

De reden om dit thema te kiezen is de indruk in de verslavingszorg dat allochtonen die problemen hebben met het gebruik van alcohol en drugs minder vaak aankloppen voor hulp dan autochtonen. Behalve van deze geringere instroom zou bij allochtonen vaker sprake zijn van het voortijdig afbreken van de behandeling, dus van meer »drop-out«. Regering en parlement vinden dat dit vraagstuk bijzondere aandacht verdient in het alcohol- en drugbeleid. De problematiek van allochtonen heeft mede daarom prioriteit in het onderzoeks- en ontwikkelingsprogramma dat gezamenlijk is uitgezet door ZON en NWO.

Deze studie vat samen wat er bekend is over het gebruik van alcohol en drugs¹ onder allochtonen, en over de mate waarin dit gebruik leidt tot problemen als verslaving. Ook komen mogelijke redenen voor het schuwen van de verslavingszorg aan de orde. Voor nadere informatie over begrippen en gegevensbronnen verwijzen wij naar het Jaarbericht 2000 van de NDM.

Het beeld dat wij hier geven is zeker niet compleet. De uitkomsten van nog lopende en van nieuwe projecten van bijvoorbeeld het programma van ZON en NWO kunnen de komende jaren helpen om de gaten in onze kennis geleidelijk te dichten.

¹ Samen aan te duiden als »middelen«

Bureau NDM

Postbus 725
3500 AS Utrecht
☎ 030-2971125
📠 030-2971128



Publicaties van Resultaten Scoren

»4 gesprekken model. Leefstijltraining 1, alcohol, middelengebruik en gokken«.

Een werkboek voor de client en een werkboek en handleiding voor de hulpverlener. Te bestellen bij Cure en Care publishers voor f 57,00 voor de totale set (inclusief verzendkosten). Telefoon Ccp: 030 691-2650, e-mail: cc-book@curecare.nl

»10 gesprekken model. Leefstijltraining 2, alcohol, middelengebruik en gokken«.

Opzet van dit model is gelijk aan die van het 4 gesprekkenmodel. De totale set kost f 77,50 (inclusief verzendkosten), te bestellen bij Ccp (zie boven).

Helaas was het wegens plaatsgebrek niet mogelijk in deze INFO nader op het en 4 en 10 gesprekkenmodel in te gaan. In devolgende info zal hieraan echter aandacht worden besteed (red.).

Gebruiksruimten, een systematisch overzicht van de voorziening en de effecten ervan

**Projectsekretariaat
Resultaten Scoren**
© 030-287-4027
✉ jlourens@ggz nederland.nl

Recentelijk is vanuit het Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingszorg deze publicatie uitgebracht. Gebruiksruimten vormen een kernfunctie in de recente ontwikkeling van de sociale verslavingszorg. Het karakter van deze voorziening is vaak nog doelzoekend en experimenteel. De publicatie geeft een goed inzicht in de feitelijke stand van zaken en dient als basis voor de verdere ontwikkeling van gebruiksruimten. Dit onderzoek werd in opdracht van het Ontwikkelcentrum uitgevoerd door Wouter de Jong, Loes Linssen en Judith Wolf vanuit het Trimbos-instituut. Deze luxe uitgave is voor fl. 35,- te bestellen via het secretariaat van Resultaten Scoren o.v.v. publicatienummer 2001/149L .