

*Bureau voor  
grensoverschrijdende  
samenwerking*

voor de sectoren  
verslaving,  
preventie en beleid



**BINAD**

**SPECIALE UITGAVE**

## ***Klinische behandeling***

- *binationale  
vergelijking  
in 5 thema's*

**factus**

instelling voor verslavingszorg

## colofon

### **BINAD Speciale uitgave Documentatie »Klinische behandeling« september 2002**

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

Landschapsverband Westfalen-Lippe  
Abteilung Gesundheitswesen  
Dezernent: Landesrat Dr. Wolfgang Pittrich

Koordinationsstelle Sucht  
Leiter: Wolfgang Rometsch

Redactie: Rüdiger Klebeck  
Mechthild Neuer  
Hans van Ommen

Vertaling: Hans van Ommen  
Frederik Wanink

Zetwerk: Lütke-Fahle-Seifert AGD, Münster

Druk: Burlage, Münster

Oplage: 1.400

Financiering:



Ministerie van  
Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,  
Den Haag



Ministerium für Frauen, Jugend,  
Familie und Gesundheit,  
Düsseldorf

Contactadressen:

#### **BINAD-NL**

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

#### **BINAD**

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

|   |    |
|---|----|
| <b>Voorwoord</b> .....  | 4  |
| <i>De ontwikkeling van de klinische behandelingen binnen TACTUS</i> .....   | 6  |
| Ruud Rutten   |    |
| <b>Thema »Kortdurende behandeling«</b>  |    |
| ■ <i>Kortdurende behandeling</i> .....  | 10 |
| Geert Peeters   |    |
| ■ <i>Verslag van de discussie</i> .....   | 13 |
| <b>Thema »Klinische behandeling met ondersteuning van vervangende middelen«</b>   |    |
| ■ <i>Medische rehabilitatie van drugsverslaafden die niet of slechts tijdelijk met vervangende middelen worden behandeld in de Fachklinik Release</i> ..... | 16 |
| Karl Weber  |    |
| ■ <i>Verslag van de discussie</i> .....   | 27 |
| <b>Thema »Geslachtsspecifieke / vrouwgerichte therapie«</b>   |    |
| ■ <i>Geslachtsspecifieke / vrouwgerichte therapie</i> .....   | 30 |
| Sybille Teunißen  |    |
| ■ <i>Verslag van de discussie</i> .....   | 34 |
| <b>Thema »Motivatie«</b>  |    |
| ■ <i>Het onderwerp motivatie</i> .....  | 36 |
| Adri Hulshof  |    |
| ■ <i>Verslag van de discussie</i> .....   | 40 |
| <b>Thema »Adaptatie«</b>  |    |
| ■ <i>Instellingen voor adaptatie voor mensen met meervoudig middelengebruik in Westfalen</i> .....  | 43 |
| Roland Helsper  |    |
| ■ <i>Adaptatie – tweede fase van de medische rehabilitatie voor verslaafden</i> .....   | 45 |
| Rolf-Bernd Lappe  |    |
| ■ <i>Verslag van de discussie</i> .....   | 53 |
| <b>Evaluatie</b>  |    |
| ■ <i>Evaluatie van de bijeenkomst door de WESD-leden</i> .....  | 54 |
| ■ <i>Conclusies vanuit Nederlandse optiek</i> .....   | 57 |
| <b>Deelnemerslijst</b> .....  | 58 |

## *Een korte terugblik op de voor- geschiedenis van de bijeenkomst die hier gedocumenteerd is*

De bond van **W**estfälische **E**inrichtungen **S**tationärer **D**rogentherapie WESD e.V. – een verbond van organisaties die verantwoordelijk zijn voor 19 klinische instellingen voor verslavingszorg in de regio Westfalen-Lippe – organiseert tweemaal per jaar een besloten vergadering, een voorjaars- en een herfstvergadering. Deze interne bijeenkomsten bevorderen de kwaliteit en de verdere ontwikkeling van de WESD-bond en daarbij wordt ook altijd een externe spreker uitgenodigd voor een speciaal thema. De WESD nodigde voor de voorjaarsvergadering van 2001 het Bureau voor grensoverschrijdende samenwerking uit om de leden – die al sinds geruime tijd regelmatige lezers van BINAD-INFO zijn – direct in te lichten over het werk van het Bureau en te discussiëren over mogelijke vormen van samenwerking.

***Het was een wens  
van de leden van  
WESD nieuwe  
impulsen te  
krijgen voor een al  
langer lopend  
proces van  
differentiatie  
binnen het  
samenwerkings-  
verband***

Een resultaat van deze bijeenkomst was de wens om de voorjaarsvergadering van 2002 in Nederland te laten plaatsvinden, om daar enkele thema's te behandelen met vertegenwoordigers van de klinische verslavingszorg. Een dergelijke uitwisseling op vakniveau werd als mogelijkheid gezien om eventueel tot een langer durende dialoog te komen om de eigen horizon te verbreden en impulsen te krijgen voor het al langer durende proces van differentiatie binnen de WESD-instellingen. Dit perspectief was voor BINAD het begin van een grensoverschrijdende uitwisseling van klinische instellingen, die nieuw was in zijn soort.

Nog op de voorjaarsbijeenkomst van 2001 werd een kleine werkgroep van BINAD en WESD benoemd, die deze eerste Duits-Nederlandse ontmoeting van klinische therapie-instellingen inhoudelijk moest voorbereiden. De eerste taak bestond eruit een agenda voor de geplande uitwisseling te maken op basis van een lijst met thema's, die door de WESD-leden tijdens de bijeenkomst opgesteld werd.

Uiteindelijk vormden vijf thema's het algemeen kader. Deze zijn te vinden in deze documentatie – in de vorm van inleidingen en resultaten van discussies die over de thema's werden gevoerd. Bij de keuze van de inleiders werd gestreefd naar de presentatie van zowel Duitse als Nederlandse modellen. Het land dat de interessantere ontwikkeling of het actuelere model kon presenteren, kreeg de gelegenheid om de inleiding te verzorgen.

Het werd zowel de WESD alsook BINAD al snel duidelijk dat er een documentatie over deze bijeenkomst moest worden samengesteld, om de informatie, de inzichten en de conclusies uit de vergelijking te fixeren en te transporteren. De onregelmatig verschijnende reeks van speciale BINAD-uitgaven was daarvoor zeer geschikt.

U heeft het resultaat voor u liggen – wij hopen dat niet alleen de deelnemers van de bijeenkomst maar ook de vaste BINAD-«klanten» en anderen hier belangstelling voor hebben. Natuurlijk wil BINAD tegelijkertijd ook de grensoverschrijdende gedachte versterken en reclame maken voor de blik over de grens. Dit kan de horizon verbreden en de hier gedocumenteerde vorm van ontmoeting en uitwisseling vraagt geen grote investering van de deelnemers.

De organisatie van dergelijke bijeenkomsten hoort bij het takenpakket van BINAD. Deze bijeenkomst werd in nauwe samenwerking tussen de BINAD-bureau's in Münster en Enschede en natuurlijk de »klant« WESD gepland en gerealiseerd. De Nederlandse deskundigen die werden betrokken bij de bijeenkomst waren afkomstig van de instelling voor verslavingszorg TACTUS, die verantwoordelijk is voor de regio Twente en een deel van Gelderland. Bij deze organisatie is ook het Nederlandse BINAD-bureau ondergebracht. De documentatie heeft een deelnemerslijst, zodat het mogelijk is contact op te nemen met een bepaalde persoon.

Tot slot willen wij alle betrokkenen van harte danken voor het engagement en de openheid. Onze dank geldt in het bijzonder de twee tolken, Ulrich Dahmen en Eva Bodor, die wezenlijk hebben bijgedragen aan het soepele en succesvolle verloop van de bijeenkomst. Wij zijn ook onze twee collega's Marie-Luise Bergmann en Regina Trapp van de specialistische kliniek Im Deerth veel dank verschuldigd. Zij hebben door uitvoerig notities te maken bij de discussies, de basis geschapen voor de publicatie van de inhoud en de resultaten van de uitwisseling.

Wij willen namens de betrokken organisaties en instellingen nog eens benadrukken dat wij de uitwisseling niet alleen zien als een begin van meer bijeenkomsten, maar ook als beginpunt voor een andere kwaliteit van deze bijeenkomsten. Het ging er geen moment om, één van de betrokken systemen van hulpverlening als »winnaar« uit te roepen. Zelfs wanneer men aan Duitse zijde m.b.t. een bepaald thema van mening was dat het Nederlandse systeem op grond van de structuren vóórligt op het Duitse, deed dit toch geen afbreuk aan het zelfbewustzijn van de Duitse vakmensen en de erkenning voor hun vakmanschap van Nederlandse zijde.

*Rüdiger Klebeck*

Fachstelle grenzübergreifende  
Zusammenarbeit – BINAD,  
Redactie BINAD-INFO

*Harry Glaeske*

Hoofd van de Fachklinik Im Deerth,  
Voorzitter van de bond WESD e.V.

***Deze vorm van  
ontmoeting  
verbreed de  
horizon en vergt  
geen grote  
investeringen van  
de deelnemers***

*De blauwe man wees naar de rode en violette kleuring van de hemel, die ondertussen het zwart van de nacht had verdreven. De grens is niet helemaal duidelijk, verklaarde hij. Ze verloopt vloeiend. Ze is altijd in beweging in alle dingen, in een ieder van ons. Toch moet er altijd een grens zijn. Een dier is geen mens en de nacht is geen dag.*

Amenokal Alhavi: De wijsheid van de Tuareg

**Ruud Rutten**

## *De ontwikkeling van de klinische behandelingen binnen TACTUS*

**Wanneer we naar de verre geschiedenis van de hulpverlening aan verslaafden kijken, dan zien we twee sporen naast elkaar. Enerzijds die van de professionele hulp en anderzijds die van de zelfhulp.**

Zelfhulp is altijd belangrijk geweest in de verslavingszorg. De professionele hulp en zeker de professionele hulp vanuit de gezondheidszorg is pas laat op gang gekomen. De ontwikkeling van de klinische behandeling in Nederland ontwikkelde zich pas goed met de introductie van de zgn. hiërarchische therapeutische gemeenschap. Dit was eind jaren zestig, begin jaren zeventig. Vòòr die tijd was er sprake van enkele meer sanatoriummachtige klinieken voor alcoholisten. Binnen de hiërarchisch therapeutische gemeenschap kwamen ontwikkelingen uit de zelfhulp en uit de professionele hulp bij elkaar en werden gemengd tot één therapeutisch sociaal leermodel. Invloeden die we kunnen onderkennen zijn die van de AA-zelfhulpgroepen en van de zelfhulpcommunes voor drugsverslaafden, afkomstig uit de Verenigde Staten.

Naast de invloed van de al bestaande verslavingsklinieken is ook de invloed merkbaar van het professionele groepswerk, de T-groups en de planned-change beweging uit de Angelsaksische landen. Ook de opkomst van de sociale psychiatrie en in het algemeen van therapeutische gemeenschappen volgens het Maxwell Jones model vanaf de vijftiger jaren, hadden invloed op de hiërarchisch therapeutische gemeenschap. Parallel aan de ontwikkelingen van de hiërarchisch therapeutische gemeenschap kwam het bewustzijn op dat er ook hulp aan verslaafden moest worden

gegeven die niet exclusief gericht was op afkicken, maar op het opvangen van de negatieve gevolgen van verslaving, zowel voor de verslaafde zelf als voor zijn omgeving. Dit wordt de zgn. harm reduction methode genoemd. Met name methadonverstrekking en het inrichten van huiskamers voor verslaafden zijn daar belangrijke voorbeelden van.

