

*Bureau voor  
grensoverschrijdende  
samenwerking*

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



# **BINAD INFO 24**

*Hoofdthema*

**■ *Uitdagingen voor  
de verslavingszorg***

***factus***

***instelling voor verslavingszorg***

## colofon

### **BINAD-INFO 24** januari t/m juni 2003

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, Elke Knuck

Vertaling: Martin Schmeltzle  
Frederik Wanink

Voor persoonlijk ondertekende bijdragen zijn de schrijvers zelf verantwoordelijk.

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

Zetwerk: Lütke-Fahle-Seifert AGD, Münster

Druk: Burlage, Münster

Oplage: 1.400

Financiering:



Ministerie van  
Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,  
Den Haag



Ministerium für Gesundheit,  
Soziales, Frauen und Familie,  
Düsseldorf

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

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

<b>Intro</b> .....	2
<b>Infos</b> .....	6
<b>Thema »Uitdagingen voor de verslavingszorg«</b>	
■ <i>Vooruit denken, concentreren op zorg en de bakens durven verzetten</i> .....	10
Hugo van Aalderen	
■ <i>»Het is geen crisis maar een uitdaging«</i> .....	14
Interview met Gerd Engler	
■ <i>Drugsbeleid in Rotterdam – ervaringen en uitdagingen</i> .....	18
Hans Visser	
■ <i>Verslavingszorg – ook in België een sector in beweging</i> .....	22
Carlo Baeten	
■ <i>Waarheen met de verslavingszorg?</i> .....	26
Sven Todts	
■ <i>Verslavingspreventie als algemene taak voor alle Hulpverleningsdisciplines in NRW</i> .....	30
dr. Hans-Jürgen Hallmann	
■ <i>Quo vadis drugsbeleid en verslavingszorg?</i> .....	33
dr. Wolfgang Schneider	
■ <i>De inhoudelijke eisen aan de verslavingszorg in de komende jaren</i> .....	38
Ingeborg Schlusemann	
■ <i>Differentiatie naar geslacht in de verslavingszorg – een blijvende uitdaging</i> .....	44
Frauke Schwarting	
■ <i>Geniet nooit met mate, maar met volle teugen</i> .....	48
Hans Dupont	
■ <i>Traditioneel gegroeide structuren veranderen</i> .....	51
dr. Thomas Poehlke	
■ <i>Ontwikkelingen op het gebied van de drughulpverlening, vanuit medisch perspectief</i> .....	55
Peter Vossenbergh	
■ <i>Help, de dokter verzuipt...?</i> .....	60
Onno Dokkum	
<b>Podium »Verslaafd aan de macht?«</b>	
■ <i>De prijs voor de fascinatie van de macht</i> .....	64
Jürgen Leinemann	
<i>risflecting® – uitgangspunten en modellen voor een pedagogiek inzake drugs en risico's</i> .....	68
Nicole Rögl	
<i>Is de verslavingspreventie zijn geld waard?</i> .....	73
Werner Loosen, Dr. Artur Schroers	
<i>Hulpverlening aan basecoke-gebruikers</i> .....	79
Rob Steinbuch, Reneé Henskens	
<i>ADHD-onderzoek tussen de bedrijven door</i> .....	85
Meggy Stolk	
<i>Symposium »ADHD bij verslaving«</i> .....	88
Geurt van de Glind	
<i>Project »Suchtprävention ohne Grenzen – SPOG«: Verslavingspreventie zonder grenzen</i> .....	90
Sylvia Urban	
<b>Publicaties</b> .....	94



**De redactie houdt zich gewoonlijk al geruime tijd van te voren bezig met de vraag wat het thema van de volgende uitgave van BINAD-INFO zal worden. Vaak plannen wij meteen ook al voor de daarop volgende uitgave. De actuele ontwikkelingen in de verslavingszorg in Nordrhein-Westfalen, maar ook die in de andere deelstaten en in de buurlanden, deden het item »uitdagingen« naar voren komen. De beperkte financiële middelen, de vraag naar de effectiviteit van de verslavingszorg, drugsproblemen die met name bij de legale drugs alcohol en tabak steeds nijpender worden en de daaruit voortvloeiende druk op de klinische en poliklinische verslavingszorg en -preventie, waren bepalend voor het idee dit item op te pakken en tot thema van deze uitgave te maken.**

In tegenstelling tot de werkwijze tot dusver bij het zoeken naar teksten voor het INFO, hebben wij besloten om gericht auteurs te vragen om een artikel voor deze uitgave m.b.t. de vraag **»Waar is de toekomst van de verslavingszorg? – De uitdagingen in de komende jaren«**. Uiteindelijk stonden 32 namen op onze lijst, 17 Duitse, 13 Nederlandse en twee Belgische. Een passage uit de brief aan de potentiële auteurs: *»Het gaat er ons om tenminste een fragmentarische blik op de toekomst te presenteren, die tegen de achtergrond van de problematischer wordende (financiële) omstandigheden schetst hoe de verslavingszorg er »in de toekomst« uitziet en die daarbij deze situatie als inhoudelijke uitdaging ziet. Wij willen daarmee niets mooi praten maar het is ook niet de bedoeling dat er een »klaagzang« wordt aangeheven«*.

Uiteindelijk kwamen 11 bijdragen bij ons binnen, vijf uit Duitsland, vier uit Nederland en twee uit België – een laatste bijdrage is afkomstig uit een Nederlands vakblad omdat deze er qua thema goed bij paste. Dit betekent dat 34% van de gevraagde personen positief reageerden en bereid waren om tijd te investeren en zich constructief bezig te houden met de huidige situatie. Dit heeft ons zeer verheugd en zorgt weer voor een zeer interessante INFO – wij spreken op deze plaats nog eens onze dank uit voor de geleverde inzet.

Betekent dit nu dat »alles goed wordt«? Dat zou zeker een voorbarige en onvolledige conclusie zijn. De toestand is netelig en doet het geheel op sommige plaatsen op zijn grondvesten schudden en lokt tegenreacties uit. Aan de andere kant zijn deze moeilijkheden ook aanleiding – in ieder geval aan Duitse zijde – na te denken over

veranderingen die wellicht hoognodig zijn. Een voorbeeld hiervoor zijn de structuren van het systeem van de hulpverlening. Het is interessant dat aan de bijdragen te zien is dat deze uitdaging ook in Nederland en in België zo gezien wordt. Verslaving en drugsgebruik zijn maatschappelijk gezien geen statische fenomenen – de verslavingszorg kan daarom ook geen statisch en bureaucratisch systeem zijn.

Naast artikelen over het thema zijn er »vrije« teksten, die zich b.v. bezighouden met de effectiviteit van de preventie. De dwang tot bezuinigen en de controle van de resultaten en de successen worden daarmee nog eens duidelijk voor het voetlicht gebracht en daaruit blijkt ook de druk die momenteel wordt uitgeoefend op de verslavingszorg. Voor de verbetering van de kwaliteit is deze druk zeker niet alleen negatief – soms komen zinvolle of zelfs noodzakelijke veranderingen vrijwel niet tot stand zonder deze druk. In ieder geval verlopen ze sneller. En soms komt daarbij ook een onverwachte creativiteit te voorschijn.

***Soms komen zinvolle of zelfs noodzakelijke veranderingen vrijwel niet tot stand zonder druk***

**Het voorgaande dient niet te worden opgevat als pleidooi voor bezuinigingen en minder beleidsruimte voor de verslavingspreventie:** verslavingspreventie mag niet worden geënt op kortlopende maatregelen voor verbetering van de effectiviteit die geen rekening houden met de »natuur« van de verslaving en de betekenis van drugs in onze maatschappij. Verslavingspreventie mag ook niet verworden tot een »dekmanteltje« van het gezondheids- en sociale beleid, waarmee de schade aan het oog onttrokken wordt en waarvoor anderen verantwoordelijk zijn. Verslavingspreventie mag en kan ook niet, net zo min als het systeem van hulpverlening, uitsluitend gericht zijn op het doel abstinente te worden – grote groepen blijven zo buiten beeld, worden naar de rand van de maatschappij gedrukt met alle risico's van dien en worden dan later op een andere plaats opnieuw een probleem voor de maatschappij.

Dit maakt duidelijk dat er speelruimte moet blijven, dat de verslavingszorg niet in starre sjablonen mag worden gedrukt maar zo flexibel mogelijk moet blijven zodat adequaat kan worden gereageerd op veranderingen op het niveau van de gebruikers. En dit op zijn beurt maakt weer duidelijk dat het thema verslaving een voortdurende uitdaging blijft voor de maatschappij, de politiek en het hele systeem van preventie en hulpverlening.



En hoe ziet de verantwoording voor de noodzakelijke ontwikkelingen er nu uit? Op federaal niveau in Duitsland is er het **Aktionsplan Drogen und Sucht**, die voor het eerst een breed overeengekomen kader voor de verdere ontwikkeling van de verslavingszorg en -preventie beschrijft en na het laatste overleg vanaf juli in de praktijk zal worden gebracht. De belangrijkste bonden en organisaties hebben hun mening over het stuk reeds gegeven. Op grond van deze reacties zijn wijzigingen in het stuk aangebracht. De uitdaging die besloten ligt in de financiering van de preventie, wordt weliswaar genoemd maar de realisatie ervan is nog niet in zicht: het is de bedoeling dat er een gezamenlijke »financieringspool« van ziekenfondsen, federale overheid, deelstaten, gemeenten etc. komt – in principe een wenselijke constructie, maar het verenigen zit niet altijd alleen in de details maar soms ook in fundamentele aspecten. Bestaan er gezamenlijke lijnen die de ontwikkeling van deze pool bevorderen of werkelijk vooruit brengen?

***De compatibiliteit van deze lijst met de belangen van de organisaties en overkoepelnde organisaties en lokale en regionale bijzonderheden moet zich nog bewijzen in de praktijk***

Maar juist samenwerken en netwerken zijn nodig wanneer een dergelijk ambitieus plan in de praktijk moet worden gebracht – de deelstaten moeten dit proces coördineren met de gemeenten en de verantwoordelijke organisaties in het land. »Het actieplan is de lijst van maatregelen t.a.v. het drugsbeleid in de komende jaren«, aldus de gevolmachtigde voor drugszake Marion Caspers-Merk. De compatibiliteit van deze lijst met de belangen van de organisaties en overkoepelnde organisaties en lokale en regionale bijzonderheden moet zich nog bewijzen in de praktijk. En de verantwoordelijkheden zijn gelegen bij afdelingen en richtingen op alle niveaus van de politiek, bij de overkoepelnde organisaties, organisaties en in de bestuurslichamen en natuurlijk bij mensen in de praktijk die uiteindelijk moeten zorgen voor de realisatie »ter plaatse« en daarbij ook oude gewoontes moeten opgeven en zich grote veranderingen moeten laten welgevalen. Van alle betrokkenen wordt in dit komende proces veel gevergd.

In het podium staat een bijdrage die zich bezighoudt met de »prijs voor de fascinatie van de macht« – gefocust op de politiek. De auteur interpreteert niet alleen het taalgebruik van de politici, dat zij niet zelden afgekeken hebben van de verslavingszorg, hij gaat ook in op de »hoogteroes« waaraan sommige politici verslaafd lijken te zijn. En er is een heel belangrijk aspect voor de »bruikbaarheid« van de tekst voor deze uitgave: de discussie over macht en de belangen die daarbij een rol spelen hebben zeer zeker ook iets te maken met de uitdagingen van het thema van deze uitgave, want het is immers een (drugs-)beleidsthema en de mensen die direct of indirect een rol spelen in het systeem dat de verslavingszorg stuurt, functioneren niet bepaald volgens andere principes.

Nog iets over het BINAD-INFO. In het BINAD-team en daarmee ook in de redactie, is een beslissing gevallen die ook meer of minder te maken heeft met de uitdagingen van de verslavingszorg. Voortaan zullen er slechts twee uitgaven van het BINAD-INFO per jaar verschijnen. De gelden die daardoor vrij komen zullen gebruikt worden voor materiaal en projecten die direct ten goede komen aan de praktijk. In maart van dit jaar is dat b.v. de Duitse uitgave van het handboek »Hilfe, mein Kind pubertiert – Leitfaden einer Seminarreihe für Eltern« (zie blz.) geweest, die ter beschikking werd gesteld aan medewerkers van de verslavingspreventie in Nordrhein-Westfalen. De kwaliteit van de resterende 2 uitgaven van het INFO zal natuurlijk op het vertrouwde niveau blijven – de controle of dat ook gelukt is kan al beginnen aan de hand van het voor u liggende nummer 24.



*Rüdiger Klebeck*



*Mechthild Neuer*



*Hans van Ommen*

Rüdiger Klebeck

Mechthild Neuer

Hans van Ommen



## Europees onderzoek: XTC-tests zorgen voor veiliger gebruik

Het verschijnen van het eindverslag van een onderzoek onder »partygangers« werd bekend gemaakt in een persmededeling van Jellinek, Amsterdam. Manfred Rabes, Niedersächsische Landesstelle Suchtgefahren (projectleiding), heeft in BINAD-INFO 23 reeds verslag uitgebracht van dit onderzoek. Het verslag dat nu ter beschikking staat is verkrijgbaar in het Duits en in het Engels en kan worden besteld bij uitgeverij Rozenburg in Amsterdam.

Het doen van pillen-tests heeft tot gevolg dat gebruikers minder vaak XTC gebruiken. De pillen-tests leiden ook niet tot een toeloop van gebruikers. De voorlichting over de risico's van XTC wordt geloofwaardiger wanneer dit samen met het testen van pillen plaatsvindt. Deze resultaten werden samen met het onderzoek waartoe de Europese Commissie opdracht had gegeven gepresenteerd. Het onderzoek vond plaats in Hannover, Wenen en Amsterdam.

In totaal werden 700 partygangers ondervraagd: niet-gebruikers, gebruikers die hun XTC-pillen nooit laten testen (niet-testers) en gebruikers die hun XTC-pillen wel laten testen (testers). Het onderzoek werd uitgevoerd door de Universiteit van Amsterdam. De partners waren in Amsterdam Jellinek, in Wenen het project »Check it« en in Hannover het consultatiebureau voor drugs. Het bleek dat de groep met de testers meer weet over XTC en een veiliger gedrag vertoont bij het gebruiken dan de groep niet-testers. De oorzaak hiervan is niet gelegen in een verschil in persoonlijkheid maar omdat de tests werden uitgevoerd. Een ander voordeel is dat ook gemakkelijker nieuwe groepen gebruikers kunnen worden bereikt met voorlichtingsactiviteiten. Daarnaast kan de XTC-markt worden gevolgd door de tests. Er werd in het onderzoek geen enkele aanwijzing gevonden dat de mogelijkheid om pillen te testen de mensen verleidt om XTC te gaan gebruiken. In tegendeel, het bleek dat de mogelijkheid om te testen de beslissing van twijfelende gebruikers om niet te gaan gebruiken een steun in de rug geeft. Het is opvallend dat de test-service gezien wordt als de betrouwbaarste informatiebron.

Het volledige verslag over het project – tweetalig zoals BINAD-INFO, maar dan als Duits-Engelse uitgave – kan digitaal worden besteld bij de Amsterdamse uitgeverij Rozenburg:

[www.rozenbergsp.com](http://www.rozenbergsp.com)

*Nadere informatie over het onderzoek kan worden aangevraagd bij:*

**Drs. Jaap Jamin**

Jellinek-Preventie

☎ 020-5 70 23 55

**Dr. Dirk Korf**

Universität Amsterdam

☎ 020-5 25 39 30

**Dr. Manfred Rabes**

Niedersächsische

Landesstelle

Suchtgefahren (NLS)

Hannover

☎ 0049-511-6 26 26 66 13



## **Dr. Artur Schroers**

### *»Urban Vibe« – een internetplatform voor de partyscène*

**Artur Schroers, hoofd van het Hamburgse Büro für Suchtprävention, beschrijft in het kort de doelen en de inhoud van een nieuw project voor een meertalig forum voor de »partyscène«. Het forum zal waarschijnlijk in juni online gaan en moet als voorbeeld voor andere dienen.**

De partyscène maakt veel gebruik van het internet. Partygangers informeren zich daar over party's, events en alles wat te maken heeft met de partycultuur. Inmiddels bestaan (in de Duitstalige landen) goede party-websites. Projecten die nauwe voeling hebben met de scène, maar ook officiële projecten richten zich met voorlichting over de drugsproblematiek op de »partypeople«. De kwaliteit van de informatie is niet altijd even goed en er bestaan ook overlappingen. Er is vrijwel geen wetenschappelijk onderzoek beschikbaar naar het gebruik en de effectiviteit van dergelijke informatievoorzieningen op het internet. Het is verder ook de vraag wie er precies bereikt wordt met de websites en hoe het gebruikspatroon van de gebruikers is.

Met »Urban vibe« wordt vanaf juni 2003 een meertalig platform voor de »partyscène« op het internet gezet. Het samenwerkingsproject van de Europese metropolen Hamburg (Büro für Suchtprävention, »leading center«), Amsterdam (Jellinek) und Manchester (Lifeline) is ontstaan als vervolg op vroegere projecten van deze internationale samenwerking (b.v. Three-Cities-Project«).

Het is de bedoeling dat via een soort »internetportaal« op verschillende niveaus van het internet een forum ontstaat voor scèneleden, professionals en para-professionals (peers, initiatieven van de scène zelf). Het doel van het project is echter niet alleen het realiseren van een internetplatform voor partygangers en professionals. Het plan is om bij de wetenschappelijke evaluatie (taal-) grensoverschrijdende netwerken te gaan testen. Het internet wordt geëvalueerd en verder ontwikkeld als relatief nieuw medium van preventie voor partygangers in de »technoscène«.

#### **Praktijkgedeelte**

Op de website kan via redactionele bijdragen of via linken actuele informatie worden verkregen over drugs en thema's (partyscène, gezondheid etc.) die van belang zijn voor partygangers. Bezoekers van de site krijgen feedback over de trends in de partyscène. Partygangers kunnen hun indrukken en creatieve manieren met de partycultuur om te gaan inbrengen in een wedstrijd. Het portaal biedt projecten de ruimte om hun activiteiten door te geven aan de partyscène. Mensen die zich bezig houden met preventie (para-professionals/peers, professionals, onderzoekers) hebben in een »member«-gedeelte toegang tot voorbeeld-cursussen en trainingsmateriaal over relevante thema's (b.v. hoe te handelen in een noodgeval met drugs) en men kan informatie uitwisselen.



## **Büro für Suchtprävention**

Hamburgische  
Landesstelle gegen die  
Suchtgefahren e.V.  
Repsoldstraße 4  
20097 Hamburg  
Duitsland

☎ 0049-40 - 2 84 99 18-18

☎ 0049-40 - 2 84 99 18-19

✉ [schroers@suchthh.de](mailto:schroers@suchthh.de)  
[www.suchthh.de](http://www.suchthh.de)

## **Onderzoeksgedeelte**

Het onderzoeksgedeelte van het internetproject behelst de volgende activiteiten:

- onderzoek naar trends in gebruikspatronen zodat deze vroegtijdig kunnen worden onderkend (monitoring)
- onderzoek naar het opnemen van informatie
- wetenschappelijke evaluatie van het project

Onderzoeksresultaten worden begin 2004 verwacht.

## **Informatie over het project**

De internetpagina's kunnen naar het zich laat aanzien in juni 2003 worden bekeken op [www.urban-vibe.net](http://www.urban-vibe.net).

---

## *Manual »homeparty's« in de praktijk getest*

Het Trimbos-instituut Utrecht en de instelling voor verslavingszorg De Grift Arnhem hebben de ontwikkelingsfase van de zogeheten »homeparty's« in 2001 afgerond. Achter deze »homeparty's« gaat een manier van contacten leggen schuil met ouders van jongeren die problemen hebben met alcohol, drugs of gokken en die via andere manieren moeilijk te bereiken zijn. Deze aanpak heeft men name succes bij allochtone ouders en lijkt op die van de bekende »Tupperware-party's«. De avonden worden gehouden in een privé-sfeer bij families die een sleutelpositie hebben.

De aldus ontwikkelde manual wordt in een tweede stap in twee pilotregio's intensief in de praktijk getest. De test moet antwoord geven op de vraag of mensen van de verslavingspreventie met behulp van deze manual in staat zijn om zelfstandig activiteiten te ontplooiën naar het voorbeeld van de »homeparty's«. Natuurlijk speelt ook de vraag een rol welke de voorwaarden zijn voor een succesvolle implementatie. Een andere vraag is, ook voor de evaluatie van het project, of deskundigen of vrijwilligers van andere terreinen (b.v. de jeugdzorg) kunnen worden gewonnen en of wellicht bereid zijn de bedoelde activiteiten te organiseren.

*verdere informatie:*

### **Trimbos-Instituut**

Helen Ripper of  
Linda Bolier

☎ 030-2 97 11 00

✉ [hriper@trimbos.nl](mailto:hriper@trimbos.nl) of  
[lbolier@trimbos.nl](mailto:lbolier@trimbos.nl)

In de herfst van 2003 wordt de aangepaste manual gepresenteerd op een studiedag. Misschien blijkt dan dat het, net als bij de oudercursus Alcohol, drugs en opvoedingsondersteuning (»Hilfe, mein Kind pubertiert!), zinvol is de manual in het Duits te vertalen (zie ook het korte voorafgaande artikel).

## *Duitse uitgave manual oudercursussen*

BINAD heeft in overleg met de Nederlandse uitgevers (NIGZ, Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie, Woerden) en in samenwerking met het consultatiebureau Kontakt, Rat, Hilfe e.V. Viersen in maart 2003 een Duitse uitgave van deze manual t.b.v. cursussen voor ouders van experimenterende en gebruikende jongeren uitgegeven. De manual is bedoeld voor de medewerkers van de verslavingspreventie in Nordrhein-Westfalen. Het manual is ontwikkeld door de preventieafdelingen van »de Grift« in Arnhem en »Jellinek« in Amsterdam.

Het cursusmateriaal werd gedeeltelijk al sinds 2000 in Viersen gebruikt. BINAD kon gehoor geven aan de wens om de manual compleet te vertalen. Uiteindelijk verleende het NIGZ ook toestemming voor het gebruik in heel NRW, zodat kon worden gestart met de productie van de manuals. Inmiddels konden in drie bijeenkomsten 58 medewerkers van de verslavingspreventie worden geïnstrueerd over het gebruik van de manual. Hierbij kon gebruik worden gemaakt van de ervaring van de twee deskundigen uit Viersen, die zowel de inhoud als de organisatorische verbanden op levendige wijze verwoordden. BINAD zal contact blijven houden met de afdelingen om feed back over de ervaringen met de manual te krijgen.

Geïnteresseerde personen die in de praktijk van de verslavingspreventie werkzaam zijn en de manual tot dusver niet bezitten, kunnen deze aanvragen bij BINAD.

Voor vragen over het houden van oudercursussen kunt u terecht bij »de Grift«, »Jellinek« of de Duitse collegas Dorothee Grothenrath en Michael Hartges van de Drogenberatung Viersen.

**Drogenberatung  
Kontakt, Rat,  
Hilfe e.V**

Kreuzherrenstr. 17-19  
41751 Viersen  
Duitsland

☎ 0049-21 62 - 95110

☎ 0049-21 62 - 95150

✉ d.grothenrath@  
drogenberatung-  
kreisviersen.de

**Hugo van Aalderen**

## *Druggebruikers in de Nederlandse verslavingszorg*

*Vooruit denken, concentreren op zorg en de bakens  
durven verzetten*

**Natuurlijk zijn er ook vanuit de optiek van de zelfhulp en de gebruikers organisaties tekens die wijzen op problemen die op de verslavingszorg af komen. Hugo van Aalderen van de Stichting Mainline geeft namens deze groepen en organisaties zijn mening en spreekt zich o.a. uit voor een beter op elkaar afgestemde samenwerking tussen professionals en organisaties voor zelfhulp. Daarbij hoort uiteindelijk ook de bereidheid om bestaande structuren te veranderen en drempels tussen de disciplines te slechten.**

Harddruggebruikers in Nederland worden voor hun specifieke problemen doorverwezen naar de instellingen voor verslavingszorg. In de praktijk gaat – met name voor harddruggebruikers – het zorgaanbod veel verder dan het aanbieden van hulp bij verslavingsproblemen.

Dit is niet zonder reden. De wereld van de harddruggebruiker is de afgelopen jaren steeds in beweging geweest en de verslavingszorg heeft al die jaren getracht zich aan te sluiten bij ontwikkelingen in het veld.

Daarbij is één probleem niet opgelost. De ontwikkelingen in de zorg hebben altijd sterk achter gelopen bij de ontwikkelingen op straat.

Ook de jongste ontwikkelingen in de populatie chronische harddruggebruikers op straat stemmen wat dat betreft niet hoopvol. Er liggen kansen voor de verslavingszorg om nu een inhaalslag te maken, maar dan moeten de bakens wel worden verzet. Wanneer we erin slagen daadwerkelijk te anticiperen op te verwachten ontwikkelingen, is er een kans om het Nederlandse zorgaanbod ook internationaal weer als voorbeeld op de kaart te zetten.

Als we in Nederland praten over chronische opiaatgebruikers, praten we over een groep gebruikers die voortkomt uit één generatie. Jaarlijks wordt de Nederlandse opiaatgebruiker gemiddeld bijna een jaar ouder. Het gaat om een groep mensen die in de tachtiger jaren chronisch druggebruiker is geworden en dat tot op de dag van vandaag is. Er is weinig nieuwe instroom en een geringe uitstroom. Daarmee wordt het steeds reëler te veronderstellen dat deze groep tot aan het overlijden een beroep zal doen op specifieke vormen van zorg. Dit gegeven is op een aantal terreinen bepalend voor de toekomstige ontwikkelingen.

Daarnaast is basecoke de afgelopen jaren sterk in opkomst. Het aantal problematische gebruikers van basecoke is gemiddeld jonger en het percentage gebruikers van allochtone afkomst onder deze groepen is hoger. Daarmee gaat het nog niet direct om een andere, nieuwe groep gebruikers. De scheiding tussen opiaat en cokegebruikers is inmiddels bijzonder diffuus geworden. Verreweg het grootste deel van de gebruikers gebruikt beide middelen en hooguit kan worden gezegd dat de voorkeur voor één van deze beiden de groepen onderscheidt. Wel zijn er groepen jonge Marokkanen en Antillianen, gemiddeld jonger met een gebruikerscarrière die start met base-coke-gebruik. Op deze en andere nieuwe groepen gebruikers kom ik terug.

Het zorgaanbod voor druggebruikers loopt eigenlijk structureel achter de feiten aan. Er zijn altijd wel in een vroeg stadium van nieuwe ontwikkelingen zorgaanbieders geweest met goede, vooruitstrevende initiatieven, maar het introduceren van een goed zorgaanbod op landelijke schaal, gericht op de problemen van het moment, heeft traditioneel te lang tijd gekost. Een paar voorbeelden:

- Toen methadonverstrekking op grote schaal en in effectieve doses gemeengoed was, was het opiaatgebruik waarop deze verstrekkingvorm was ontwikkeld al definitief van karakter veranderd. Polidruggebruik was gemeengoed. De verstrekking werkte nog wel stabiliserend in het leven van een gebruiker, maar de rol als opiaatvervanger was uitgespeeld. Methadonverstrekking had en heeft daarmee voor gebruikers en instellingen nog wel een belangrijk functie, maar de centrale doelstelling van de behandeling is verschoven.

***Het zorgaanbod voor druggebruikers loopt structureel achter de feiten aan***



- Er vind de laatste jaren een verschuiving plaats van het behandelen van druggebruikers naar het begeleiden van gebruikers en het reguleren van het gebruik. Het verbreden van de zorg en het afscheid nemen van het primaat van de abstinentie in het zorgaanbod is echter niet zozeer een antwoord op nieuwe ontwikkelingen in de populatie druggebruikers, maar eerder een gevolg van een falende effectiviteit van de aangeboden programma's
- Cocainegebruik op straat (basecoke) heeft inmiddels de markt volledig oververd. Zorgverleners hadden vijf jaar geleden de handen ineen kunnen slaan om te komen tot een deltaplan-coke in de verslavingszorg, maar in plaats daarvan wordt er nog maar op kleine schaal geëxperimenteerd met een behandelingsaanbod.
- We hadden ons als samenleving veel leed, infectie- en gezondheidsrisico's kunnen besparen, wanneer we er in waren geslaagd een netwerk van gebruikersruimten tien jaar eerder op te zetten

De laatste jaren zien we de inmiddels doorzettende vergrijzing van de populatie chronische gebruikers op straat op ons af komen. Sinds kort worden er op kleine schaal experimenten opgezet die zich richten op dit fenomeen. Wat doen we met de gevolgen van deze veroudering voor de zorg? Hoe gaan we om met het feit dat er in de toekomst minder behoefte is aan verslavingszorg, maar des te meer aan medische en maatschappelijke zorg en -begeleiding? Wat zijn de gevolgen voor de instellingen en de diverse afkickprogramma's? Er ligt geen duidelijk plan klaar en over de organisatorische consequenties wordt onvoldoende nagedacht. Te vrezen valt dat een aanbod pas tot stand komt wanneer gebruikers op grote schaal bejaarden- en verpleeghuizen worden uitgeknikkerd.

Maar wat doen instellingen dan wel wanneer we kijken naar de toekomst? We doen onderzoek naar nieuwe groepen. We trachten in kaart te brengen welke vormen van risicogedrag in de toekomst gaan leiden tot vormen van verslavend gedrag. En we maken daarbij steeds dezelfde fout. We staren ons blind op de diagnose en verliezen de noden van de mensen zelf uit het oog.

Wanneer we kijken naar de noden van dit moment en de consequenties daarvan voor de zorgontwikkeling beschouwen, dan ligt er werk genoeg.

Nieuwe en andere groepen mensen uit de bevolking komen op straat terecht en trachten in de marges van de samenleving het hoofd boven water te houden. Illegalen,

***We maken steeds dezelfde fout: We staren ons blind op de diagnose en verliezen de noden van de mensen zelf uit het oog***

(ex)psychiatrisch patiënten, zwervende jongeren en individuen van diverse pluimage vinden elkaar in toenemende mate op straat. In tegenstelling tot de groepen chronische druggebruikers is middelengebruik voor hen geen bindende en sturende factor. Dat wil overigens niet zeggen dat zij niet gebruiken, maar opvallend is wel dat zij hun afhankelijkheid van middelen op een andere manier vorm geven. Druggebruik is geen taboe, maar de traditionele afhankelijkheid wordt wel gezien als 'losersgedrag'. Op druggebruik laten deze mensen zich niet aanspreken en hun gemarginaliseerde positie in de samenleving is daarmee moeilijker te (be)grijpen.

Kreten als: »De helft van de druggebruikers is tegenwoordig psychiatrisch patiënt«, het fenomeen dubbele diagnose, dat gebruikt wordt om een inadequate diagnose te beschrijven. Het zijn duidingen die er op wijzen dat werkers in het veld slecht met deze mensen overweg kunnen. We zullen de problemen van deze mensen in de context van hun positie in de samenleving weer onder één noemer moeten brengen.

De drugshulpverlening zal daarvoor in de nabije toekomst de bakens moet verzetten. Drugshulpverleners weten in het algemeen veel van druggebruik. Met deze kennis is de klassieke generatie chronische gebruikers ook de komende jaren nog gebaat. Dit op voorwaarde dat instellingen voor verslavingszorg scherp blijven volgen welke ontwikkelingen zich bij deze groepen voordoen, zich concentreren op de vraag en de daadwerkelijke behoefte aan zorg.

Een aantal drugshulpverleners weten daarnaast veel van risicogedrag en het leven op straat in de marges van de samenleving. Het zal ook het komende decennium noodzakelijk zijn om deze kennis expliciet te maken en samen te voegen met andere deskundigheden op dit gebied.