Deze harm reductionontwikkeling en de verdere professionalisering van de afkickbehandelingen ontwikkelden zich relatief onafhankelijk van elkaar. Zelfs wanneer ze in dezelfde organisatie werden uitgevoerd, hadden beide methodiekwikkelingen weinig invloed op elkaar. Begin jaren tachtig kwam er kritiek op de hiërarchische therapeutische gemeenschap. Ze waren hoogdrempelig en lang niet alle verslaafden die behoefte hadden aan hulp kwamen voor een opname in aanmerking. Het is een relatief dure methode omdat opnames en behandelingen lang duren en er was een groot percentage uitvallers. Ook over het succes van de resultaten bestonden twijfels. Overwegingen hierbij waren: is het niet juist zo dat in de allereerste maanden van de opname de grootste veranderingen plaatsvinden, is er wel een goede transfer van resultaten vanuit het kunstmatige therapeutisch milieu naar de dagelijkse leefomgeving van de cliënt. Bovendien begon men zich af te vragen of het verband van een langer durende behandeling met een grotere kans op succes niet een omkeerbare causaliteit is. Is het misschien niet ook zo dat degenen met de beste kans op genezing het langst aanwezig blijven?

Gedurende die periode werden in de andere GGZ-instellingen nieuwe behandelingsvormen ingevoerd, zoals het Bostonmodel waarin het accent lag op deeltijdbehandeling en combinaties van deeltijdbehandeling met tijdelijke klinische ondersteuning. En ook de kortdurende klinische psychotherapie werd ontwikkeld. In diezelfde periode werden met name op het gebied van de cognitieve gedragstherapie veel nieuwe inzichten opgedaan t.a.v. verslavingsgedrag. Er werd veel onderzoek gedaan en er werden ook in het verlengde daarvan veel therapeutische technieken ontwikkeld, die met succes in de verslavingszorg werden geïntroduceerd: o.a. de functieanalyse van het verslavingsgedrag, trainingen op het gebied van sociale vaardigheden en probleemoplossende vaardigheden, zelfcontrole technieken en terugvalpreventieprogramma's (Marlatt), de ontwikkeling van motivatietechnieken (Miller) en het ontwikkelen van een motivatietheorie, het transtheoretisch model van Prochaska en Diclemente en tot slot het belang van cues uit de dagelijkse leefwereld van de cliënt.

Steeds meer brak het inzicht door dat het uitdoven van belangrijke cues om te gaan gebruiken alleen kan plaatsvinden wanneer er ook een daadwerkelijke confrontatie daarmee plaatsvindt. Binnen deze visie, die zich sterk richtte op functionaliteit van gebruik, ontwikkeling en versterking van zelfcontrole, paste het ook om te gaan werken met gecontroleerd en sociaal gebruik als doel van behandeling. Dit alles leidde tot de ontwikkeling van kortdurende klinische- en deeltijdprogramma's voor verslaafden.

***In het begin van de jaren tachtig groeide de kritiek op de hiërarchische therapeutische gemeenschappen***

Met de inrichting van kortdurende programma's werd overigens niet het chronische karakter van de verslaving ontkend. Alleen werd het accent verlegd van eenmalige langdurige intensieve programma's, naar korter en eventueel herhaalde opname, herhaalde detoxificatie, terugvalpreventie en interventie bij terugval en een meer stap voor stap benadering in de revalidatie van verslaafden.

Midden jaren negentig kwam de ontwikkeling van de klinische verslavingszorg onder invloed van nieuwe ontwikkelingen, zoals de ontwikkeling van de neurobiologie, de overlastbestrijding en de fusies tussen poliklinische en klinische verslavingszorginstellingen. De snelle ontwikkeling van de neurobiologie versterkte het inzicht in de neurobiologische processen van verslavingsgedrag en maakte meer en meer aanmerkelijk dat een belangrijk deel van de verslaafden biologische predisposities kent om verslaafd te raken. Tevens werd duidelijk dat chronisch verslavingsgedrag leidt tot neurobiologische veranderingen waarvan nog niet altijd duidelijk is in hoeverre deze herstellen na een lange periode van abstinentie. Dit gaf enerzijds een impuls aan het toepassen van substitutiebehandelingen en de ontwikkeling van medicamenten die ingrijpen in de neurobiologische factoren bij een verslaving, evenals het denken over verstrekkingsprogramma's bijv. van heroïne. Daarnaast gaf het ook een bredere acceptatie van het chronische karakter en de terugval in de verslaving. De toenemende maatschappelijke overlast van m.n. harddruggebruikers en de afname van de maatschappelijke tolerantie was ook een belangrijke stimulans voor het inrichten van klinische voorzieningen die juist die groepen cliënten als doelgroep kozen die moeizaam of in het geheel niet in staat zijn tot afkicken. Tot slot gaven de fusies tussen poliklinische en klinische zorg een sterke impuls aan een sterkere integratie van afkick- en harm reductionprogramma's. Dit alles leidde tot het inrichten van klinische voorzieningen die zich gingen richten op laagdrempeligheid, behandelen in combinatie met substitutiebehandeling, drang- en dwangopnames en afdelingen voor chronisch verslaafden met een lagere ambitie om tot structurele gedragsveranderingen te komen middels therapie.

***Door fusies tussen ambulante en klinische behandelingsinstellingen groeide de samenwerking tussen de beide vormen van hulpverlening enorm***

Meer en meer is het besef doorgebroken dat verslavingsproblematiek zich in grote lijnen niet anders ontwikkelt dan andere psychiatrische stoornissen. Zeer grote groepen mensen kampen voor korte of langere tijd met een verslavingsprobleem. Velen daarvan herstellen hiervan. Evenzeer is er echter een grote groep die hier periodiek dan wel permanent mee blijven kampen en middelen blijft misbruiken. We zijn echter nog niet in staat op basis van wetenschappelijke modellen vast te stellen welke individuele cliënt welke prognose heeft.

Dit besef heeft ook zijn invloed op de wetenschappelijke modellen die we toepassen bij het meten van het effect van verslavingszorginterventies. Aanvankelijk bestonden deze vooral uit klinische trials die de effectiviteit van specifieke interventies probeerden vast te stellen. Geleidelijk aan verschoof de aandacht naar meer



matchingsonderzoek, d.w.z. onderzoek naar welke type cliënten bij welk type interventie het meeste baat had. Nu verschuift de aandacht geleidelijk weg van het behoud van het effect na de interventie, naar het resultaat tijdens de interventie. Meer en meer interventies hebben tot doel het verslavingsgedrag en de bijkomende of onderliggende problematiek te beheersen of te verminderen, er vanuit gaande dat volledig herstel niet de eerste opdracht is.

De verslavingszorg heeft zich tot taak gesteld deze interventies te ontwikkelen en te combineren in een samenhangend systeem met veelal kortdurende intensieve interventies, gericht op volledig herstel. Dit samenhangend stelsel is een zgn. stepped care model, waarin op basis van de ernst en duur van de problematiek vooral rekening wordt gehouden met een combinatie met eerdere interventies, het resultaat c.q. het gebrek aan resultaat hiervan en de oplopende zwaarte en complexiteit van de interventies. Aan de ene staan hierbij zelfhulp, advisering, crisisinterventie, en kortdurende therapieën, en anderzijds intensieve revalidatieprogramma's, waarbij naast hulp op het gebied van middelengebruik ook hulp wordt geboden op alle belangrijke levensgebieden. Daarnaast wordt er vooral gewerkt aan het zoveel mogelijk versterken dan wel in stand houden van de autonomie van de verslaafde en op emancipatie gerichte benadering van de verslaafde, d.w.z. het mogelijk maken van een zo volwaardig en autonoom mogelijk leven, ook tijdens een verslaving.

***Geprobeerd wordt de verslaafde ook tijdens de fase van verslaving een zo volwaardig en zelfstandig mogelijk leven te laten leiden***

Bij deze benadering past ook een duidelijke ondersteuning van de omgeving. Zowel de ondersteuning van de directe relaties van de verslaafde, alsook hulp in bredere zin. Hieronder valt ook bijv. het bestrijden van overlast die veroorzaakt wordt door harddrugsgebruikers in de binnensteden. Klinische behandelingen van verslaafden zijn in toenemende mate gedifferentieerde voorzieningen die specifieke taken vervullen voor specifieke doelgroepen in dit samenhangend kader voor hulp aan verslaafden.

*Ruud Rutten is voorzitter van de Raad van Bestuur van TACTUS, instelling voor verslavingszorg*

**Geert Peeters**

## *Kortdurende behandeling*

Kortdurende behandeling wordt bij TACTUS aangeboden in een langdurend traject van

- detox, diagnostiek, motivatie, indicatie
- kortdurende intensieve behandeling (deeltijd; voltijd of dag/nacht opname)
- nazorg (deeltijd).

Het kortdurende intensieve behandelprogramma is een groepsprogramma met de mogelijkheid van systeeminterventies en individuele therapieën. De behandeling gaat uit van een cognitief gedragstherapeutisch model. Dit houdt in dat we er van uit gaan dat verslavingsgedrag door klassieke en operante conditionering en door verwachtingen van de werking van gebruik in stand wordt gehouden. Het concrete uitgangspunt is een behandelplan dat in de beginfase van de behandeling opgesteld wordt. Dit behandelprogramma bevat standaard onderwerpen:

- Verslavingsgedrag
- Sociale vaardigheden
- Onderliggende problematiek
- Maatschappelijke problematiek
- Relatie / gezinsproblematiek

Ten aanzien van het **verslavingsgedrag** is er enerzijds de regulering door afspraken over gebruik en melding van gebruik, anderzijds wordt er in een groepstherapie wekelijks aandacht geschonken aan het omgaan met trek en alternatieven voor de functie of betekenis van gebruik. Cue exposure en terugvalpreventie vinden ook in deze therapie plaats.

Ten aanzien van de **sociale vaardigheden** (s.v.) worden er wekelijks s.v.trainingen gegeven.

Ten aanzien van de **onderliggende problematiek** gaan we steeds meer over op een cognitieve gedragstherapie.

| Diagnostiek  | Behandeling   | Nazorg                              |
|--|---|-------------------------------------|
|  | 20 weken<br>5 dagen / nacht<br>8 cliënten   |                                     |
| 3 weken<br>continu<br>8 cliënten                       | 12 weken<br>dagen / week<br>overdag<br>8 cliënten   | 12 weken<br>1 dag/week<br>onbeperkt |
| Doestelling<br>■ detox<br>■ diagnostiek<br>■ motivatie | Doestelling<br>■ inzicht in<br>functie<br>■ alternatief<br>gedrag<br>■ leren probleem-<br>oplossen<br>■ rehabilitatie | Doestelling<br>■ gedrags<br>behoud  |

**Maatschappelijke problematiek** betekent problematiek t.a.v. financieën, huisvesting, sociale contacten, huishouding, werk v.t. besteding etc.

*Schematische weergave van de fasen in de behandeling*

**Relatie of gezinstherapie** is mogelijk bij problematiek op dit gebied.

Het programma bevat verder **creatieve en/of psychomotorische therapieën en sociotherapie**. Dit laatste zijn leefgroep gerichte programmaonderdelen. Medicatie kann de therapie eveneens ondersteunen. In de meeste gevallen houdt dit in antidepressiva, soms disulfiram ter ondersteuning bij de abstinentie. In de toekomst willen we gaan experimenteren met het psychotherapeutisch behandelen van cliënten die een onderhoudsdosis methadon hebben.

De leefgroep, de groep waarmee men de therapie volgt, heeft van oudsher vooral een confronterende maar ook steunende taak. Steeds meer is het een oefengroep geworden waarin men nieuw verworven vaardigheden kan oefenen. De groep bestaat uit 8 cliënten die ofwel 5 dagen per week therapie volgen en slapen in de kliniek ofwel drie dagen en in hun eigen huis verblijven. De weekends gaan de klinische cliënten eveneens naar huis.

Regelmatige evaluaties van de behandeling vinden plaats onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar. Uitgangspunt voor de evaluaties is wederom het behandelplan. Afstemming van de diverse therapieën onderling op elkaar en op het behandelplan van de cliënt zijn van wezenlijk belang.

## *Blik op de toekomst*

In de toekomst zie ik een verdere individualisering van de behandeling. De cliëntenpopulatie wordt steeds gemêleerder waardoor het handhaven van een therapeutisch milieu steeds moeilijker wordt. Als dat niet meer gegarandeerd kann worden dan zal het belemmerend gaan werken. De behandeling zal mijns inziens steeds meer op de individuele vraag afgestemd gaan worden. Zorg op maat en stepped care is het uitgangspunt. We zijn een modulair behandelaanbod te ontwikkelen waarbij het verblijf in de kliniek losgekoppeld wordt van het behandelaanbod. De individuele behandeling kan dan samengesteld worden uit diverse groepstherapiën. Een aantal therapieën zullen echter zo basaal zijn voor een verslavingsbehandeling dat alle cliënten die in hun programma zullen hebben. Deze individueel vormgegeven behandelingen kunnen dan zowel gevolgd worden vanuit een klinische verblijfsituatie of vanuit een deeltijdprogramma of zelfs ambulante. Er zullen ook mogelijkheden geboden worden aan de cliënten die dat nodig hebben om in vervolgbehandelingen hun therapie te verdiepen of juist meer aandacht te gaan besteden aan bijvoorbeeld structurerende vaardigheden of woonvaardigheden. De discussie zal dan niet meer gaan over als of niet kortdurend maar zal meer gaan over welke cliënt heeft welke therapieën nodig en in welke volgorde, welk tijdsbestek en vanuit welke verblijfsituatie.

*Geert Peeters is psycholoog en behandelcoördinator bij TACTUS*

# *Verlag van de discussie over het thema kortdurende behandeling*

## ■ **Wat is een kortdurende behandeling?**

Behandelingsduur wordt verschillend gedefinieerd. In Duitsland wordt bij de behandeling van illegale drugs van een kortdurende behandeling gesproken bij een behandelingsduur van 9 maanden – datgene wat in Nederland in een kortdurende behandeling ( $\pm$  3 maanden) wordt gedaan, vindt in Duitsland in de langdurende behandeling plaats.

## ■ **De organisatie en de algemene voorwaarden van de systemen voor de hulpverlening in beide landen**

In Duitsland zijn in iedere regio verschillende organisaties verantwoordelijk voor de verslavingszorg, soms concurreren deze zelfs met elkaar. In Nederland biedt de regionalisering van de verantwoordelijkheden voor de verslavingszorg meer duidelijkheid en een grotere speelruimte voor de realisatie van ideeën en voor het vormgeven aan overgangen in het behandelingssysteem. Een rol speelt hierbij niet alleen de kleinere geografische afstand maar vooral ook de gelijkvormige structuur van de verantwoordelijke organisaties – die, negatief geformuleerd, niet ver verwijderd is van een monopolisering op het terrein van de verslavingszorg.

In Nederland is de doelgerichte en behoeftegerichte ontwikkeling van de behandelingen vanwege de duidelijk geregelde verantwoordelijkheid gemakkelijker: terwijl de divergerende belangen van de organisaties in Duitsland kunnen leiden tot problemen bij het maken van afspraken in een regio, stuurt de verantwoordelijke organisatie in Nederland de ontwikkeling centraal voor de desbetreffende regio. Het Nederlandse model lijkt daarom een betere uitgangspositie te hebben voor vraaggerichte behandelingen.

De bepaling van de indicatie voor een poliklinische of klinische behandeling is in Duitsland vanwege de structuur van het hulpverleningsstelsel sterk afhankelijk van het aanbod van het desbetreffende consultatiebureau. In Nederland werkt men er momenteel naar zo lang mogelijk een continu systeem in te zetten en van daaruit, al naar gelang de indicatie, door te verwijzen naar een andere behandeling. Binnen een verbond, zoals de WESD zichzelf ziet, is dit in principe ook in Duitsland het geval.

***Het Nederlandse model lijkt de betere condities te hebben voor de ontwikkeling van een op de vraag georiënteerd behandelingsaanbod***

## ■ Oriëntatie van de therapeutische concepten en de doelstellingen

In Nederland is sprake van een oriëntatie op een behandeling die gericht is op de eigen mogelijkheden, met een duidelijk accent op gedragstherapeutische concepten. In Duitsland spelen die een ondergeschikte rol vanwege de dominerende rol van andere scholen. Het doel van de behandeling is in Nederland meer georiënteerd op de voorstellingen en mogelijkheden van de cliënten – dat wordt verder nog ondersteund door de overkoepelende doelstelling »gezond te worden«, in tegenstelling tot het »weer kunnen gaan werken« aan Duitse zijde.

De in Duitsland op enkele uitzonderingen na gepraktiseerde bewuste indeling in »legale« en »illegale« drugs in de behandeling, bestaat in de praktijk in Nederland niet (hoewel dat vroeger wel het geval was). Alcohol- en drugs- en ook gokverslaafden worden »onder één dak« behandeld. Aan Duitse zijde heeft dat echter niet alleen te maken met de zienswijze en de houding van de instellingen m.b.t. de noodzaak van deze scheiding – dit is bovendien ook »traditioneel« vastgelegd door de financieel verantwoordelijke instanties.

*De verschillen in de behandelings-systemen worden o.a. bepaald door de verschillende doelstellingen en de daaraan gekoppelde eisen van de financiers*

Wat betreft het omgaan met terugval, gaat het allereerst om de definitie van »terugval«, die vanuit Nederlandse optiek overwegend wordt gezien als onderdeel van het leerproces (er zijn ook klinieken die duidelijk gericht zijn op het doel abstinente te worden en een terugval anders zien). Natuurlijk speelt ook de dimensie van de terugval – of het hernieuwde gebruik – een rol. Er wordt echter in principe van uit gegaan dat het beëindigen van drugsgebruik geen snel en rechtstreeks, maar een cyclisch proces is, waarbij een terugval hoort (kan horen). In ieder geval ziet men een terugval meestal als een normaal verschijnsel, dat ook in de behandeling moet worden aangekaart om de oorzaken daarvan te onderkennen. Dan kan daaruit »lering« worden getrokken.

Aan Duitse zijde is deze relatief open omgang met een terugval – behalve in gedragstherapeutische instellingen – niet zo ver verbreid. De consequente oriëntatie op abstinente overweegt.

## ■ Verschillen de cliënten in beide landen?

De doelgroepen in de beide landen verschillen duidelijk doordat Duitse cliënten te maken hebben met strafrechtelijke belasting en druk vanuit justitie. Het »anders beleefde« Nederlandse strafrecht oefent in principe minder druk uit op drugsverslaafden en geeft de Nederlandse therapeutische instellingen en klinieken een grotere vrijheid bij het toewijzen van bepaalde behandelingsconcepten. Verder is de (indirecte) invloed van justitie op het behandelingssysteem kleiner. Ook m.b.t.

de gemiddelde leeftijd is een ander beeld te zien: de cliënten in Duitse therapeutische instellingen zijn veel jonger dan in Nederland. De oorzaken hiervoor zijn gelegen in de grotere strafrechtelijke druk op de doelgroep, de afwijkende gebruikspatronen in de beide landen en de in Nederland wellicht sterker afgenomen neiging om opnieuw te beginnen met heroïne. Anders geformuleerd moet worden vastgesteld dat het Nederlandse systeem van hulpverlening jongere werklozen minder goed bereikt dan het Duitse systeem.

Uit de verschillende verantwoordelijkheid bij de financiering van de klinische behandeling in de twee landen en ook uit het totaal verschillende landschap van verantwoordelijke instanties, zijn andere randvoorwaarden voortgekomen. Dit kan echter niet alle verschillen in de behandeling verklaren. Een grote rol aan Nederlandse zijde speelt veeleer het grotere pragmatisme en de invloed daarvan op de ontwikkeling van het hulpverleningssysteem. Het effect van de laatstgenoemde factor neemt echter af en het gaat steeds meer om de kwaliteitsontwikkeling en de verhoging van de effectiviteit – de regionaal verantwoordelijke structuren voor de hulpverlening werden gereorganiseerd en in bijna alle Nederlandse zorgregio's zijn de poliklinische en klinische onderdelen van het hulpverleningssysteem met elkaar verbonden door fusies. Het op deze wijze in de praktijk gebrachte principe van gebundelde regionale verantwoordelijkheid bestaat aan Duitse zijde niet; wel zijn er instellingen die zowel een poliklinisch als klinisch met elkaar verweven aanbod aanbieden.

Een ander belangrijk verschil bestaat bij de financiële mogelijkheden bij de klinische behandeling: in Nederland betaalt men een dagtarief van ca. 150 Euro, in de WESD-bond ligt het dagtarief dat door de kostendrager betaald wordt bij ca. 95 Euro. Weliswaar gaat een vergelijking alleen op basis van dagtarieven mank, toch lijkt de verslavingszorg in Nederland veel beter uitgerust te zijn.

Er werd een fundamentele opmerking gemaakt aan het adres van de kostendragers door Ruud Rutten (directeur van Tactus): er bestaat in principe geen verschil tussen verslaving en andere chronische ziekten, de kostendragers zouden daarom ook geen verschillende maatstaven moeten hanteren. Wellicht speelt hier nog steeds de tendens een rol verslaving en de daarmee samenhangende problemen te moraliseren.

***Verslaving  
verschilt in wezen  
niet van andere  
chronische ziekten  
– daarom zouden  
financiers ook  
geen verschillende  
maatstaven  
moeten aanleggen***

**Karl H. Weber**

# *Medische rehabilitatie van drugsverslaafden, die niet of slechts tijdelijk met vervangende middelen worden behandeld in de Fachklinik Release*

## *Inleiding*

De Fachklinik Release werd zes jaar geleden geopend als eerste klinische instelling voor drugstherapie met behulp van vervangende middelen in Duitsland. Deze kliniek is bedoeld voor drugsverslaafden die niet of slechts tijdelijk worden behandeld met vervangende middelen. Inmiddels bestaan er nog twee andere instellingen in Duitsland.

Onze instelling werd in het begin sceptisch bekeken, omdat men in deskundige kringen van mening was dat een tijdelijke therapie met vervangende middelen niet uitvoerbaar is in een klinische setting samen met drugsverslaafden zonder vervangende middelen.

Niet uitvoerbaar omdat

- men ten eerste vreesde dat de patiënten die geen vervangende middelen krijgen gemotiveerd zouden worden om ook weer vervangende middelen of drugs te gebruiken.

Dit trad niet op. Onze ervaring is dat verslaafden met vervangende middelen juist door diegenen zonder vervangende middelen gemotiveerd werden om te stoppen met methadon en clean te leven.

- ten tweede heerste het vooroordeel dat de patiënten niet aanspreekbaar en emotioneel niet belastbaar zijn, waardoor psychotherapie niet mogelijk zou zijn.