Uiteindelijk zullen centra voor verslavingszorg moeten worden omgevormd tot centra voor maatschappelijk zorg op straat waarin lichamelijk, psychisch en maatschappelijk welzijn worden geïntegreerd tot een multidisciplinaire vorm van adequate begeleiding en behandeling. Gericht op de dagelijkse praktijk en de mogelijkheden die de cliënt heeft.

Niet multidisciplinair om van diagnose(verslaafd) naar diagnose (gek) te worden verwezen, maar multidisciplinair om te komen tot een echt geïntegreerde begeleiding waarin de persoon en zijn omgeving centraal staan.

Dat vraagt niet alleen meer en nieuwe aandacht voor outreachend werk dicht bij de mensen op straat. Dat vraagt ook de bereidheid om de bestaande structuren te hervormen en de bestaande scheidslijnen tussen de disciplines te overbruggen.

## **Stichting Mainline**

Gezondheids- en  
preventiewerk  
Druggebruikers  
Postbus 58303  
1040 HH Amsterdam  
☎ 020-6 82 26 60  
☎ 020-6 81 30 03  
✉ info@mainline.org  
www.mainline.org

**Interview met Gerd Engler***»Het is geen crisis maar een  
uitdaging«*

**Het volgende interview over het speciale thema van deze uitgave werd gevoerd met Gerd Engler, hoofd van de vier consultatiebureaus van het Caritas-Verband in het district Kleef. Gerd Engler is tevens voorzitter van de AG Drogenarbeit und Drogenpolitik in NRW e.V., die zich bezig houdt met de ontwikkeling van het terrein drugs en verslaving in de deelstaat Nordrhein-Westfalen.**

*Waarom denk je het eerst wanneer je de vraag voorgelegd krijgt »Waarom krijgt de verslavingszorg nu te maken?«*

- Ik denk dat in de komende jaren het punt van de verandering van de financiering een wezenlijke rol zal spelen. Zaken als transparantie en effectiviteit van ons werk zullen een graadmeter zijn voor het continueren van de financiering. Dit betekent dat ook het werk inhoudelijk sterk zal veranderen.

*Waarom moet het werk van de consultatiebureaus zich in dit verband voorbereiden?*

- Mijn stelling is dat de tijd van de automatische financiering voorbij is. De instanties die zorgen voor de financiering, om het even wie dit nu concreet is, de deelstaat, in toenemende mate ook de gemeenten – heel precies willen weten hoe wij hun geld gebruiken. Dit is een toestand waaraan wij niet gewend zijn en die wij niet kennen. Het is dan dus noodzakelijk inzicht te geven in de inhoud en de effectiviteit van ons werk. Wellicht zal de vraag opkomen of het geld niet beter kan worden uitgegeven voor repressieve maatregelen. Dit is dus tevens de vraag of de politie niet effectiever is dan het maatschappelijk werk bij het »teggengaan« van de verslavingsproblematiek. De verslavingszorg heeft het antwoord daarop al lang gegeven – maar de druk zal toenemen dit zo te formuleren dat dit ook voor anderen – het publiek, de politiek en de geldschietters – duidelijk is. Dit houdt effectiviteitscontroles voor ons werk in: met welke middelen bereiken wij welke doelen in welke omvang – of ook niet?



*Is dat een inhoudelijke crisis van de verslavingszorg?*

- Nee, dat zie ik niet zo. Het is geen crisis maar een uitdaging die ook kan helpen om onze plaats te bepalen in het geheel van aanbieders met het uiteenlopende aanbod binnen de verslavingszorg. Ik denk dat het ons juist goed zou doen wanneer wij meer gaan nadenken over wat wij eigenlijk doen, waarom wij het doen en met welke middelen.

*Niet alleen in het actieplan »Drogen und Sucht« van de centrale overheid, dat medio dit jaar zal verschijnen, maar ook in de praktijk worden alcohol en nicotine steeds meer aangeduid als belangrijkste verslavende middelen. Welke gevolgen heeft dit op het werk van de verslavingszorg?*

- Ik denk dat het steeds meer zal komen tot een versmelting van het bestaande hulpaanbod t.o.v. de verschillende groepen gebruikers. Het lijkt mij inhoudelijk gezien en ook financieel op den duur niet langer haalbaar dat wij ons een tweeledig systeem van de verslavingszorg veroorloven. Wij beschikken b.v. enerzijds over speciale klinieken voor alcohol- en medicijnverslaafden, aan de andere kant hebben wij klinieken voor gebruikers van illegale middelen. Een vergelijkbaar fenomeen veroorloven wij ons bij de poliklinische hulpverlening: in één plaats bestaan vaak consultatiebureaus voor legale en illegale middelen naast elkaar. Beide consultatiebureaus worden vaak betaald uit dezelfde potjes, door de gemeente en de deelstaat.

Ik denk dat wij uit zullen komen bij een geïntegreerde verslavingszorg en dat er in dit verband niet langer in eerste instantie gedifferentieerd gaat worden naar middel, maar naar de behoefte aan hulp van de mensen. Nicotineverslaving, gokverslaving, alcoholverslaving, maar ook bepaalde vormen van eetstoornissen etc. moeten hierbij worden betrokken.

*Komt hiermee ook de normalisatie, zoals die door de AG Drogenarbeit und Drogenpolitik NRW bepleit worden in hun statuten?*

- Ja, ik hoop en geloof dat de normalisatie tenminste voor een gedeelte via de financiering zal worden geregeld. Toch hebben wij wat betreft de illegale middelen de »abnormale situatie« dat de gebruikte middelen zowel schadelijk als illegaal zijn. Dit leidt tot bijzonderheden bij de illegale middelen, zoals verwervingscriminaliteit en lichamelijke en sociale noodsituaties. Wij zullen dus – wanneer wij streven naar normalisatie – ook dit terrein nog eens nauwkeurig moeten bezien tegen de deze achtergrond. Het is zaak te zorgen voor omstandigheden die de »abnormaliteiten« tegengaan die voortkomen uit de illegaliteit.

***Ik denk dat wij uit zullen komen bij een geïntegreerde verslavingszorg en dat er in dit verband niet langer in eerste instantie gedifferentieerd gaat worden naar middel, maar naar de behoefte aan hulp van de mensen***

**Wij hebben een systeem dat wij ons alleen kunnen veroorloven wanneer er geen werkloosheid zou bestaan en er dienovereenkomstig veel belastinginkomsten zijn**

*Niet een heel ander thema maar toch een ander aspect. Wij beschikken over een hele reeks van organisaties die verantwoordelijk zijn voor de verslavingszorg. Het gaat bovendien dan vaak ook nog om parallel naast elkaar werkende systemen voor jeugd- en verslavingszorg. Er bestaat een grote noodzaak dit op gemeentelijk, regionaal niveau en deelstaatsniveau op elkaar af te stemmen. Welke kansen en risico's bestaan er voor de verslavingszorg?*

■ Ja inderdaad, wij hebben een systeem dat wij ons alleen kunnen veroorloven wanneer er geen werkloosheid zou bestaan en er dienovereenkomstig veel belastinginkomsten zijn. In de praktijk ziet het er echter zo uit dat zich in een gemeente verschillende nogal onafhankelijk van elkaar opererende organisaties bezig houden met de cliëntèle. Deze heeft op haar beurt te maken met uiteenlopende problemen, terwijl de noodsituaties juist soms weer overeenkomsten vertonen. Soms komen we de paradoxe situatie tegen dat dezelfde organisaties vlak bij elkaar in de buurt verschillende instellingen onderhouden die los van elkaar opereren. Naar mijn mening moeten daaruit consequenties getrokken worden:

De verslavingszorg zal, dat heb ik daarnet al aangestipt, onderling meer gaan netwerken. Verschillende organisaties en diensten die werken met verschillende concepten zullen gedwongen worden samen te werken afgestemd op de complexe noodsituaties van de mensen. Ik ben van mening dat dit niet alleen inhoudelijk zinvol is maar ook economisch noodzakelijk. Een voorbeeld daarvoor zou de samenwerking tussen jeugd- en verslavingszorg kunnen zijn. De verslavingszorg stelt vast dat de cliëntèle soms (cannabis en designerdrugs) steeds jonger wordt. Wij hebben hier dus te maken met de klassieke cliëntèle voor de jeugdzorg. In de praktijk werken wij echter nauwelijks samen. Een ander voorbeeld zijn de drugsverslaafde ouders van kleine kinderen. Hiervoor bestaat bijna geen hulpaanbod. In hun huiselijke omgeving is het soms een komen en gaan van hulpverleningsinstanties – hiervoor zijn echter geen gezamenlijke hulpschema's opgesteld. Hier is een enorme achterstand die moet worden ingelopen en wanneer wij niet in staat zijn dit zelf te erkennen en daarvoor concepten te ontwikkelen, dan zullen wij daar ooit toe gedwongen worden, anders zal de geldkraan dichtgedraaid worden en ik denk dat dat niet onterecht is.

*Is de verslavingszorg voorbereid op deze eis?*

■ Dat durf ik in zijn geheel niet te zeggen. Dat is zeker ook regionaal zeer verschillend. Ik denk dat er te weinig gelijkvormige concepten zijn en wij hebben een grote achterstand.

*Uit het voorgaande blijkt al vrij duidelijk dat wij niet bepaald beschikken over een ideaal systeem voor hulpverlening. Heb je een idee, een visie voor een »beter« systeem, waarin de verslavingszorg zou kunnen opgaan met andere diensten?*

■ Volgens mij zou het zo kunnen zijn dat er decentraal verschillende contactadressen komen waar mensen met verschillende problemen terecht kunnen. Daar zou

dan de hele situatie in kaart kunnen worden gebracht en adequaat worden behandeld. Het zou in zekere zin een soort »huisartsenmodel« op het vlak van sociale problemen zijn. Dit contactadres, het maatschappelijk werk dat daarvan deel uitmaakt, houdt de supervisie en ziet zich als een soort casemanager. De hulpbezoekers worden van daaruit langs de »klippen« van de veelsoortige en los van elkaar opererende hulpinstanties geloodst. Tegelijkertijd wordt gecontroleerd of er adequate hulp geboden wordt, en wanneer dat niet het geval is waarom niet. Het gaat hierbij dus om een alomvattende verantwoordelijkheid, onafhankelijk van de desbetreffende noodsituatie. Het kan toch niet zo zijn dat een alcoholverslaafde met schulden en opvoedingsproblemen voor zijn schulden moet aankloppen bij het bureau voor schuldsanering, voor de opvoedingsproblemen bij het opvoedingsadviesbureau, en voor de verslaving bij de verslavingszorg. Hij wordt daar dan door verschillende mensen van verschillend advies gediend, die niet eens van het bestaan van de ander weten. Dat is niet goed voor hem, ook niet voor het hulpverleningscircuit en niet voor de overheidsfinanciën.

*Laten wij van deze visie voor een effectievere hulpverlening naar de laatste vraag gaan, die te maken heeft met de ligging van het district Kleve vlak aan de grens. Welke eisen worden gesteld – ook ten aanzien van de grensoverschrijdende samenwerking – aan de verslavingszorg die grenst aan Nederland?*

■ De mogelijkheid en de noodzaak van de grensoverschrijdende samenwerking loopt ook zelf tegen grenzen aan waar deze niet te financieren is, of – ook heel belangrijk – waar niet beide zijden ook echt concreet belang hebben bij de samenwerking. Het zal duidelijk zijn dat samenwerking omwille van de samenwerking geen motivatie kan zijn. Het gaat er veeleer om heel concrete doelen na te streven met de samenwerking. Deze doelen zijn óf gericht op de afzonderlijke cliënt, óf het gaat er om concreet ervaringen uit te wisselen die geïntegreerd kunnen worden in het eigen systeem van hulpverlening. Ik geloof dat daar ook de toekomst ligt. De tijd van de ronde tafels waaraan men deelneemt omwille van de uitwisseling zelf is voorbij. Ik verwacht dat de problemen van verslaafden op een hoger niveau b.v. door de EU gezien worden en van daaruit ook grensoverschrijdend gefinancierd worden.

Wij hebben, voor wat betreft de ligging aan de grens, nog steeds te maken met de cannabisproblematiek. De Nederlandse stemmen die pleiten voor een meer gedifferentieerde en kritischere houding t.o.v. cannabisgebruik vooral op jonge leeftijd, worden allengs sterker. En ook in Duitsland hoor ik steeds meer collega's berichten over psychische problemen van zeer jonge mensen die zeer intensief cannabis gebruiken. Ik zou mij kunnen voorstellen dat de discussie over coffeeshops, over een gemakkelijke toegang tot cannabis, ons wellicht in sterkere mate ook in de toekomst aan beide zijden van de grens zal bezighouden.

## **Suchtberatung des Caritasverbandes**

Van-den-Bergh-Str. 10a  
47533 Kleve  
Duitsland  
☎ 0049-2821-9545  
☎ 0049-2821-98146  
✉ g.engler@caritascleve.de

*Hartelijk dank voor het gesprek.*

**Hans Visser**

## *Drugsbeleid in Rotterdam – ervaringen en uitdagingen*

**De Pauluskerk in Rotterdam biedt op heel bijzondere wijze hulp aan drugsverslaafden.**

**Hier worden concepten en ideeën in de praktijk gebracht die zelfs voor Nederlandse begrippen ongebruikelijk zijn. Dominee Hans Visser is de motor achter deze activiteiten. Hij heeft gereageerd op ons verzoek en een tweedelig verslag gestuurd, dat wij hier in een ingekorte versie afdrukken voor wat betreft de beschrijving van de situatie en de ervaringen in Rotterdam. Hans Visser komt uiteindelijk tot de conclusie dat één van de hoofdproblemen de conservatieve politici zijn die overal in Europa kunnen worden aangetroffen en vrijwel niets begrijpen van de drugsproblematiek maar er wel buitengewoon moraliserend mee omgaan.**

Sinds begin jaren tachtig span ik mij samen met anderen in om het drugsgebruik weg te halen uit de sfeer van criminaliteit en strafrecht. Ik beseft dat legalisering van harddrugs een lange weg te gaan is, maar het moet toch mogelijk zijn om langzaam maar zeker wegen te bewandelen die in die richting gaan. Zelf kies ik voor het smalle pad tussen enerzijds het vrijgeven van drugs en anderzijds het verbod op drugs. Wat het verbod op drugs met zich meebrengt is genoegzaam bekend: maffia, criminaliteit, overvolle gevangenissen, overbelaste rechtshoven, etc.

Het vrijgeven van drugs is sterk afhankelijk van de risico's die sommige drugs met zich meebrengen. Ik denk dat bepaalde drugs verkrijgbaar kunnen zijn tegen bepaalde voorwaarden. Er wordt rekening gehouden met bepaalde risico's. Dat doen we ook met alcohol en tabak, overigens de gevaarlijkste drugs. We hebben allerlei regels gemaakt ten aanzien van leeftijd, verkrijgbaarheid, prijs, we geven voorlichting, we waarschuwen de mensen. Op deze wijze proberen we de risico's te reduceren. Er zijn ook drugs met een hoger risico. Het kan zijn dat we die via de apotheek op doktersrecept verkrijgbaar laten zijn. Persoonlijk ben ik geen tegenstander van medicalisering van het drugsgebruik. Niet dat dit nu altijd de ideale oplossing is, maar het past binnen de huidige wetgeving. We kennen reeds het heroïne-experiment dat bevredigend van de grond is gekomen. Dat experiment zal moeten worden uitgebreid voor meer mensen.

In de weg van moralisering geloof ik niet. Men kan niet zeggen dat drugs slecht zijn en dat drugsgebruik verkeerd is. Het is altijd afhankelijk van de wijze waarop drugs gebruikt worden, de hoeveelheid, wat de drugsgebruiker ermee beoogt. We weten allemaal dat als drugs gebruikt worden om problemen op te lossen, dat niet de ideale weg is maar wel begrijpelijk. Drugs kunnen verdoven en doen vergeten. Veel mensen maken ellendige dingen mee in hun bestaan. Hun gebruik is begrijpelijk. Er zijn ook drugs die mensen een oppepper geven, die mensen power geven. Op zichzelf is daar niks op tegen, mits ook hier weer rekening wordt gehouden met een verantwoordelijke hoeveelheid. Te veel betekent meestal schade. Veel voorlichting is op dit punt geboden. Jonge mensen moeten leren omgaan met drugs.

Zelf doe ik mee aan de gebruikersruimte waar ook de handel in drugs is gereguleerd. Ik ben namelijk van mening dat een drugsdealer gewoon belasting moet betalen en zich moet onderwerpen aan regels. De politie moet kunnen binnenkomen en iedere overlast moet worden uitgesloten. Ik ken dealpanden in Rotterdam die aan die voorwaarden voldoen. De politie doet niets en de buurt is tevreden. Binnen dit soort voorzieningen is er een strenge regelgeving. Er zijn openings- en sluitingstijden, er wordt eten aangeboden. Mensen zijn daar niet alleen voortdurend bezig met het gebruik, er zijn ook andere dingen te beleven. Eigenlijk zou er nog meer hulpverlening op moeten worden losgelaten. Er zijn wel eens dealers die vragen om hulpverleners, maar zo ver is het nog niet. Ik ken een enkele dealer die belasting betaalt. Er zijn er die het wel zouden willen, maar er zijn allerlei risico's aan verbonden omdat justitie nog niet zo enthousiast is over de belastingafdracht. Ze zien dat als een begin van legalisering en dat is in hun ogen onmogelijk.

***In de weg van moralisering geloof ik niet. Men kan niet zeggen dat drugs slecht zijn en dat drugsgebruik verkeerd is***



Persoonlijk ben ik een warm voorstander van een drugsbeleid waarin preventie, regulering en zorg voorop staan. Preventie kan helpen om mensen tijdig te waarschuwen of om mensen aan te sporen het gebruik te matigen en goede keuzes te maken. Regulering houdt in dat je probeert erger te voorkomen, dat je probeert het gebruik in banen te leiden. Zorg impliceert omzien naar de mensen die vastlopen in verslaving en die er niet van kunnen loskomen. Regulering is ook een manier om te proberen situaties te beheersen. Door de regulering zoek je juist de balans tussen enerzijds het excessieve drugsgebruik dat het lichaam kan vergiftigen, en aan de andere kant de totale onthouding van drugs in de zogenaamde drugsvrije samenleving. Die zogenaamde drugsvrije samenleving blijft een utopie. Het is onze verantwoordelijkheid om de gebruiker van drugs te leren verstandig om te gaan met de drugs: bepaalde stoffen te kiezen, zich zoveel mogelijk te beperken tot een matig gebruik, zodat hij of zij toch het gewenste geluk, de gewenste opwindning en de gewenste pijnvermindering kan ervaren.

***Gedogen geeft  
gelegenheid om  
juridische  
normen tot  
ontwikkeling te  
brengen die  
corresponderen  
met de veran-  
deringen in  
de maatschappelijke  
werkelijkheid***

De regulering van de handel in drugs valt of staat met een gedoogbeleid. Over het woord gedogen bestaan veel misverstanden. Naar mijn overtuiging is gedogen juist geboden met het oog op een komende verandering. Een wijs politicus zal gedoogbeleid accepteren als hij ervan doordrongen is dat zij die aandringen op grote veranderingen toch wellicht op de juiste weg zijn. Gedogen betekent niet dat we onze ogen sluiten en de andere kant uit kijken. Gedogen is niet het minachten van wetten. Laten we wel wezen, gedogen geschiedt ook uit mededogen. Wij laten die drugsgebruiker niet in het portiek achter en we willen niet dat handelaren zich verrijken, dat mensen ziek langs de straat zwerven. De maatschappelijke werkelijkheid verandert. Mensen en drugs kun je niet van elkaar scheiden. Er komen steeds weer nieuwe drugs. De mensen moeten leren daar wijs op te reageren. Gedogen geeft gelegenheid om juridische normen tot ontwikkeling te brengen die corresponderen met de veranderingen in de maatschappelijke werkelijkheid.

## *Uitdagingen*

De grootste uitdaging in Nederland is om de politiek zodanig te beïnvloeden dat het mogelijk is te komen tot een uitbreiding en verdieping van de medische verstrekkingsmodellen. Het is op dit moment voor een beperkte groep mogelijk om heroïne te ontvangen via een door de GGD gecoördineerd verstrekkingsprogramma. De politiek zal meer ruimte moeten geven voor uitbreiding omdat medicalisering binnen het kader van de huidige wetgeving een acceptabele oplossing is.

Het kan ook een uitdaging zijn te overwegen gedurende een bepaalde tijd basecocaïne te verstrekken aan ernstig aan basecocaïne verslaafde mensen en te trachten hen te laten omschakelen op rauwe coke die gerookt wordt vanaf folie. Zo kan opnieuw geprobeerd worden het cokegebruik wat terug te dringen, tot een acceptabel stadium, of om daar onder bepaalde omstandigheden van af te kicken – als dat geschiedt op vrijwillige basis.

Verder is het een uitdaging om meer te experimenteren met strafrechtelijke opvang binnen het kader van het model ›drang‹. Dat is iets anders dan dwang. Mensen moeten dat zelf willen. Je kunt best mensen in de kraag grijpen nadat ze zich herhaalde malen schuldig gemaakt aan strafbare feiten, maar je probeert hen te motiveren tot een programma waarin een behandeling plaatsvindt die het drugsgebruik kan reduceren of acceptabel maken. Als mensen hun geld laten beheren, als mensen begeleid gaan wonen en werk krijgen zijn dat belangrijke factoren om hun drugsgebruik te kunnen reduceren of zelfs te kunnen beëindigen.

Een uitdaging op lokaal niveau vind ik dat de politiek het mogelijk moet maken te komen tot uitbreiding van gebruikersruimten, waar zomogelijk onder pet de handel wordt gereguleerd zodat de overlast buiten bijna nul kan zijn. Er zijn wat dat betreft heel goede ervaringen opgedaan binnen de Rotterdamse situatie. Er zijn nog altijd een stuk of vier dealpanden waar het mogelijk is gebleken tot op heden om het aantal bezoekers te bevrozen, om elke overlast te voorkomen door een streng toegangsbeleid waar ook openingstijden gelden etc. Zelfs de politie stemt er mee in. Maar het zou goed zijn – en dat is een uitdaging – om de politiek ervan te overtuigen dat het beheersbaar maken en houden van de drugshandel op een bepaald niveau niet alleen een bijdrage is tot vermindering van overlast maar ook tot een verbetering van bepaalde volksgezondheidsaspecten. Want dit soort panden kun je ook laten bezoeken door hulpverleners, je kunt er ook mensen uitpikken met wie het heel slecht gaat.

Op zichzelf is het ook een uitdaging om internationaal binnen Europa tot meer samenwerking te komen met groepen die een gelijksoortig beleid voorstaan. Kleinschalig gebeurt dat hier en daar wel, maar dat zou steviger georganiseerd moeten worden. Want het zijn nog altijd de conservatieve politici binnen Europa die de toon bepalen, die van het probleem nauwelijks iets begrijpen en buitengewoon moralistisch omgaan met het vraagstuk van de drugs.

***Het zijn nog altijd de conservatieve politici binnen Europa die de toon bepalen, die van het probleem nauwelijks iets begrijpen en buitengewoon moralistisch omgaan met het vraagstuk van de drugs***

#### **Pauluskerk**

Mauritzweg 20  
2012 JR Rotterdam  
☎ 010-4135600  
☎ 010-4113860  
✉ ksa@xs4all.nl

**Carlo Baeten**

## *Verslavingszorg – ook in België een sector in beweging*

**De verslavingszorg is niet alleen in Duitsland en Nederland in beweging en heeft met meer of minder grote problemen te maken – uit België bereikte ons een bijdrage van Carlo Baeten van het CAD Limburg te Hasselt. Het is geruststellend en verontrustend tegelijk dat de thema's in de verschillende landen veel op elkaar lijken of zelfs identiek zijn: geruststellend omdat dit mogelijkheden biedt grensoverschrijdend over deze thema's te discussiëren en zo gezamenlijke antwoorden op bepaalde vragen te vinden – verontrustend omdat het wijst op een principe dat kennelijk internationaal werkt en gebaseerd is op maatschappelijke en politieke weerstanden tegen een adequate omgang met de drugsproblematiek. Laten wij het zien als een heel centrale uitdaging voor onze professionaliteit en als kans om deze weerstanden te overwinnen!**

Terugkijkend op de historiek van onze organisatie, de Centra voor Alcohol- en andere Drugproblemen (we vieren 2 december het 45-jarig bestaan!) kan ik niet anders dan vaststellen dat de sector van de verslavingszorg een sector in beweging is.

Ideeën en principes die pakweg 10 jaar geleden controversieel waren, zijn intussen gemeengoed. Spuitenruil, methadonprojecten, preventieprojecten in sportclubs, tewerkstellingsprojecten voor drugsverslaafden leefden in de geest van enkele vooruitdenkende collega's maar hadden geen wettelijke omkadering, om nog maar te zwijgen van de nodige bestaansmiddelen.

Dit maar om te schetsen dat de grootste uitdaging voor de verslavingssector wellicht bestaat in het »blijven bewegen«. Ondanks het dynamisme van vele partners botsen we immers dagelijks op onze grenzen en tekortkomingen.

Ik tracht er enkele te schetsen.



## *De maatschappelijke en politieke visie*

Vooreerst dienen wij de komende jaren te waken over de maatschappelijke en politieke visie op het probleem van druggebruik en -misbruik. De dreigende verrechtiging van de samenleving en de afnemende tolerantie ten aanzien van (gemarginaliseerde) druggebruikers werkt verstikkend. De burgemeester die geconfronteerd met de vijfde drugdode in vijf weken in zijn relatief kleine stad stelt dat »de junks het probleem zelf aan het oplossen zijn« is hier een voorbeeld van. Wij werken in een regio (provincie Limburg) waar 42 van de 44 steden of gemeenten door middel van een jaarlijkse bijdrage per inwoner een belangrijk deel van onze werking financieren. Deze positieve inspanning van de lokale besturen bestaat reeds sinds 1994. Vanuit onze sector moeten wij ervoor zorgen dat, nu investeren in preventie en hulpverlening electoraal minder interessant geworden is, we de trein niet zullen missen. Criminaliteitspreventie en veiligheidsdenken zijn in. Welzijn en gezondheid moeten daarnaast staan ...

***Criminaliteits-  
preventie en  
veiligheidsdenken  
zijn in. Welzijn en  
gezondheid  
moeten daarnaast  
staan ...***

## *Accenten voor de hulpverlening*

Wat hulpverlening aangaat zullen we wellicht ook andere accenten moeten gaan leggen. Initiatieven die gebaseerd zijn op epidemiologisch onderzoek en niet enkel op »even bij de burens kijken«. Er dient zich namelijk een nieuw doelpubliek aan. Blinde vlekken worden zichtbaar. Het voorstel tot wijziging van de drugswet (depenalisieren van cannabisgebruik onder voorwaarden) heeft er al voor gezorgd dat de tolerantie ten aanzien van cannabisgebruik veel groter geworden is. De uitdaging waar we voor staan, en waarop wij als sector ook zullen aangesproken en beoordeeld worden, is dit gebruik, vooral onder jongeren, enigszins onder controle te houden. De actuele overlast van cannabisgebruikende jongeren in de trein is voor de publieke opinie niet alleen een taak voor de spoorwepolitie. Scholen en diensten voor geestelijke gezondheidszorg moeten ook kleur bekennen. Er moet richting gegeven worden aan de omgangsvormen met deze cultuurvreemde producten. Ontrading blijft de boodschap!

Een toch wel aanzienlijke verjonging in sommige segmenten van ons cliënteel, ook van jongeren die intensief heroïne gebruiken, maakt dat ons handelen naar deze groep moet bijgestuurd worden. Substitutie met methadon, projecten van vrije heroïneverstreking zijn naar mijn aanvoelen een uiting van een te pessimistisch denken ten aanzien van deze groep jonge gebruikers. Jonge heroïne gebruikende adolescenten mogen niet verzanden in een hulpverlening die sterk gericht is op harm-reduction. Directe sociale ondersteuning, tewerkstelling, resocialisatie zijn hierin kernbegrippen. In de opdrachts-verklaring van de CAD staat te lezen dat wij er zijn voor iedereen, in het bijzonder voor de meest kwetsbaren en dat we in hen het meest haalbare willen stimuleren. Naïviteit zou onze zaak niet dienen. Begeleiding met in het achterhoofd het herstel van de situatie van deze jongeren, daar moeten we naar toe! De zo noodzakelijk structurele onderbouw van deze aanpak ligt misschien niet in het onmiddellijke bereik van organisaties als de onze. De signaalfunctie naar het beleid die we hierin wel kunnen vervullen moeten we wellicht veel explicieter aanpakken.

## *Economische gedachten*

**Resultaatsgericht denken maakt de vraag naar afstemming en netwerk-ontwikkeling nog duidelijker**

De sociale sector als economisch gebeuren ... De periode van financiering door de overheid in de geest van »maak er maar het beste van« is (gelukkig) verleden tijd. De verantwoording van een financiering, de bestaansredenen van een organisatie moeten afgemeten worden aan het profijt dat zijn doelpubliek er uit kan halen. Dit resultaatsgericht denken maakt de vraag naar afstemming en netwerkontwikkeling nog duidelijker. Initiatieven zoals oprichting van zorgcircuits (afstemming in netwerken van voorzieningen) en de aanstelling van case-managers (die individuele trajecten begeleiden) zijn een stap in de goede richting. Ook in arbeidsorganisatie, toegankelijkheid, laagdrempeligheid dient het criterium »belang voor de cliënt« duidelijker naar voor geschoven in de toekomst.

## *Aandacht over verschillende gebruikersgroepen*

We moeten waken over de verdeling van onze aandacht over verschillende gebruikersgroepen. Selectieve belangstelling van de pers en dus ook van de publieke opinie voor de problematiek van illegaal druggebruik zorgt soms voor te weinig erkenning van alcohol- en medicatiemisbruik. Zonder dit met cijfermateriaal te kunnen staven leeft sterk het gevoel dat we te weinig personen met medicatieafhankelijkheid bereiken met onze diensten. In onze PR activiteiten zullen we ons minder mogen laten leiden door een soort opportunisme (kiezen voor »goed verkoopbare« drugboodschappen) en ons ruimer profileren.

## *Drugpreventie*

Voor wat drugpreventie betreft dreigt een vorm van »overdosering«. Tenminste in de betekenis van wat men traditioneel onder drugpreventie verstaat. Een type activiteit, gestuurd door een »specialist« met een gedragsverandering als »verhoopt« succes. Het zijn vaak activiteiten als sensibilisering en informatieoverdracht, in de onderwijssector en met jongeren als doelpubliek.

Om deze »overdosering« tegen te gaan dienen we in de toekomst enkele basisprincipes voor preventie strikter toe te passen.

Preventie moet een intersectoraal gebeuren worden. Geen exclusiviteit voor »jongeren« en »scholen«. Zowat elke maatschappelijke sector kan mogelijkheden bieden om preventief te werken. Denk maar aan sport, vrije tijd, werksmilieu enz. Dit is geen pleidooi om druglessen te organiseren in de plaatselijke voetbalclub, wel een vraag om sleutelfiguren uit deze sectoren emancipatorisch te betrekken bij het omgaan met mensen die deel uit maken van een »drug-taking-society«. Het inschakelen van sleutelfiguren (leerkrachten, ouders, peers...) moet daarnaast meer garantie bieden naar werking op langere termijn in plaats van kortstondige interventies door de specialist.

**Reflecteren over uitdagingen impliceert ook een blik werpen op de omkadering. De weinig zekere contracten van medewerkers veroorzaakt een groot personeelsverloop. Het projectmatig karakter van vele initiatieven biedt geen perspectief op langere termijn. Het maken van keuzes en gemotiveerde planning dringt zich op.**

### **CAD-Limburg**

Luikersteenweg 134  
B 3500 Hasselt

☎ 0032-11-851553

☎ 0032-11-851554

✉ cadpreventie@  
pandora.be

**Sven Todts**

## *Waarheen met de verslavingszorg?*

**Ook in deze tweede bijdrage uit België wordt duidelijk dat de vragen en problemen internationaal vergelijkbaar zijn. Sven Todts, die onder andere ook meewerkt aan het EU-project AC COMPANY van de Deutsche Hilfsverein Amsterdam, gaat in het laatste gedeelte van zijn stuk in op de globalisering en de mobiliteit, die de verslavingszorg voor extra problemen stelt. Hij is een van de oprichters van StreetWise; doel van dit project is om de door druggebruik ontstane problemen te onderzoeken.**

### *Traditionele antwoorden*

Het traditionele antwoord op de bedreiging door drugs is sinds enkele jaren viervoudig: preventie, repressie, behandeling en harm reduction.

Primaire preventie heeft zich (in Europa misschien minder uitgesproken dan in de Verenigde Staten) vooral toegespitst op het trachten te voorkomen dat jongeren starten met het gebruik van een aantal zogenaamde »gateway drugs«. Recent onderzoek doet echter ernstige twijfels rijzen over het nut van deze vormen van preventie<sup>1</sup>. De sociale context waarin drugs gebruikt worden is wellicht een veel meer bepalende factor voor het ontwikkelen van ernstige afhankelijkheid dan het gebruik op zich. De overgrote meerderheid van jongeren die alcohol, sigaretten, marihuana en zelfs hard drugs gebruiken, zullen nooit dagelijkse gebruikers worden. Bovendien blijft uit de constant hoge mate waarin jongeren alcohol, sigaretten en marihuana blijven beginnen gebruiken dat op »zero tolerance« gerichte preventie weinig succesvol is. Preventie die op harm reduction georiënteerd is, is wellicht zinvoller, maar ook hier zijn er tot op heden weinig harde gegevens die aantonen dat dergelijke preventie tot minder problemen leidt.

De effecten van repressie ten aanzien van dealers en gebruikers zijn althans op »straatniveau« zeer beperkt, ondanks de enorme middelen die hiervoor in de voorbije decennia ter beschikking werden gesteld. Als het repressie-apparaat ten aanzien van druggebruikers in stand gehouden wordt, dan heeft dat meer te maken met politiek en met succesvol lobbyen door de zeer winstgevende veiligheidsindustrie dan met aantoonbare successen.

1

Golub, A. and  
Johnson, B.:

»The misuse of the  
Gateway theory in US  
policy on drug abuse  
control: a secondary  
analysis of the muddled  
deduction«,  
Int J Drug Policy,  
may 2002, 5-19

Spijtig genoeg kan hetzelfde gezegd worden van veel hulpverlening. Net zomin als het politie-apparaat heeft het voortdurend uitbreidend hulpverleningsapparaat veel zoden aan de dijk gezet in de bestrijding van de huidige drugepidemie. En net zoals de veiligheidsindustrie heeft de hulpverlening haar eigen rol en haar eigen successen al te vaak overdreven om op die manier werkingsgelden veilig te stellen. Hoe begrijpelijk ook, in tijden van inkrimpende financiële middelen dreigt deze strategie zich tegen de hulpverlening te keren: meer en meer beginnen nationale en lokale overheden waar voor hun dure geld te eisen en beginnen ze de (vaak) geïnflateerde beloften op hun waarheidsgehalte te testen.

## *Harde cijfers*

Dit is dan ook de eerste uitdaging voor de hulpverlening in de volgende jaren: ze moet met harde cijfers gaan bewijzen dat ze wel degelijk een verschil kan maken. Het moge hierbij duidelijk zijn dat het niet langer voldoende zal zijn om succes van een bepaalde methodiek aan te tonen in de behandeling van bepaalde individuen, maar om wel degelijk hard te maken dat dit succes op enigerlei schaal replicerbaar is, met andere woorden, dat de tussenkomst kostenefficiënt is. Dit kan alleen wanneer de hulpverlening voor zichzelf duidelijke en meetbare doelstellingen gaat voorop stellen, zodat een objectieve meting en vergelijking van verschillende hulpverleningsvormen mogelijk wordt. De manier waarop de effectiviteit van de gecontroleerde heroïneverstrekking in Nederland is geëvalueerd, kan hierbij als lichtend voorbeeld gebruikt worden.

Het ontwikkelen van realistische (en daarom wellicht bescheiden) en meetbare doelstellingen zal een belangrijke oefening worden. Om dit correct te doen, zal er overigens meer nodig zijn dan uitsluitend evaluatie-onderzoek. Over veel aspecten van het drugprobleem ontbreken heel wat basisgegevens. Om maar één voorbeeld te noemen: we weten maar heel weinig over het natuurlijk verloop van probleemgedrag. Een therapeut die zich bijvoorbeeld voorneemt om problematisch XTC-gebruik bij jongeren te behandelen, zal niet moeten aantonen dat jongeren dit gedrag stoppen, maar wel dat ze dit sneller doen dan wanneer er niet wordt tussengekomen. Bescheiden harm-reductiondoelstellingen hebben het wellicht wat gemakkelijker om hun efficiëntie te bewijzen dan sommige andere vormen van hulpverlening, maar toch is het opletten: harm reduction is niet altijd efficiënt. Zo weten we bijvoorbeeld dat methadonprogramma's de cliënt beschermen tegen een heel aantal ziekten en gevaren als overdosis, zelfs als hij/zij nog een aantal andere producten bij gebruikt. Dit is echter niet het geval indien de gebruiker een zwangere vrouw is. De gezondheid van de vrucht (gemeten naar geboortegewicht) gaat er bij dergelijk gemengd gebruik zelfs op achteruit. Voor deze groep van vrouwen kan efficiënter geholpen worden met duurdere methodieken (residentiële opvang + methadon + ondersteuning+ ambulante follow-up met methadon).

***Meer en meer  
beginnen  
nationale en  
lokale overheden  
waar voor hun  
dure geld te eisen  
en beginnen ze  
de (vaak)  
geïnflateerde  
beloften op hun  
waarheidsgehalte  
te testen***

## *Clientenprofielen*

Het verbeteren van de efficiëntie van de hulpverlening is ook mogelijk door een betere selectie van cliënten/patiënten. Tot op heden bestaat er maar weinig onderzoek dat aantoonst dat bepaalde »cliëntprofielen« meer baat hebben bij de ene vorm van therapie dan bij de andere, in tegenstelling tot wat sommige therapeuten of centrale intakesystemen ook mogen beweren.

Maar het ontbreken van deze gegevens heeft waarschijnlijk meer te maken met een gebrek aan onderzoek dan aan het feit dat een dergelijke matching onmogelijk zou zijn. Bij gebrek aan »matched care« wordt er (zoals in Nederland) teruggevallen op »stepped care«, waarbij er eerst geprobeerd wordt of lichtere/goedkopere vormen van hulpverlening voldoende zijn. Pas bij mislukking gaat men over tot een volgende stap: op deze manier gaat voor velen tijd verloren, terwijl het wellicht ook niet de meest kostenefficiënte keuze is, ens men over meer gegevens beschikt. In andere landen (zoals in België) wordt het zelfs quasi volledig aan het toeval overgelaten over welke therapievorm wanneer wordt benut. Er is dus dringend nood aan onderzoek dat ons meer leert over waarom en bij wie bepaalde interventies werken. Een basisvoorwaarde voor geslaagde »matched care« zal alleszins een goede diagnosestelling zijn. Ook hier is er nog veel werk aan de winkel. Met name de diagnostiek van dubbele diagnose laat nog steeds te wensen over. Bij gebrek aan deze diagnostiek, blijven behandelbare psychiatrische stoornissen onbehandeld, worden psychiatrische symptomen aan druggebruik toegeschreven en wordt beterschap voor deze zeer kwetsbare groep onnodig uitgesteld. Eenzelfde opmerking kan trouwens gemaakt worden waar het somatische aandoeningen betreft. Weliswaar is er veel aandacht voor overdraagbare aandoeningen (vanuit een gerechtvaardigde aandacht voor de volksgezondheid), maar andere frequente aandoeningen, zoals hartaandoeningen bij gebruik van stimulantia, krijgen vrijwel geen aandacht.

Dubbele diagnose-cliënten zijn overigens maar één voorbeeld van hoe »de druggebruikers« samengesteld zijn uit een hele reeks zeer verschillende deelgroepen. Zowel qua hulpvraag, qua socioculturele achtergrond als qua vormen van gebruik wordt de drugwereld meer en meer heterogeen. Het is dan ook stilaan niet langer voldoende om »drugspecialist« te zijn. In de toekomst zullen er net zoals in de geneeskunde deelspecialismen ontstaan: werken met justitiecliënten, met dubbele diagnose, met werkende cliënten... En net zoals in de reguliere geneeskunde zal het de uitdaging zijn om als deelspecialist ook de gehele mens en het totale probleem in al zijn facetten te blijven in het achterhoofd houden. Organisatorisch vloeit uit dit gegeven voort dat samenwerking, afstemming en coördinatie van hulp een belangrijke plaats zullen gaan innemen.

***Er is dringend  
nood aan  
onderzoek dat ons  
meer leert over  
waarom en bij  
wie bepaalde  
interventies  
werken***

## *Globalisering en mobiliteit*

Globalisering en mobiliteit veroorzaken nog een probleem dat voor alle hulpverleners een enorme uitdaging betekent: meer en meer moeten er cliënten behandeld worden waarmee moeilijk kan gecommuniceerd worden en die een cultureel volstrekt andere beleving van hun druggebruik hebben. Dat net deze groep vaak ook grote sociale problemen heeft (dakloosheid, illegaliteit, analfabetisme), maakt het alleen maar moeilijker. Bovendien gaat het niet langer over een eenvoudige migratie van één bepaalde regio naar een andere, zoals de migratie van Maghrebijnse arbeidersgezinnen in de jaren zestig. Hun problematiek konden we (althans deels) nog opvangen door het aantrekken van Maghrebijnse hulpverleners, door onze medewerkers over de Berbercultuur bij te scholen enzovoort. De hedendaagse dynamiek maakt dit onmogelijk: meer en meer gaat het om opeenvolgingen van korte golven van migratie uit zeer verschillende gebieden: Vietnamese bootvluchtelingen, Afghanen, Poolse en Russische economische vluchtelingen, Ecuadoriaanse straatzangers en Bosnische oorlogsslachtoffers. Er zal een nieuwe methodiek moeten ontwikkeld worden om al deze groepen te kunnen helpen indien nodig. Dit kan het best in een Europees verband gebeuren. Zo zouden bijvoorbeeld Afgaanse vluchtelingen met een drugprobleem die zich in de EU bevinden vanuit de hele Unie gepoold kunnen worden in één centrum dat zich op deze groep toelegt. Een andere mogelijkheid is het gebruik van moderne communicatiemogelijkheden zoals video-conferencing (bijvoorbeeld: een Tsjechische druggebruiker wordt in een Belgisch centrum begeleid in samenwerking met een Tsjechische arts of therapeut waarmee de cliënt in kwestie wekelijks contact heeft via een breedbandverbinding). Dit hoeft geen science fiction te zijn: behandeling »op afstand« is nu bijvoorbeeld al een realiteit in Finland, waar op die manier psychiatrische patiënten kunnen begeleid worden tussen de zeldzame »road trips« van de behandelende psychiaters in. Europese netwerken van drughulpverleners zouden nu al kunnen beginnen nadenken en samenwerken rond dit thema.

***Meer en meer moeten er cliënten behandeld worden waarmee moeilijk kan gecommuniceerd worden en die een cultureel volstrekt andere beleving van hun druggebruik hebben***

### **StreetWise**

Aartselaarstraat 9

B 2660 Antwerp

✉ [streetwise@pandora.be](mailto:streetwise@pandora.be)

**Dr. Hans-Jürgen Hallmann**

## *Verślavingspreventie als algemene taak voor alle hulpverlenings- disciplines in NRW*

**De volgende tekst is afkomstig van de Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung NRW – ginko, waarin dr. Hans-Jürgen Hallmann zich bezighoudt met de ontwikkelingen in de afgelopen jaren en de planning voor de komende jaren. De bijdrage moet duidelijk worden gezien tegen de achtergrond van het Landesprogramm gegen Sucht (deelstaatprogramma tegen verslaving), dat de verślavingspreventie vastlegt als algemene taak en daarbij de grondregel »bevordering van zelfstandigheid en onafhankelijkheid« hanteert. »Verślavingspreventie is niet zo zeer gericht op het vermijden van risico's als wel op het verhogen van de algemene vaardigheden in het leven, d.w.z. op zelfstandigheid en onafhankelijkheid.« De Landeskoordinierungsstelle heeft daarbij o.a. de taak de realisatie van deze algemene taak qua proces te begeleiden, organisaties en instellingen te adviseren en ook projecten te ontwikkelen.**

De deelstaat Nordrhein-Westfalen ondersteunt al sinds 1980 in bijzondere mate de verślavingspreventie en beschikt inmiddels over een goede structuur. Bij deze structuur hoort de plaatsing van speciale preventie-deskundigen of van speciale afdelingen voor preventie in alle plaatselijke consultatiebureaus. Daarnaast werd een coördinatieplaats voor de deelstaat in het leven geroepen, die zowel belast is met de coördinatie en sturing van de preventieve activiteiten als met het initiëren en verder ontwikkelen van preventieve maatregelen in de deelstaat.



De verslavingspreventie is dientengevolge in de laatste jaren professioneler geworden en heeft inmiddels een belangrijke coördinerende functie. De verslavingspreventie moet op basis van de bestaande structuur in de komende jaren echter ook inhoudelijk verder ontwikkeld worden.

Al deze maatregelen hebben er in de laatste jaren toe bijgedragen dat verslavingspreventie op verschillende gebieden van scholing, opvoeding en volksgezondheid een vaste plaats kreeg en als gevolg daarvan ook meer bekendheid bij de bevolking geniet. Het is nu zaak om deze activiteiten continu voort te zetten en zich daarbij ook te richten op de toekomstige doelen en taken. Samengevat betekent dit in de toekomst:

- De verslavingspreventie moet ook verder een »gedifferentieerd aanbod aan cognitieve, affectieve en gedragsgerichte preventieve strategieën ter beschikking stellen die al dan niet specifiek zijn voor legale en illegale verslavende middelen«, die naar behoefte voor »verschillende doelen bij verschillende doelgroepen in verschillende settings kunnen worden ingezet« (vgl. SCHMIDT 2003). Om tenslotte zorg te kunnen dragen voor een zo groot mogelijk succes dient men de mensen waarvoor deze activiteiten georganiseerd worden zowel in de plannings- als in de realisatiefase te betrekken bij het projectmatige werk.
- De ontwikkeling van geschikte instrumenten om de werking van preventieve maatregelen te kunnen meten moet worden geïntensiveerd. De voorwaarde daarvoor is echter wel dat er voldoende middelen ter beschikking worden gesteld. De instrumenten zijn nodig om de werking van verschillende strategieën en combinaties te kunnen meten. Het zelfde geldt voor de ontwikkeling van betrouwbare evaluatiemethoden.
- Ook in de toekomst moet er worden gezorgd voor een juiste verslavingspreventie in de Kreisen (districten) en de steden. Hoewel de preventie zowel een taak is van de kinder- en jeugdzorg als van de GGD, is de gemeente vrij in de wijze van uitvoering. De aard, de omvang en de kwaliteit van de verslavingspreventie is afhankelijk van de omstandigheden ter plaatse. Omdat hier tot dusver wettelijke regelingen ontbreken, loopt de preventie als vermeende »vrijwillige activiteit« steeds meer gevaar het slachtoffer van bezuinigingen te worden. De preventie kan echter ook op de duur alleen maar succesvol zijn als zij opgevat wordt als een taak voor de lange-termijn. Zij moet coöperatief van opzet en een gezamenlijke zaak van de Kreisen en steden zijn.

***De preventie kan echter ook op de duur alleen maar succesvol zijn als zij opgevat wordt als een taak voor de lange-termijn. Zij moet coöperatief van opzet en een gezamenlijke zaak van de Kreisen en steden zijn***

De jarenlange samenwerking van de medewerkers van de verslavingspreventie is nu aanbeland in een nieuwe fase. Projecten in de regio's worden steeds zo gepland dat producten worden ontwikkeld die ter beschikking kunnen worden gesteld aan de verslavingspreventie in heel NRW. De taak van de Landeskoordinierungsstelle ginko is in dit verband zorg te dragen voor de distributie van de producten over de gehele deelstaat. Momenteel wordt tegen deze achtergrond door de medewerkers van de verslavingspreventie in NRW het volgende materiaal ontwikkeld voor de praktijk van de preventie:

- een **werkkoffer tabakspreventie** bevindt zich momenteel in de testfase en zal daarna door de medewerkers van de verslavingspreventie in heel NRW worden ingezet;
- ook de **werkkoffer alcoholpreventie** is nog in de ontwikkelingsfase. Deze koffer bevat gestandaardiseerd materiaal voor de preventie van alcoholmisbruik onder jongeren.

**Landeskoordinie-  
rungsstelle  
Suchtvorbeugung  
NRW – ginko**

Kaiserstr. 90,  
45468 Mülheim  
a.D. Ruhr  
Duitsland

☎ 0049-2 08-3 00 69 41

☎ 0049-2 08-3 00 69 49

✉ j.hallmann@ginko-ev.de

www.ginko-ev.de

Ook de productie van ander materiaal is gepland. Het uiteindelijke doel is de vakmensen ter plaatse kwalitatief hoogwaardig materiaal ter beschikking te stellen voor de verschillende settings van de plaatselijke verslavingspreventie. Zodoende kunnen met minder kosten dezelfde kwalitatieve standaards in de verschillende regio's worden bereikt.

Al deze maatregelen dragen ertoe bij dat de structuur van de verslavingspreventie in NRW ook in de toekomst in kwalitatief opzicht wordt verbeterd en dat het inhoudelijke werk voortdurend wordt aangepast aan de steeds veranderende eisen van de praktijk. Deze structuur is ook voor veel andere deelstaten een model.

**Dr. Wolfgang Schneider**

## *Quo vadis drugsbeleid en verslavingszorg?*

**Dr. Wolfgang Schneider, hoofd van de laagdrempelige instelling voor verslavingszorg INDRO e.V., Münster, houdt zich onder deze titel bezig met het thema van deze uitgave. Hij doet dit zoals gewoonlijk met een kritische tot sarcastische ondertoon en noemt de naar zijn mening grootste uitdaging in het actuele »roll-back«-beleid zoals dit momenteel in Hamburg te zien is.**

### *Stand van zaken*

Het beleid van verboden, het nog steeds geldende concept van generale preventie via het strafrecht en het geweldig opgeblazen apparaat voor hulpverlening en vervolging konden tot dusver de gestelde doelen niet bereiken: het gebruik van illegaal verklaarde drugs terugbrengen, verhinderen dat begonnen wordt met drugs of dit tijdstip naar achteren te verschuiven (reductie van de vraag), de illegale drugsmarkt effectief bestrijden (reductie van het aanbod) en dwangmatige en excessieve drugsgebruikers adequaat hulp bieden.

Ondanks enkele positieve veranderingen in het drugsbeleid moet een ontnuchterende conclusie worden getrokken: over het geheel gezien kosten alle maatregelen voor reductie van de vraag en het aanbod voor ca. 0,25% van de bevolking van de BRD ieder jaar ca. 8 miljard Euro met als resultaat: nog steeds een groot risico te sterven door versneden en aangelengde drugs van de straat, in 2002 zijn 1580 mensen gestorven aan omstandigheden die te maken hebben met drugs, in 2002 zijn weer 22.500 gebruikers van illegale drugs voor het eerst in contact gekomen met de politie (de niet geregistreerde personen niet meegeteld), dakloosheid en problemen door criminaliteit; ca. 20.000 dwangmatige en excessieve drugsgebruikers in huizen van bewaring, ca. 70% van de gebruikers is geïnfecteerd met hepatitis C, »junkie-jogging« als strategie om drugscènes te verwijderen uit de grote steden en razzia's in laagdrempelige instellingen voor verslavingszorg. Ondanks de wereldwijde »drugs-oorlog« tegen de reïncarnatie van het boze – »de« drugsdealers, »de« georganiseerde drugsmisdaad – kon niet worden bereikt dat de beschikbaarheid van illegaal verklaarde drugs terugliep. Slechts ca. 5% - 10% van de aangeboden drugs werden onttrokken aan de illegale markt. De meerderheid van de personen die een klinische therapie (moeten) ondergaan zijn nog steeds zogeheten »gedwongen cliënten« op grond van § 35pp. BtMG (opiumwet). De verslavingszorg heeft nog steeds te maken met »draaideur-effecten« (gevangenis, therapie, scène) en de hoognodige herziening van het cannabisbeleid is weer terug in de kast gestopt.

Wat overblijft is een kwantitatieve toename van het aantal gebruikers van illegaal verklaarde drugs, het in het criminele circuit drukken van gebruikers en vaak ook lichamelijke verpaupering.

Verder blijft over dat de verslavingszorg met zijn hele aanbod bij de huidige wettelijke voorwaarden onverbiddelijk op de rand van de illegaliteit terecht komt. Te denken valt aan met videokamera's bewaakte stations, razzia's in laagdrempelige instellingen voor verslavingszorg (zoals daadwerkelijk is gebeurd in Bielefeld en Bochum), aan de nog steeds hachelijke juridische situatie van artsen die methadon voorschrijven en organisaties die laagdrempelige verslavingszorg en gebruikersruimten aanbieden.

**De verslavingszorg komt met zijn hele aanbod bij de huidige wettelijke voorwaarden onverbiddelijk op de rand van de illegaliteit terecht**

## *En waar gaat de reis naar toe?*

Het nieuwe roll-back beleid dat gebaseerd is op legitimerend onderzoek wordt nu heel actueel geïllustreerd door het nieuwe op repressie en abstinentie georiënteerde »Concept voor een effectief drugsbeleid in Hamburg« van 28-1-03.

- »Het systeem voor hulpverlening aan drugsverslaafden wordt kritisch geëvalueerd, ook m.b.v. externe instrumenten. Het resultaat zal gericht zijn op de doelstelling om de verslaving te beëindigen« (p. 1).
- »Het uiteindelijke doel is uit de verslavingsziekte te geraken (fixatie op stoppen met drugs)« (p. 2).
- Het volgende geldt: »keihard tegen dealers« (p. 2.) en »open drugscènes verwijderen, drugshandel duurzaam reduceren« »door consequente vervolging middels het strafrecht« (p. 4).
- »Bij de realisatie van het uiteindelijke doel »Het stoppen van de verslaving« wordt er steeds meer van uitgegaan dat drugsverslaafde delinquenten die zich in hechtenis bevinden niet zonder meer mogen weigeren om mee te werken aan maatregelen die het doel hebben te stoppen met de verslaving. De bereidheid aan de therapie deel te nemen kan worden ondersteund door flankerende maatregelen (b.v. door een drugsvrije omgeving)« (p. 5).

De eerste maatregel was de beëindiging van het programma voor het ruilen van spuiten – en dat hoewel de bestaande »goede« verzorging met drugs daardoor zeker niet zal veranderen. De gevolgen zijn bekend. Het hele arsenaal aan voorkoming wordt gestuurd door »De staatsraden-stuurgroep drugsbeleid«, de realisatie door »De overheidsdienst-overkoepelende bestuurshoofdencommissie drugs«. Er wordt van uitgegaan dat alle subsidie ontvangende instellingen constructief meewerken aan dit concept. Alle bestaande instellingen worden evenwel m.b.v. externe instrumenten voor de evaluatie permanent kritisch gevolgd. Hierbij wordt uitgegaan van de volgende gedifferentieerde doelstellingen:

1. Bereikbaarheid voor interventie scheppen (professionele binding scheppen)

2. *Beheersbaarheid van de verslavingsziekte bereiken (eerste stap in het proces van stoppen)*
3. *Verslaving te boven komen (duurzaam stoppen met de verslaving) (p. 2)*

De consequenties: laagdrempelige hulp zoals contactwinkels, ruilen van spuiten en gebruikersruimten worden gefunctionaliseerd: »Om het leggen van contacten met instellingen te vergemakkelijken en de bereidheid van de cliënten te bevorderen om gebruik te maken van advisering en later ook deel te nemen aan therapie wordt laagdrempelige hulpverlening ter plaatse geboden« ... »De doelgroep kan hier in eerste instantie goed bereikt en verzorgd worden zodat deze na succesvolle lichamelijke en sociale stabilisatie doorgestuurd kan worden naar verdere hulpverlening (b.v. detox en therapie)« (p. 6).

Afgezien van de vraagtekens die hierbij moeten worden gezet, wanneer een dergelijke stabilisatie bereikt moet zijn en wie dit vastlegt, wordt de laagdrempelige methode gedegrademd tot een instrument om drugsverslaafde mensen naar maatregelen te pushen die op abstinentie gericht zijn. Laagdrempelige verslavingszorg verliest zijn karakter als zelfstandig geheel, dat in verbinding staat met andere onderdelen van het hulpverleningscircuit.

Een dergelijke functionalisering van laagdrempelige hulpverlening ondermijnt het concept dat tot nu toe gevolgd werd, namelijk drugsgebruik als handelwijze accepteren, het zelfbeschikkingsrecht van de gebruikers beschermen, begeleiding van de ontwikkeling van empowerment, afzien van het goedbedoelde appel om het gedrag te veranderen en maatregelen voor eigen harm-reduction aanbieden. **Dit roll-back beleid is het echte probleem voor de verslavingszorg en het drugsbeleid ook na 2003.**

## *Wat gebeurt er nu met het laagdrempelige, op acceptatie gerichte werken met drugsverslaafden?*

Ook laagdrempelig, op acceptatie gericht werken dat de opbouw van gediversifieerd hulpaanbod voor drugsgebruikers en een verandering van »het« tot nu toe geldende beeld van junkies als een »deficiënt, ziek en crimineel wezen« uit een andere wereld heeft veranderd, is intussen bijna verworpen tot een soort manager voor het probleem van drugsgebruik in het openbaar. Zij wordt gedwongen zich zelf staande te houden en het bestaande te beschermen (zie concept uit Hamburg).

Op acceptatie gericht werk dat zijn naam verdient kan echter onder het nog steeds geldende beleid van het verbieden van drugs niet bestaan. Op acceptatie gerichte verslavingszorg is – een stelling – onder deze omstandigheden uiteindelijk niets an-

***Laagdrempelige verslavingszorg verliest zijn karakter als zelfstandig geheel, dat in verbinding staat met andere onderdelen van het hulpverleningscircuit***

ders dan beheerder van de ellende, dient als sociale cosmetica en houdt zichzelf in leven door zijn eigen inmiddels wijd verbreide institutionalisering en moet zijn »effectiviteit« aantonen (zie concept van Hamburg).

Verslavingszorg, om het even of deze georiënteerd is op abstinentie of op harm-reduction, wordt de kruiwagen voor een drugsbeleid dat als norm moet worden gesteld. Men moet voorzichtig omgaan met zijn mening over het beleid, de angst voor ontslag neemt toe. De werkgelegenheidsverruimende maatregel »drugsprobleem« moet blijven bestaan. Wij zingen dus verder mee in het koor van het aanwijzen van problemen, krommen onze rug en bouwen lustig verder aan gevangenissen voor onze »deficiënte, zieke, gestoorde cliënten die hoognodig moeten worden behandeld«. Het aanbrengen van problemen en de discussies daarover zullen lustig doorgaan.

***Ook in de toekomst zullen wij daarom de problemen alleen maar versterken of juist veroorzaken in plaats van er »vat op te krijgen« of ze te voorkomen, zoals wij beweren te willen doen***

Gaan we eens terug in de tijd: het ontstaan van de verslavingszorg is gebaseerd op de veronderstelling dat er gevaar uitgaat van drugsgebruikers voor de veiligheid, de openbare orde en de volksgezondheid. Verslavingszorg die georiënteerd was op acceptatie kon pas succesvol een hulpstrategie voor harm-reduction worden omdat bleek dat zichtbare drugsproblemen op behoedzame wijze onder controle gehouden konden worden, waardoor men met het gevaar om kon gaan. Dit type verslavingszorg moet dus nu definitief gefunctionaliseerd worden (zie concept van Hamburg).

Ook in de toekomst zullen wij daarom de problemen alleen maar versterken of juist veroorzaken in plaats van er »vat op te krijgen« of ze te voorkomen, zoals wij beweren te willen doen.

De hele verslavingszorg en het drugsbeleid verstikt momenteel in bureaucratisering, nationale drugs- en verslavingscommissies, systematische evaluaties, kwaliteitsmanagementsprocedures en standaardisering, wetsbesluiten, inflatoire richtlijnen, uitgangspunten voor actieplannen, ronde tafels, partnerschappen voor de openbare orde, probleembewerkings- en ethiek-commissies en stuurgroepen. Dit was bijvoorbeeld duidelijk te zien bij de juridische handelwijze bij gebruikersruimten en het modelproject voor de van overheidswege gecontroleerde heroïneverstrekking.

De complexiteit van het systeem voor verslavingszorg, de internationale wetten, de Amerikaanse war on drugs, de therapeutische en sociaal-pedagogische machtsuitoefening met zijn inmiddels enorme arsenaal aan diagnoses en methoden (momenteel in de mode: motivational interviewing, in-take-gesprekken) en de wetenschap die de problemen definieert zijn obstakels voor verandering van het drugsbeleid.

Het gebruik van middelen die illegaal verklaard zijn wordt dus verder moraliserend beoordeeld, preventief vermeden, therapeutisch, sociaal-pedagogisch en medisch behandeld, juridisch veroordeeld en in heel Europa politiek beheerd. Het illegaal verklaren van middelen en het criminaliseren van de gebruikers verhin-

dert samen met de niet af te schaffen asymmetrie van handelwijzen en denkpatronen van gebruikers en experts een echte acceptatie. Wij stigmatiseren al door het bestaan van onze hulp.

Tegen de achtergrond van de toenemende roll-back-situatie in de verslavingszorg en in het drugsbeleid bestaat genoeg aanleiding een conclusie te trekken: het positieve gevoel van verandering ten gevolge van de opkomst van de op acceptatie gerichte verslavingszorg verdwijnt meer en meer om plaats te maken voor een zweriger methodisering, verbureaucratisering en depolitisering. Een op subtiele wijze »aan de man gebrachte« medicalisering van de verslavingszorg en de verslaving en psychiatrisering (aanduidingen b.v.: chronisch meervoudig gehandicapte verslavingszieke, co-morbiditeit, multi-morbide heroïneverslaafde) treedt steeds sterker op de voorgrond.

***Een op subtiele wijze »aan de man gebrachte« medicalisering van de verslavingszorg en de verslaving en psychiatrisering treedt steeds sterker op de voorgrond***

## ***»Het fenomeen drugs is een natuurlijk probleem, terwijl het probleem drugs een cultureel probleem is«*** (Samorini, G. 2002, p. 114).

Het drugsbeleid blijkt steeds meer een beleid van regulatie van een bijzonder zichtbaar »sociaal probleem« te zijn. Dit beleid is erop gericht de zichtbaarheid zo klein mogelijk te maken om de gevreesde druk van de problemen op straat te reduceren. Een buitenlandse vijand wordt maar al te graag gepresenteerd: »*Het compleet onverantwoorde drugsbeleid van Nederland is één van de hoofdoorzaken van de verzorging van de drugsmarkt en voor ellende en dood door drugs in Duitsland*« (Minister van binnenlandse zaken van Bayern, Günther Beckstein in de »Bild am Sonntag«, 24-11-02).