Ook dit vooroordeel kon weerlegd worden door onze ervaring. Verder kan nog worden aangemerkt dat er bij een lage begin dosering (deze werd door ons in 1999 gereduceerd van 100 tot 60 mg methadon) maar weinig beperkingen te zien zijn. Vaak is een matige demping van de emotionele toestand bij sterk getraumatiseerde patiënten die te maken hebben gehad met mishandelingen, misbruik e.d. een goede



steun om überhaupt deel te kunnen nemen aan de therapie en zich daar emotioneel op in te stellen. Wanneer men van tevoren zou proberen de dosering bij deze cliënten helemaal op nul terug te brengen, dan zouden ze hard geconfronteerd en niet opgewassen zijn tegen de niet-gedempte, hevige emotionele belastingen. Dit leidt er vaak toe dat deze drugsverslaafden al een terugval beleven voordat ze met een klinische therapie kunnen beginnen.

Een klinische therapie met vervangende middelen is ook zinvol omdat er genoeg drugsverslaafden zijn die er niet in slagen in een poliklinische setting na een vaak jarenlang durende methadonbehandeling weer van de methadon af te komen.

Deze pogingen eindigen vaak in een catastrofe, als de drugsverslaafde de situatie niet aankan vanwege de vreemde 'emotionele gevoeligheid' tijdens het afkicken van de methadon. Het gevolg is een hernieuwd gebruik van heroïne en een terugval in oude gebruiksgewoonten en een crash.

Zij hebben nu voor het eerst de kans afscheid te nemen van hun vervangende middel in een beschermde klinische omgeving en onder permanente, intensieve en medische begeleiding, om zich te trainen en voor te bereiden op een clean leven.

Aan het begin van ons werk bestonden er geen modellen hoe een gezamenlijke klinische therapie van verslaafden met en zonder behandeling met vervangende middelen er concreet zou kunnen uitzien. Het concept van Release werd in de afgelopen zes jaar in verschillende stappen duidelijk verder ontwikkeld en geoptimaliseerd. Er werd een synthese ontwikkeld, die bestaat uit bewezen principes uit de klassieke cleane klinische langdurige therapie met nieuwe ideeën van een klinische therapie die ondersteund wordt door vervangende middelen.

Bij een klinische therapeutische instelling, die ook werkt met drugsverslaafden, moeten hogere eisen worden gesteld aan de medische begeleiding. Vooral de persoonlijke en materiele outillage op medisch gebied moet duidelijk beter zijn dan bij een vergelijkbare instelling met cleane patiënten, omdat met methadon behandelde verslaafden vaak »oude klanten« zijn met ernstige bijkomende ziekten als hep. C, HIV e.d. en daarnaast ook het afkicken zelf al veel behandeling vergt.

Daar komt nog bij dat het verstrekken van methadon of andere vervangende middelen volgens de BtmVV (Duitse verordening voor de omgang met verdovende stoffen) bijzondere eisen aan de veiligheid worden gesteld. Er moet een doorgaand documentatiesysteem in het leven worden geroepen en de verstrekking van verdovende middelen moet volkomen veilig worden uitgevoerd.

Wij zijn onze voornaamste financieel verantwoordelijke instantie, de Westfälische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation WAG, in het bijzonder dhr. Lappe, dank verschuldigd voor de noodzakelijke arbeidskrachten en financiële middelen. Zonder deze steun zou dit model niet uitvoerbaar geweest zijn.

***Release verrichtte pionierswerk op dit gebied en ontwikkelde het concept in verschillende fasen***

De in mei 2001 op onze persconferentie gepresenteerde cijfers over 4 jaar behandeling van verslaafden met en zonder vervangende middelen in de Fachklinik Release, laten zien dat onze therapeutische resultaten vergelijkbaar zijn met die van normale klinische therapeutische instellingen, die alleen cleane patiënten behandelen. Deze resultaten zal ik hieronder weergeven. Ik moet mij echter vanwege de beperkte spreektijd beperken tot de belangrijkste resultaten, die ik soms alleen puntsgewijs zal aanstippen.

Het volledige verslag met de geciteerde resultaten van vijf jaar medische rehabilitatie met vervangende middelen zal ik na mijn inleiding ter beschikking stellen, zodat deze dan kan worden ingezien. Maar nu verder met het thema van mijn inleiding.

## *Klinische medische rehabilitatie met on- dersteuning van vervangende middelen in een combinatie*

**De »Arbeitskreis  
für Jugendhilfe«  
heeft een verband  
opgebouwd  
waaraan vijf  
instellingen  
deelnemen**

De Arbeitskreis für Jugendhilfe (AKJ) e.V. in Hamm is naast de Fachklinik Release de verantwoordelijke instantie voor drie andere instellingen voor verslavingszorg, die ik nu in het kort zal voorstellen:

- het **Drogenhilfezentrum in Hamm** met een consultatiebureau en een contactwinkel. Beide zijn poliklinische instellingen.
- De klinische **Wohngruppe KESH** in Hamm staat voor **K**ontakt, **E**ten, **S**lapen en **H**ygiëne. Ik zou de behandeling met vervangende middelen in de KESH willen beschrijven als substitutie in een klinische omgeving onder poliklinische voorwaarden, met alle voordelen en problemen die substitutie in een poliklinische omgeving met zich mee brengt. In totaal heeft de KESH 13 plaatsen. Opgenomen worden vrouwen, mannen en paren. Verder staat bij ons een noodbed voor dakloze drugsverslaafden uit Hamm ter beschikking.
- De **Fachklinik Release** voor gesubstitueerde en niet-gesubstitueerde drugsverslaafden wordt gefinancierd via vergoedingen voor verpleging in het kader van de medische rehabilitatie door de pensioenverzekeringsorganisaties of in tweede instantie door de ziekenfondsen, resp. bovenregionale sociale diensten. Verantwoordelijk voor de afspraken over het behandelingstarief, het concept of zoals in dit geval, ook de invoering van een behandeling met vervangende middelen in het kader van klinische rehabilitatie, is de Westfälische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (WAG) te Münster. De normale behandelingsduur bij Release bedraagt 26 weken. De instelling beschikt in totaal over 30 plaatsen, waarvan wij de helft ter beschikking stellen aan gesubstitueerde patiënten. Opgenomen worden vrouwen, mannen, paren en in sommige gevallen ook kinderen.

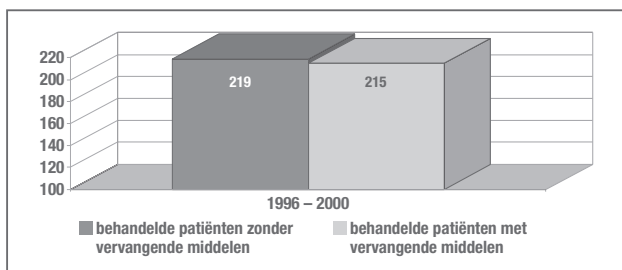
■ De **Adaptionseinrichtung** in Hamm-Heessen voert de tweede fase van de behandeling in het kader van de klinisch medische rehabilitatie uit. Deze behandeling sluit aan op de 26 weken durende behandeling in een specialistische kliniek. De normale behandelingsduur in de adaptatie bedraagt 17 weken. De instelling beschikt in totaal over 12 plaatsen. Opgenomen worden vrouwen, mannen en paren. Het accent van het werk binnen de adaptatie ligt op de herintegratie op sociaal gebied, de arbeidsmarkt of in het onderwijs.

## *Behandeling met vervangende middelen in de Drogenfachklinik Release*

Ik kom nu tot de ervaringen en resultaten die wij in de Drogenfachklinik Release hebben opgedaan met de behandeling m.b.v. vervangende middelen.

De periode waarop de gegevens die ik hier presenteer gebaseerd zijn, is 9 april 1996 (de dag waarop de eerste patiënten werden opgenomen bij Release) tot 31 december 2000. In deze vijf jaar zijn in totaal 434 patiënten opgenomen bij Release. Daarvan werden er 215 behandeld met vervangende middelen en 219 niet.

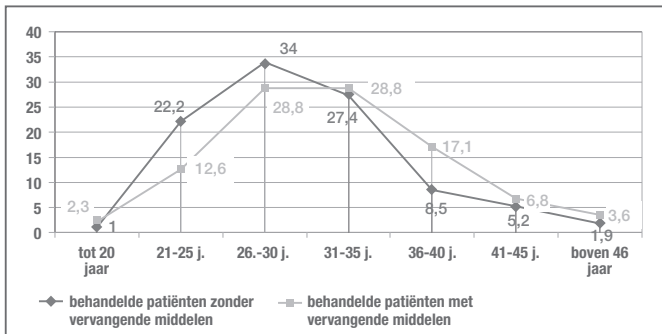
Wij hebben een optimale vergelijking doordat wij vrijwel precies de helft met en zonder vervangende middelen behandelde patiënten hebben. De verzamelde gegevens hebben zodoende groot gewicht.



## *Leeftijd*

De gemiddelde leeftijd van de patiënten die met vervangende middelen behandeld worden bedroeg in de onderzochte periode 32,4 jaar. De gemiddelde leeftijd bij cleane patiënten bedroeg 30,5 jaar.

Door de opname van patiënten met vervangende middelen werden ook oudere drugsverslaafden, vooral ouder dan 35 jaar, bereikt. De mogelijkheid om een klinische behandeling te beginnen met vervangende middelen, betekent voor oudere patiënten dus kennelijk een grotere impuls om nog eens te beginnen met rehabilitatie.

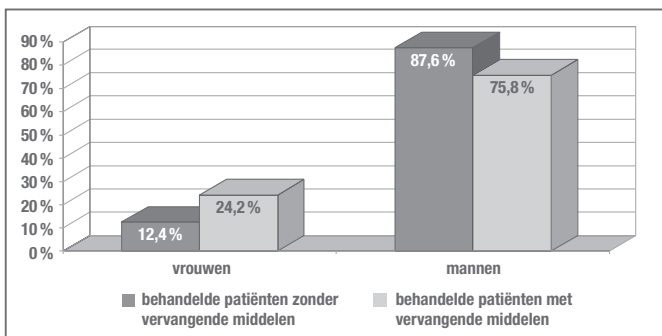


Hier wordt een groep bereikt die vanwege de hoge leeftijd en de beleeftde mislukkingen geen hulp konden vinden bij het bestaande aanbod.

## Geslacht

In totaal werden bij Release 434 patiënten opgenomen. Daarvan werden

- 52 vrouwen en 163 mannen behandeld met vervangende middelen en
- 27 vrouwen en 192 mannen werden niet met vervangende middelen behandeld.



Het percentage vrouwen die vervangende middelen kregen (24,2%) was ongeveer twee maal hoger dan het percentage vrouwen zonder vervangende middelen (12,4%)

Dit bevestigt dat voor vrouwen een behandeling met vervangende middelen bijzonder interessant is.

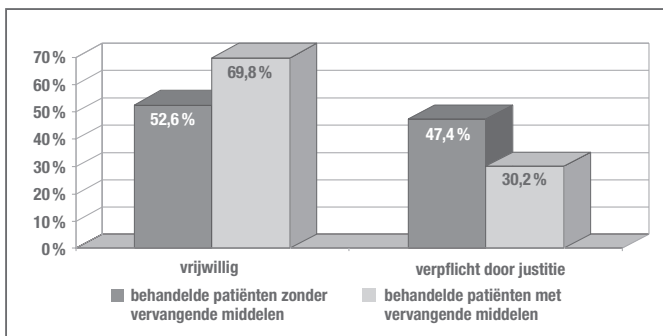
## Duur van de verslaving

51% van de patiënten met vervangende middelen en 37% van de patiënten zonder vervangende middelen had een drugscarrière achter de rug van meer dan 15 jaar. Dit feit bevestigt nog eens dat ook verlaafden met een lange drugscarrière beginnen met een ontwenningbehandeling met vervangende middelen.