De nog steeds geldende smalle publieke waarneming van het slechte, riskante, bedreigende en gevaarlijke gebruik van geïlegaliseerde middelen belemmert nog altijd een verandering van het drugsbeleid. De voorwaarde voor een dergelijke verandering zou de opheffing van het repressieve beleid van verboden zijn zodat de »drughulpverlening« in zijn totaliteit van toegedichte functies als reddingsinstantie voor de bevrijding van een maatschappelijk kwaad en als herstel-instantie van normaliteit en abstinentie zou kunnen wegvallen. Maar: waaghalzige drugsgebruikers en het verslavende en oneigenlijke gebruik van alle middelen om de »normale« nuchtere toestand te ontvluchten zijn van alle tijden. Alles wat noodzakelijk is om te leven en op genot gericht is bergt ook altijd risico's in zich: onverstand, onvoorzichtigheid en nalatigheid in onze »kooplustige« en tegelijkertijd klagende maatschappij op hoog niveau, waarin iedere avond weer de Phillips-apen verkondigen »Lets make things better«, het Dionysische en het Apollinische hoort bij het menselijk bestaan en is een integraal bestanddeel van het maatschappelijke leven.

**Dr. Wolfgang Schneider**  
INDRO e.V.  
Bremer Platz 18 - 20  
48155 Münster  
Duitsland  
Tel: 0049-251-60123  
Fax: 0049-251-666580  
✉ [INDROeV@t-online.de](mailto:INDROeV@t-online.de)  
[www.indro-online.de](http://www.indro-online.de)

**Ingeborg Schlusemann**

## *De inhoudelijke eisen aan de verslavingszorg in de komende jaren* *opmerkingen van akcepte.V.*

**In de bijdrage die ons ter beschikking werd gesteld door het Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit akzept e.V., beschrijft Ingeborg Schlusemann, eerste voorzitter, in acht punten de belangrijkste uitdagingen waarmee de verslavingszorg en het drugsbeleid te maken hebben. Met dit standpunt van akzept e.V. kan er tevens op worden gewezen dat deze organisatie zich weer sterker zal mengen in de discussie over het drugsbeleid.**

### *Opmerking vooraf*

Akzept e.V. is uit hoofde van zijn functie als federale verbond voor humaan drugsbeleid gehouden een standpunt in te nemen over het thema »Uitdagingen aan de verslavingszorg in het jaar 2003«. Wij beperken ons hier tot de presentatie van 8 stellingen, hoewel wij wel weten dat daarmee alleen de »headlines« worden genoemd, niet de oplossingen. Toch hopen wij dat wij daarmee enkele ideeën over het hele complex van de *op acceptatie gerichte hulpverlening* presenteren zodat hierover een discussie kan plaatsvinden.

### *1. Uitgangspunten van verslavingszorg die op acceptatie gericht is.*

De op acceptatie gerichte opzet in de verslavingszorg wordt op dit moment ingedeeld bij de »laagdrempelige instellingen« van de verslavingszorg. Deze opzet is vanuit onze optiek echter meer dan alleen een »techniek« bij de omgang met drugsverslaafden: het is in de eerste plaats een proces in het hoofd, een opstelling ten op-



zichte van de te begeleiden mensen, een *houding* en een richting van de hulpverlening. Het gaat om respect voor de autonomie van de drugsverslaafden, hun rechten mogen niet worden beperkt door hun verslaving. Het uitgangspunt is dat in plaats van een beleid en een zorg die buiten sluiten en grenzen trekken de »dialoog tussen verschillende waarden en levensstijlen«<sup>1</sup> moet komen te staan. Dit zijn principes die onafhankelijk van de vorm van de hulp geldigheid bezitten. Deze moeten nog verder *concreet* bediscussieerd en ontwikkeld worden in de context van verslavingszorg en beleid.

<sup>1</sup> Internetpagina akzept: [www.sinnflut.de/akzept/](http://www.sinnflut.de/akzept/) hier: Ziele; 2: Alles akzeptieren?

## **INDRO vat de inhoudelijke eisen aan op acceptatie gerichte verslavingszorg als volgt samen:**

1. Erkennen van de ambivalentie van ieder drug, d.w.z. erkennen dat iedere drug een positieve en negatief-schadelijke kant heeft;
2. Kalmte bewaren t.o.v. een dynamische of onderbroken ontwikkeling ook bij dwangmatig en buitensporig gebruikende personen;
3. Afzien van het appél om onmiddellijk het gedrag te willen veranderen en overdreven structurering van het contact;
4. Erkenning van het recht op zelfbeschikking van drugsgebruikers, wat betreft intensiteit, richting en serieusheid van de contacten;
5. Wegnemen van de degradatie van drugsgebruikers als objecten van klinisch-curatieve strategieën voor verandering van de persoonlijkheid (afzien van het systematisch mensen tot cliënten te maken en het veronderstellen van een behoefte tot behandeling);
6. Acceptatie van de levensstijl die gericht is op drugs, zonder zich echter »te verbroederen« of in te gaan op dramatische en meelijwekkende zelfportretten;
7. Afzien van het benutten van mensen en het vermijden van sociaal-pedagogisch opportunisme door het tot stand brengen van een goed afgewogen relatie tussen nabijheid en distantie

([www.indro-online.de](http://www.indro-online.de))

## *2. Noodzaak van ontwikkeling van het drugsbeleid*

Wanneer men het uitgangspunt van acceptatie als oriëntatiepunt ook voor het drugsbeleid neemt, dan volgt daaruit de noodzaak van een duidelijke verdere ontwikkeling van het nationale Duitse drugsbeleid:

- Het cannabisbeleid van de rood-groene bondsregering is – ondanks andersluidende aankondigingen voor de verkiezingen – niet wezenlijk veranderd maar maakt een pas op de plaats. Modellen voor legalisatie zijn nog steeds taboe en ook modellen voor decriminalisering worden op juridisch terrein maar halfslachtig gerealiseerd. De doelen van de cannabis-campagne van akzept ([www.diecanabiskampagne.de](http://www.diecanabiskampagne.de)) blijven dus actueel.
- Niet alleen op het terrein van cannabis moeten alternatieven worden ontwikkeld voor het uitsluitend op prohibitie gerichte drugsbeleid. Het gaat uiteindelijk niet om het een of andere middel, maar om een *fundamenteel* andere houding en inzicht: het criminaliseren van de drugsgebruiker is in veel opzichten de oorzaak van het ontstaan van gevaren voor gezondheid en leven. Strategieën voor harm reduction proberen uiteindelijk vaak niets anders dan de risico's en de schade die veroorzaakt worden door het drugsbeleid te beperken.

**Ook nu nog bestaat er in het Duitse drugsbeleid voorrang voor de gerichtheid op abstinentie, deels op opportunistische, deels op ideologische gronden**

- Ook nu nog bestaat er in het Duitse drugsbeleid voorrang voor de gerichtheid op abstinentie, deels op opportunistische, deels op ideologische gronden. Het is weliswaar vanuit een abstract-menselijke optiek wenselijk dat mensen een verslaving overwinnen, maar het is voor honderdduizenden drugsgebruikers dagelijkse realiteit dat men dit niet, niet meer of nog niet kan of wil bereiken. De verslavingszorg moet rekening houden met deze realiteit en moet nieuwe vormen van hulpverlening niet (langer) ondergeschikt maken aan het abstinentie-model. Dit uitgangspunt, waarin men jarenlang geloofde, is heden opnieuw in gevaar: in tijden waarin de gemeenten geen geld meer hebben wordt niet alleen sterk bezuinigd op activiteiten van de verslavingszorg, maar ook op de richting; men is kennelijk vaak van mening dat activiteiten voor acceptatie en harm reduction overbodig zijn en deze vallen dan als eerste ten prooi aan de bezuinigingen.
- Ook op het terrein van de *verslavingspreventie* blijft het nationale Duitse drugsbeleid grotendeels trouw aan de fictie van »absoluut drugs- en roesvrije mensen«. De meeste preventieve programma's hebben abstinentie tot doel. Secundair preventieve programma's zijn vaak niet in staat om realistische doelen te formuleren: leren leven met drugs – vergelijkbaar met het »leren leven met alcohol« – kan in (drugs)beleid nog steeds niet officieel geformuleerd worden.

### 3. Strafrechtelijke risico's

Een ander centraal punt van het nationale Duitse drugsbeleid is de weigering om juridische kaders te scheppen voor de medewerkers van de verslavingszorg zodat deze niet met één been in de gevangenis hoeven te werken (b.v. § 29.1 en diverse BtMG (opiumwetten)). Het proces tegen een collega in Bielefeld toont weer duidelijk aan dat openbare aanklagers die er op drugsgebied reactionaire opvattingen op nahouden zeer zeker in staat zijn om op basis van de bestaande rechtspositie te komen tot strafvervolgning van een werkwijze die in heel Duitsland en Europa standaard is. Het gaat niet aan dat de medewerkers in de verslavingszorg, die immers door de politiek zelf gewenst wordt, steeds gevaar lopen strafrechtelijk vervolgd te worden! En plechtige verzekeringen zoals van de minister van justitie van NRW, Gerhard, dat hij noch »juridische overgangsgebieden« noch »redenen ziet aan de geldende juridische situatie iets te veranderen«<sup>2</sup> duiden of op zijn onwetendheid of op onwil van de huidige politiek om te zien dat er iets moet worden veranderd aan deze problematiek.

2

Die Welt:  
Generalstaatsanwalt  
prüft Bielefelder  
Justiz-Eklat,  
27-3-2003

Het proces tegen de collega van het consultatiebureau van Bielefeld heeft echter duidelijk gemaakt dat ook de *politie* kans loopt strafrechtelijk vervolgd te worden wanneer zij achter open concepten voor drugshulpverlening staat en hieraan meewerkt. De pogingen van enkele openbare aanklagers om het werk van de politie in drugscènes weer »in het gareel« van de blinde vervolging en repressie te krijgen, moeten worden geclassificeerd als anachronistisch en reactionair. Toch moeten ook deze

veldtochten van het OM worden ingeperkt door juridische voorschriften te veranderen. Of nog steeds kan worden geadviseerd meer gebruiksruimten te openen en te gebruiken is in onze bond om de waarheid te zeggen omstrede. Het is natuurlijk duidelijk dat deze instellingen onontbeerlijk zijn. Het is echter ook duidelijk dat ondanks de in NRW bestaande vergunning voor gebruiksruimten volgens veel experts juridische risico's blijven bestaan.

## *4. De adder onder het gras in de nieuwe versie van de BUB-richtlijnen*

Het methadonbeleid in Duitsland heeft door de nieuwste versie van de BUB-richtlijnen een heugelijke wending genomen. De ziekenfondsen kunnen namelijk niet langer heimelijk hun verantwoordelijkheid ontlopen om methadonbehandelingen te financieren, ook dan wanneer deze geen complementaire behandelingen bij andere ziekten zijn (of zo geïnterpreteerd worden). *akzept e. V.* deelt echter wel de zorgen van veel politici dat de nieuwe richtlijnen zowel bij bepalingen voor de bescherming van de privacy als bij de bureaucratische eisen aan de verstrekking in de artspraktijken eerder belastend zijn en daarom afschrikken. Helemaal problematisch worden de bepalingen wanneer de »begeleidende psycho-sociale behandeling« steeds meer verplicht wordt maar men zich er tegelijkertijd niet voor interesseert hoe de verslavingszorg de te verwachten stormloop qua personeelsbezetting aankan.

*akzept e. V.* blijft in twee opzichten sceptisch t.o.v. de methadonbehandelingen zoals die nu in Duitsland in de praktijk worden gebracht: het »medicineren« van deze hulp schrijdt voort, het vastleggen van een heel werkterrein door normen, uitgangspunten voor ingrijpen en doelstellingen van de artsen neemt vorm aan, sociaal-pedagogische concepten worden gemarginaliseerd; zelfhulp komt helemaal niet meer voor. Laagdrempelige methadonbehandeling verliest in de jungle van »kwaliteitsmanagementbeproevede doelhierarchieën« (die in de kern toch weer te herleiden zijn op abstinentie) de verankering die zij – tenminste op regionaal niveau – bezat. De tweede sceptische zienswijze heeft betrekking op de substitutieprogramma's op basis van heroïne. In Duitsland (»Medicijnonderzoek...«!) is dit in vergelijking met andere landen waar verstrekking van originele drugs getest wordt zeer ingewikkeld, duur, bureaucratisch en voor de cliënten weinig aantrekkelijk. *akzept e. V.* komt sinds haar oprichting op voor het verstrekken van originele drugs als een middel om drugs-verslaafden uit de verpauperende macht van de zwarte markt te halen, is echter ook sceptisch of de huidige opzet van het onderzoeksprogramma geen belemmering zal zijn voor de verspreiding over het hele land.

***Wat er op papier goed uitziet leidt in de praktijk tot overdreven bureaucratie in personele problemen***

## 5. Nieuwe geloofskwesties

Een tweede punt, dat hier net als alle anderen slechts kort kan worden aangestipt, is de »professionalisering« van de verslavingszorg. Dit uit zich o.a. in een complexe meta-taal en een blind geloof aan methoden. »Kwaliteitsmanagement« wordt van een instrumentarium tot een alles dominerende en ideologiserende geloofskwestie, cliënten tot objecten voor therapeutische begeertes. Zelfhulp wil men alleen daar hebben waar zij georiënteerd is op abstinentie, »recalcitrante« junkies worden dadelijk geëtiketteerd, gedefinieerd en ingedeeld. Ook deze hier geschetste zienswijze en houding – die zoals wel moet worden toegegeven, niet overal aan te treffen is – is eveneens een kenmerk voor het feit dat op acceptatie gericht denken en handelen in de verslavingszorg nog geenszins voldoende als »houding ingebakken« is.

Er zijn verdere inspanningen noodzakelijk, vooral op het terrein van scholing, voorlichting en onderwijs van onze bond. Wij zullen in de toekomst – zoals ook in het verleden – de aandacht vragen met voorstellen voor de definitie van de heden centraal staande begrippen als »kwaliteitsmanagement«, »standaards voor de financiën en de structuur«, »psycho-sociale behandeling«.

**Het hulpverleningssysteem heeft zeer zeker niet alleen een kwantitatieve uitbreiding met »meer van hetzelfde« nodig, maar vooral meer nieuwe impulsen en ideeën**

## 6. Niet »meer van hetzelfde« maar nieuwe impulsen en ideeën

Het lijkt vrij misplaatst te spreken over een verdere uitbreiding van het hulpverleningssysteem in een tijd waarin de inkrimping lustig voortschrijdt. Het hulpverleningssysteem heeft zeer zeker niet alleen een kwantitatieve uitbreiding met »meer van hetzelfde« nodig, maar vooral meer nieuwe impulsen en ideeën. Dit heeft betrekking op de

- organisatievorm van de verslavingszorg (zelf democratisch gecontroleerde verbonden in het leven roepen i.p.v. gestroomlijnd te worden door de publieke gezondheidsdiensten). Hiervoor is een intensivering van de samenwerking met andere verbonden nodig, een zoektocht naar samenwerkingspartners en bondgenoten onder het aspect »focus op gezamenlijke en verbindende punten« en daarnaar te handelen, zonder daarvoor essentiële onderdelen op te moeten geven (een resultaat van deze houding zal in mei op het FDR congres in de praktijk worden gebracht – leden van akzept bieden, in samenwerking met de FDR, een werkgroep aan m.b.t. juridische problemen van medewerkers in de verslavingszorg.
- financieringsmodellen (die niet meer uitsluitend afhankelijk zijn van het eenrichtingsverkeer »financiering door de overheid«)
- »nieuwe drugs«, waar concepten voor acceptatie ontwikkeld en beproefd en – helaas is dit al realiteit – verdedigd moeten worden,

- onderzoek naar verslaving, waar gevraagd wordt naar concepten, die een verbinding tussen onderzoek en praktijk van verslaving beogen (i.p.v. elkaar wederzijds buiten te sluiten) en deze dan ook testen
- oriëntatie op drugsbeleid die de in de laatste jaren sterk gegroeide exclusiviteit van verslavingszorg en drugsbeleid weer opheft. *akzept e. V.* is qua roots een verbond voor drugsbeleid: wij mengen ons weer in het debat!!

## 7. Poging voor een visionaire stelling

Het is zeker moeilijk om afsluitend een *visionaire* stelling te formuleren, die al datgene wat gezegd werd en nog veel meer samenvat in een korte zin. Laten wij onze conclusie dus als volgt formuleren:

Juist in tijden waarin de overheid weinig geld heeft en waarin hele hulpverlenings-systemen en structuren verdwijnen (zoals b.v. kortgeleden in de Kreis Warendorf) bestaat het grote gevaar dat het systeem van de verslavingszorg verwordt tot een systeem dat drugsverslaving en verslaafden alleen nog maar beheert, openbare orde en goedkope minimale behandelingen tot doelstellingen maakt. Wij, drugsconsulenten en zelfhulp, moeten daartegenover onze competenties inzetten: dat de verslavingszorg wordt uitgebreid tot een hulpverleningssysteem waarin drugsverslaafde mensen met hun behoeften, mogelijkheden, grenzen en hun wil centraal staan.

## 8. Noodzaak van een voortdurende politieke discussie

In de laatste jaren is de idee van een verslavingszorg die op acceptatie gericht is in Duitsland sterk gegroeid. Dit heeft geleid tot nieuwe concepten in het praktische werk. Voorbeelden hiervoor zijn gebruiksruiden, heroïne-onderzoek, een betere toegang tot behandeling met vervangende middelen etc. Deze concepten staan echter nog maar in de kinderschoenen. Zij moeten kritisch geëvalueerd, begeleid en verder ontwikkeld worden. De verdere ontwikkeling van concepten die dicht bij de behoeften staan en de uitbreiding van de zelfhulp vergt een voortdurende politieke discussie over het drugsbeleid in Duitsland. De legalisatie van het drugsgebruik, de decriminalisering van de gebruikers en de dreiging van het strafrecht tegen medewerkers van de verslavingszorg zal op de voorgrond van ons bondswerk staan.

Medewerkers van de verslavingszorg en de zelfhulp moeten hun competenties en ervaringen inzetten opdat de verslavingszorg zich verder opwerkt tot een sociaal systeem voor hulpverlening waarin de verslaafde mensen met hun behoeften, mogelijkheden, grenzen en hun wil centraal staan.

### **akzept- Geschäftsstelle**

Südwestkorso 14  
12161 Berlijn  
Duitsland

☎ 0049-30-8 22 28 02

☎ 0049-30-8 22 28 02

✉ akzeptbuero@yahoo.de



**Frauke Schwarting**

# *Differentiatie naar geslacht in de verslavingszorg – een blijvende uitdaging*

**»Verslaving kent altijd een verhaal«, aldus een slogan in de verslavingspreventie. Wij vullen dit nog aan met: de verhalen zijn verhalen van mannen en vrouwen. Als Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW (wat dit thema betreft een unieke instelling in Duitsland) hebben wij de taak deze zienswijze vast te houden, ook dwars door het complexe thema verslavingszorg heen. Met het oog op actuele problemen worden onderstaand enkele aspecten belicht.**

## *Heel veel cijfers – en heel veel blinde vlekken*

In de jaren '90 bracht de verslavingszorg een golf van enquêtes, invoering van documentatiesystemen en onderzoek op gang. Dit is weliswaar problematisch voor wat betreft de werkdruk van de mensen in de praktijk en voor een deel ook voor de anonimiteit en proces-gerichtheid van advies- en behandelingstrajecten, maar het maakt ook de noodzaak van doelgericht differentiëren van de behoefte aan verzorging en benutten van het aanbod duidelijker dan de geëngageerde medewerksters uit de praktijk dit konden doen. Alleen al de cijfers van de jaarlijkse statistiek van de verslavingszorg laten een reeks verschillen zien waarmee meer rekening moet worden gehouden in de zorg en die wijzen op de noodzaak van nader onderzoek. B.v.:

- dat vrouwen in verhouding minder gebruik maken dan mannen van het aanbod van de verslavingszorg, vooral in de klinische ontwenning
- dat meer verslaafde vrouwen dan mannen samenleven met hun kinderen en deze veelal alleen opvoeden.<sup>1</sup>
- dat de zogeheten psychiatrische diagnoses<sup>2</sup> (ook hier afgezien van de alcohol-diagnose) veel vaker voorkomt dan bij mannen.
- dat vrouwen minder goede voorwaarden in de vorm van diploma's en ervaring hebben om te kunnen integreren op de arbeidsmarkt.

Hoewel de gegevens per geslacht verzameld werden, komen een aantal specifieke verschillen pas naar voren – ook bij de genoemde statistiek van de verslavingszorg – wanneer men alle originele gegevens beziet, minder echter in de schriftelijke samenvatting. In ziektegeschiedenissen echter zijn er slechts »sporen« van naar ge-

1

2

Alleen al bij de moeders die ook nu al worden bereikt door het hulpverleningssysteem ligt het percentage alcoholverslaafden bij 13%, opiaatverslaafden 12% en cocaïneverslaafden 11%.

Dergelijke diagnoses moeten kritisch worden gezien, omdat zij het gevaar in zich bergen dat de desbetreffende personen voorbarig als psychisch ziek worden aangemerkt. Dit is niet de plaats om op dit aspect in te gaan.

slacht gedifferentieerde gegevens te vinden. Over het geheel gezien valt ook het tekort aan kwalitatief onderzoek over de »tevredenheid van de cliënten« op, die zeker ook heel andere aspecten en verschillen zouden kunnen belichten. Een door ons uitgevoerde enquête onder mannen en vrouwen die een therapie gevolgd hadden over hun tevredenheid met de voorbereiding en de drugstherapie zelf<sup>3</sup>, liet bijvoorbeeld verbluffende resultaten zien. 58% van de mannen, maar slechts 33% van de vrouwen was van mening dat men door het consultatiebureau goed was voorbereid op de therapie. Wanneer nog een therapie nodig zou zijn zouden 63% van de mannen, maar slechts 36% van de vrouwen weer naar dezelfde instelling stappen. Met zulke resultaten dient hoognodig rekening te worden gehouden bij de evaluatie en de verbetering van de strategieën voor begeleiding en behandeling.

---

3

Landesstelle Frauen & Sucht Nordrheinwestfalen: Blitzlichter: eine kleine Studie zu geschlechtsspezifischen Aspekten von Therapievorbereitung und Therapiezufriedenheit. Essen, 2002.

## *Eén stap vooruit en twee terug? Implementatie van vrouw-specifieke aspecten van verslaving en hulpverlening*

Het valt op dat er een verschil in ontwikkeling is: in Duitsland bestaan sinds twee decennia ervaringen met een aanbod voor vrouwen en er wordt actief gediscussieerd.<sup>4</sup> Sinds de oprichting van de Landesfachstelle Frauen & Sucht worden de bijscholingscursussen in NRW goed bezocht, er bestaan in deze deelstaat tien werkgroepen vrouwen & verslaving. Het programma van de deelstaat NRW tegen verslaving heeft een eigen hoofdstuk »differentiatie naar geslacht«. Maar deze successen en impulsen staan in contrast met de gewone gang van zaken bij de concepten voor aanbod en hulp. De zogeheten »implementatie« schiet dus nog te kort. Dit is en blijft een uitdaging in deze branche. Kennelijk moet het gestuurd worden om op grote schaal te worden geaccepteerd: terwijl al langer bestaande activiteiten die speciaal gericht zijn op vrouwen vaak geïnitieerd werden door individuele collega's, gaf pas de »erweiterte Grundförderung im Rahmen frauenspezifischer Angebote« (uitgebreide basisondersteuning bij specifiek aanbod voor vrouwen) van het Ministerie voor Gezondheid, Sociale zaken, Vrouwen en Gezin aan veel consultatiebureaus van de deelstaat de succesvolle impuls tot de ontwikkeling van activiteiten. Dat het proces van implementatie zo traag verloopt is eigenlijk verbazingwekkend gezien het feit dat ook veel ontwikkelingen in andere sectoren laten zien hoe belangrijk het is verschillen in de levenscontext, ontwikkelingen van gewoonten en verslaving serieus te nemen om de gedupeerden te kunnen begrijpen en ook te bereiken. De sterke toename van het aantal middelen, levenssituaties en levensstijlen maken het steeds moeilijker om te spreken van »typische verslaafden«. Ook de confrontatie van het werk in de consultatiebureaus met zware gebruikers, die niet altijd ook verslaafd hoeven te zijn, vereist meer aandacht voor de situatie en openheid voor de problemen, waardoor ook aspecten van het leven die samenhangen met het geslacht duidelijker naar voren zullen komen.

---

4

Zie b.v. het overzicht bij Franke/Winkler en de documentatie van het congres Frauen und Sucht »Ungeschminkt« 2002

## *Verschuiving van de specifieke blik op vrouwen: de »gender«-blik*

De discussies over behoeften van vrouwen hebben kennelijk de indruk gewekt dat het gaat om iets additioneels, iets bijzonders, iets dat naast het algemene en normale bestek staat. Dit heeft in de verslavingszorg tot de houding geleid dat alleen extra aanbod ontwikkeld wordt, i.p.v. na te denken over het normale aanbod voor vrouwen en mannen maar dan qua opzet specifiek voor het geslacht. Het klassieke antwoord op de vraag naar specifiek werk voor vrouwen is tot op heden alleen het instellen van een extra »vrouwengroep« naast het gewoon verder lopende »normale« aanbod van de desbetreffende instelling. Van de zijde van de sociale wetenschappen komt een impuls, die ook een uitdaging voor het werk van de verslavingszorg vormt: men gaat steeds meer niet alleen het »specifiek vrouwelijke« bepalen maar de blik richten op »gender« (»het sociale geslacht«) van vrouwen en mannen. Dat betekent in de praktijk dat de omstandigheden en eisen, het verwerken van de levenssituatie, thema's enz. van beide geslachten worden genoemd en dat hiermee rekening wordt gehouden.

Dit zou dus betekenen dat gevraagd wordt naar de aspecten die samenhangen met en relevant zijn voor de verslaving van vrouwen en mannen. Dit impliceert ook dat er rekening dient te worden gehouden met kwesties en gevolgtrekkingen voor de ontwikkeling van aanbod en hulpverlening in de breedste zin van het woord. Deze opstelling wordt ook ondersteund door de politieke strategie van de »gender-mainstreaming«, die ook ingang vindt in de gezondheidszorg.<sup>5</sup> Dit houdt in dat »bij alle maatschappelijke plannen van te voren en regelmatig rekening wordt gehouden met de verschillende levenssituaties en belangen van vrouwen en mannen omdat er geen geslachtsneutrale werkelijkheid bestaat« (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, p. 5). In principe ligt dit perspectief ook al ten grondslag aan het Landesprogramm Sucht NRW: Het is »noodzakelijk, preventie en hulp samen ook sterker te richten op de specifieke levenssituaties van meisjes en vrouwen evenals van jongens en mannen« (19). Het is zodoende een interessante uitdaging om differentiatie naar geslacht als algemeen thema serieus te gaan nemen en de term man-specifiek eerst eens te definiëren en te integreren in het werk.

## *Verbanden in het leven en grenzen van de hulpsystemen: het voorbeeld moeder en verslaafd zijn*

Het perspectief en de mogelijkheden van een zorgsysteem zijn ondanks toenemende differentiaties vaak nog te krap bemeten om het noodzakelijke te doen, soms zelfs om het te zien. Het is geen toeval dat in het maatschappelijk werk de strategie »case-management« ontstond. Ook in de verslavingszorg is dat een probleem – bijvoor-

***Het klassieke antwoord op de vraag naar specifiek werk voor vrouwen is tot op heden alleen het instellen van een extra »vrouwengroep« naast het gewoon verder lopende »normale« aanbod van de desbetreffende instelling***

5

Een goede inleiding is te vinden bij Stiegler



beeld wat betreft samenwerkingsvormen t.b.v. de integratie in de arbeidsmarkt na een ontwenningbehandeling of de samenwerking met andere behandelende instellingen, b.v. bij co-morbiditeit enz. Een duidelijk voorbeeld ligt op het terrein verslaafde zwangere vrouwen en moeders. Wanneer deze zich überhaupt al tegelijkertijd kenbaar maken als moeder en verslaafde, beleven ze vaak stigmatiseringen, overdreven reacties vanwege te hoge eisen of elkaar tegensprekende voorlichting en eisen uit de verschillende zorgsystemen – die elk slechts verantwoordelijk zijn voor één aspect van het geheel. In het modelproject »Ambulante Hilfen für drogenabhängige schwangere Frauen und Frauen mit Kindern« (poliklinische hulp voor drugsverslaafde zwangere vrouwen met hun kinderen), VIOLA, dat door het »Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie« gefinancierd en door »Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW« begeleid werd, konden nieuwe mogelijkheden worden uitgetoet. Er ontstond een samenwerkingscontract dat in het leven geroepen werd door geëngageerde medewerkers uit de verschillende zorgsystemen. Deze maakte de weg vrij voor de verplechting van verslavingszorg, jeugdzorg en ziekenhuizen, sprak eisen en gezamenlijke richtlijnen af en ontwikkelde een transparante procedure van verantwoordelijkheden en uitwisseling (b.v. door conferenties van medewerkers, overeenstemming over basiscriteria). Na jarenlange ervaringen hiermee in Essen werd duidelijk dat dit een uitvoerbare en effectieve manier is om drugsverslaafde zwangere vrouwen met kinderen te begeleiden. Tevens leidt deze werkwijze weg van moraliseringen naar mogelijkheden om in te grijpen. Ook kwam het door de noodzakelijke uitwisselingen tot leerzame ervaringen voor de medewerkers van de betrokken zorginstellingen.

## *Blik op de toekomst*

Men kan de slogan »verslaving heeft altijd een verhaal« ook toepassen op het zorgsysteem zelf. Ook de verslavingszorg heeft een verhaal. En dat betekent dat historische en politieke contexten te maken hebben met het feit welke aspecten van het complexe gebeuren van de ontwikkeling van een verslaving en de levenscontexten van de betrokkenen op duidelijke en deskundige wijze bediscussieerd kunnen worden. Dit moet een rol spelen in de definities, analyses van de behoefte en verzorging. Tenslotte moet het in de praktijk kunnen worden aangewend. Wij zien het als een uitdaging voor de verslavingszorg om de differentiatie naar het geslacht, die deskundig gefundeerd is en rekening houdt met de maatschappelijke contexten, een vaste plaats te geven in dit verhaal.

**Landesfachstelle  
Frauen & Sucht NRW,  
BELLA DONNA**

Kopstadtplatz 24-25  
45127 Essen  
Duitsland

☎ 0049-2 01 - 2 08 20

✉ belladonnaessen@aol.com



**Hans Dupont**

## *Geniet nooit met mate, maar met volle teugen*

**Onze collega Hans Dupont van het CAD Limburg te Venlo, houdt zich in de volgende bijdrage bezig met drie uitdagingen die volgens hem ook in de Duits-Nederlandse context bestaan voor de verslavingspreventie.**

**Ook Hans Dupont houdt een pleidooi voor creativiteit, tegen bureaucratie en beperkingen en roept op tot een groter en professioneel zelfbewustzijn onder de mensen die zich bezighouden met preventie.**

In de hoedanigheid van preventiewerker bij het CAD Limburg is mij gevraagd een visie op de toekomst van de verslavingszorg te geven. De vraag die mij gesteld werd was: schrijf een stukje met als leidraad: Voor welke uitdaging staat de verslavingszorg in 2003 en verder? Om het voor mijzelf overzichtelijk te houden heb ik die opdracht beperkt tot verslavingspreventie. Van het woord uitdaging heb ik overigens de meervoudsvorm genomen. Ik ga in dit stukje drie uitdagingen voor alcohol- en drugspreventie beschrijven. Daarbij zal ik proberen zaken aan te snijden die mijns inziens aan beide zijden van de Duits-Nederlandse grens spelen, of, nog beter, die een uitdaging vormen in de samenwerking in de komende jaren. Ik heb deze bijdrage geschreven op persoonlijke titel.