## Door justitie verplichte therapieën

Bij de niet met vervangende middelen behandelde patiënten bedraagt het percentage personen die een verplichte therapie moeten volgen ongeveer 47%. Bij de verslaafden met vervangende middelen ligt dit duidelijk lager, in dit geval bij 30%.

Dat betekent dat patiënten met vervangende middelen vaker vrijwillig en zonder druk van justitie kiezen voor een klinische therapie.



## Waar blijven de patiënten na hun ontslag?

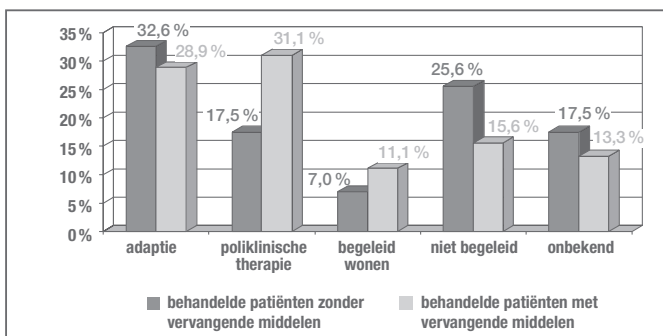
Wij kunnen hier helaas geen gebruik maken van onderzoek m.b.v. de ziektegeschiedenis. Wel kunnen wij documenteren waarheen de patiënten direct na hun ontslag bij Release zijn gegaan.

Te zien is dat wanneer gekozen wordt voor adaptatie het percentage patiënten met vervangende middelen maar weinig onder dat van de niet met vervangende middelen behandelde patiënten ligt (wanneer men uitgaat van de patiënten die regulier zijn ontslagen).

In de poliklinische therapie belanden echter duidelijk meer patiënten met vervangende middelen. Ongeveer twee maal zo veel patiënten met vervangende middelen dan patiënten zonder vervangende middelen begonnen na het reguliere einde van de therapie met een poliklinische therapie of hadden intensieve begeleiding nodig.

Een vergelijkbare tendens is te zien bij het begeleid wonen.

Bij de groep niet begeleide patiënten lag het percentage patiënten zonder vervangende middelen (25%) duidelijk boven dat van de patiënten met vervangende middelen (15%).



Patiënten zonder vervangende middelen schatten hun mogelijkheden om na de therapie zonder extra hulp clean te kunnen leven duidelijk hoger in dan patiënten met vervangende middelen, die meer gebruik maken van nazorg of poliklinische therapie. Volgens ons overschatten de niet met vervangende middelen behandelde patiënten zich hierbij zelf echter vaak.

## *Vervangende middelen*

Bij Release wordt sinds 1996 hoofdzakelijk methadon als vervangend middel ingezet, in uitzonderingsgevallen ook polamidon. Sinds 2001 loopt bij ons een testfase, waarin voor een groep geselecteerde patiënten het vervangende middel subutex (werkzame stof buprenorfine) wordt ingezet.

Vooraf in het afbouwproces en bij lage doseringen werden tot dusver zeer goede ervaringen opgedaan met subutex. Wij schakelen in individuele gevallen over op subutex wanneer de patiënten in de afbouwfase een dosering van 30 tot 15 mg methadon hebben bereikt. Bij zwangere vrouwen is subutex de eerste keus.

In het algemeen geven de patiënten te kennen dat ze zich met subutex nog helderder voelen dan bij lage doseringen methadon of polamidon en dat ze het afbouwproces minder zwaar vinden.

***Subutex wordt door patiënten die het gebruiken als het betere middel gezien***

## *Duur van de behandeling met vervangende middelen*

De gemiddelde duur van de behandeling met vervangende middelen bij alle personen die daarmee gestart zijn, is in het afgelopen jaar korter geworden. Dit was in de jaren 1997 tot 1999 nog ongeveer 80 dagen, maar dit zakte tot het jaar 2000 naar gemiddeld 69 dagen. Dit is het gevolg van de verandering van de maximale begin-dosis van 100 mg naar 60 mg methadon, die wij aan het begin van 1999 hebben vastgelegd.

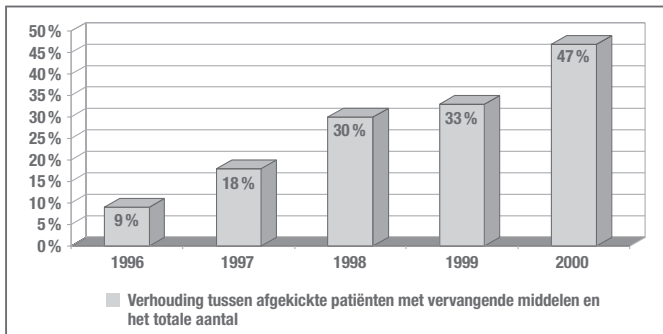
Voor de patiënten heeft dit het voordeel dat het afbouwproces ten eerste in een meer ontspannen sfeer kan verlopen, omdat de verhouding tussen de tijd dit ter beschikking staat en de dosis gunstiger is. Ten tweede kan het proces ingekort worden en daarom staat meer tijd ter beschikking die na de afbouwperiode nog kan worden benut zonder vervangende middelen.

De patiënten kunnen zich in deze tijd nog verder stabiliseren en meer aandacht geven aan het levensverhaal en andere zaken die van belang zijn in de therapie. Tijdens de acute afbouwperiode staat het afkickproces in het therapeutische werk op de voorgrond. Andere thema's moeten in deze periode meer naar de achtergrond worden geschoven. Daaraan kan pas op een later tijdstip weer meer aandacht worden gegeven.

## Verloop van het afkickproces

De verhouding tussen de geheel afgekicke patiënten en het aantal opgenomen patiënten met vervangende middelen wordt gekenmerkt door een indrukwekkend verloop. In de jaren 1996 en 1997 lag dit percentage onder de 20%, maar dit steeg in 2000 tot 47%.

Hier is te zien dat de planmatige verdere ontwikkeling<sup>1</sup> van de Fachklinik Release ertoe geleid heeft dat het doel af te kicken effectiever en vaker wordt bereikt. In 2000 slaagde bijna de helft van alle opgenomen patiënten met vervangende middelen erin voor het einde van de therapie te stoppen met deze middelen.



De klinische setting schijnt op dit terrein veel betere resultaten te scoren dan de poliklinische.

Ter vergelijking m.b.t. de nul-dosis: in het methadonprogramma van de deelstaat hadden na 10 jaar 22% van de cliënten de dosis tot nul teruggebracht.

## Slotbeschouwing

Patiënten met en zonder vervangende middelen accepteren elkaar wederzijds vrijwel altijd zonder problemen. Een gevaar voor een terugval van de abstinente patiënten door de behandeling met vervangende middelen in de instelling kon door ons niet worden vastgesteld. Te constateren was eerder het tegenovergestelde. De patiënten met vervangende middelen zien de abstinente of afgekicke patiënten juist als aansporing en voorbeeld om ook deze weg in te slaan. Dit ging in sommige gevallen zo ver dat patiënten met vervangende middelen moesten worden afgeremd omdat ze soms te snel en met te grote stappen wilden afkicken.

Wederzijdse afwijzing op grond van de behandeling met vervangende middelen vond niet plaats. Wel ontstaan conflicten door verschillende gewoonten, persoonlijke antipathie enz., iets wat in andere drugsklinieken ook voorkomt.

<sup>1</sup> Bij de planmatige verdere ontwikkelingen horen de verlaging van de begindosis en meer begeleiding van patiënten met vervangende middelen. Verder werd o.a. een groep van patiënten opgericht die worden behandeld met vervangende middelen. Ook de medische begeleiding werd versterkt.

Tot het begin van 1999 waren er reacties van abstinente patiënten, waaruit bleek dat zij bij de patiënten met vervangende middelen maar een beperkte emotionele beleving bespeurden. Daardoor zouden deze maar beperkte mogelijkheden hebben om zich uit te drukken in de psycho-therapeutische groepen. Sinds de reductie van de begindosis van 100 tot 60 mg methadon werd dit niet meer geconstateerd.

De soms optredende fixatie van de met vervangende middelen behandelde patiënten op hun ontwenningssymptomen vinden abstinente patiënten soms storend, wordt echter meestal zelfverzekerd getolereerd.

***Het formuleren van therapiedoelen verschilt voor de met en zonder vervangende middelen behandelde patiënten alleen qua extra aspecten die te maken hebben met de vervanging***

Het formuleren van therapiedoelen verschilt voor de met en zonder vervangende middelen behandelde patiënten alleen qua extra aspecten die te maken hebben met de vervanging, b.v. de reductie van de dosis en het volledig wegsluipen uit de vervangende behandeling. Algemene doelen voor beide groepen zijn psychische stabilisatie na de ontwenning, het verwerken van het verleden en de verslaving, medische behandeling van lichamelijke bijkomende ziekten, meer zekerheid op sociaal gebied en lichamelijke en mentale kracht.

## *Conclusie*

De resultaten van de eerste vijf jaar van klinische behandeling met vervangende middelen in het kader van een medische rehabilitatie, bevestigen het vermoeden dat ook bij langdurige ziekte en zware belasting de wens bestaat de scène te verlaten om een legaal en gezond leven te leiden en dit ook in de praktijk te brengen. Daarmee wordt een groep patiënten bereikt, die anders geen hoopvolle prognose zou hebben.

Niet in de laatste plaats voor het bovenproportionele aantal vrouwen, die hun hoop hebben gevestigd op een therapie met vervangende middelen, betekent deze vorm een hoopvoller perspectief met minder angst. Door de eerste financiële toezeggingen die wij inmiddels ook van de BfA (~ Federale verzekeringsinstantie voor ambtenaren) krijgen, verwachten wij in de komende tijd een nog hoger percentage vrouwen die vervangende middelen nemen in de kliniek.

Hieronder worden nog eens enkele fundamentele inzichten over het werk met en zonder vervangende middelen behandelde patiënten samengevat:

- door de mogelijkheid de vervangende behandeling tijdens de therapie tijdelijk voort te zetten, worden meer patiënten bereikt, b.v. vrouwen en mensen op gevorderde leeftijd.
- er worden patiënten met een toestand bereikt, die voorheen een belemmering voor deelname aan rehabilitatie was geweest.



- een gezamenlijke behandeling van met en zonder vervangende middelen behandelde patiënten in het kader van de klinische drugstherapie is zonder problemen mogelijk. Beide groepen accepteren elkaar in het dagelijks leven van de therapie.
- de behandelingsduur van de zonder vervangende middelen behandelde patiënten is langer dan die van de met vervangende middelen behandelde. Deze duur is echter vergelijkbaar met andere drugsklinieken.
- het percentage regulier ontslagen patiënten die zonder vervangende middelen worden behandeld is bovengemiddeld, het percentage regulier ontslagen patiënten met vervangende middelen komt ongeveer overeen met dat van andere instellingen.
- bij een beginosis tot 60 mg methadon is het meestal mogelijk binnen de reguliere verblijfsduur af te kicken bij Release.
- de doorstroom naar een baan, omscholing of opleiding is bij de tijdelijk met vervangende middelen behandelde patiënten ondanks de slechtere uitgangspositie net zo goed mogelijk als bij de patiënten zonder vervangende middelen.

## *Blik op de toekomst*

Behandeling van verslaving is een langdurig en complex proces. In de laatste jaren heeft het gedifferentieerde werk in een netwerk van verschillende opvangcentra en eisenpakketten bewezen goed te werken.