## *1. Geef professioneel tegengas tegen de bureaucratie*

Een dikke tien jaar geleden begon binnen de verslavingspreventie de roep om een grotere verantwoording naar de subsidiegever toe. Onder het mom van de transparantie van de organisatie werd langzaam een administratieve molensteen rond de nek van de creatieve preventiewerker gehangen. De situatie van de weerbarstige praktijk van alle dag – en iedereen die ooit uitvoerend preventiewerk heeft gedaan, zal mij hierin bijvallen – is, dat heel moeilijk te voorspellen is wat er in de komende week, laat staan in het komend jaar gaat gebeuren. Er wordt van ons echter wel de houding gevergd ten alle tijden flexibel op veranderende trends in het middelengebruik te kunnen anticiperen. Het werken met werkplannen en tijdverantwoording is een goede zaak. Maar laat daarin een zeer ruime marge open voor onvoorziene zaken. Jongerencultuur – en daar ben je als het goed is als preventiewerker veel mee bezig – is dynamisch. Wil je als verslavingspreventie kans van slagen hebben dan zul je een beetje van de onvoorspelbaarheid van je doelgroep moeten weerspiegelen in je eigen planning.

Daarom werkplannen en tijdverantwoording niet dichttimmeren maar ruimte laten voor creatieve oplossingen: die Berlijnse muur (en daarmee de Oostblok bureaucratie) is gevallen, laten we hem niet opnieuw opbouwen. Anders geformuleerd: laten we de subsidiegever niet meehelpen met de constructie van een nieuwe bureaucratistische moloch, maar vanuit onze expertise tegengas geven.

## *2. Leren van elkaar vereist van beide zijden een open en leergierige opstelling en niet het herkauwen van oude koeien*

Het valt mij op in uitwisseling tussen Duitse en Nederlandse partners dat de eerste vaak een, om het zo eens uit te drukken, on-Duitse houding aan de dag leggen: Bei euch ist alles besser. Een voorzetje dat dan door de Nederlandse werkers snel wordt ingekopt ... »Ja inderdaad, als ik zie onder welke omstandigheden jullie je werk moeten doen...«. Mijns inziens is dit een erg verkeerde grondhouding van beide zijden. De Duitsers zouden veel trotser moeten zijn op hun eigen producten, te meer omdat ze inderdaad vaak onder iets ongunstiger omstandigheden tot stand zijn gekomen. De Nederlanders moeten daarentegen een veel grotere bereidheid hebben om te willen leren van de Duitse samenwerkingspartner. Te vaak wordt samenwerking gezien als een veredeld soort ontwikkelingswerk. Daarnaast past Nederlandse verslavingszorgwerkers ook wel enige bescheidenheid want het Nederlandse drugsbeleid van de laatste jaren kenmerkt zich vooral door wat deskundigen »remmende voorsprong« noemen. Echt opzienbarende initiatieven zijn er de laatste tien jaar nauwelijks geweest.

***Onder het mom van de transparantie van de organisatie werd langzaam een administratieve molensteen rond de nek van de creatieve preventiewerker gehangen***



**Alcohol en andere drugs hebben zich altijd bevonden op het denkbeeldige continuüm tussen genot, genezing en verbod**

Wie alles al denkt te weten is moeilijk meer iets aan te leren, maar ontpopt zich als een saaie leraar die al jaren dezelfde oude koeien uit de sloot haalt. Van dat laatste wil ik een concreet voorbeeld geven. Een oude koe waar je je bovendien van moet afvragen of hij wel de volledige waarheid bevat: het Nederlandse coffeeshopbeleid wordt al sinds jaar en dag verdedigd met de bekende scheiding der markten. Nooit is echter aangetoond dat die scheiding het gevolg is van het beleid en het fenomeen coffeeshop. Toen ik in de jaren zeventig en tachtig in Berlijn en het toenmalige West-Duitsland wel eens terechtkwam in de cannabiscène, viel het mij op dat die echt niet veel verschilde van de Nederlandse scène: er was en is met andere woorden ook zonder beleid sprake van een scheiding der markten.

### 3. Genot

Alcohol en andere drugs hebben zich altijd bevonden op het denkbeeldige continuüm tussen genot, genezing en verbod. Zo werd zelfs een middel als heroïne ooit geïntroduceerd als niet verslavende pijnstiller: een prima alternatief voor morfine. XTC is als vermageringsmiddel 100 jaar geleden op de markt gekomen en is ook in de psychiatrie gebruikt alvorens het als uitgaansdrug bekend werd om daarna op de lijst van verboden middelen te komen. Nog recenter raakte het narcosemiddel GHB in zwang als dansdrug. Geneesmiddelen kunnen genotmiddelen worden. Genot kan verboden worden. En verboden genotmiddelen kunnen weer geneesmiddelen worden. Ik wil op deze plaats nog even stilstaan bij genot.

Opvallend in discussies met Duitse collega's is het verschil in connotatie van het woord genotmiddel. In het Nederlands is dit een vrij algemeen gebruikt, gangbaar, woord, terwijl het in het Duits duidelijk is voorbehouden aan alcohol en tabak. Hier wringt, niet alleen taalkundig, de schoen. Want als je uitgaat van een bepaald recht-op-roes, of – iets minder geprononceerd – recht op genot, dan maak je inherent aan die opvatting de weg vrij voor acceptatie, normalisatie en legalisatie van diverse genotmiddelen. Bovendien is het zeer verstandig om in je voorlichtingsboodschap gebruik te maken van het belangrijkste psychologische effect dat consumenten van alcohol en drugs zoeken, namelijk genot. Dus niet »Drank maakt meer kapot dan je lief is« maar »geniet met volle teugen, door matig te drinken«. Een prima voorbeeld van een secundaire preventie slogan, waarbij de consument zijn genot niet wordt ontnomen, maar toch op een verstandige manier van gebruik wordt gewezen is »Less is more«, ooit bedacht door Jamin van de Jellinek. Door deze slogan wordt de XTC-gebruiker geleerd dat het entactogene effect alleen optreedt bij sporadisch gebruik. Dan wordt de preventiewerker niet de persoon met het opgeheven vingertje, maar de persoon met de wegwijzende vinger. Welk genot wil je en welke prijs ben je bereid daarvoor te betalen?

#### **CAD Limburg**

Vierpaardjes 80

5915 XZ Venlo

☎ 077-54 82 00

✉ h.dupont@cadlimburg.nl

**Dr. med. Thomas Poehlke**

## *Traditioneel gegroeide structuren veranderen*

**Dr. Thomas Poehlke, die een specialistische praktijk voor drugsbehandelingen in Münster heeft, pleit in zijn bijdrage met name voor een opwaardering van de poliklinische hulpverlening en behandeling. Regionale en plaatselijke samenwerking met een hoge flexibiliteit en goede interdisciplinaire samenwerkingsvormen spelen daarbij een centrale rol**

De laatste jaren is in Duitsland de discussie over de inhoud en de doelen van de behandeling van verslaafden en mensen die gevaar lopen dit te worden sterker geworden. De inspanningen die men zich moet getroosten om verslavingsgeneeskundige aspecten in de gebruikelijke behandelingsprocedures te integreren om therapieën van geval tot geval meer succesvol te laten zijn, zijn echter maar bescheiden van omvang geweest. In het algemeen en met name op medisch terrein wordt onder andere nog te weinig gezien dat het bij verslavingsziekten om chronische ontwikkelingen gaat en dat zogeheten mislukkingen van de therapie vanuit een andere optiek moeten worden bekeken dan vanuit vergelijkingen op de korte termijn. Het hulpverleningssysteem bereikt maar een minderheid van de verslaafden en moet dus nadenken over nieuwe vormen van contacten leggen. Een groot aantal drugsgebruikers slaagt er zelf in om te stoppen met het gebruik. Hier ontbreekt kennis over het verloop van bepaalde scenario's en de fenomenen die daarbij een rol spelen. Er moet bij de behandeling van verslaafden meer rekening worden gehouden met neurobiologische, sociaal-wetenschappelijke en ook psychologische inzichten. Voorop staat dat er geen vaststaande doctrine dient te bestaan over de wijze van behandelen. Er moet altijd worden gekeken naar individuele ontwikkelingen. De basis van het aanbod voor mensen die gevaar lopen verslaafd te worden of al verslaafd zijn moet een – vaak geëist maar nog te weinig gepraktiseerd – netwerk van verschillende niveaus bij het begeleiden en behandelen zijn.

## *De dwang van de lege schatkist*

Wanneer men de genoemde ideeën formuleert met het oog op de problemen waar de verslavingszorg in de toekomst mee te maken krijgt, dan kan dat alleen wanneer men de algemeen bekende geringe financiële mogelijkheden daarbij in het oog houdt. Een verbetering van de omstandigheden is nog niet in zicht. En dit hoewel de kosten die de verslaving veroorzaakt tot enorme maatschappelijke belastingen zullen leiden, zoals zeer wel bekend is uit onderzoek. Te meer moeten creativiteit en engagement op het persoonlijke werkterrein worden bevorderd. De politiek moet er daarbij echter wel aan worden gehouden de aangekondigde grotere inspanningen en de grotere financiële armslag van verschillende instellingen ook daadwerkelijk in de praktijk te brengen.

Voor de komende jaren kunnen dus de reeds bekende doelen weer opnieuw worden genoemd zonder dat dit afbreuk doet aan de argumentatie: wanneer de verslavingsziekten een dergelijk buitengewoon maatschappelijk verschijnsel zijn, dan is de politiek opgeroepen de aandacht te richten op de noodzaak om te gaan met het verschijnsel »verslaving« en/of »misbruik van middelen«. Voorstellen om onderzoek en therapie te financieren uit de accijns op alcohol en tabak blijven vermeldenswaardig, zie ook andere landen waar een dergelijke regeling bestaat.

Dergelijke eisen kunnen echter onder de huidige omstandigheden niet op korte termijn uitgevoerd worden. Vanuit medische optiek vormen ook nieuwe inzichten over de oorzaken van verslavingsziekten en de daarmee samenhangende therapeutische oriëntering de kern van de discussies hierover. De bekende vorm van de behandelingen is ontstaan in een proces van tientallen jaren en moet nu verder worden uitgebreid met hoofdzakelijk poliklinische behandelingen. Het grote aantal ziekenhuisbedden voor ontwenningstherapieën en het grote aantal instellingen voor ontwenningstherapie moeten worden aangepast aan deze situatie. Bezuinigingen zijn hier niet alleen in financieel maar ook in inhoudelijk opzicht zinvol. Bij een dergelijke nieuwe aanpak moet worden nagedacht over een nieuwe oriëntatie van het bestaande poliklinische aanbod. De inmiddels gepropageerde netwerken van klinieken en artsen zijn maar kleine onderdelen van een behandelingsketen met afzonderlijke instellingen die individueel kunnen worden ingezet.

***Wanneer de verslavingsziekten een dergelijk buitengewoon maatschappelijk verschijnsel zijn, dan is de politiek opgeroepen de aandacht te richten op de noodzaak om te gaan met het verschijnsel »verslaving« en/of »misbruik van middelen«***

## *Interdisciplinaire plaatselijke samenwerkingsvormen*

Hoewel rekening wordt gehouden met de genoemde wetenschappelijk gefundeerde inzichten en met de noodzaak om de patiënt naar de nieuwste stand van kennis te behandelen, is een deel van de oplossing de intensivering van plaatselijke instellingen. Alleen de mogelijkheid om een instelling meteen te kunnen opzoeken en de behandeling snel toe te passen, kunnen een snel ingrijpen garanderen. Uit deze eisen volgt dat de nabijheid van de behandeling maar een aspect is van een verslavingszorg die bestaat uit meerdere onderdelen. De vaak geëiste maar toch niet stringent toegepaste preventie moet binnen een dergelijke structuur de hoogste prioriteit krijgen. Ook hier weer moeten de trage en vaak gelijksoortige of soms zelf jaarlijks identiek uitgevoerde programma's worden uitgebreid met individuele werkvormen voor kinderen en jongeren. De basis voor andere samenwerkingsvormen is dat de aandacht voor (kleuter)scholen uitgebreid moet worden. Voorbeelden zijn ook ondernemingen en recreatiebedrijven. Er dient dan niet permanent aandacht te worden gegeven aan de gevaren van verslaving en verslavingsziekten – deze veroorzaken dan een zekere moeheid – en er dient ook niet te worden geëist dat er steeds wordt gesproken over thema's die met de verslaving samenhangen. Een uitgangspunt voor deze structurele veranderingen is de noodzaak van bijscholing van medewerkers in de verslavingszorg, zodat de bovengenoemde inzichten snel deel kunnen gaan uitmaken van de opzet.

Over het geheel gezien is er voor de komende jaren een ontwikkeling te verwachten die weggaat van traditionele naar meer flexibele structuren en naar een groter streven tot samenwerking in de verslavingszorg. Het belang dat men hecht aan de verslavende risico's van alcohol en tabak, waarvan men in het algemeen echter weinig notitie neemt, moet meer op de voorgrond komen. Dit omdat de met veel discussies gepaard gaande verstrekking van heroïne weliswaar sterk in de publieke belangstelling staat, maar voor het overgrote deel van de mensen die gevaar lopen verslaafd te raken geen enkele rol speelt.

***Over het geheel gezien is er voor de komende jaren een ontwikkeling te verwachten die weggaat van traditionele naar meer flexibele structuren en naar een groter streven tot samenwerking in de verslavingszorg***

## *De uitdagingen van veranderende structurele omstandigheden*

De verslavingszorg moet dus in de toekomst de uitdagingen die samenhangen met de veranderende omstandigheden aanpakken. Zij zal genoodzaakt zijn om meer samenwerking te zoeken met andere instellingen buiten de verslavingszorg, b.v. scholen en bedrijven. Zij zal tegen de achtergrond van gefundeerde kennis een zelfstandig en speciaal op de eigen woonplaats gericht aanbod ontwikkelen en rekening moeten houden met de trend naar meer poliklinische therapieën. Dergelijke en andere vormen van hulp aan mensen die gevaar lopen verslaafd te raken of dit al zijn, zijn niet denkbaar bij een dominantie van afzonderlijke disciplines: noch psychologische of sociaal-wetenschappelijke noch medische aspecten domineren de behandeling maar zij moeten steeds individueel en variabel worden ingezet.

Wanneer rekening wordt gehouden met deze aspecten van de uitdagingen waarmee de verslavingszorg nu geconfronteerd wordt, kunnen de volgende zwaartepunten worden geformuleerd:

- afstappen van een begeleiding die veelal georiënteerd is op het middel
- vergroting van de ruimte voor individuele begeleiding en behandeling zonder dat dit meteen gericht is op abstinentie
- versterking van het belang van poliklinische behandeling
- noodzaak van permanente bijscholing
- minder algemene en vooraf geformuleerde preventie maar meer gericht op het praktische gebruik
- samenwerking met scholen en bedrijven moet beslist worden geïntensiveerd
- integratie van uiteenlopende kennisterreinen in één doelgerichte individuele activiteit
- rekening houden met en vastleggen van de gelijkwaardigheid van verschillende behandelingsmodellen

***Noch psychologische of sociaal-wetenschappelijke noch medische aspecten domineren de behandeling maar zij moeten steeds individueel en variabel worden ingezet***

**Dr. Thomas Poehlke**

Bohlweg 66  
48145 Münster  
Duitsland

☎ 0049-251-6 74 38 33

✉ ThomasPoehlke@aol.com



**Peter Vossenber**

## *Ontwikkelingen op het gebied van de drughulpverlening, vanuit medisch perspectief*

**Peter Vossenber, bij TACTUS, instelling voor verslavingszorg werkzaam als verslavingsarts, houdt zich bezig met de medische behandeling van verslaafden. Hij gaat retrospectief in op de vooruitgang die werd geboekt bij de ondersteunende behandeling met medicijnen. Hij rondt zijn bijdrage af met een mening over de problemen waarvoor de behandelende organisaties en in het bijzonder ook de medici gesteld worden door het recht op een optimale behandeling.**

Niemand is goed in staat de toekomst te voorspellen, zelfs niet als dat maar een jaar verder is. Dat geldt ook voor ontwikkelingen binnen de drughulpverlening. Anderzijds hebben veel ontwikkelingen wel een lange voorgeschiedenis, het zijn geen natuurverschijnselen die zich kort van te voren aandienen. Dit gaat zeker op voor medicaties.

### *Een kijk op de geschiedenis*

Terugkijkend in de geschiedenis, kunnen we wel zien dat er iets verandert, zij het langzaam.

In 1899<sup>1</sup> worden als behandeling bij »narcotism« o.a. cafeïne, braakmiddelen en strychnine genoemd, maar overigens ook fysieke inspanning. Weliswaar een minder uitgebreid pakket dan bij »opium habit«, waar fysieke inspanning kennelijk niet werkt, maar waarbij wel weer o.a. enkele dempende middelen als valeriaan, chloralhydraat en codeïne genoemd worden.

Het duurt echter tot eind jaren 40 van de vorige eeuw voordat er iets op de markt komt, specifiek bedoeld voor de behandeling van een verslavingsprobleem: disulfiram. Nog steeds is dit -als kortdurende ontwenningkuren met benzodiazepines buiten beschouwing gelaten worden- de meest gebruikte medicatie bij alcoholafhankelijkheid.

Tot de jaren 70 ging men in de behandeling van heroïneverslaafden er van uit dat men vooral de specifieke persoonlijkheidsstructuur en de psychodynamische factoren die bijdroegen aan het ontstaan en in stand houden van de verslaving bij een persoon, moest kennen om een behandeling te kunnen beginnen. Daarin kwam verandering<sup>2</sup> nadat methadon ingezet werd als medicatie bij heroïneverslaving.

---

1  
Merck Manual (1899)  
Merck & Co, New  
York, USA. pg 148 & 152.

---

2  
Blaine JD, Julius DA (1977)  
Psychodynamics of drug  
dependence. NIDA  
Research Monograph  
12. Rockville MD, USA

Methadon wordt lange tijd alleen ambulantly gebruikt, vaak echter met abstinentie als uiteindelijk doel. Als het al in een kliniek wordt gebruikt, dan alleen als hulpmiddel bij ontwenning. Klinieken richten zich nog lang op vrijwel volledige abstinentie als doel, met nadruk op groepsbehandeling en het therapeutisch milieu. De meest gebruikelijke uitzondering op de volledige abstinentie was -en is- het gebruik van tabak. Het begin van de AIDS-epidemie markeert het begin van een grotere inzet van methadon, ook in landen waar tot dat moment methadon om diverse redenen niet voorgeschreven mocht worden aan heroïneverslaafden.

## *Aangeleerd gedrag en/of erfelijkheid?*

Langzaam maar zeker is een verschuiving te zien in de visie op afhankelijkheid aan middelen en de behandeling daarvan. Afhankelijkheid wordt niet meer gezien als vooral aangeleerd gedrag wat je ook weer kunt afleren. Behandeling moet zich op meerdere aspecten richten, er is niet een type behandeling dat voor vrijwel allen geschikt is. Ook is abstinentie niet voor ieder haalbaar.

Erfelijkheid speelt bij het ontstaan van afhankelijkheid aan alcohol een duidelijke rol<sup>3</sup>, waarbij inmiddels ook meer bekend is over welke genen daarbij een rol spelen. Technieken als MRI-scan en PET-scan stellen ons in staat om inzicht te krijgen in wat er in de hersenen gebeurt tijdens drug- of alcoholgebruik. Ook kunnen we zichtbaar maken dat nog lange tijd nadat abstinentie bereikt is, aanzienlijke veranderingen in de hersenactiviteit aanwezig zijn. Kennis over de rol van neurotransmitters bij verslavingen is in de laatste paar decennia met sprongen toegenomen, waardoor onderzoek naar mogelijk effectieve farmaca beter dan voorheen mogelijk wordt. Behandelingen worden beter onderzocht dan vroeger, ook de verslavingszorg zal evidence-based te werk moeten gaan.

## *Onderzoek op effecten van behandeling*

Een aantal van de meer gebruikelijke behandelingen bij alcoholproblemen, blijkt in goed opgezet onderzoek niet of nauwelijks effectief te zijn<sup>4</sup>. Dit geldt ook bij drugsproblemen. Een goed voorbeeld is kortdurende (medicamenteuze) ontwenning bij opiaatafhankelijkheid. Al sinds jaren is bekend dat als een dergelijke ontwenning het voornaamste doel is, het succespercentage vrijwel hetzelfde is als wanneer niets gedaan wordt. Toch wordt ontwenning nog in zeer veel gevallen gezien als een voorwaarde om een behandeling te kunnen beginnen. In de behandeling van afhankelijkheid aan drugs, speelt mee dat veel minder bekend is over de oorzaken van deze afhankelijkheid. Het lijkt logisch te veronderstellen dat ook hierbij aanleg een rol speelt. Omdat, zeker per land gezien, de aantallen druggebruikers veel kleiner zijn dan gebruikers van alcohol, is dit voor onderzoek een belemmerende factor. Het is, ook voor ontwikkeling van mogelijke medicaties, aantrekkelijker om je te richten op een

3

Krisnan-Sarin S (2000)  
Heritability.  
In: Zernig G e.a. (eds):  
Handbook of alcoholism.  
CRC Press, Boca Raton  
FL, USA. pp 305-316

4

Geerlings PJ, Brink W  
v.d., Schippers GM (1996)  
Behandelingsstrategieën  
bij alcoholproblemen.  
Bohn Stafleu van Loghum,  
Houten/Diegem,  
Nederland.

doelgroep van enkele honderdduizenden alcoholisten dan van hooguit dertigduizend opiaatafhankelijken. Dat geldt ook voor meer fundamenteel onderzoek naar mogelijke oorzaken en genetische factoren.

Toch zijn er ontwikkelingen die, mogelijk niet alle in dit jaar, maar dan toch in de zeer nabije toekomst hun beslag zullen krijgen. Enkele van de traditionele muren tussen ambulante en klinische behandeling zijn inmiddels aan het wankelen of al geslecht: binnen TACTUS, maar ook binnen andere instellingen voor verslavingszorg in Nederland, is behandeling met methadon niet langer een belemmering voor een klinische behandeling. In een aantal gevallen wordt methadon zelfs als voorwaarde gesteld om deel te kunnen nemen aan klinische behandeling. Doseringen methadon (in Nederland in 2000 gemiddeld 48 milligram) komen langzaam in de richting van een therapeutische dosering, die volgens de National Institute of Health boven 60 milligram per dag ligt<sup>5</sup>.

---

5  
NIH Consensus Statement  
Online (1997,  
November 17-19); 15(6):  
in press

## *Vaccins tegen cocaine en cannabis?*

Afhankelijkheid aan middelen wordt meer en meer gezien als een chronische aandoening, waarbij in een behandeling rekening gehouden moet worden met terugval in gebruik, terwijl in het recente verleden terugval vaak reden was om een klinische behandeling te staken.

Nog steeds wordt in Nederland bij afhankelijkheid aan alcohol, disulfiram het meest voorgeschreven om abstinentie te bevorderen. Inmiddels zijn er andere effectieve medicaties als acamprosaat en naltrexon op de markt. Deze hebben als belangrijk extra voordeel dat ze bij een eventuele terugval in alcoholgebruik veel veiliger zijn dan disulfiram en dienen daarom eigenlijk eerste keus te zijn. Een medicatie als acamprosaat heeft als effect dat het evenwicht tussen prikkeloverdragende stoffen in de hersenen hersteld wordt, waardoor trek verminderd. In dierexperiment zijn er aanwijzingen dat acamprosaat mogelijk ook schade tijdens de ontwenningfase helpt voorkomen, overigens zonder ontwenningverschijnselen op dat moment te verminderen.

Ontwikkelingen elders zijn ook veelbelovend. Tot voor kort speelde farmacotherapie bij afhankelijkheid een zeer beperkte rol. Afhankelijkheid is een chronische aandoening met bio-psycho-sociale aspecten en farmacotherapie kan een belangrijke bijdrage leveren aan verbetering in de behandeling. Er wordt gewerkt aan vaccins tegen onder andere cocaïne en cannabis. Met name het vaccin tegen cocaïne is al in een vergevorderd stadium. In dierexperimenten is het vaccin in staat antistoffen op te wekken. Een dergelijk vaccin zou zijn nut kunnen hebben in de behandeling van cocaïnemisbruik en afhankelijkheid.

Het effect (echter niet de manier waarop het werkt) van een dergelijk vaccin is enigszins te vergelijken met dat van naltrexon bij opiaatgebruik: het voorkomt mogelijk niet het gebruik, maar wel het effect op de hersenen. Ook een dergelijk vaccin zal geen monobehandeling zijn.

## *Effectieve farmacotherapie*

Een van de problemen bij naltrexon als nabehandeling bij opiaatafhankelijkheid is compliance. Inmiddels zijn er depotvarianten van naltrexon verkrijgbaar, waarmee het complianceprobleem althans voor een deel omzeild kan worden.

Naast methadon, is ook buprenorphine (een opiaat dat tevens een opiaatblokkerende werking heeft) een veelbelovende toevoeging aan het therapeutische arsenaal. In Frankrijk wordt het al veelvuldig gebruikt, in de USA zal het ook op ruimere schaal ingezet gaan worden. LAAM, een langwerkende variant op methadon, is vooralsnog niet meer verkrijgbaar binnen de Europese Unie vanwege enkele bijwerkingen. Het ontwikkelen van effectieve farmacotherapie is iets dat in een groter verband ontwikkeld zou moeten worden, zeker als het gaat om farmaca bij druggebruik. Voor de farmaceutische industrie is de potentiële markt waarschijnlijk te klein.

## *Hepatitis B en C*

Niet alle ontwikkelingen zijn gunstig. Nog niet zo lang geleden leek het er op dat AIDS (HIV) onder druggebruikers een enorm probleem zou worden. Nu lijkt dat dit probleem minder omvangrijk wordt dan destijds gedacht werd. Medio jaren 80 werd echter Hepatitis C als aandoening naast Hepatitis B ontdekt. Helaas is gebleken dat de meerderheid van de heroïnegebruikers (tot 80%) in aanraking is geweest met deze aandoening en dat velen chronische Hepatitis C hebben. Het is een forse uitdaging om er voor te zorgen dat zij niet alleen voorlichting krijgen hierover, maar waar mogelijk ook een behandeling. Behandeling is echter duur. Infectieziekten als Hepatitis C en HIV zullen de komende jaren zeker aandacht blijven vragen. Inmiddels is in Nederland gelukkig wel een campagne gestart om risicogroepen, waaronder druggebruikers, te vaccineren tegen Hepatitis B.

***Het is een forse uitdaging om er voor te zorgen dat zij niet alleen voorlichting krijgen hierover, maar waar mogelijk ook een behandeling***

## *Ongunstige ontwikkelingen rond alcohol en tabak*

Een andere ongunstige ontwikkeling doet zich voor rond alcohol. Alcoholgebruik is in de laatste decennia toegenomen en waar vroeger aandoeningen als polyneuropathie, Wernicke-Korsakov en levercirrose vrijwel alleen bij oudere alcoholisten (boven 50 jaar) voorkwamen, zien we in toenemende mate dit nu ook bij jongere alco-

holisten (onder 50 jaar). Alcoholmisbruik is ook bij een deel van de druggebruikers een groot probleem.

Een onderdeel op het gebied van afhankelijkheid heeft de verslavingszorg mijns inziens ten onrechte nog laten liggen: roken. Althans in Nederland wordt roken vooral binnen de meer somatische gezondheidszorg behandeld en begeleid: huisarts, GGD, thuiszorg, poliklinieken van algemene ziekenhuizen. Nog te vaak wordt echter geadviseerd -ook door de verslavingszorg- om tijdens een behandeling voor andere verslavingsproblemen(alcohol, opiaten, cannabis), om niet te stoppen met roken omdat het stoppen met andere middelen al moeilijk genoeg is.

## *Recht op optimale behandeling*

De verslavingszorg staat al enkele jaren voor eenzelfde type uitdaging, namelijk datgene wat ze doet steeds kritisch blijven bekijken. Daarbij moet voortdurend de vraag gesteld worden: is dat wat we doen -bij deze patiënt- wel werkzaam. We moeten voorkomen dat we jarenlang behandelingen aanbieden die niet aantoonbaar effectief zijn of waarvoor inmiddels veiliger of betere alternatieven zijn. Afstand doen van iets dat je jaren hebt aangeboden, is vaak moeilijk. Tegelijk moeten we voorkomen dat we behandelingen omarmen, nog voordat aangetoond is dat die effectief en veilig zijn. Ook de verslavingszorg kan er niet aan ontkomen om te werken op basis van aangetoonde effectiviteit van een behandeling. Persoonlijke overtuigingen of ideologische overwegingen om een behandeling te blijven gebruiken (of juist niet te gebruiken) mogen eigenlijk geen rol meer spelen.

Onze patiënten hebben recht op een optimale behandeling. Soms zal dat een monotherapie zijn of zelfs alleen een eenmalig advies. In sommige gevallen zullen we de neiging om direct het »beste« aan te willen bieden (klinische behandeling) zullen moeten zien te bedwingen.

### **TACTUS**

Brink 40

7411 BT Deventer

Tel.: 0570-616468

Fax: 0570-612787

✉ [peterv@xs4all.nl](mailto:peterv@xs4all.nl)

**Onno Dokkum**

## *Help, de dokter verzuipt ...?*

*Brijder biedt Noord-Hollandse huisartsen hulp bij verslavingszorg*

**In tegenstelling tot de »gevraagde« artikelen komt de volgende tekst van Onno Dokkum uit februari-nummer van de »Uitbrijder«, het »huisblad« van de Brijder-Stichting te Alkmaar.**

**Het artikel handelt over een grote uitdaging aan de verslavingszorg: de verzorging van de »zwijgende meerderheid« van voornamelijk alcoholverslaafden, die hun hele verslaving lang aan het hulpverleningssysteem voorbij leven. Deze situatie is in Duitsland natuurlijk identiek. Mensen met open of verdeckte alcoholproblemen komen bij de huisarts met allerlei al of niet alcoholgerelateerde klachten. Zijn deze artsen daarop voorbereid, hoe groot is de kans op een adequate interventie m.b.t. verslaving? Er bestaan eerste hoopvolle antwoorden op deze vragen. Een daarvan wordt in dit artikel beschreven.**

Vroeger waren het alleen drugs. Tegenwoordig is het alles: de partydrug GHB, paddo's, psychotrope geneesmiddelen, gokken, alcohol. Verslaving lijkt een epidemie te worden, stad noch platteland sparend. De Noord-Hollandse huisarts, van Den Helder tot Dantumadeel, heeft er een specialisme bij. Een tijdrovend specialisme, om het eufemistisch te stellen. En dat terwijl huisartsen, door filevorming in de gezondheidszorg, al specialist-in-van-alles-en-nog-wat zijn. Een dubieus genoeg. Want verslavingszorg is een apart vak geworden. Een volwaardig specialisme, met z'n eigen expertise, therapieën en nazorg.

Verslaving was vroeger iets voor de grote stad, de poel des verderfs. Junks waren er alleen op de grootstedse wallen. Of werkten als heroïnehoertjes achter het Centraal Station. Als er overlast van kwam, of als het imago van de stad eronder ging lijden, greep justitie in. De buurt werd schoongeveegd: einde verslavingsprobleem. De rest van het land was toeschouwer. Drugs kende men niet. Zeker niet in de kleinere dorpen op het platteland. Men dronk wel een borreltje in het café. En misschien ook wel een borreltje te veel. Maar wie doet dat niet op z'n tijd?

Tijden veranderen. De omvang van het verslavingsprobleem ook. De cijfers variëren. Volgens optimisten telt Nederland niet meer dan 500.000 verslaafden. Naar schatting 34.000 harddruggebruikers. Voornamelijk cocaïne en heroïne. De rest, het leeuwendeel, is verslaafd aan alcohol, blowen, medicijnen of aan gokken. Volgens Psy, het Tijdschrift over de Geestelijke Gezondheidszorg, zijn er veel meer verslaafden. Er zouden bijvoorbeeld een miljoen probleemdrinkers zijn, waarvan 820.000 de status alcoholist verdienen. En verder nog eens 300.000 verslaafden aan kalmerende middelen.