De verstrekking van vervangende middelen als methadon, polamidon en subutex is daarom tegenwoordig steeds normaler geworden. In de maatschappelijke en politieke discussie gaat het meer over thema's als verstrekking van originele drugs en gebruiksruimten. Hierover wordt zeerhevig gediscussieerd.

Behandeling met vervangende middelen is inmiddels een geaccepteerde vorm van hulpverlening, niet in de laatste plaats omdat veel bedenkingen die aanvankelijk gekoesterd werden, niet uit kwamen en omdat deze behandelingsmethode voor een bepaalde groep gebruikers hulp om te overleven of een niet meer weg te denken bouwsteen op weg naar een drugsvrij leven is.

De klinische rehabilitatie met een tijdelijke inzet van vervangende middelen, is een nieuwe, zinvolle en inmiddels succesvol geteste bouwsteen binnen dit systeem. De »Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen« (overeenkomst verslavingsziekten) van het Verband der deutschen Rentenversicherungsträger (Bond van Duitse pensioenfondsorganisaties), die sinds 1-7-2001 van kracht is, houdt hiermee rekening. Deze overeenkomst regelt de samenwerking van de ziekenfondsen en de pensioenfondsen bij de detox en de medische rehabilitatie (ontwenningbehandeling) van verslaafden. In bijlage 4 van deze overeenkomst wordt ook de »medische rehabilitatie van verslaafden ... met tijdelijk gebruik van een vervangend middel ... geregeld.«

***Het gebruik van vervangende middelen is een geaccepteerde vorm van ondersteuning geworden en als zodanig hulp om te overleven of als fase op weg naar een leven zonder drugs***

De resultaten van Release hebben dus nu al radicale veranderingen en ontwikkelingen veroorzaakt. Ze hebben ertoe bijgedragen dat de behandeling met vervangende middelen al werd opgenomen in deze nieuwe overeenkomst. De resultaten zijn daarom een mijlpaal in de klinische behandeling van drugsverslaafden en baanbrekend voor de medische rehabilitatie van verslaafden.

Toch is het zaak om de omstandigheden steeds weer te bediscussiëren en nieuwe inzichten uit het verslavingsonderzoek en ervaringen, ook uit het buitenland, te reflecteren, te integreren en het bestaande aanbod verder te ontwikkelen en nieuwe modellen toe te voegen.

De grote motor en mentor van de behandeling met methadon in Duitsland en vooral in Nordrhein-Westfalen, prof. dr. Robert Newman, heeft de deelstaatregering van Nordrhein-Westfalen in 1986, voor de start van de methadontest steeds weer gewaarschuwd dat drugsverslaving op zich zeer gedifferentieerd bekeken moet worden. Er is bijvoorbeeld de lichamelijke, de fysiologische verslaving, waaruit de honger naar opiaten ontspringt. Deze kan voortreffelijk worden behandeld met methadon. Daarnaast bestaat de psychische verslaving, die niet door methadon wordt beïnvloed. Hier helpt (misschien ook heelt) alleen het »zichzelf vinden« van het individu in de wereld. Methadon is voor het grootste gedeelte van de verslaafden echter de voorwaarde om weer te kunnen aanhaken aan het leven – met of zonder therapie<sup>2</sup>

*Auteurs van deze inleiding:*

*Rolf Buschkamp, secretaris Arbeitskreis für Jugendhilfe e.V. en*

*Karl H. Weber, hoofd van de kliniek Release*

---

<sup>2</sup> Vrij geciteerd uit een nog niet gepubliceerde rede van Hans-A. Hüsgen, naar aanleiding van het 5-jarig jubileum van de drugskliniek Release in Ascheberg-Herbern op 1-10-2001.

## *Verlag van de discussie over het thema klinische behandeling met methadon*

### ■ **Betekenis van de klinische therapie met methadon**

Het concept van de klinische therapie met behulp van methadon heeft aan Duitse zijde nog modelkarakter (op nationaal niveau drie instellingen), in Nederland bestaan daarentegen 11 klinieken die werken volgens een dergelijk concept (daarvan twee binnen de TACTUS-organisatie). De resultaten van de behandeling in Nederland zijn vergelijkbaar met de gepresenteerde resultaten van Release.

In tegenstelling tot de doelstelling aan Duitse zijde – de kostendrager legt het doel abstinentie vast – is in Nederland niet in eerste instantie abstinentie maar stabilisatie het doel – stabilisatie kan ook met methadon worden bereikt. Ongeveer 30% van de cliënten in Nederland stappen na de klinische behandeling over naar een onderhoudsprogramma. Een dergelijke mogelijkheid zou dhr. Weber ook graag zien voor zijn cliënten.

De behandelingsduur in de Nederlandse instellingen wordt flexibel gehanteerd: er wordt in principe uitgegaan van 13 weken, de behandeling kan echter ook na kortere tijd met succes worden beëindigd – de maatstaf is hier het bereiken van de behandelingsdoelen. Een ervaring in Nederland is dat cliënten die te maken hebben met strafrechtelijke druk een langere behandelingsduur hebben dan cliënten die geen problemen met justitie hebben. De door justitie »gemotiveerde« cliënten beëindigen de therapie vaker op reguliere wijze, dit schijnbare succes kan echter vaak niet vastgehouden worden tot in de na-klinische fase. Release heeft hiernaar nog geen onderzoek gedaan.

## ■ De methadonverstrekking tegen de achtergrond van nieuwe onderzoeksresultaten

Methadon wordt in Nederland steeds minder gezien als verslavend of vervangend middel, maar als medicijn. Om tot deze zienswijze te komen is een denk-leerproces nodig, waarbij o.a. het inzicht hoort dat bij chronisch verslaafden de neurotransmitter gestoord dan wel niet »normaal« ontwikkeld is (dopamine 2 ontbreekt). In deze gevallen moet medicamenteus worden behandeld, en hier is methadon momenteel het middel bij uitstek. Voor de stabilisatie van dergelijke gedupeerden moet ook een langdurige medicamenteuze behandeling mogelijk zijn zonder dat van te voren vastgelegd wordt dat daarna afgekickt moet worden.

De discussie over de uitbreiding van de medicamenteuze behandeling van verslaafden wordt momenteel in Nederland op hoog niveau gevoerd. Het is vrij zeker dat in de komende 10 jaar middelen zullen worden ontwikkeld, waarmee verslaving kan worden behandeld onder neurobiologische aspecten.

Een belangrijk aspect is de passende (»juiste«) dosering van methadon: met 40 mg kunnen ontwenningssverschijnselen worden voorkomen, maar niet het verlangen naar de »kick«, dus het bijgebruiken van andere middelen. Bij een dosis van 80 mg wordt ook het verlangen naar andere drugs geblokkeerd, hogere doseringen leiden echter tot meer gezondheidsproblemen, soms tot de dood. Een zo veel mogelijk individueel afgestemde therapie zonder de dwang of de eis om af te kicken lijkt van groot belang te zijn. Dat betekent dat de kern van de zaak differentiatie is, bij ieder afzonderlijk geval moet uitgezocht worden hoe iets in de praktijk werkt.

In Nederland heeft men in het algemeen meer oog voor effectieve maatregelen voor harm reduction. Dit heeft tot gevolg dat men meer rekening houdt met factoren die de sociale positie stabiliseren ten bate van langdurige methadonverstrekking en onderhoudsprogramma's (soms ook met een zeer lage dosis).

## ■ Methadon en justitie

De invloed van justitie op de medische behandeling door de justitionele druk die op cliënten wordt uitgeoefend wordt als problematisch gezien: daar waar op grond van deskundige en medische redenen een medische ingreep nodig is (methadonverstrekking) omdat de patiënten vanwege neurobiologische oorzaken helemaal niet in staat zijn tot abstinentie, wordt abstinentie toch afgedwongen. Bij welke andere ziekte beslissen buitenstaanders over noodzakelijke medische ingrepen?

***De verslavingszorg zal zich grondig moeten bezig houden met de sterker wordende stroming van de neurobiologie en haar invloed op de behandeling***

## ■ Sociale reïntegratie voor het afkicken of omgekeerd?

De vertegenwoordiger van de Duitse kostendrager wierp de vraag op of eerst een sociale reïntegratie moet worden uitgevoerd om daarna af te kicken, of dat de volgorde omgekeerd moet zijn om de sociale reïntegratie succesvol te kunnen laten verlopen.

Vanuit Nederlandse optiek wijzen de resultaten van wetenschappelijk onderzoek in eerste instantie uit dat het beter is af te kicken vóór de therapie en de reïntegratie. Praktijkervaringen laten echter zien dat er sterk verschillende wegen bestaan – er is dan dus sprake van tegengestelde inzichten. Een stabilisatie die voor de reïntegratie noodzakelijk is vindt vaak juist plaats via de methadonverstrekking, zodat de oriëntatie op abstinentie eerst naar de achtergrond verschuift. Het lijkt weinig zinvol te zijn het probleem dogmatisch aan te pakken en een »via regia« te verkondigen, die bij een niet te onderschatten deel van de cliënten leidt tot mislukking.

## ■ Waarom methadon en geen heroïneverstrekking?

Methadon is vanwege de in principe van de één maal per dag plaatsvindende verstrekking en op grond van het feit dat het niet psycho-actief is, veel beter geschikt dan heroïne. Methadon biedt mensen die weer een geregeld leven en niet meer dat van een verslaafde willen leiden en de gedachte van de abstinente levenswijze nog niet helemaal hebben opgegeven, een veel betere basis, o.a. omdat het gedrag minder sterk negatief wordt beïnvloed dan door heroïne.

Heroïne ten slotte, is beter geschikt voor mensen die geen detox willen, die voor zichzelf geen enkel drugsvrij perspectief meer zien en daarom als niet behandelbaar moeten worden aangemerkt.

***Dogmatisch handelen en het postuleren van de »koningsweg« kan niet het adequate antwoord zijn op bestaande vragen***

**Sybille Teunißen**

## *Geslachtsspecifieke / vrouwgerichte therapie*

**Inleidingen over geslachtsspecifieke therapie zijn vaak langdradig! En dat komt niet omdat het thema op zich zelf saai is, maar omdat het voor goed opgeleide en ervaren therapeuten – en dat zijn wij allemaal – enerzijds vanzelfsprekend is dat verslaving ook geslachtsspecifieke vormen en oorzaken heeft, waarbij echter niet duidelijk is welke verbanden hierbij een rol spelen. Anderzijds loopt men al snel gevaar een ideologische stempel opgedrukt te krijgen, vooral dan wanneer de spreekster ook nog een vrouw is.**

**Hoewel het nu niet bepaald verstandig lijkt om een dergelijke bijdrage te leveren vanwege alle gevaren, verheug ik me toch dat dit thema voor deze conferentie werd opgepakt en ik hoop dat ik u een interessante kijk kan bieden op het werk in de Westfaalse klinieken voor drugsverslaafden, waar men een speciaal geslachtsspecifiek behandelingsconcept hanteert.**

### *Theoretische basis van de geslachtsspecifieke behandeling*

Staat u mij toe te beginnen met enkele theoretische beschouwingen over het thema, waaruit blijkt waarom de WESD-klinieken besloten hebben zich in deze richting te specialiseren.

Het verslavingsgedrag van mannen en vrouwen kan niet los worden gezien van de verschillende socialisering (zie Vogt, Leopold, Tödtker & Breuker-Gerbig, 1998). De ontwikkeling die jongens en meisjes moeten doorlopen, verschillen bijvoorbeeld qua timing, inhoud en samenstelling (Franzkoviak, Helfferich, Weise, 1998). De vorming van een seksuele identiteit hangt bijvoorbeeld bij meisjes sterker samen met het loskomen van het ouderlijk huis en het aanknopen van intieme relaties dan bij jongens (Helfferich, 1994). De eigenlijke taak bestaat uit het verenigen van afzonderlijke taken. In dit verband kan het opnemen van de geslachtsidentiteit worden gezien als »doorsneetaak«, die alle andere taken beïnvloedt. (Franzkoviak, Helfferich, Weise, 1998).

Middelgebruik is in velerlei opzicht verbonden met de vorming van de geslachtsidentiteit. Voor vrouwen geldt daarbij, dat er een reeks van strategieën bestaat, die geïnterpreteerd kunnen worden als omgang met machteloosheid en angst binnen geslachtsrelaties (zie Franzkoviak, Helfferich, Weise, 1998). Afhankelijk van de steekproef gaan de onderzoeken ervan uit dat het percentage vrouwen dat in de kindertijd seksueel misbruikt werd, varieert van 30% tot 50%. (Zie Vogt, Leopold, Tödtke & Breuker-Gerbig, 1998). Drugsgebruik kan bij vrouwen met ervaringen met seksueel misbruik worden gezien als overlevingsstrategie (Mebes, 1989). Drugsgebruik helpt dan de belastende ervaringen te vergeten en subjectief weer handelingsbekwaam te zijn. De beschadigingen laten in velerlei opzicht sporen na en bemoeilijken het opbouwen van gelijkgerichte relaties, die gekenmerkt worden door onderling vertrouwen.

Met betrekking tot patronen die een rol spelen bij het beginnen en gebruiken van drugs kunnen eveneens belangrijke verschillen worden vastgesteld. Vrouwen zijn bij de »vroege drugsstarters« verhoudingsgewijs sterker vertegenwoordigd dan mannen. Mannen beginnen daarentegen vroeger met excessief alcoholgebruik dan meisjes (zie Vogt, Leopold, Tödtke, Gerbig, 1998). De functie van excessief alcoholgebruik kan worden geanalyseerd als demonstratie van mannelijkheid en als poging om moeilijkheden bij de omgang met meisjes en vrouwen te verwerken (zie Helfferich 1994). Mannen vertonen verder een »harder« gebruikspatroon dan vrouwen (Helfferich 1994).

Verder kunnen de volgende belangrijke verschillen in de biografie van drugsverslaafde vrouwen en mannen worden geconstateerd:

- School- en beroepsopleiding: vrouwen beschikken in vergelijking met mannen over een hoger opleidingsniveau. Daarentegen beginnen minder vrouwen met een beroepsopleiding of sluiten deze af (Hedrich 1989).
- Relatie: drugsverslaafde vrouwen hebben vaker een drugsverslaafde partner dan mannen, die er beter in slagen een partner zonder drugsproblemen te vinden (Dobler-Mikola 1996).

***De biografische verschillen tussen mannen en vrouwen – natuurlijk ook bij drugsverslaafden – vragen erom na te denken over geslachts-specifieke uitgangspunten***

- Financiering van drugs: de overlast door criminaliteit van gebruikende vrouwen is lager dan die van mannen (Vogt, Leopold, Tödtke, Gerbig 1998). Prostitutie is daarentegen een niet-gecriminaliseerde bron van inkomsten voor drugs (Lind-Krämer en Timper-Nittel 1992, Leopold en Steffan 1994).
- Gezondheidstoestand: volgens Ernst e.d. (1995) zijn meer vrouwen dan mannen bereid om spuiten te delen, waardoor deze een hoger risico lopen geïnfecteerd te raken. Onderzoek heeft aangetoond dat de HIV-prevalentie bij intraveneus gebruik bij vrouwen hoger is dan bij mannen (zie Vogt, Leopold, Tödtke, Gerbig 1998).

De genoemde onderzoeksresultaten maken nog eens duidelijk dat verslaving bij vrouwen in een andere context staat dan bij mannen. Psychotrope middelen worden door beide geslachten op verschillende wijze ingezet als reactie op problemen. Behandelingen moeten op geslachtsspecifieke wijze rekening houden met deze thematiek. In de therapie moeten echter ook gezamenlijke punten voor het voetlicht worden gebracht.

***Dat verslaving voor vrouwen en mannen in een verschillende context staan ontheft de behandelaars echter niet van de plicht om ook te kijken naar gezamenlijkheden***

## *Het aanbod van de klinieken van de WESD-bond*

Negen klinieken van de Westfaalse instellingen voor drugstherapie hebben zich tegen de achtergrond van hun mannelijke en vrouwelijke patiënten gespecialiseerd op geslachts/vrouw-specifieke therapie en standaards voor het therapeutische werk geformuleerd. Er bestaat in Westfalen geen instelling die uitsluitend vrouwen opneemt, wel zijn er twee instellingen die alleen mannen opnemen. Daaruit zijn echter tot dusver geen speciale standaards voor een man-specifieke therapie voortgevloeid.

De in 2000 geformuleerde kwaliteitsstandaards voor het geslachtsspecifieke werk benadrukken de noodzaak van de desbetreffende behandelingsconcepten op alle terreinen van de klinische medische revalidatie van drugsverslaafden, d.w.z. op medisch-psychotherapeutisch terrein en bij het aanbod voor integratie in de arbeidsmarkt, op het terrein van sport en vrije tijd. Bij een geïntegreerd aanbod voor vrouwen binnen de gemengde instellingen is vrouw-specifiek werk maar tot op beperkte hoogte effectief, wanneer niet tegelijkertijd ook man-specifiek werk plaatsvindt. In principe moet worden gestreefd naar een gelijke bezetting van mannen en vrouwen. De bezetting mag echter niet minder dan 3 vrouwen zijn. Vanwege de algemene criteria van de therapie, moeten verschillende ruimten voor vrouwen (en mannen?) ter beschikking worden gesteld wanneer het gaat om patiëntenkamers, sanitaire voorzieningen en de recreatieruimten.



Een therapeutisch begeleid aanbod voor vrouwen moet een vast onderdeel vormen van de therapeutische opzet en dit moet continu, d.w.z. ook bij een lage bezettingsgraad, worden volgehouden. Het aanwijzen van een therapeut(e) dient te gebeuren aan de hand van indicatoren. Een opname-proces-diagnostiek moet ook rekening houden met geslachtsspecifieke aspecten. De gekozen maatregelen en strategieën in de behandeling moeten o.a. rekening houden met de volgende zaken:

- de realistische inschatting van de eigen mogelijkheden en tekortkomingen,
- de ontwikkeling van autonomie en het kunnen aangaan van relaties,
- het intensief aan de orde stellen van de eigen grenzen en die van anderen
- het verwerken van traumatische ervaringen – gezamenlijk voor mannen en vrouwen en ook specifiek

Men is van mening dat er op de achtergrond continu moet worden gewerkt aan geslachtsspecifieke voorwaarden op het niveau van het therapeutische team.

## *Wat moet er nog worden gedaan?*

De vrouw-/geslachtsspecifiek werkende instellingen moeten zowel op theoretisch alsook op praktisch vlak werken aan de realisatie van hun pretentie in de behandeling. Tegelijkertijd zou ook begeleidend onderzoek moeten worden gedaan, dat de acceptatie en de effectiviteit controleert van geslachtsspecifieke behandelingsconcepten bij de cliënten van de klinische medische revalidatie, in het bijzonder bij de behandelde vrouwen en mannen.

Een wezenlijk punt is verder nog dat de instanties die verantwoordelijk zijn voor de financiële afwikkeling van de medische revalidatie, de realisatie van behandelingen die georiënteerd zijn op indicaties gaan ondersteunen door specialisaties. Dit geldt niet in de laatste plaats ook voor de financiële ondersteuning. Anders wordt namelijk ook in de toekomst verder zo gedaan alsof het ontstaan en de uitwerkingen van verslaving geslachtsneutraal zijn, tegen alle onderzoeksgegevens en ervaringen in!

*Sybille Teunißen is hoofd van de Beusinger Mühle.  
De literatuurlijst is verkrijgbaar via de auteur.*

***Geslachtsspecifiek  
werkende  
instellingen  
dienen zich verder  
in te spannen om  
hun behandelings-  
doelstellingen te  
verwezenlijken***

# *Verlag van de discussie over het thema geslachtsspecifieke/ vrouwgerichte therapie*

## ■ **De veronachtzaming van geslachtsspecifieke concepten**

Geslachtsspecifieke behandelingen in de eigenlijke zin van het woord bestaan in geen van beide landen. Zowel in Nederland alsook in Duitsland bestaan echter vrouw-specifieke behandelingen, klinisch en poliklinisch. Er werd maar sporadisch gebruik gemaakt van proeven met man-specifieke behandelingen in Nederland in het begin van de jaren '90.

Waarom wordt man-specifiek werk zo verwaarloosd? Waarschijnlijk omdat het een »zeer urgent« thema is, angst oproept en omdat er in vakkringen zeer tegenstrijdig over wordt gediscussieerd.

## ■ **Nederlandse ervaringen met vrouw-specifieke behandelingen**

Wanneer vrouwen in Nederland een intakegesprek voeren met de verslavingszorg, wordt hen de vraag voorgelegd of ze een mannelijke of vrouwelijke hulpverlener willen en er wordt onderzocht of een vrouw-specifiek aanbod of vrouw-specifieke groepen geschikt zouden kunnen zijn.

Door de integratie van het vrouw-specifieke concept in het regionale stelsel van hulpverlening lijkt de acceptatie van deze behandelingsvormen toe te nemen. De behoefte schijnt echter anderzijds ook weer niet zo groot te zijn dat dit aanbod nog verder uitgebreid zou moeten worden. Men was het erover eens dat voor vrouwen hogere drempels bestaan bij de toegang tot de hulpverlening – vastgelegde rollenpatronen en daarmee samenhangende verplichtingen bemoeilijken de toegang tot het hulpaanbod.

## ■ Verband van verslaving en seksueel geweld

In een onderzoek uit het begin van de jaren '90 werd het percentage cliënten dat te maken had gehad met seksueel geweld aangegeven met 70 %. Natuurlijk zou er eigenlijk een voldoende groot aanbod aan behandelingen op dit terrein moeten bestaan.

Het is echter ook opmerkelijk dat vrouwelijke en manlijke misbruikervaringen sterk verschillend worden ervaren – steeds duidelijker wordt dat er een veel groter aantal mannen is dat slachtoffer van seksueel geweld is dan tot dusver werd aangenomen. Deze mannen kunnen daar echter zeer slecht mee omgaan en zijn veel minder dan vrouwen in staat dit toe te geven.

De veranderingen op hulpverleningsgebied gaan in de richting – daar waar bewust wordt omgegaan met deze thematiek – van emancipatoire tot geslachts-specifieke concepten.

Het gaat in het algemeen (zo zou het moeten zijn) om behandeling, die georiënteerd is op de eigen mogelijkheden en qua nagestreefde levensmodellen meer keuzes biedt. Het mag daarbij niet uitsluitend gaan om misbruikervaringen.

***Het wordt steeds meer duidelijk dat het aantal mannen dat slachtoffer is van seksueel geweld groter is als steeds werd aangenomen***

## ■ Omgang met trauma's

Tenslotte werd nog gediscussieerd over het tijdstip van de verwerking van seksuele trauma's; het werd daarbij duidelijk dat dit tijdstip zorgvuldig moet worden gekozen omdat een grote stabiliteit nodig is om een her-traumatisering te voorkomen. Meestal wordt daarom de ervaring met seksueel geweld wel aan de orde gesteld in de klinische fase, maar er wordt niet aan gewerkt. Er is veel voor te zeggen de verwerking pas na de succesvolle sociale integratie ter hand te nemen. Het tijdstip van de verwerking wordt gewoonlijk vastgelegd in de diagnose.