Doen alsof er niets aan de hand is, lijkt verleden tijd. Net zoals denken dat verslaving het exclusieve spook van de grote stad is. Verslaving doemt tegenwoordig overal op. Ook op het platteland. Noord-Holland vormt geen uitzondering. Uit jaarlijks onderzoek van de GGD (Roken, drinken, druggebruik, december 2000) blijkt dat onze provincie aan een grote inhaalslag bezig is. Met name het drank- en druggebruik onder middelbare scholieren in de verschillende Noord-Hollandse gemeenten neemt landelijk vormen aan. Maar ook onder volwassenen is een zorgelijke trend zichtbaar. Alcohol ontpopt zich als een ware probleemdruk.

***Alcohol ontpopt  
zich als een ware  
probleemdruk –  
ook op het  
platteland***

## ***BOB-Campagne***

Verslaving trekt een steeds zwaardere wissel op de gezondheidszorg. De totale directe kosten van zorg voor mensen met alcohol- en drugsproblemen bedroegen in 1999 ruim 285 miljoen euro: 74% naar GGZ, 14% naar Verzorging en Verpleging, 6,8% naar zorg in algemene ziekenhuizen en verrichtingen van medisch specialisten en 2,8% naar medicatie. Slechts 7% gaat naar de directe zorgverleners, de »eerstelijnsgezondheidszorg«.

Dan zijn er nog aanvullende geldstromen richting verslavingszorg via de Ziekenfondswet, de Welzijnswet of een potje bij Justitie. Bijvoorbeeld voor methadonverstrekking en verschillende vormen van opvang en begeleiding voor verslaafde dak- en thuislozen, meestal in het kader van gemeentelijk verslavingsbeleid.

Wetenswaardig is ook de besteding van bijna zeven miljoen euro aan de bestrijding van rijden onder invloed. BOB- en andere massamediale campagnes worden hiervan betaald, en ook de psychiaters die de zware promillages moeten beoordelen. EMA-cursussen voor automobilisten die te diep in het glaasje hebben gekeken, kostten de staat in 2002 acht miljoen euro.

## *Volgende patient*

Los van de financiën : moeten huisartsen, die met name in Noord-Holland toch al zo zwaar belast zijn, ook nog eens opdraeien voor de verslavingszorg ? Hebben ze er wel tijd voor? En nog basaler: hebben ze er eigenlijk wel voor doorgeleerd? Huisartsen lijken onvoldoende zicht op de problematiek te hebben. Begrijpelijk. Hulp inroepen voor je verslaving stuit vaak op gevoelens van gefaald hebben en krenking. En niemand wil graag falen of gekrenkt worden. Verslaving is voor velen nog steeds: eigen schuld, dikke bult. Ook al heb je nog zo'n goede huisarts, het is moeilijk om je probleem ter sprake te brengen.

Helemaal moeilijk lijkt het om rechtstreeks aan te kloppen bij een verslavingskliniek. Om deze genè te illustreren: van het geschatte aantal verslaafden in Noord-Holland meldt slechts 7% zich bij de Brijder. De rest (93%) komt met vage klachten bij de huisarts. Of helemaal niet. Of als het te laat is, bijvoorbeeld als er blijvende schade op lichamelijk, financieel of relationeel vlak is opgetreden.

Heeft de Noord-Hollandse huisarts voldoende tijd voor de behandeling van (zo veel) verslavingsproblemen? Met Librium weten ze de scherpe kantjes van het stoppen af te toppen. Ook voor een goed gesprek wordt tijd uitgetrokken. Maar daarna is het vaak: »Volgende patient!«

De verslaafde is dan op zichzelf (en/of familie en vrienden) aangewezen. Dit blijkt voor velen niet de route om hun verslaving blijvend de baas te worden. Op korte termijn wordt nog wel eens een succesje behaald. Op de lange termijn regeren ellende en verlies.

***Heeft de Noord-Hollandse huisarts voldoende tijd voor de behandeling van (zo veel) verslavingsproblemen?***

## *Drempel verlagen*

Misschien de belangrijkste vraag is wel of de huisarts qua kennis en vooropleiding voldoende geëquipeerd is om verslavingsproblemen adequaat te herkennen en te attaqueren. Piet van Waveren, ruim 10 jaar verslavingsarts bij de Brijder te Alkmaar, blikt terug op zijn studietijd: »Op een goede maandagmorgen stond professor Bastiaanse in de collegezaal voor anderhalve student en een paardenkop een verhaal te houden over alcoholisme, en lieden die in de orale fase waren blijven steken. Veel meer leerde je niet over verslaving. Tot op de dag van vandaag is daar weinig in veranderd. Zowel in de opleiding tot huisarts als psychiater, is verslaving een ondergeschoven kindje.«

Van Waveren vervolgt: »Verslaving is een ziekte, net als diabetes mellitus of een ontstoken blinde darm. Wetenschappelijk is aangetoond dat verslaving berust op een hersenaandoening. Met als belangrijkste kenmerken ernstig controleverlies en een chronisch beloop. Verder wordt het ook wel de ziekte van list en bedrog, of de ziekte van schande en schaamte genoemd. Als je veel dorst hebt, mag je rustig aan je huisarts vragen of je misschien suikerziekte hebt. Maar als je veel drinkt, omdat er in feite sprake is van een chronische hersenaandoening is het bij het vragen naar en het ver-



lenen van hulp van belang dat dit (h)erkend wordt. Zolang dit niet het geval is, zal de verslavingszorg haar drempel fors moeten verlagen om uit de sfeer van stigmatiseren te komen. Tevens zal de verslavingsgeneeskunde zich in de toekomst stevig moeten profileren. Een vak apart dus! Op landelijk niveau wordt er hard aan gewerkt. Maar ook op kleinere schaal, regionaal en lokaal, zijn er initiatieven. Ook bij de Brijder.

*Bij steeds meer huisartsen groeit het besef dat medische, psychische en maatschappelijke hulp bij verslaafden specialistenwerk is. Dan hebben we het niet alleen over ambulante of klinische behandeling of begeleiding, maar ook over intercollegiale consultatie.*

*Enige tijd geleden is in de regio Amstelland en de Meerlanden gestart met het Huisartsen-Consultatieproject. Huisartsen in deze regio hebben de mogelijkheid om gebruik te maken van een sociaal psychiatrisch verpleegkundige die in de huisartsenpraktijk spreekuur doet voor patiënten die (mogelijk) een verslavingsprobleem hebben. Meestal een keer per week.*

*Deze aanpak heeft een aantal opmerkelijke voordelen: de huisarts kan via korte lijnen – en binnen de setting van zijn eigen praktijk – doorverwijzen naar een verslavingsdeskundige. Zo kunnen preventie en behandeling in een zo vroeg mogelijk stadium worden ingezet. Bovendien hoeft de patiënt (of cliënt) niet direct aan te kloppen bij een verslavingskliniek. Want die stap lijkt door het stigma dat uitgaat van verslaving, anno 2003 nog vaak een stap te ver.»*

#### **Brijder Stichting**

Postbus 414

1800 AK Alkmaar

☎ 072-5 27 28 05



**Jürgen Leinemann**

## *De prijs voor de fascinatie van de macht*

Jürgen Leinemann, een auteur van »Der Spiegel«, heeft de tekst van zijn inleiding die hij op 14-03-2003 ter gelegenheid van het vierde wetenschappelijke symposium van de Prof. Dr. Matthias Gottschaldt Stiftung gehouden heeft, ter beschikking gesteld voor publicatie in het BINAD-INFO. Het symposium hield zich onder de titel »Had ik vroeger maar... verslavingspreventie in een verslaafde maatschappij« intensief bezig met de verslavingspreventie. De bijdrage van Jürgen Leinemann – die hij in een langere versie ook gepresenteerd heeft op de 10. Basler Psychotherapietagen (29 tot 31-5-2003)- behandelt de taal en bepaalde gedragsvormen van politici en draagt de titel »De prijs voor de fascinatie van de macht«. Het gaat daarbij natuurlijk ook over verslaving – enerzijds de taal van de drugscène, die soms kan worden teruggevonden bij de politici en anderzijds over het verslaafd zijn aan de macht, over het verlies aan realiteit op de weg daarheen en over andere zaken. Dat is de eerste link met het terrein van de verslaving. Maar er is ook nog een andere link die misschien nog belangrijker is: wat Jürgen Leinemann zo treffend beschrijft op het politieke vlak geldt wat betreft invloed en macht ook voor andere maatschappelijke terreinen en stopt ook niet voor de deuren van de verslavingszorg, de achterliggende organisaties en verbonden en de hiërarchische structuren. Dit was voldoende reden voor de BINAD-INFO-redactie deze tekst in het Podium ter discussie te stellen – het is natuurlijk ook een aanvulling op het speciale thema.

De Prof. Dr. Matthias Gottschaldt-Stiftung financiert met de gelden die zij inzamelt wetenschappelijk onderzoek over ontstaan, verloop, preventie, therapie en revalidatie van verslavingsziekten.

Verslaving. Drugs. Ontwenning. De meeste politici gebruiken de begrippen uit de junkie-scène opmerkelijk nonchalant om hun eigen gevoelens te beschrijven. »Bovendien ben ik verslaafd aan erkenning«, bekent b.v. de vice-voorzitter van de SPD Renate Schmidt. En Peter Gauweiler, ex-deelstaatsminister van de CSU, meldt: »Je moet van de politiek ontwennen, net zoals je van de alcohol of nicotine moet ontwennen.« Ze doen deze uitspraken alsof de vergelijking tussen de verslavingen maar metaforen zijn, onschuldige omschrijvingen voor een pijnlijke bezetenheid. Verslaving light, bij wijze van spreken.

De meesten weten echter wel dat het een ernstige zaak is. Ze kennen de zelfvernietigende trend in hun beroep. Maar politici spreken alleen bij grote moeheid of berusting werkelijk onverbloemd over hun angst en hun frustratie in het beroep, over vertwijfeling, eenzaamheid, woede en verlangen naar succes. En natuurlijk wordt het alleen gezegd onder het zegel van geheimhouding. Wanneer men dergelijke uitlatingen eens op een rij zet, alsof men eens de notulen opgemaakt zou hebben bij een virtuele bijeenkomst van anonieme politici, ... dan wordt duidelijk dat de schijnbaar subjectieve en individuele psychische gevoelens van de politici in werkelijkheid voor een groot gedeelte een uitdrukking van deformatie zijn die wordt veroorzaakt door het beroep ...

Onafhankelijk van intelligentie, politieke fantasie en menselijke rijpheid is het vooral een kwestie van hardheid of men het tot aan de top kan volhouden. Politiek is learning by doing. Dat, zo vindt de teruggetreden groene minister voor volksgezondheid Andrea Fischer achteraf, is de grote handicap in dit beroep. Men wordt door schade en schande wijs ...

Om zich tegen letsel te wapenen, leren toppolitici zich emotioneel te reduceren. Dit is wellicht de voorwaarde om in de politieke top terecht te kunnen komen. Ze schakelen hele onderdelen van hun persoonlijkheid uit, weigeren na te denken over fouten en nederlagen, weren twijfel aan zichzelf af, zoeken de schuldigen ergens anders en klampen zich op die manier vast aan een visie van zichzelf als winnaar die zich weet door te zetten. Deze emotionele verarming merken de meeste politici niet eens.

Ze weten niet veel over zich zelf en daarom ook niet over andere mensen. Dat maakt dat ze niet tot handelen in staat zijn. »Een tekort aan mensenkennis is één van de belangrijkste voorwaarden voor het leiding geven in de politiek«, dit heeft Holger Börner eens gezegd, een ex-ministerpresident van Hessen die zijn hele leven lang beroeps-politicus was. Hij bedoelde dat helemaal niet als grap. Twijfels aan jezelf zijn al onder op de ladder hinderlijk, op de hoogste sporten betekenen ze een aanslag op het eigen politieke bestaan. »Als je 's morgens wakker wordt en over je eigen karakterzwakte zou gaan nadenken, zou je niet meer aan werken toekomen«, heeft Gerhard Schröder eens bekend toen hij nog open over zichzelf vertelde.

***Onafhankelijk van intelligentie, politieke fantasie en menselijke rijpheid is het vooral een kwestie van hardheid of men het tot aan de top kan volhouden***



Het is daarom meer een verhaaltje dan dat het eerlijk is, meer het afweren van twijfels en scrupules dan zelfkennis wanneer hij nu als bondskanselier het streven naar macht en de macht zelf onomwonden als drug aanduidt ...

Seehofer meent het wel serieus wanneer hij zegt: »Politiek is een verslaving.« En wanneer is dat niet ook de sleutel om de zelfvernietigende benepenheid te begrijpen waarmee mensen als Helmut Kohl, Kurt Biedenkopf, Eberhard Diepgen, Rudolf Scharping en Jürgen Möllemann zich zo klampen aan een beroep dat naar men beweert zo weinig oplevert – ideëel en materieel? Zou dat niet ook de verklaring zijn voor het opmerkelijke verlies aan realiteitszin van veel politici. Een zo ernstige betekenis van het begrip drugs vinden de meeste politici laster. Zijn we dan allemaal junkies? Wat heeft het begrip vernietigend hier te zoeken? »Wij brengen ons toch niet om het leven«, zegt Wolfgang Schäuble.

Het begrip verslaving riekt ook inderdaad vandaag de dag nog naar laster. Het houdt een morele beschuldiging in ten opzichte van mensen die naar men beweert geen sterke eigen wil hebben en ongedisciplineerd of zelfs verwaarloosd zijn. »Of iets wordt aangeduid met verslaving en in hoeverre de verslaving veroordeeld wordt, hangt ervan af wie het is«, schrijft psychoanalyticus Thea Bauriedl: »De verslaving van de heersende en de ›normale‹ mensen wordt niet of maar mondjesmaat bij name genoemd en vaak verontschuldigd met een soort ›situationeel bepaalde dwang.«

Uiteindelijk is dus iedere politicus zelf er – net als iedere workaholic, iedere computerfreak of iedere vrolijke stapper – verantwoordelijk voor om te herkennen wanneer de verslaving zijn leven begint te beheersen. Er wordt steeds meer in het openbaar gesproken over dit thema, dit wijst erop dat veel toppolitici zich bewust worden van het psychische gevaar dat aan hun werk kleeft.

Het Duitse woord »Sucht« (verslaving) komt van »siech« (oud voor ziek), Engels »sick«, en duidt een tekort aan. De werkelijkheid wordt gezien als bedreigend en leeg. De drugs, om het even of het chemische middelen zijn of stimulerende activiteiten, dienen ervoor dit tekort op te vullen.

Het gaat daarbij in de engere betekenis van het woord om middelen zoals alcohol, nicotine of medicijnen, die de functies van het organisme beïnvloeden en de stemming veranderen ...

Drugsexperts zien de bredere betekenis van drugs ook als »personele of a-personele middelen« – dus b.v. werk, bijval, succes – waarbij mentale of lichamelijke veranderingen teweeg kunnen worden gebracht om zich te onttrekken aan de realiteit.

»Belangrijkheid-drugs« noemt Wolfgang Thierse zulke stimulansen, waarbij optredens op televisie verreweg de grootste roes opleveren.

***Of iets wordt aangeduid met verslaving en in hoeverre deze verslaving veroordeeld wordt, hangt af van wie het betreft***

Naast werk en macht – de klassiekers onder de niet materiële drugs – is de publieke belangstelling in de media tegenwoordig het werkzaamste verdovende middel voor het ontstaan van een politicus-verslaving. Wanneer het nut van het drugsgebruik het verminderen van gevoelens van onmacht, krenkingen en twijfel aan zichzelf is, waar ligt dan het verschil?

Waargenomen en erkend te worden is het hoofddoel van iedere verslaafde. Dat is ook het streven van iedere politicus in de media.

... De televisie heeft de politiek niet alleen zo fundamenteel veranderd omdat hij de de politici verleidt om oppervlakkig te worden, maar *»maakt ze ook verslaafd aan sympathie«*, gelooft oud-bondskanselier Helmut Schmidt.

Bevestiging en bijval, aandacht en instemming veroorzaken impulsen in de hersens, die een aangenaam gevoel geven. De hersens produceren onder invloed van prikkels van buiten – of ook door gevoelens en eigen beelden van binnen uit – lichaams-eigene stoffen die een roes-achtige beleving, een verslaving zonder drugs veroorzaken.

De verleiding opportunistisch te worden, toch al een probleem voor de democratisch gekozen volksvertegenwoordigers, wordt te sterk. Schmidt: *»in de democratie worden ze namelijk alleen dan gekozen wanneer ze zich aangenaam maken«*.

Dat betekent dat de politicus zegt wat hij gelooft dat zijn toehoorders denken. Maar hij zegt vooral niet wat ze niet willen horen. Hij biedt zijn kiezers een wereldbeeld aan, dat hen de angst doet vergeten en hen voorspiegelt dat hun wensen realistisch zijn. In dit samenspel tussen het volk en de gekozen volksvertegenwoordigers wordt het gevaar voor verslaving het duidelijkst – de kiezers worden tot co's, zoals dat in de therapeutische taal heet, tot handlangers van de politici die door zichzelf en door hun voorrechten verdoofd zijn en die hen de wereld mooipraten als bedankje. De gevolgen van deze in opdracht gegeven levensleugens dragen uiteindelijk niet alleen de politici maar wij allemaal.

Dames en heren, het gaat om werkelijkheid, niet om medelijden te hebben met de arme politici, die inderdaad een moordend beroep hebben. Maar daar hebben ze vrijwillig voor gekozen. En over de prijs die zij voor de fascinatie van de macht willen betalen beslissen zij zelf – ieder voor zich.

Maar wij zijn het volk en op grond daarvan de soeverein. De dames en heren in het parlement en in de regering handelen namens ons. Het ligt dus aan ons, om hen – naast de zeker niet te verwaarlozen problemen van de gemeenschap – niet ook nog de last op te leggen zich te moeten presenteren als »übermensen« zonder fouten en gebreken en tegen ons te liegen voor ons eigen welbevinden.

### **Jürgen Leinemann**

Friedrichstr. 79  
10117 Berlijn  
Duitsland  
☎ 0049-30-2038 75 00

### **Prof. Dr. Matthias Gottschaldt-Stiftung**

Geschäftsstelle  
Marienstrasse 8  
10117 Berlijn  
Duitsland  
☎ 0049-30-28 09 72 73  
✉ Gottschaldt-Stiftung  
@t-online.de  
www.gottschaldt-stiftung.de

**Nicole Rögl**

# *risflecting<sup>®</sup> – uitgangspunten en modellen voor een pedagogiek inzake drugs en risico's*

**Het platform van organisaties, bestaand uit de Österreichische Alpenverein, het Landesjugendreferat Wien, het Verein VITAL, Steyr, de Akzente Suchtprävention, Salzburg en het Amt für Jugendarbeit der Provinz Bozen-Südtirol heeft een innovatief pedagogisch concept voor de omgang met roes en risico's ontwikkeld.**

**Actuele inzichten uit het onderzoek van de jeugdzorg, de verslavingspreventie en het risicomangement werden gekoppeld aan de ervaringen van de samenwerkingspartner tot een wetenschappelijke en methodische basis voor de omgang met roes en risico's.**

**risflecting wordt gesubsidieerd met middelen van het FGÖ-Fonds Gesundes Österreich. Wij publiceren hier de tekst van een persinformatie van het project van 4-3-2003.**

risflecting is een pedagogisch model in de jeugdzorg en de preventie, dat tot doel heeft de omgang met roeservaringen en risico's te verbeteren. Want goede algemene vaardigheden voor het leven van alledag van het individu, de sociale groep en het maatschappelijke milieu zorgen ervoor dat men de verantwoordelijkheid neemt (primaire preventie) en verminderen de kans dat risico's gevaarlijk worden (secundaire preventie).

## *Uitgangspositie*

In de laatste twee decennia was in de opvoeding en begeleiding van kinderen en jongeren een afkeer van de veel voorkomende en met verboden gelardeerde »voorkomingsstrategie« naar een »beschermingspedagogiek« te zien. Door zaken aan jongeren over te laten en door hen zelf verantwoordelijk te laten zijn worden belangrijke capaciteiten ontwikkeld en versterkt. Dit zijn capaciteiten die zij nodig hebben om de kleinere en grotere toetsen van het leven te kunnen doorstaan.

*»De partners van het platform worden op grond van hun taakstellingen in gelijke mate geconfronteerd met de eis zelf verantwoordelijk te zijn. Dit betekent enerzijds beschermende maatregelen (voor de jeugd) te nemen en soms ook een beschermende houding aan te nemen. Anderzijds bevorderen wij de algemene vaardigheden voor het leven van alledag en vrijheden. Wij scheppen ruimte voor zelfontplooiing voor jongeren waarin ze zichzelf kunnen toetsen«, aldus mag. Wolfgang Schick, de verantwoordelijke persoon voor het jeugdwerk van de deelstaat Salzburg en directeur van Akzente.*

Al in de afgelopen jaren werden er belangrijke activiteiten en projecten t.b.v. een beschermende pedagogiek ontplooid, een voorbeeld daarvan is (het eveneens door het Fonds Gesundes Österreich gesubsidieerde) modelproject »risk and fun – Jugendliche in Natursportarten«, dat verbonden is aan het ÖAV (meer informatie op [www.risk-fun.com](http://www.risk-fun.com)).

Toen Akzente Suchtprävention in november 2000 de zog. »Roesconferentie« (eigenlijk »Rausch – Eine Reise an die Grenzen des Bewusstseins« in een speciale wagon van de Oostenrijkse spoorwegen) organiseerde, werd de noodzaak duidelijk dat er iets moest worden gedaan rond de thema's »roes cultiveren« en »waarnemen van risico's« binnen de jeugd- en de verslavingszorg.

*»risflecting is voor ons werk een noodzakelijk en innovatief pedagogisch concept met het doel een wetenschappelijke en methodische basis voor een gefundeerde verdere ontwikkeling van de pedagogische omgang met roes en risico te ontwikkelen«, aldus mag. Schick. »Hier komen ervaringen uit het verleden en ontwikkelingen van de samenwerkingspartners bij elkaar, en daarbij komen ook nog de actuele inzichten van het onderzoek onder jongeren, verslavingspreventie en risicomanager.«*

Wetenschappelijke bases van het risflecting-concept zijn naast het empowerment-concept van de WHO, het flow-onderzoek, resultaten uit het hersenonderzoek en socio-etnologisch onderzoek.

***Hier komen  
ervaringen uit het  
verleden en  
ontwikkelingen  
van de samen-  
werkingspartners  
bij elkaar, en  
daarbij komen ook  
nog de actuele  
inzichten van het  
onderzoek onder  
jongeren,  
verslavings-  
preventie en  
risicomanager***

## *Maatschappelijke polariteiten – weinig duidelijkheid en oriëntatie voor jongeren.*

Bij risflecting wordt onder **roes** een procesmatige verandering van de zintuiglijke en sociale waarneming wat betreft indrukken, emoties, grenzen en de gevolgen verstaan.

**Risico** is de verbinding van onzekerheid en betekenis, die samenkomt bij een gebeurtenis en die noopt tot behandeling en de gevolgen daarvan.

Roes en risico zijn in onze maatschappij hoogst ambivalent gebruikte begrippen: enerzijds worden ze als mogelijk gevaar voor de menselijke stabiliteit en gezondheid gezien en/of moraliserend verworpen – anderzijds worden ze door politieke, economische en sociale krachten ingezet als belangrijke factoren in de reclame en voor de enscenering van (jeugd-)events.

Roes en risico – ze lijken dus de grote demonen in ons leven te zijn, het verlangen en de vrees ervoor begeleiden ons. De maatschappelijke omgang met gedrag dat roes en risico met zich meebrengt is ambivalent genoeg. Dit gedrag wordt enerzijds (pedagogisch) bestreden en moraliserend veroordeeld, anderzijds wordt de omzetting daarvan in voetbalstadions, televisieshows, feesten en beurzen daardoor krachtig bevorderd.

Door deze tweeslachtige houding worden jongeren in feite in de steek gelaten. Op deze wijze kan geen cultivering van roeservaringen, geen optimaal gedrag in riskante situaties worden bereikt. Zich intensief bezig houden met risico en reflectie – ris.flecting zoals de naam al zegt – is echter de voorwaarde voor het nemen van verantwoordelijkheid voor de levensterreinen die behoren tot de randgebieden van ons bewustzijn en die niet luisteren naar rede.

Daartoe Gerald Koller, die verantwoordelijk is voor de opzet en begeleiding van (inter-)nationale projecten t.b.v. de bevordering van de gezondheid en voor de grondgedachte van risflecting: »De

*behoefte aan riskante situaties en roeservaringen is verankerd in de mens, hiermee moet men zichzelf intensief bezig houden en het cultiveren. Oude culturen en gebruiken hielden hier rekening mee. Vandaag de dag staat het preventieve jeugdwerk, die de negatieve uitwerkingen van al deze verlangens moet inperken, in het dilemma van een traditie die al lang het »kind met het badwater weggegooid heeft«. Bij de strijd tegen de problematische uitwerkingen, die geenszins moeten ontstaan, worden ook de behoeften die hieraan ten grondslag liggen tot probleem verklaard en ook vaak bestreden.«*

*»Een pedagogiek, die roes en risico uitsluitend met de gevaren en de »doods«-zone associeert, helpt juist jonge mensen niet verder in hun specifieke levenssituatie en wordt steeds meer ervaren als wereldvreemd. Bovendien bevorderen zij de »gewone« verdringing en schizofrenie onder het motto »Ik weet niet wat ik gisteren allemaal gezegd/gedaan heb – ik was immers dronken«, aldus Gerald Koller.*



De opzet van risflecting houdt bovendien rekening met de elementen van ervaringen bij het beleven van een roes en van risico's die juist bevorderlijk zijn voor de gezondheid en de ontwikkeling. Dit geldt ook voor de instrumenten die dit kunnen cultiveren. Deze weg laat – vooral jonge – mensen niet in de steek bij hun behoefte aan het beleven van een roes en van risico's. Een weg die zij altijd al zochten en ook in de toekomst verder zullen zoeken.

## *Doelen van risflecting: de omgang optimaliseren i.p.v. ontkennen*

De volgende instrumenten dienen »optimaal beschikbaar« te zijn:

- **Sociale competenties**, b.v. de open discussie over ervaring met roes en risico's, over verlangens en de weg daar naar toe. Dit vraagt om een sensibele sociale waarneming van de context, b.v. de vrienden/vriendinnen naast mij en stabiele netwerken en ruimte om te leren.
- **Reflectie**: niet alledaagse, intensieve, misschien ook wel irriterende ervaringen moeten achteraf worden besproken en worden gereflecteerd, zodat deze in het normale leven kunnen worden ingezet.
- **»Break« – proces van waarneming en besluitvorming**: men duidt met »break« de competentie aan om voor het nemen van een risico nog even na te denken en de bereidheid, de fysieke gesteldheid en sociale factoren af te wegen voordat de beslissing wordt genomen een risico te willen nemen.

Over dit thema Luis Töchterle, directeur van de Österreichische Alpenverein, medeorganisator van »risk & fun« en risflecting-auteur: *»Wie kent niet de vlotte oma, die de op de bank wippende baby grijpt voordat het op zijn bibs valt. Vaak is het verwonderlijk dat de kinderen toch nog vrij ongestoord kunnen leren lopen. Niet op de omgevallen boom balanceren! Niet door de beek lopen! Niet op de rotsen klimmen! Waar krijgen jongeren eigenlijk nog ondersteuning door volwassenen?*

*Heel veel belangrijke stappen in de ontwikkeling kunnen kinderen en jongeren alleen maar doen door risico's te nemen: De eigen plaats in de maatschappij vinden, vriendenkring en relatie opbouwen, beroep kiezen, omgaan met je gezondheid, gebruikspatronen richten op genot, met frustraties en conflicten omgaan, lichamelijke ontwikkeling etc.*

*Een ander gedrag voor ouders en volwassenen zou toch tot de mogelijkheden moeten behoren:*

*»Kijk eens, probeer het eens zo!« Een houding dus, die fundamenteel gekenmerkt wordt door acceptatie, die ruimte voor ervaring biedt, leren mogelijk maakt in plaats van alles met verboden en hekken te dicht te zetten«.*

***Heel veel belangrijke stappen in de ontwikkeling kunnen kinderen en jongeren alleen maar doen door risico's te nemen***

## Wie heeft risflecting nodig?

**Doelgroepen** zijn niet de personen die een problematisch gebruik of misbruik van middelen vertonen, niet personen en groepen met een buitensporig riskant gedrag. Zulke groepen hebben secundaire preventieve hulp en maatregelen voor harm-reduction nodig.

Risflecting heeft als doel de groep die risico's onbewust neemt en roes gewoon consumeert, bewuste mogelijkheden te tonen hoe dit gecultiveerd kan worden. Dit wordt gedaan door projecten en relaties aan te bieden.

## Doelen en voorbeelden

Het onderzoek dat nu beschikbaar is vat theoretische concepten en analyses uit relevante theoretische literatuur samen, b.v. »Risiko und Extremsport – fokussiert auf den Bereich Risikoverhalten Jugendlicher« (risico en topsport – gefocust op riskant gedrag van jongeren) van Annemarie Rettenwander en »Rausch und Rauschmittelkonsum« (roes en gebruik van verdovende middelen) van mag. Christoph Strieder. De »models of good practise«, die werden ontwikkeld door ervaren praktijkmensen uit de jeugdzorg in het kader van de eerste internationale risflecting-cursus – onder de leiding van Gerald Koller – laten concrete mogelijkheden voor het gebruik van de risflecting-idee zien. Dit kan worden gedownload op [www.risflecting.at](http://www.risflecting.at).

### Informatie over risflecting

en »models of good practice«  
downloading op:  
[www.risflecting.at](http://www.risflecting.at)

### De organisaties achter het platform

[www.oeav.at](http://www.oeav.at)  
[www.youthpromotion.at](http://www.youthpromotion.at)  
[www.fgoe.org](http://www.fgoe.org)

### Akzente Suchtprävention

Fachstelle für  
Suchtvorbeugung  
Salzburg  
Glockengasse 4c  
A-5020 Salzburg  
Oostenrijk  
☎ 00 43-6 62-84 92 91-41  
✉ [n.roegl@akzente.net](mailto:n.roegl@akzente.net)

In het door het FGÖ gesubsidieerde handboek kunnen deze pilot-projecten met jongeren worden nagelezen. »De focus van deze projecten was erop gericht dat jongeren door begeleide ervaringen met roes en risico's baat kunnen hebben voor hun leven, meer gevoel van eigenwaarde en status ervaren, maar bij dit alles geen schade aan de gezondheid ondervinden«, aldus mag. Nicole Rögl, coördinator van het onderzoek en afdelingshoofd van Akzente Suchtprävention. Ondertussen loopt de tweede risflecting-cursus in Oostenrijk en een extra cursus in opdracht van Klaus Nothdurfter, hoofd van het Amt für Jugendarbeit van de provincie Bozen in Südtirol.

»Wij zijn van mening dat de investering van het forum dat achter deze projecten zit, toekomstgerichte wegen inslaat voor meedenkende mensen en mensen uit de praktijk van het jeugdwerk en de preventie«, aldus Mag. Wolfgang Schick tot besluit. De belangstelling voor de resultaten van het onderzoek en voor andere contacten en cursussen ook uit het aangrenzende buitenland geeft de pioniers gelijk – hoewel deze weg zeker geen weg »zonder risico's« is ...

**Werner Loosen  
Dr. Artur Schroers**

# *Is de verslavingspreventie zijn geld waard?*

*Kosten, methodiek en succes van preventieve maatregelen*

**In uitgave 1-2003 (januari/februari 2003) bracht het vakblad KONTUREN verslag uit over een congres dat op 27-1-2003 in Hamburg gehouden werd. Het thema van de conferentie was »Is de verslavingspreventie zijn geld waard?«. In dit verslag werden de meningen van enkele inleiders samengevat (dr. Alfred Uhl, Wenen; prof. dr Gundula Barsch, Merseburg); daarbij werd ook met nadruk de vraag behandeld of en hoe de successen van verslavingspreventie kunnen worden gemeten.**

**Het congres werd gezamenlijk georganiseerd door het Suchtpräventionszentrum, het Büro für Suchtprävention en het Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung aan de Universiteits-Kliniek Eppendorf, UKE.**

**Wij geven hier een korte samenvatting van het verslag dat Werner Loosen voor KONTUREN maakte, met daarnaast enkele aanvullingen en conclusies van de hand van dr. Artur Schroers, hoofd van het Büro für Suchtprävention.**

In de politiek en de media wordt steeds meer gewezen op het belang van preventieve maatregelen. Een vraag die daarbij steeds vaker wordt gesteld is of de gestelde doelen van de verslavingspreventie – abstinentie of een bewuste omgang met legale en illegale drugs – eigenlijk wel bereikt worden. Wordt er wellicht veel geld uitgegeven en de jongeren drinken en roken de sigaretten en de hasj gewoon verder. Of is verslavingspreventie juist een goede investering in de toekomst, en zouden we anders al volksstammen van verslaafden hebben?

Met de vraag of de verslavingspreventie zijn geld wel waard is houden wetenschappers voor verslaving uit Duitsland, Zwitserland en Oostenrijk zich al jaren intensief bezig.

## Het papegaai-effect

»Als ik een papegaai leer om mij na te spreken ›Ik eet geen bananen‹, dan weet ik niet zeker of hij zich er wel aan houdt.« De Weense verslavings-onderzoeker **Dr. Alfred Uhl** haalde dit papegaai-effect aan. Weliswaar maakt het volgens verslavingsexperts altijd een goede indruk wanneer men pleit voor drugspreventie, maar er bestaat maar zelden overeenstemming over wat daarmee eigenlijk bedoeld wordt: »Heeft iemand het wel eens over de problemen bij het onderzoek en de grenzen daarvan?«, vroeg Uhl en noemde een voorbeeld: wanneer één op de duizend mensen een drugsprobleem krijgt, moet men dan voor een wetenschappelijk gefundeerd onderzoek 360.000 mensen onderzoeken om daaruit uiteindelijk 36 verslaafden te kunnen destilleren? – »dat kan onmogelijk de bedoeling zijn«. Dit moet men in zijn achterhoofd houden wanneer men de vraag stelt of de verslavingspreventie zijn geld waard is; »hoe wil je dat dan beoordelen? Kun je het later optreden van een levercirrose inderdaad toeschrijven aan preventie? Is preventie pas dan zijn geld waard wanneer een behandeling voorkomen wordt of wanneer preventie helpt te besparen op latere therapeutische maatregelen?«

## Realisme m.b.t. kosten en effecten vereist

Hierbij komt nog een tweede punt, dat Uhl evalopathie (ziekelijk verlangen om te evalueren) noemt. Volgens Uhl kom je hiermee niet verder, de karige begrippen zijn namelijk voor velerlei uitleg vatbaar. »Antwoorden als deze kunnen worden gegeven op allerlei vragen: ›Hoewel wij veel weten, gebruiken wij het niet.‹ of: ›Wij weten weliswaar veel, maar we kunnen het niet bewijzen.‹« Tegen de achtergrond van de huidige hiaten in het onderzoek is het gewoon absurd »het doel van preventie uitsluitend te richten op het voorkomen van gebruik!« In plaats daarvan zou het volgens Uhl zinvol zijn om zich meer te richten op het matige dan op het problematisch gebruik: »Alleen zo kunnen problemen op de lange duur worden verkleind«. Volgens Uhl moet er verder rekening worden gehouden met het feit dat kinderen steeds vroeger in de pubertijd komen, »en dat betekent dat zij vroeger volwassen worden en zich dus ook vroeger als volwassenen gaan gedragen«; verder moet in het oog worden gehouden dat het gebruik steeds meer uiteen gaat lopen, dat betekent: er komen steeds meer en steeds weer andere middelen, al naar gelang de mode, afhankelijk ook van de groter wordende »verworvenheden« van de globalisering.

»Toch«, aldus Uhl, »moet worden gewaarschuwd voor een bevordering van gezondheid als theorie-vrij activisme, het nadenken moet worden bevorderd.« Positief is wel dat er bij alle betrokkenen een grote behoefte aan informatie bestaat: »het komt erop aan verschillende standpunten duidelijk te maken, meningen ook werkelijk als meningen te uiten en – heel belangrijk! – op te houden met de metafoor van de drugsoorlog.« Bij de verslavingspreventie mag men ook zeker zijn eigen competentie niet overschatten – »het is raadzaam realistisch te blijven bij de kosten en de mogelijke

**Er moet verder rekening worden gehouden met het feit dat kinderen steeds vroeger in de pubertijd komen**

effecten«. De controle van de effectiviteit is zinvol wanneer men erin slaagt deze te zien vanuit een optiek van wetenschap als een puzzel, »daarbij hoort ook dat men de methodologische en andere grenzen kent«, aldus Uhl. En wanneer steeds weer gezegd wordt dat het lokaas, dus de preventieve activiteit, de vis moet smaken en niet de visser, dan, aldus Uhl, »komt hier een fundamenteel probleem van de preventie boven drijven, want: het gaat hier niet om vissen, maar om partners en medemensen!«.

## *Gestructureerd en zelfgecontroleerd gebruik is mogelijk*

Vergelijkbare standpunten benadrukte ook **Professor Dr. Gundula Barsch** van de Fachhochschule Merseburg. Zij werkte mee aan het standpunt van de nationale commissie voor drugs en verslaving, die het resultaat van haar werk medio vorig jaar gepresenteerd heeft. Enkele resultaten zijn het opgeven van de exclusieve oriëntatie op de worst-case-eindtoestand, het prijsgeven »van de veronderstelling dat de processen altijd volgens hetzelfde schema verlopen, met lichamelijk, psychisch en sociaal verval«, en het opgeven van de nadruk op individuele gevaren: »Wij spreken in verband met psycho-actieve middelen veel meer van een proces dat steeds weer individuele en zelf te verantwoorden beslissingen inhoudt.« In het openbare debat moet ook het begrip »drugsmondigheid« (zelf inzicht hebben in verschillende situaties van alledag en steeds een juiste omgang met drugs kunnen vinden) en het feit: »drugsgebruik kan worden gestuurd« genoemd worden. Het is in het algemeen nodig om verschil te maken tussen schadelijk misbruik en verslaving. Want: »Een gestructureerd en (zelf) gecontroleerd gebruik is mogelijk.«

Het gaat er dus ook om niet steeds te spreken over nieuwe ziektebeelden, »maar over het vormgeven aan een gezonde ontwikkeling die sociaal en individueel verantwoord is – en dat heeft betrekking op alle middelen«, benadrukte Gundula Barsch, »legale en illegale!«

Het is in het algemeen zo dat men er nota van moet nemen dat drugsgebruik een handeling is die onder bepaalde voorwaarden kan worden geïntegreerd in het normale leven van de mensen en te verenigen is met de waarden van de maatschappij. De wetenschapster eiste een preventieve strategie die georiënteerd is op de gemeenschap, omdat er overal in Duitsland verschillende trends bij psycho-actieve middelen bestaan: »daarvoor zijn adequate oplossingen voor nabuurschappen en gemeenten en meer preventie-structuren dan preventie-programma's nodig. Het is noodzakelijk regionale problemen te definiëren en ter plaatse oplossingen te vinden om deze op te lossen.«

***Het gaat er dus ook om niet steeds te spreken over nieuwe ziektebeelden, maar over het vormgeven aan een gezonde ontwikkeling die sociaal en individueel verantwoord is***

**Het principe  
»preventie voor  
repressie« zou in  
de opiumwet  
verankerd moeten  
zijn**

## *Pluraliteit van verantwoordelijkheden*

Gundula Barsch waarschuwde voor monolithische of centralistische concepten, dat betekent: *»De overheid en de politiek moeten doelen en methoden van de verslavingspreventie niet van te voren in een bepaalde richting sturen.«* Noodzakelijk zijn vrije ruimten voor een open, en indien nodig ook controversiële dialoog evenals de deelname van alle maatschappelijke gebieden. Voor elke preventieve strategie is het nuttig om te weten dat het genoemde begrip drugsmondigheid de abstinentie – situationeel of levenslang – erbij hoort als middel om het probleem in de greep te krijgen.

De deskundige uit Merseburg betreunde dat de verantwoordelijkheden op het vlak van de preventie vaak versnipperd zijn, dit geldt zowel op nationaal, als op deelstaat en gemeentelijk niveau. Ook tussen de afzonderlijke terreinen, b.v. gezondheidszorg, kinder- en jeugdzorg, onderwijs, politie en ziekenfondsen, en: *»De pluraliteit van de verantwoordelijkheden is een gevolg van de pluraliteit van de financiële middelen.«* Sturing en verandering van het gedrag door het strafrecht kan volgens Barsch maar op beperkte schaal worden aangetoond.

Aan de andere kant kunnen veel uitwerkingen die van het strafrecht verwacht worden beter worden bereikt met andere middelen. *»Noodzakelijke repressieve voorschriften werken de preventie soms tegen, belemmeren deze of maken ze onmogelijk.«* Gundula Barsch raadde in dit verband aan meer gebruik te maken van de mogelijkheden die experimentele wetgeving biedt. Haar eis: *»Het principe »preventie voor repressie« zou in de opiumwet verankerd moeten zijn!«*

**Dr. Artur Schroers**

## *Het succes van preventief handelen*

**Meer dan alleen het complementaire deel van hetgeen niet bereikt werd**

Theo Baumgärtner, afdelingshoofd voor onderzoek en evaluatie bij het bureau voor verslavingspreventie in Hamburg, maakte in zijn inleiding duidelijk dat de actuele discussie over de noodzaak en de hoedanigheid van de verslavingspreventie in Duits-

land zeer sterk georiënteerd is op de overtuiging dat preventie ook werkelijk doeltreffend is. Daarmee is zij ook sterk gericht op de meetbaarheid van de directe en indirecte doelen. Baumgärtner zette verder uiteen dat, hoewel voor de hand liggend en ook aantrekkelijk, het problematisch is om het werkelijke succes van verslavingspreventie te verheffen tot het beslissende criterium voor het bestaan ervan. Het bereikte succes is erg moeilijk aan te tonen. Omdat het begrip preventie de voorkoming van ongewenste toestanden, ontwikkelingen en consequenties inhoudt, kan eigenlijk ook alleen datgene wat daadwerkelijk voorkomen werd worden bijgeboekt als succes van de desbetreffende maatregelen. Uit methodologische optiek betekent dit dat men de empirisch gemeten kwalitatieve en kwantitatieve ontwikkeling van een fenomeen tegenover een ontwikkeling moet stellen die er zonder de ingreep zou zijn geweest. Omdat dit normaliter echter alleen kan worden aangetoond onder streng wetenschappelijk gecontroleerde omstandigheden en uitspraken hierover dan ook meestal een speculatief karakter hebben, is het gebruikelijke wijzen op de gewenste ontwikkeling als referentiekader weliswaar begrijpelijk maar dit zegt uiteindelijk niets over de kwaliteit van de uitgevoerde maatregelen.

Niet alleen om in de toekomst opgewassen te zijn tegen dergelijke methodische problemen maar ook t.b.v. een snelle verhoging van de kwaliteit van de verslavingspreventie zal in Hamburg vanaf 2003 een zogeheten Local Monitoring System worden geïmplementeerd, aldus Baumgärtner. De basis hiervoor zijn regelmatige discussies van focus-groepen, doorlopende key-person enquêtes en jaarlijks representatief onderzoek onder scholieren in Hamburg ten einde:

- zo vroeg mogelijk nieuwe gebruikspatronen te kunnen vaststellen,
  - niet eenzijdig alleen de omgang met illegale middelen te registreren maar ook de ontwikkelingen bij het gebruik van legale drugs,
  - de blik niet alleen te richten op de motieven van de drugsgebruikers maar ook rekening te houden met de redenen van personen die gestopt zijn met drugs,
  - directe voorstellen te doen voor de planmatige ontwikkeling en voor de inzet van primaire en secundaire preventieve strategieën
- en tenslotte
- mogelijkheden te scheppen om de effecten van preventieve maatregelen te controleren wat houding en handelwijzen aangaat.

***Niet alleen om in de toekomst opgewassen te zijn tegen dergelijke methodische problemen maar ook t.b.v. een snelle verhoging van de kwaliteit van de verslavingspreventie zal in Hamburg vanaf 2003 een zogeheten Local Monitoring System worden geïmplementeerd***

## Conclusie

De wetenschappers, planners en mensen uit de praktijk werden geconfronteerd met de toch wel fundamentele vraag of de verslavingspreventie haar geld waard is. Door de gekozen inleidingen werd enerzijds een breed spectrum aan perspectieven gepresenteerd, anderzijds gaven de accenten die op het congres werden gezet belangrijke impulsen om verder na te denken over het thema. Duidelijk werd dat meer onderzoek nodig is, maar dat het meten van de effecten van verslavingspreventie een moeilijke zaak is. Wel bleek dat niet alles wat onder het begrip »verslavingspreventie« valt ook automatisch gemeten moet worden. Wanneer de omstandigheden, doelen, methoden en inhoud van maatregelen en projecten worden genoemd – d.w.z. dat ook duidelijk wordt wat wel en wat niet met een preventieve activiteit moet of kan worden bereikt – dan wordt het waarschijnlijker dat de successen ook kunnen worden gemeten. Onderzoek, b.v. bij de evaluatie, kan belangrijke oriënteringspunten opleveren voor de keuze van de preventieve strategie en ook helpen om criteria voor de kwaliteit van de activiteiten te ontwikkelen (»models of good practise«).

Wetenschappelijk onderzoek kan bovendien helpen het verschil tussen utopie (datgene wat gewenst wordt, b.v. door de politiek) en de realiteit (datgene wat gedaan kan worden) aan te geven. Wanneer de verslavingspreventie erin slaagt zich realistisch op te stellen, wordt zij over de gehele linie geloofwaardiger (een belangrijke voorwaarde voor de effectiviteit). Door de monitoring b.v. kan de preventie vroegtijdig gepland worden en effecten kunnen beter worden gemeten.

Het congres van de samenwerkingspartners uit Hamburg uit de wetenschap (ZIS), coördinatie (BfS) en praktijk (SPZ) van de verslavingspreventie gaf belangrijke impulsen om antwoord te geven op de vraag naar het nut van preventie op basis van gefundeerde argumenten. De verslavingspreventie werd op deze conferentie in zijn algemeenheid behandeld, de vraag naar de effectiviteit kon echter niet definitief worden beantwoord. Hiervoor moet in een volgende stap nog bediscussieerd worden welke concepten in de verslavingspreventie effectief zijn.

### **Büro für Sucht- prävention**

Der Hamburgischen  
Landesstelle gegen die  
Suchtgefahren e.V.

Repsoldstr. 4  
20097 Hamburg  
Duitsland

☎ 0049-40-2 84 99 18-0

☎ 0049-40-2 84 99 18-19

✉ schroers@suchthh.de  
www.suchthh.de



**Rob Steinbuch**

## *Hulpverlening aan basecoke-gebruikers*

**De volgende twee bijdrages werden ons ter beschikking gesteld door Rob Steinbuch, lid van de parlementaire werkgroep Drugsbeleid van de PvdA. Ze houden zich beide bezig met het cocaïneproject dat van februari 2000 tot december 2001 werd uitgevoerd bij Bouman Stichting te Rotterdam. Het onder de leiding van Renée Henskens door de GGD Rotterdam uitgevoerde onderzoek werd op 29-01-2003 in Rotterdam gepresenteerd aan de hand van het eindverslag. Rob Steinbuch gaat in zijn korte inleiding in op het belang van het project voor de verslavingszorg; de tweede tekst is een samenvatting van het eindverslag.**

Op 29 januari j.l. werd in Rotterdam tijdens een werkconferentie het rapport over het Cocaïneproject<sup>1</sup> gepresenteerd. Op de werkconferentie werden enkele inleidingen gehouden, gevolgd door een paneldiscussie. Over de opzet en de conclusies van het Cocaïneproject verwijs ik naar bijgaande samenvatting van de GGD Rotterdam en omstreken.

De resultaten van het onder leiding van Renée Henskens uitgevoerde onderzoek bevestigen de ervaringen en onderzoeksresultaten in de VS, waar men al vele jaren met crackverslaving te maken heeft.

Daar is gebleken dat laagdrempelige opvang met een vooral psycho-sociale benadering van de doelgroep de vrijwel enige effectieve aanpak is om deze groep te helpen.

Be een laagdrempelige opvang, gericht op basisvoorzieningen en een maatschappelijke »omhulling«, worden n.l. de voorwaarden geschapen voor zelfregulering van het gebruik. Deze zelfregulering kan een eerste stap zijn voor het oplossen van het verslavingsprobleem. Bovendien is het voor een aantal gebruikers een voorwaarde om te overleven.

---

<sup>1</sup> Renée Henskens, «Het Cocaïneproject»; 2002, GGD Rotterdam en omstreken.

2

Tim Boekhout van Solinge, «Op de pof»; 2001, Stichting Mainline.

3

Evert Ketting, «Kenniscentra in Nederland»; 2002, werkdocument 88 van het SCP.

In Europa heeft men met name in Zwitserland overeenkomstige ervaringen opgedaan, in het kader van de »Heroingestützte Behandlung«. Ook bij de Nederlandse CCBH proeven met medische verstrekking van heroïne is dit gebleken. Stichting Mainline heeft concrete adviezen gepubliceerd over wegen om tot zelfregulering te komen<sup>2</sup>

Tijdens de forumdiscussie op 29/1 wees Nora Storm op het belang van zelfwerkzaamheid bij deze benadering. Zij ervaart dit o.m. bij het »Topscore Uitzendbureau« in Rotterdam. Een projectvorm die inmiddels ook elders in Nederland wordt toegepast.

Het is een goede zaak als laagdrempelige opvang, waarvan die uit het onderzoeksproject een succesvol voorbeeld was, wordt opgenomen in een samenhangend geheel van gedifferentieerde voorzieningen, waarvan ook mathadon- en heroïneverstrekking deel uitmaken.

Laagdrempelige opvang hoort vaak tot het huplaanbod van maatschappelijke instellingen en initiatieven. Het is belangrijk dat deze een goede professionele begeleiding ontvangen. Daar ligt een belangrijke (nieuwe) taak voor de professionele verslavingszorg.

In feite is de doelgroep waar het omgaat niet scherp af te palen. Zij omvat het geheel van maatschappelijk gemarginaliseerde medeburgers, van »alleen maar dakloos« tot »poliverslaafd met een psychiatrisch ziektebeeld«. Het betreft een snel in omvang en in ernst van de situatie groeiend verschijnsel. Er wordt op deze terreinen veel ervaring opgedaan en het lijkt zinvol om eens na te gaan of het oprichten van een speciaal Kenniscentrum niet aan de tijd is. In de praktijk blijkt zo'n kenniscentrum-opzet heel effectief te zijn<sup>3</sup>.

### Rob Steinbuch

Damhertlaan 129  
3972 DD Driebergen  
☎ 0343-512491  
✉ steinb@adds.nl

## Renée Henskens

# *Conclusies van het Cocaineproject*

### **Een onderzoek naar de effecten van een laagdrempelige hulpverlening voor moeilijk bereikbare cocaïnegebruikers**

Van februari 2000 tot en met december 2001 is binnen de Rotterdamse instelling Bouman Verslavingszorg het Cocaineproject uitgevoerd. In dit project is een laagdrempelige hulpverlening gegeven aan polidrugsgebruikers met een bovenma-

tig gebruik van basecoke (crack). Het project richtte zich speciaal op de »harde kern«; gebruikers met complexe problemen die zich in een zorgwekkende situatie bevonden en die ondanks dat, hulp afwezen. De uitvoering van het project was in handen van Bouman Verslavingzorg. GGD Rotterdam e.o. heeft zich bezig gehouden met de wetenschappelijke evaluatie van de hulpverlening. Het behandelingsexperiment is deels gesubsidieerd door ZonMW.

## *Inhoud Zorgprogramma*

Het Cocaïneproject bevond zich op een aparte locatie in de binnenstad. Kenmerkend was het laagdrempelige en op gezondheidsbevordering gerichte aanbod. De hulpverlening had een vrijwillig karakter en was niet gericht op abstinentie. De drie pijlers van het Cocaïneproject vormden het veldwerk, de 24-uurs opvang en het vervolgprogramma. Bemoezorg nam een prominente plaats in de hulpverlening in. De gebruikers werden in de illegale drugsscenes opgezocht en gemotiveerd voor deelname aan het project. Bij tussentijdse uitval werden zij steeds opnieuw opgespoord en gemotiveerd. Naast een residentiële en ambulante crisisopvang (in het pand waren veldbedden beschikbaar), werd in het vervolgprogramma intensieve ambulante zorg gegeven. De inloop vormde het centrale onderdeel van deze dagfaciliteit. Vanuit hier werden diverse hulpverleningsactiviteiten ontplooid, zoals voorlichting, (licht) somatische zorg, psychosociale begeleiding en maatschappelijke dienstverlening. Acupunctuur was als »lokkertje« ingezet.

## *Cliëntprofiel*

In vergelijking tot de Rotterdamse methadonpopulatie verkeerde de doelgroep van het Cocaïneproject in een slechtere lichamelijke conditie. Men was lager opgeleid en vaker dak- en thuisloos. Het extreme drugsgebruik had bij deze doelgroep tot hoge schulden geleid. Ook had men vaker delicten gepleegd. Zeer opmerkelijk was het grote aantal vrouwelijke gebruiksters in de doelgroep van het Cocaïneproject. De meesten werkten in de drugsprostitutie. Symptomen van ernstige psychopathologie kwamen veelvuldig voor, evenals lichamelijk geweld en seksueel misbruik in het verleden.

## *Vraagstelling van het onderzoek*

1. Is het Cocaïneproject een bindend aanbod voor extreem problematische gebruikers van basecoke?
2. Heeft het Cocaïneproject een positief effect op de lichamelijke gezondheid en de aan drugs gerelateerde problemen van de deelnemers?
3. Hoe wordt het Cocaïneproject door de deelnemers beoordeeld?

***In vergelijking tot de Rotterdamse methadonpopulatie verkeerde de doelgroep van het Cocaïneproject in een slechtere lichamelijke conditie***

## Onderzoeksmethoden

De experimentele groep die het Cocaïneproject heeft gevolgd is op essentiële onderdelen vergeleken met de controlegroep die een standaard hulpverlening binnen Bouman verslavingszorg heeft gehad. De »binding« is getoetst door de programmastrouw in beide behandelingen met elkaar te vergelijken. Er zijn cliëntregistraties verzameld over de aantallen en typen hulpverleningscontacten gedurende het verloop van het onderzoek. Met behulp van EuropAsi-interviews zijn verbeteringen op diverse leefgebieden gemeten, bij instroom en na acht maanden follow-up. In een klanttevredenheidsonderzoek hebben de oud-deelnemers tenslotte het Cocaïneproject beoordeeld.

## Resultaten

***De grote binding aan het Cocaïneproject is het resultaat van een zeer intensieve bemoeizorg geweest***

Het feit dat zowel de experimentele groep als de controlegroep sterk aan de hulpverlening gebonden zijn, strookt niet met de ideeën over een »zorgmijdende« doelgroep. Van de experimentele groep heeft bijna iedereen aan het Cocaïneproject deelgenomen. Meer dan de helft van deze deelnemers heeft continu in de hulpverlening geparticipeerd. Men bezocht gemiddeld meerdere keren per week het programma. Deze grote binding aan het Cocaïneproject is het resultaat van een zeer intensieve bemoeizorg geweest. Er zijn veel motiverende gesprekken gevoerd en de uitvallers zijn vaak opgespoord, met het doel hen opnieuw bij de hulpverlening te betrekken. Bij de controlegroep is er sprake van een nog grotere binding aan de reguliere hulpverlening. Deze cliënten hebben over het algemeen een langer hulpverleningstraject gevolgd waarin er aanzienlijk meer contacten zijn gerealiseerd. Wel moet worden opgemerkt dat het hier voornamelijk om methadonverstrekking en bezoeken aan gebruikersruimten is gegaan.

Na acht maanden follow-up heeft de experimentele groep haar situatie aanzienlijk verbeterd. Men gebruikt minder drugs en heeft ook minder behoefte aan hulp op dit leefgebied. Ook is de hulpbehoefte bij problemen met sociale relaties en psychische gesteldheid afgenomen. Dat de inkomsten uit illegale activiteiten met 15% is afgenomen, geldt als het belangrijkste resultaat van het Cocaïneproject. Dit toont aan dat gezondheidsbevordering en overlastbestrijding in een hulpverlening samen kunnen gaan. Bij de controlegroep zijn geen significante vorderingen op de leefgebieden waargenomen.

De oud-deelnemers van het Cocaineproject relateren hun verbeteringen voornamelijk aan de toewijding en aanhoudende ondersteuning van de (vaste) hulpverlener. Deze focus op de bejegening toont het belang van een goede hulpverleningsrelatie. Verder is men zeer positief over de crisisopvang, acupunctuur, inloop en maatschappelijke dienstverlening. Het op rust gebaseerde aanbod wordt eveneens gewaardeerd. Het Cocaineproject wordt tenslotte met een 7,4 beoordeeld.

## Conclusies

In dit onderzoek zijn nieuwe indicaties voor een hulpverlening aan extreem problematische polydruggebruikers aan het licht gekomen. Geheel tegen de heersende opvattingen in, kunnen er met een vrijwillig en ambulant programma wel degelijk effecten worden gegenereerd bij deze doelgroep. Aanbevolen wordt om naast de bestaande voorzieningen een nieuwe hulpverlening op te zetten die voldoet aan de zeven kenmerken van een intensieve ambulante zorg:

- het stellen van haalbare doelen, gericht op verbetering van de basale levensomstandigheden;
- het garanderen van laagdrempeligheid en kleinschaligheid;
- een separate hulpverlening, los van methadonverstrekking en/of gebruikruimten;
- aandacht voor een veilige en ongedwongen sfeer op het programma;
- een direct aanbod van aantrekkelijke diensten;
- het ambulant behandelen van psychiatrische problematiek en
- een zwaar accent op bemoeizorg en het persoonlijke contact met de (vaste) hulpverlener.

### **GGD Rotterdam en omstreken**

afdeling OGGZ  
Voor meer informatie:  
Jelle Zeilstra, voorlichter  
verslavingszaken  
☎ 010-4339 768  
✉ [zeilstraj@ggd.rotterdam.nl](mailto:zeilstraj@ggd.rotterdam.nl)

*Rapport bestellen?*

### **Esther Langendoen**

☎ 010-4339620  
✉ [langendoene@ggd.rotterdam.nl](mailto:langendoene@ggd.rotterdam.nl)  
[www.ggd.rotterdam.nl](http://www.ggd.rotterdam.nl)

**Meggy Stolk**

## *ADHD-onderzoek tussen de bedrijven door*

**ADHD is voornamelijk door het gebruik van Ritalin bij kinderen steeds meer in het blikveld van de verslavingszorg gekomen. Er zijn natuurlijk ook volwassenen en cliënten van de verslavingszorg die aan deze stoornis lijden. Een door het Trimbos-Instituut ontwikkeld project, een succesvolle samenwerking tussen wetenschap en praktijk, werd over een periode van 10 maanden uitgevoerd door de Brijder-Stichting en de Grift. De verzamelde data en ervaringen leidden tot een aanpassing van het concept. Tenslotte werd op 10 april 2003 het aangepaste handboek op een symposium voorgesteld.**

**Van Meggy Stolk kregen wij voor INFO 24 een artikel over de testfase van het project (eerder gepubliceerd in »de Uitbrijder«, nr. 27). Als aanvulling hierop van Geurt van de Glind van het Trimbos-Instituut een artikel over het symposium.**

Dat ADHD niet alleen bij kinderen, maar ook bij volwassenen voorkomt, is allang geen geheim meer. Ook is duidelijk dat een belangrijk deel van de cliënten in de verslavingszorg deze hersenstoornis heeft. Er is echter nooit eerder onderzoek gedaan naar de omvang van dat probleem en de mogelijkheid om deze mensen gerichter te helpen. Het Trimbos-instituut heeft het initiatief genomen een protocol te ontwikkelen. Een bruikbaar en helder kader voor diagnostiek en behandeling van verslaafden met ADHD.

Begin 2002 stonden bij de Brijder veel afdelingen op z'n kop. De nieuwe werkwijze moest geïmplementeerd worden en de nieuwe leidinggevende structuur ingevoerd. Vier indicatiecommissies zijn geïnstalleerd en veel medewerkers kregen een andere functie binnen de instelling. Dat leverde veel werkdruk voor de »achterblijvers« op de afdelingen, een inwerkperiode voor mensen in hun nieuwe functie, en op de werkvloer was het wennen aan de nieuwe leiding. En dan komt er opeens een verzoek om mee te werken aan een onderzoek. Gezien het belang daarvan is – ondanks alle interne drukte – toch positief geantwoord op de vraag van het Trimbos-instituut, het landelijke kennisinstituut voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Op 1 maart 2002 startte in de kliniek van de Brijder de test met het proefprotocol ADHD en verslaving. Naast des Brijder werkt ook verslavingszorginstelling De Grift in Arnhem mee aan het onderzoek. Het is niet alleen een onderzoek om het protocol te ontwikkelen dat moet leiden tot een effectievere behandeling van verslaafden met ADHD. Ook is het belangrijk om een duidelijk beeld te krijgen van de omvang van dit probleem.

## Opgelucht

*»Op papier leek duidelijk welke rol ieder had, maar in de praktijk was het best een moeilijke start«, zegt Leo Schneider, teamleider afdeling Vervolgbehandeling in de kliniek. »Dat leidde tot heftige telefoongesprekken ter verduidelijking van elkaars standpunten, mogelijkheden en onmogelijkheden. Cliënten met een diagnose ADHD moeten klinisch op het medicijn Ritalin worden ingesteld. Maar wat te doen wanneer een cliënt van de indicatiecommissie een indicatie heeft voor een kortdurende behandeling in vier gesprekken? Hoe kunnen wij die in de kliniek instellen op Ritalin? Verder moeten cliënten afgelicht zijn, maar hoe komt een ADHD-cliënt met voorrang clean op de afdeling Vervolgbehandeling wanneer de Detox-afdeling een wachtlijst heeft? We kunnen stellen dat het best wat voeten in de aarde heeft gehad voor een en ander gestroomlijnd was.«*

***De start van de pilot was moeizaam en riep vele vragen op***

Op een aantal ambulante locaties werkt men vanaf juni 2002 met het proefprotocol. Dat betekent dat aan alle cliënten bij de intake gevraagd wordt om aan het onderzoek mee te werken. Ze krijgen schriftelijke informatie en geven schriftelijk toestemming. Na het intakeformulier vult de cliënt een »zelfrapportagelijst« in. De vragen gaan over zaken als tekort aan aandacht, hyperactief en impulsief zijn, en over de kindertijd van de cliënt. De intaker scoort, en bepaalt aan de hand van instructies of er mogelijk sprake is van ADHD. Zijn de uitkomsten van deze screening positief, dan gaat de cliënt door naar een arts voor diagnostiek. Deze kann nagaan of er werkelijk sprake is van ADHD.

*»Mijn ervaring is dat tot nu toe geen enkele cliënt heeft geweigerd om mee te doen aan het onderzoek«, zegt Mara Tylski. Zij is sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en werkt als intaker bij het regiobureau in Zaandam. Een aantal cliënten had eerder al het vermoeden dat ze deze stoornis hadden. Dat leidden ze af uit opmerkingen van familie of vrienden over hun gedrag. Of ze trokken de conclusie uit informatie via internet of TV-programma's. Tylski: »Ik heb bij een aantal cliënten meegemaakt dat de symptomen bij de eerste ontmoeting al erg aan de oppervlakte lagen. De diagnose ADHD wird dan ook na de vervolgdagnostiek door de arts bevestigd. Deze cliënten, maar ook hun familie en vrienden, waren opgelucht met deze uitslag. Na al die jaren is er nu eindelijk een diagnose gesteld die behandeld kann worden.«*

Hans Boetje werkt als arts mee aan het onderzoek en heeft, samen met een aantal collega-artsen, de cursus »Diagnostiek en behandeling van ADHD bij volwassenen« gevolgd. *»Het is goed dat we zo de bagage meekregen die nodig is voor het daadwerkelijke onderzoek«, vindt hij. »We vragen de cliënt uitvoerig over een aantal zaken die mogelijk met ADHD samenhangen, zoals onrust, concentratieproblemen, druk en hyperactief zijn, maar ook impulsief gedrag. Zo kreeg ik bijvoorbeeld een man die in een opwelling zes kippen gekocht had, zonder dat hij een ren voor ze had.«*

Hij vindt het lastig dat het onderzoek zoveel extra tijd vergt. De agenda is zonder dat al zo druk. Maar hij staat er wel achter: *»In de afgelopen maanden zijn er dankzij het onderzoek een aantal cliënten met een duidelijk ADHD-beeld uitgehaald. Doordat zij nu Ritalin krijgen, kunnen we beter aan hun verslavingsproblemen werken.«*

***De expliciete gedragskenmerken van deze cliënten beïnvloedden de deelname aan de behandeling, en zeker aan de groepsactiviteiten***

## *Volgens het boekje*

In de dagelijkse praktijk lopen zaken soms anders dan verwacht. Nadat in de kliniek de eerste hobbels waren genomen, bleek dat men in een kort tijdsbestek een groot aantal cliënten met ADHD kon opnemen op de Vervolgafdeling. Maar het aantal moest al gauw beperkt worden tot twaalf. Want de expliciete gedragskenmerken van deze cliënten beïnvloedden de deelname aan de behandeling, en zeker aan de groepsactiviteiten.

Maar er waren meer praktische zaken. Schneider: *»Wat moet je als je op een zeker moment in heel Noord-Holland geen ritalientje meer kann krijgen? En hoe leer je cliënten bij wie een storm in hun hoofd woedt, op het juist tijdstip het juiste aantal Ritalin in te nemen?«* De bekende apothekersdoosjes bleken voor veel cliënten niet te vol-doen. Uiteindelijk is dit probleem pas twee maanden voor het beëindigen van het onderzoek opgelost. Via een subsidie kwamen er medicijndoosjes en horloges met een optisch signaal, specifiek voor het op tijd innemen van medicatie.

Pionieren en improviseren was het ook op de regiobureaus. Zeker omdat er nog geen ambulante protocol voor begeleiding en behandeling voorhanden was. En niet iedereen wilde een opname in de kliniek. Boetje: *»Ik had iemand met een eigen metselbedrijf. Die kon niet voor opname naar de kliniek omdat hij zijn inkomsten niet kon missen.*



*Met enige reserve hebben we het protocol losgelaten en zijn we ambulant begonnen met het instellen op Ritalin. Dan is het leuk als iemand het volgens het boekje doet. En het resultaat is er naar. Hij neemt nu weer zelf werk aan en doet voor een belangrijk deel zijn eigen bedrijfsadministratie. Voorheen kon hij dat niet en moest zijn vrouw dat doen.» De testfase is onderdeel van de ontwikkeling van het definitieve protocol. Sociaal-psychiatrisch verpleegkundige Tylski pleit vooral voor meer onderzoek. Van de 26 cliënten die er in Zaandam gescreend zijn, kregen er tien een vervolgdagnostiek bij de arts. Bij al deze tien wird de diagnose ADHD gesteld. »Ik zet vraagtekens bij het doen van slechts één vervolgdagnostiek, zoals in het proefprotocol omschreven. Enkele positieve scores zouden evengoed beïnvloed kunnen zijn door andere factoren zoals psychiatrische- en persoonlijkheidsstoornissen. Het gedrag kan ook het gevolg zijn van jarenlang alcohol- en/of drugsgebruik. Ik denk dat bij een aantal cliënten voorzichtigheid geboden is bij het stellen van een ADHD-diagnose en pleit voor aanvulling van het protocol met specifieke vervolgonderzoeken.«*

Een tussenevaluatie heeft inmiddels aangegeven dat het protocol een belangrijke verbetering vormt voor diagnostiek en behandeling van verslaafden met ADHD. Een voorzichtige schatting geeft aan dat het om 10% van alle Brijder-clieñten gaat. Een flink aantal dus.

Er is ook als subsidie voor een breder vervolgproject. Daarbij gaat het om de ontwikkeling van een protocol ambulante behandeling. Maar ook om de implementatie van het hele protocol (screening en diagnostiek, en klinische en ambulante behandeling) in nog vier andere instellingen voor verslavingszorg. Schneider: »Het ging lang niet allemaal van een leien dakje, en het was tussen de bedrijven door een behoorlijke extra investering voor de medewerkers. Toch ben ik ervan overtuigd dat we als Brijder trots mogen zijn. We hebben een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het ontwikkelen van een protocol voor diagnostiek en behandeling van verslaafden met ADHD: Een protocol waar een groot deel van de Nederlandse verslavingszorg mee aan de slag zal gaan.«

***Een tussen-evaluatie heeft inmiddels aangegeven dat het protocol een belangrijke verbetering vormt voor diagnostiek en behandeling van verslaafden met ADHD***

**Brijder Stichting**

Postbus 414  
1800 AK Alkmaar  
☎ 072-5272800  
📠 072-5154971

**Geurt van de Glind**

## *Symposium ADHD bij verslaving*

**Op 10 april 2003 werden de resultaten van het project Diagnostiek en Behandeling van verslaafden met ADHD in de intramurale verslavingszorg gepresenteerd. Op het symposium waren ongeveer 140 deelnemers aanwezig, voornamelijk hulpverleners uit de verslavingszorg.**

Sandra Kooij, de psychiater die in Nederland »ADHD bij volwassenen« onder de aandacht bracht en op dit terrein baanbrekend werk verricht, opende de dag met een presentatie over diagnostiek en behandeling van ADHD bij volwassenen. Pieter-Jan Carpentier, psychiater, vertelde over de combinatie ADHD en Verslaving. Hij gaf onder andere aan dat onderzoek aantoont dat ADHD een, weliswaar kleine, maar niet onbelangrijke risicofactor vormt voor het ontwikkelen van verslavingsproblemen. Het belangrijke zit met name daarin dat ADHD een behandelbaar probleem is. Het biedt derhalve kansen voor cliënten die zowel ADHD als verslavingsproblemen hebben. Geurt van de Glind vertelde vervolgens hoe het project tot stand is gekomen, hoe het is verlopen en wat de resultaten zijn. Het project, door ZonMw gefinancierd, is een typisch voorbeeld van samenwerking tussen wetenschap en praktijk. In het gehele project heeft het samenbrengen van die twee velden centraal gestaan: een deskundigenpanel (met vertegenwoordigers uit de praktijk, naast wetenschappers) ontwikkelde een proefprotocol. Dit proefprotocol werd vervolgens in twee grote verslavingszorginstellingen (De Brijder in Noord Holland en De Griff in Gelderland) getest, van maart 2002 tot en met december 2002. De evaluatie van deze test leverde veel informatie op. Deze informatie werd weer voorgelegd aan het deskundigenpanel. Daar werd besloten op welke onderdelen het proefprotocol zou moeten worden aangepast. Deze aanpassing heeft geleid tot het op deze dag gepresenteerde Protocol ADHD bij Verslaving.

Dit protocol bestaat uit een aantal onderdelen:

- Inleiding en verantwoording;
- Protocol screening en diagnostiek. Dit protocol kan toegepast worden in zowel de intramurale als de ambulante verslavingszorg;
- Protocol behandeling. Dit protocol is gericht op behandeling van ADHD in de intramurale verslavingszorg. Onderdelen van de behandeling zijn: medicamenteuze behandeling / psycho-educatie / coaching / lotgenotencontact / systeem-benadering;
- Informatie voor professionals. Boeken, internetadressen en twee artikelen over dit onderwerp;
- Informatiefolder voor cliënten, familie en andere betrokkenen.

Tijdens de testfase is de screening en diagnostiek op de ambulante locaties van De Brijder en De Grift uitgevoerd. Die gegevens zijn verzameld. Op basis van die gegevens valt een indicatie te geven voor de prevalentie van ADHD onder de groep cliënten die zich met verslavingsproblemen melden bij de verslavingszorg: 12,3%.

Na de koffiepauze werden de verschillende onderdelen van het protocol in workshops verder uitgewerkt: screening en diagnostiek/ medicamenteuze behandeling/ psycho-educatie en coaching/ lotgenotencontact/ implementatie van dit protocol: wat is daar voor nodig.

Ook werd nog gewezen op het vervolgproject, dat aansluitend uitgevoerd zal gaan worden. In dit vervolgproject zullen, opnieuw in samenwerking met De Grift en De Brijder, ambulante behandelmodules worden ontwikkeld en getest. Daarnaast zal het gehele protocol (inclusief ambulante behandelmodules) in nog een aantal verslavingszorginstellingen worden geïmplementeerd. Dit project zal, naast de ambulante behandelmodules, nog een aantal producten opleveren: een handleiding voor de implementatie van het protocol en een digitale versie van het protocol.

De dag werd afgesloten met een boeiende discussie tussen publiek en een panel van deskundigen.

De deelnemers kregen een exemplaar van het Protocol ADHD bij verslaving mee naar huis. Dit protocol is te bestellen, tegen betaling van € 30,- onder vermelding van bestelnummer AF0464 bij het Trimbos-instituut, Afdeling Bestellingen. Voor informatie over bestellingen kunt u bellen naar: 030-297 11 80

Met dit symposium is een belangrijke stap gezet. Veel hulpverleners hebben kennis genomen van de stoornis ADHD bij volwassenen, van de link die er is tussen ADHD en verslaving en van de inhoud van het protocol. Daarmee hebben ze gereedschap in handen gekregen om binnen hun eigen instelling met deze cliëntengroep aan de slag te gaan. Voor meer informatie over dit project of over het vervolgproject kunt u contact opnemen met Geurt van de Glind.

#### **Trimbos-instituut**

Postbus 725  
3500 AS Utrecht  
☎ 030-2971131  
☎ 030-297 11 11  
✉ ggind@trimbos.nl

**Sylvia Urban**

# *Project »Suchtprävention ohne Grenzen – SPOG«*

*(Verlavingspreventie zonder grenzen)*

**Wij presenteren hier als aanvulling op het laatste speciale thema in het BINAD-INFO »Verlavingszorg in Europa« het verslag over een grensoverschrijdend project voor verlavingspreventie, dat ons de projectleider, Sylvia Urban, ter beschikking heeft gesteld. Het verslag is vooral interessant omdat praktische ervaringen op het gebied van samenwerking met Oost-Europese burens worden beschreven.**

Het grensgebied van de Europese Unie tussen de Duitse deelstaat Sachsen, Polen en de Tsjechische Republiek is een indicator voor veel problemen die met name in deze regio optreden door het botsen van verschillende culturen, talen en vooral door economische en sociale verschillen.

Op grond van de bestaande verlavingsproblematiek en de inzichten die werden opgedaan in de eerste looptijd (1997 - 2000), werd het project »Suchtprävention ohne Grenzen – SPOG« in februari 2002 opnieuw opgestart. Verantwoordelijk voor het project is de Arbeiterwohlfahrt Bautzen e.V.. De financiering vindt plaats door de Europese Unie, het Staatsministerie voor Sociale zaken van de deelstaat Sachsen en de Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Bautzen e.V.

Doelgroepen van het werk zijn multiplicators, streetworkers, medewerkers van werkgroepen, organisaties en projecten, jongeren, studenten en ouders uit Duitsland, Polen en de Tsjechische Republiek.

»SPOG« biedt (bij-)scholing voor medewerkers die zich bezighouden met jeugd, gezondheid en sociale zorg. Verder scholing voor studenten en scholieren in het beroepsonderwijs, zodat deze het geleerde doorgeven, primaire preventie voor de jeugd / peer-group-education, werk met ouders, opbouwen en uitbreiden van samenwerkingsverbanden (netwerken) en bevordering van grensoverschrijdende samenwerking in de verlavingspreventie.

Drie specifieke punten van de activiteiten van het project zijn de volgende:

- De scholingen duren meerdere dagen en worden in de vorm van workshops en in drie talen aangeboden. Ieder land levert een derde van de deelnemers en sprekers.

- Een bijkomend effect van dit soort bijscholingen is dat het netwerken eenvoudiger wordt omdat de personen en de organisaties die zij vertegenwoordigen transparanter over komen – omdat geen concurrentiedruk ontstaat, maar meer de wens om samen te werken op de voorgrond staat.
- Omdat de bijeenkomsten gezamenlijk door Poolse, Tsjechische en Duitse specialisten worden voorbereid en gehouden, is het mogelijk de inhoud en de methoden daadwerkelijk af te stemmen op de behoefte en de situatie in de desbetreffende regio.

Een zwaartepunt van het project is de scholing van scholier-multiplifiers. »Peer-education« is een strategie die naar Engels voorbeeld in de moderne verslavingspreventie ingang gevonden heeft en reeds met succes ingezet wordt.

Het project wordt in de praktijk gebracht door een meerdere dagen durende basis-cursus en op elkaar afgestemde vervolgcursussen. De basis voor het inhoudelijke scholings- en opvoedingswerk zijn concepten voor handelwijzen en preventie die specifiek of juist niet-specifiek voor verdovende middelen zijn. Scholieren worden daarbij in hun specifieke regionale en schoolse omgeving voorbereid op peer-work voor verslavingspreventie onder scholieren. Zij worden daarbij voorbereid en opgeleid om gewonnen inzichten over thema's die te maken hebben met gezondheid en verslaving door te geven aan andere jongeren.

Het peer-work houdt o.a. het organiseren van cursussen op school of in vormingscentra voor jongeren, projectdagen, werkgroepen, groepsmanifestaties en bijdragen in schoolkranten in.

Door een actieve pr moet o.a. het taboe dat soms nog bij overheid, politiek, scholen, werkvloer, gezin en vrijetijdsbesteding heerst worden doorbroken. Daarnaast moet er echter ook voor worden gezorgd dat de verslavingsproblematiek in de grensregio objectief en gedetailleerd wordt beschreven. Bovendien kan het project wijzen op behoefte aan nieuwe samenwerking tussen Duitsland, Polen en Tsjechië, en daar ook gestalte aan geven. PR gebeurt via artikelen in kranten en tijdschriften, door foto-documentaties en een homepage (in opbouw).

De »Service-hoek« is opgebouwd als een homepage en zal een informatiepool voor thema's, news, contactpersonen, sprekers en aanbod in de Euregio's van Sachsen, Polen en Tsjechië worden. Informatie over de actuele (bij-)scholingsactiviteiten en peer-scholingen van het project moeten geïnteresseerde personen de kans geven om te participeren. Het forum kan worden gebruikt om contacten aan te knopen en vragen te stellen. De homepage zal in het Duits, Pools en Tsjechisch zijn.

***Door een actieve pr moet o.a. het taboe dat soms nog bij overheid, politiek, scholen, werkvloer, gezin en vrijetijdsbesteding heerst worden doorbroken***

## *Ons doel*

Het doel is de weg vrij te maken voor effectiever en kwalitatief hoogwaardiger werk in de primaire en secundaire preventie. Daarnaast de bestaande verbindingen te intensiveren, wijzen op tekortkomingen in het aanbod en de onderlinge afstemming. Dit gebeurt met name door de bijscholing, het opleiden van peers, netwerken en bevordering van samenwerking.

Op grond van de verschillende ontwikkelingen van de verslavingsproblematiek in Polen, Tsjechië en Sachsen en het daaruit voortvloeiende werk en de preventieve concepten, bestaan verschillende ervaringen in de verschillende landen. Door een regelmatige uitwisseling kan effectiever worden ingegaan op de problemen.

## *Ons concept*

De huidige preventie geeft, overeenkomstig het »concept van de levenservaringen«, niet alleen de voorkeur aan oriëntatie op risico-factoren, maar benadrukt ook de »beschermende factoren« bij de bevordering van gezonde levenswijzen (zie ook Leitlinien der BZgA, 1994). Van centraal belang is daarbij het omvattende concept, waarin alle aspecten van het leven met al zijn affectieve, sociale, pragmatische en cognitieve relaties hun plaats hebben. Het concept dat gericht is op de oorzaken zet elementen die niet specifiek zijn voor drugs en middelen op de voorgrond, zoals verbetering van de eigen vaardigheden en alternatieven voor het drugsgebruik.

Het concept dat gericht is op het middel (informatieve strategieën) heeft als inhoud het doorgeven van kennis over het middel, over het fenomeen verslaving, de werking, het gevaar en de illegale status van drugs.

***Er dient rekening te worden gehouden met principes als op tijd komen, continuïteit en duurzaamheid***

Beide concepten worden in het project aan elkaar gekoppeld. Het doel is de gevoeligheid voor drugsgebruik te verminderen en misbruik te voorkomen. Het is daarbij van belang de individuele mogelijkheden te bevorderen teneinde bij te dragen aan het vermogen om te gaan de ontwikkeling. De sociale omgeving moet zodanig worden beïnvloed dat deze ondersteuning biedt.

Er dient rekening te worden gehouden met principes als op tijd komen, continuïteit en duurzaamheid.

Door de inhoud van de bijscholingen wordt het cognitieve niveau (doorgeven van (basis)kennis) aangesproken. Hetzelfde geldt voor het sociaal-emotionele niveau (sensibilisatie voor het thema/ bevinden en reflectie/ doorgeven van normen en waarden/ stimulans om het leven in eigen hand te nemen). Deze worden bewerkt om te komen tot een doorlopende effectieve en breed opgezette preventie in de drie landen. Een ander element is de mogelijkheid deze zaken ook daadwerkelijk in te zetten in het leven van alledag van de deelnemers.

## Hindernissen

In de Tsjechische Republiek vindt momenteel een herstructurering van het overheidsapparaat plaats. In de nabije toekomst zullen de bevoegdheden worden gewijzigd en er zullen nieuwe preventieve concepten komen. Ook enkele partners waarmee wij sinds jaren samenwerken krijgen hiermee te maken, waardoor het tot dusver maar in beperkte mate mogelijk was om een netwerk op te bouwen. Ook de samenwerking kon niet zo snel geïntensiveerd worden als gepland was.

## Conclusie van het verloop van het project tot dusver

Van de zijde van medewerkers in instellingen voor kinderen, jeugd, vrijetijdsbesteding, gezondheidszorg en sociale zorg bestaat behoefte de kennis over ontwikkeling van verslaving, nieuwe drugs, trends op drugsgebied, preventieve didactiek/methodiek (primair en secundair) en juridische aspecten te verdiepen.

De personen die deelnamen aan bijeenkomsten in 2002 zijn van mening dat de problemen in de drie landen op elkaar lijken, ondanks de verschillen die bestaan over wat betreft drugs, ontwikkeling van de drugsproblematiek en verschillende concepten op het preventieve en therapeutische vlak en de afwijkende cultuur en mentaliteit.

Er kon worden vastgesteld dat op de bijeenkomsten door de drie talen meer concentratie gevergd werd van deelnemers en inleiders. Aan de andere kant was het ook zo dat in de drie dagen zaken gecompriemd werden doorgegeven, waaraan de deelnemers intensief tijdens en na de bijeenkomst zelf moesten meewerken.

Er wordt daarom veel gevraagd van de deelnemers wanneer zij de behandelde kennis en methoden in de praktijk brengen. De medewerkers van het project en de samenwerkingspartners staan weliswaar ter beschikking voor vragen, toch zou een effectievere reflectie en begeleiding wenselijk zijn teneinde een snellere, met minder problemen behepte en meer continue transfer naar de dagelijkse praktijk te kunnen garanderen.

Het gebruik van drie talen werd niet als hindernis maar als kans ervaren. Dit is juist bevorderlijk voor meer creativiteit bij het veranderen van methoden, die vooral op het gebied van de jeugd door het beklemtonen van non-verbale communicatie en visua-lisering uitstekend kan worden ingezet. Onder de deelnemers bevordert zij de uiteenlopende vormen van communicatie en de omgang met elkaar. Niet alleen structuren, bevoegdheden, juridische kaders e.d. zijn verschillend, dit geldt ook voor de vaktermen die in de drie landen vaak een andere betekenis hebben.

*De partners van deze grensoverschrijdende samenwerking:*

### **MONAR, Jelenia Gora**

Polen  
werkkerrein:

- advisering
- preventie/ harm reduction

[www.jeleniagora.monar.org/poradnia.htm](http://www.jeleniagora.monar.org/poradnia.htm)

### **Trojemi Nisa, Hrádek nad Nisou**

Tsjechische Republiek  
werkkerrein:

- preventie
- uitwisseling tussen deskundigen

### **Arbeiterwohlfahrt Bautzen e.V.**

### **Suchtprävention ohne Grenzen – SPOG**

Am Neubau 12  
01906 Uhyst a.T.  
Duitsland

☎ 035953- 29231

✉ [SPOG.AWO@t-online.de](mailto:SPOG.AWO@t-online.de)  
projectleider:

Sylvia Urban



## Onze grens en cannabis

Cannabis-preventie in der grensregio Venlo-Viersen

*De Brochure kan worden besteld bij:*

**Gemeente Venlo**

Postbus 3434

5902 RK Venlo

☎ 077-3596666

✉ iehaanraadts@venlo.nl

of:

**BINAD – Fachstelle  
grenzübergreifende  
Zusammenarbeit**

☎ 0049-251-591-3268

✉ r.klebeck@lwl.org

Deze Duits/Nederlandse brochure, die ontstaan is in samenwerking met de gemeente Venlo, het CAD Noord- en Midden Limburg, de Drogenberatung Kontakt-Rat-Hilfe Viersen e.V. en BINAD in het kader van het project »De voorkant van Hektor«, informeert over de situatie wat betreft drugs aan deze en gene zijde van de grens. De lezer krijgt kort en krachtig inzicht in de verschillende projecten t.b.v. voorlichting en preventie in Nederland en Duitsland.

De situatie die veroorzaakt wordt door de ligging aan de grens en de problemen van de gemeente Venlo (stijgende vraag door de zogeheten drugstoeristen en de daaruit voortkomende sterke stijging van het aantal illegale verkooppunten, criminaliteit etc.) worden beschreven. De brochure informeert over het sinds medio 2000 bestaande project »Hektor«, dat door een driesporige opzet de genoemde problemen voor de inwoners en ook voor de toeristen van de gemeente Venlo probeert tegen te gaan.

### Torsten Schmidt

## *Drogenhilfe und Graumarkt*

*(Verslavingszorg en de grijze markt) —*

## *de voorbeelden Amsterdam en Bremen*

**Leske und Budrich 2002, 256 pagina's; 24,90 EUR, ISBN 3-8100-3403-7**

Zoals reeds aangekondigd in INFO 23 volgt in deze INFO een uitvoerige recensie van het bovengenoemde boek, dat voor het eerst in Duitsland de grijze markt behandeld (verkoop op straat van substituerende middelen en psychofarmaca in de drugsce`ne).

Men wordt vaak pas attent op de grijze markt wanneer dramatische en spectaculaire gebeurtenissen in het nieuws komen. T. Schmidt vergelijkt de omstandigheden en gevolgen in de steden Amsterdam en Bremen. In het boek staat de situatie en de zienswijze van de drugskoper centraal.



In Duitsland hanteert de verslavingszorg het criterium voor een succesvolle behandeling het afzien van een roes. Wanneer dit niet mogelijk is d.m.v. abstinentie, dan toch tenminste door uitsluitend oraal gebruik van methadon (bij intraveneus gebruik van methadon berichten gebruikers over een roes/kick). Slechts een deel van de gebruikers kan vervangende middelen via legale weg voorgeschreven krijgen.

In Amsterdam is de situatie anders. Op het eerste gezicht is er een minimalisatie van negatieve gevolgen voor de gebruikers en het sociale milieu. Er is een laagdrempelige basis-verzorging die in principe open staat voor alle gebruikers. Een centrale vraag luidt, in hoeverre wettelijke en formele regelgeving voor de substitutie de grijze markt beïnvloeden of zelfs veroorzaken? Het wordt hierbij o.a. duidelijk dat er een discrepantie bestaat tussen de wettelijke eisen voor substitutie en de praktijk.

Het wordt duidelijk dat m.b.t. de functie van de grijze markt geen verschil bestaat tussen Amsterdam en Bremen.

De auteur verdeelt de grijze markt onder in »markt voor vervangende middelen« en »markt voor vervangende roes«. De grijze markt is, in tegenstelling tot de twee distributieniveaus »zwarte markt« en »vervangende middelen op recept«, de markt die zich niet in het openbaar vertoont en meestal via privé contacten verloopt. Voor de gebruikers is het persoonlijk nut van de grijze markt het volgende: zelf organiseren van het eigen leven met drugs en zelfmedicatie.

De grijze markt heeft positieve gevolgen voor het omgaan met de eigen verslaving. De gebruiker hoeft niet aan te kloppen bij de verslavingszorg en zich te »outen« als gebruiker van harddrugs (een belangrijke voorwaarde om sociaal niet op te vallen). De grijze markt zorgt dus voor een sociaal integrerende en controlerende functie.

Een belangrijke factor in de discussie over de grijze markt is de wens van de gebruikers om een roes te beleven. Er zijn geen duidelijke verklaringen voor deze wens, er moet worden gekeken naar de individuele motieven van de gebruikers. De gebruikers moeten omgaan met het spanningsveld tussen genot en verdoving. Dit geldt ook voor het nog veel complexere geheel van individuele, psychische, sociale, strafrechtelijke, en drugsfactoren. De grijze markt kan al naar gelang de motivatie van de gebruikers een selectief of een excessief aanbod inhouden.

T. Schmidt belicht de risico's van de grijze markt en heeft het in dit verband over de risico-driehoek, die opgebouwd is uit farmacologische gevaren van de middelen, structurele risico's (maatschappelijke reacties op het gebruik) en het gebruiksrisico (verantwoordelijkheid van het individu voor zijn eigen omgang met de middelen).

De grijze markt wordt zowel in Duitsland als in Nederland verzorgd via de huisartsen. Het legaal voorschrijven beïnvloedt de vraag doordat er vele afgiftepunten zijn. Dat betekent: hoe meer gebruikers vervangende middelen ontvangen, hoe groter het aanbod, maar daartegenover ook hoe lager de vraag. De verslavingszorg kan hierdoor invloed uitoefenen op de grijze markt. De prijzen op de zwarte markt hangen eveneens samen met die op de grijze markt, de prijzen van de vervangende middelen liggen onder de prijs van de originele drug. Iets dergelijks geldt voor de kwaliteit – een breed aanbod op de grijze markt houdt de prijzen in toom, zorgt echter ook tegelijkertijd



voor een goede kwaliteit van de originele drug. De auteur behandelt de centrale vraag, in hoeverre de verslavingszorg en het drugsbeleid de wisselwerking tussen de markten kan benutten zodat invloed kan worden uitgeoefend op de grijze markt en eventueel een te tolereren balans kan ontstaan. Daarnaast stipt hij de vraag aan in hoeverre de grijze markt een acceptabele vorm van een zelf georganiseerd distributieniveau is.

Door het voorschrijven worden op de grijze markt gebruikers bereikt die geen contact met de verslavingszorg hebben. Een eis aan het drugsbeleid en de verslavingszorg zou dan ook kunnen zijn dat de personen die middelen voorschrijven de invloed die zij hebben op de grijze markt erkennen en de verantwoordelijkheid daarvoor nemen. De grijze markt zou, voor zover er geen noemenswaardige risico's van uitgaan, geaccepteerd moeten worden en niet langer doodgezwegen.

Omdat veel gebruikers de wens hebben een roes te ervaren, heeft in Duitsland een concept voor afgifte vervangende middelen dat op de behoefte gericht is slechts een beperkte uitwerking zolang deze behoefte geïgnoreerd wordt. Op dit punt begint de discussie over afgifte van originele drugs. Dit zou weliswaar niet het einde van de zwarte markt betekenen, wel zou de kwaliteit van de verkochte middelen beter worden door de »concurrentie«. T. Schmidt komt tot de conclusie dat de grijze markt de buffer is die ontstaat door de tekortkomingen van de twee distributiekkanalen. Hieruit kan worden geconcludeerd dat door het tegengaan van deze tekortkomingen een positieve invloed kan worden uitgeoefend op de vraag op de grijze markt. De grijze markt moet daartoe niet langer verdrongen maar bediscussieerd en gebruikt worden als niveau van het drugsbeleid.

Het boek *Drogenhilfe und Graumarkt* verduidelijkt welke functies, risico's, problemen en voordelen voor de gebruikers en hun milieu voortkomen uit de grijze markt. Daarnaast hoe met name het drugsbeleid constructiever zou kunnen reageren op de grijze markt. Een boek dat zowel voor de beginneling en de geïnteresseerde als ook voor professionals lezenswaardig en informatief is en het maar al te graag verwaarloosde thema van de grijze markt op zakelijke maar ook interessante wijze behandelt. De confrontatie van de situatie in Duitsland en Nederland verruimt de blik, maar heeft ook tot gevolg dat geëist moet worden dat er een opener omgang en liberalere toekomstvisies m.b.t. de grijze markt in Duitsland moeten komen.

Elke Knuck

## Drugs in beeld

# *Behandeling van druggebruikers in gevangenissen*

De EWDD Lissabon houdt zich in nr. 7, januari-februari 2003, in de 'Korte informatie over het drugsbeleid' bezig met de situatie van verslaafden in de gevangenis in de EU. Meer dan de helft van alle 356.000 gevangenen in de EU-lidstaten heeft »een verleden als druggebruiker«. Verder wordt gezegd dat veel delinquenten die in een huis van bewaring terecht komen een zwaar drugsprobleem hebben, en daar houdt »het drugsgebruik niet per se op en er wordt ook niet automatisch tegemoetgekomen aan de behoeften van problematische druggebruikers«. HIV, hepatitis, tuberculose en andere aandoeningen die te maken hebben met het drugsgebruik (of met de omstandigheden waarin gebruikt wordt) versterken de problemen nog meer. Er wordt in zes hoofdstukken een overzicht gegeven over de stand van zaken bij de behandeling van druggebruikers in huizen van bewaring. Zes conclusies over »Beleidsopwekking bij drugbehandeling in gevangenissen« vormen de afsluiting.

De briefing »Drugs in beeld« verschijnt in de 11 officiële talen van de EU en kan in de vorm van een gratis abonnement worden besteld bij het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving  
([info@emcdda.eu.int](mailto:info@emcdda.eu.int))



## Documentatie

# *Tot voorbeeld strekkende strategieën voor gemeentelijke verslavingspreventie*

De documentatie over de van oktober 2001 tot juni 2002 landelijk uitgevoerde competitie is nu gereed. De documentatie wordt in opdracht van de Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) uitgegeven door het Deutsche Institut für Urbanistik (Difu). In de documentatie worden de voorbereiding en de uitvoering van de competitie, de selectie- en beoordelingsprocedure en de bijdragen vergelijkend weergegeven. De bekroonde bijdragen worden nader behandeld. De documentatie kan onder vermelding van bestelnummer 33 920 000 worden aangevraagd.

### **BzgA**

51101 Köln

Duitsland

☎ 0049-221-8992-257

✉ order@bzga.de

---

## **Ludwig Kraus, Klaus Püschel (ed.)**

# *Prävention von drogenbedingten Not- und Todesfällen* *(Preventie van nood- en sterfgevallen door drugs)*

**Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau 2002, ISBN 3-7841-1382-6**

In dit boek staan de bijdragen aan de conferentie »Prävention von Drogentodesfällen«, die georganiseerd werd door het IFT Institut für Therapieforschung in opdracht van het Federale Ministerie voor Gezondheid. De verschillende aspecten die een rol spelen bij dood door drugs (toxicologie, onderzoek naar co-morbiditeit, medische en psycho-sociale verzorging etc.) werden op deze conferentie behandeld en in deze bundel gepubliceerd.