**Adri Hulshof**

## *Het onderwerp motivatie*

**Het was ergens in het najaar van het vorige jaar dat Ruud Rutten mij vertelde dat Hans van Ommen contact met mij zou opnemen in verband met een uitwisselingsdag met Duitse collega's. Hij dacht dat ik deelname daaraan wel interessant zou vinden. En inderdaad dat vond ik. Het duurde dan ook niet lang of ik kreeg een telefoontje van Hans met de vraag of ik iets over sociale verslavingzorg wilde vertellen. Nu ben ik hoofd van het intramuraal motivatie centrum van Tactus, dus ik had natuurlijk kunnen verwachten dat de vraagstelling met betrekking tot deze voordracht nog specifiek zou zijn, namelijk vertel onze Duitse collega's iets over motiveren. Motiveren zit immers in de naam van het motivatiecentrum ingebakken, dus moet ik er als leidinggevende wel verstand van hebben. Inderdaad ik heb daar verstand van dus was Hans aan het goede adres.**

Nu suggereerde de uitnodiging echter ook dat ik in relatie tot het onderwerp motivatie een verband zou kunnen leggen met kortere behandelingen en daar ben ik persoonlijk nog niet zo van overtuigd, maar ik doe mijn best.

In de eerste plaats kwam bij mij direct de vraag naar boven »is er een relatie tussen kortere behandelingen en motivatie«? Of anders geformuleerd, is een kortere behandeling niet op zich al een motivator voor onze cliënten om zich in onze voorzieningen te laten opnemen?

Volgens mijn bescheiden mening luidt het antwoord op die vraag nee.

Een geheel andere vraag die vervolgens bij mij opkwam is de vraag, »moet je dan een hogere motivatie hebben om deel te kunnen nemen aan een korterdurende behandeling«? En ook daarop luidt volgens mij het antwoord nee.

De vraag die daarna pas bij me opkwam was de vraag, »wat is motivatie eigenlijk en welke rol speelt het dan wel«? Het antwoord daarop is volgens mij niet zo heel simpel te geven, maar omdat ik denk dat ik een beetje weet wat onze cliënten motiveert, zal ik de komende minuten toch mijn antwoord op die vraag proberen te formuleren.

Om een antwoord te kunnen geven moet ik u echter eerst iets vertellen over de specifieke doelgroep waarop ik mij in mijn dagelijkse werkzaamheden richt.

Het intramuraal motivatiecentrum, kortweg IMC genoemd neemt voornamelijk de kastelozen op uit de maatschappij die we ook wel de verslavingscène noemen. Deze maatschappij, van voornamelijk polidrugsverslaafde cliënten, heeft namelijk verschillende geledingen:

- Aan de top van deze maatschappij staan de »haves« de verslaafden die zich met genoeg geld, verkregen uit werk, handel et cetera, goed staande weten te houden en die zelfs niet echt opvallen als ze zich buiten de scène begeven. Vaak zijn dit de gebruikers die niet spuiten, niet bij de methadonpost komen en die er een redelijk normaal ogend bestaan op na houden. Hun gebruik houden ze over het algemeen redelijk in de hand. De economische noodzaak om te stoppen met het gebruik is laag, de lijdensdruk is laag, de motivatie tot verandering is laag.
- Daaronder zit de groep van verslaafden die zich redelijk staande weet te houden. Ze hebben het niet breed, maar werken regelmatig of dealen kleinschalig om het eigen gebruik een beetje te kunnen betalen. Ze hebben niet een echte machtspositie in de scène en zijn ook een beetje afhankelijk van de kruimels die de grote jongens laten vallen. Spuiten komt regelmatig voor, het gebruik is af en toe excessief, maar lang niet altijd. Ze zijn wel een regelmatige deelnemer in de methadonprogramma's, vaak in de weekverstrekking. Vaak zijn er kleinere problemen in de verschillende levensgebieden, zoals wonen, geld, gezondheid en relaties. In tijden van excessief gebruik is de lijdensdruk verhoogd, evenals de motivatie.
- Onder deze groep zit de groep kastelozen. Ze zijn arm, bezitten geen status, er zijn gezondheidsproblemen, er zijn veelvuldige contacten met justitie, vaak is er geen goede huisvesting en ga zo maar door. Het gebruik kenmerkt zich door de grenzenloosheid ervan evenals de wijze van gebruik, snuiven, slikken, spuiten noem maar op. Ze nemen stuk voor stuk deel in het methadonprogramma, meestal in de dagelijkse verstrekking. Ze zorgen voor overlast in het dagelijkse straatbeeld. De lijdensdruk is in de regel hoog en de motivatie ook.

De vraag bij de laatste groep is echter, de motivatie tot wat? Vaak is deze groep ervan overtuigd dat een bestaan zonder drugs voor hen niet weggelegd is en soms deel ik die mening.

De meeste cliënten zijn dus wel in de eerste plaats geïnteresseerd in verandering, maar vooralsnog niet in verandering van het gebruik. Ze zijn gemotiveerd voor het veranderen van hun dagelijkse bestaan als kasteloze. In mijn dagelijkse praktijk maak ik van deze motivatie gebruik om met deze cliënten in gesprek te komen over de noodzaak ook iets te veranderen in het gebruik van middelen, teneinde de door hen beoogde veranderingen te kunnen bewerkstelligen.

***De drugscene is een kastenmaatschappij; voor de laagste kaste, de paria's, is er het IMC***

Wij lokken dus de cliënten als het ware binnen op het IMC, door een verandering in het gebruik niet in de eerste plaats aan de orde te stellen. We bieden de cliënten methadon tijdens de opname, evenals benzodiazepines, voor zover dat gevraagd wordt en verantwoord geacht wordt. We veroordelen het gebruik niet, maar beschouwen het vooralsnog als een onderdeel van hun bestaan, maar we gaan wel in gesprek. We informeren naar wat het gebruik oplevert en wat het hun in het verleden gebracht heeft, we hebben het echter ook over wat het hen gekost heeft. We praten over de geneugten van het gebruik en over de lasten die het met zich meebrengt. En ondertussen proberen we een uitkering te regelen, iets aan de huisvestingssituatie te doen, de gezondheidssituatie in kaart te brengen en waar nodig te verbeteren. We proberen ze te vertrouwen, door ze met veel geld op zak boodschappen te laten doen. We proberen ze het gevoel te geven dat ze niet kasteloos zijn, maar voor ons de moeite waard. En uiteindelijk proberen we ze een kasboek van hun bestaan op te laten maken en respecteren elke uitkomst daarvan. Het is immers heel goed mogelijk dat het bestaan als verslaafde op dit moment toch nog meer opbrengt dan dat het kost, maar kasboeken worden meerdere malen opgemaakt en wie weet verandert de winst van het moment in verlies in de toekomst. In beide gevallen is de cliënt ons evenveel waard.

***Het kan zijn dat  
het leven als  
verslaafde meer  
voor- als nadelen  
heeft voor de  
verslaafde. De  
balans moet  
echter steeds  
opnieuw  
opgemaakt  
worden en kan  
ook veranderen***

## *Motivatie is een kwestie van economie*

Hoe meer je te winnen of te verliezen hebt, hoe groter de motivatie. Motivatie is ook geen constante in de behandeling. Een cliënt voor wie we net een uitkering geregeld hebben zal, als hij het geld éénmaal in de zak heeft gemotiveerder zijn om te gaan gebruiken dan toen hij nog geen geld had. Een cliënt die weer huisvesting heeft zal het moeilijker vinden om nog in de kliniek te zijn. In dat economische proces dat zich steeds afspeelt binnen die cliënt, moeten wij trachten steeds iets meer te bieden te hebben dan de wereld buiten de kliniek. De duur van de behandeling speelt daarin volgens mij maar een ondergeschikte rol. Ooit waren dezelfde cliënten immers bereid om twee jaar of langer in een therapeutische gemeenschap te verblijven. Ik ben ervan overtuigd dat iedere cliënt bereid is iedere behandeling te volgen die we maar willen bieden, onder de strikte voorwaarde dat deze behandeling voor hem, individueel, per saldo winstgevend is. Dat wil niet zeggen dat ik vind dat wij grenzeloos moeten zijn in wat we te bieden hebben, maar het betekent volgens mij wel dat we heel goed moeten luisteren naar de cliënt en dat we moeten doen wat binnen ons vermogen ligt om dat wat we horen te vertalen in een, voor de individuele cliënt, winstgevend zorgaanbod. En dan maakt het niet uit of dat zorgaanbod wat langer of wat korter duurt, zolang de cliënt maar ervaart dat het nog winstgevend is.

Een feit is echter dat je in ieder veranderingsproces, of dat nu de verbouwing van je huis of een verslavingsbehandeling is, op enig moment een punt bereikt dat je het wel even hebt gehad, je moet er even mee stoppen. Vanuit dat oogpunt ben ik zelf wel een voorstander van de kortere behandeling. Voor de cliënt en de hulpverlener is het goed te overzien. Je kunt op onderdelen goed je doelen »scoren«. Bij de doelgroep waarmee ik werk zie je dan ook vaak dat een cliënt een serie van kortere opnames »verkiest« om teneinde grotere doelen te realiseren. Wij proberen dan ook de opnameduur steeds meer aan het tempo van de individuele cliënt koppelen. Voor de ene cliënt is de rek er na 8 weken al uit en de andere houdt het wel 4 maanden vol, maar bij mijn doelgroep is daar in de regel de grens wel bereikt, tenzij je echt weer een grote stap kunt maken in de behandeling. De stap van een klinische situatie, naar een begeleid wonen project bijvoorbeeld. Maar dan verandert de situatie ook drastisch, dan zijn er weer andere doelen, andere prikkels en niet te vergeten andere begeleiders in de dagelijkse uitvoering. Van groot belang is echter de opname die slechts 8 weken heeft geduurd, terwijl van tevoren bijvoorbeeld 12 weken gepland was, niet als mislukt te beschouwen.

***Wij doen ons Best  
de duur van de  
behandeling aan  
te passen aan het  
tempo van de  
cliënt***

Afsluitend will ik voor de discussie de volgende twee stellingen poneren:

- Motivatie is een proces dat volgens economische principes verloopt.
- Meerdere kortere opnames zijn effectiever dan èen heel lange opname, mits je dat ook met de cliënt zo afstemt.

*Adri Hulshof is hoofd van het IMC bij TACTUS.*

## *Verlag van de discussie over het thema motivatie*

### ■ De doelgroep voor de klinische motivatie

Het gaat in eerste instantie om een aanbod voor de meest verpauperde groep verslaafden, die zich niet kunnen voorstellen zonder drugs te leven. Ze zijn arm, hebben problemen met justitie en om een onderdak te vinden. Ze willen soms wel veranderingen, maar die hebben dan geen betrekking op het drugsgebruik. Deze doelgroep kan veel beter worden bereikt middels kortdurende klinische »pogingen«, dan door langdurige programma's.

Het motiverende werk vindt daarom plaats binnen een kortdurende behandeling. Het is echter niet zo dat een korte behandeling ook automatisch motivatiebehandeling is. Het is duidelijk dat voor of tijdens kortere behandelingen ook de motivatie stijgt of gemakkelijker te bereiken is.

Het doel is in gesprek te komen, ook over de noodzaak het gebruikspatroon te veranderen – zonder dat hierbij meteen het doel van de desbetreffende veranderingen wordt vastgelegd. De functie van het gebruik en de belastingen die daaruit voortkomen (bijvoorbeeld de woonsituatie en de factor geld) kunnen aan de orde worden gesteld.

### ■ Stellingen bij de motivatie / oplossingsgerichte opzet

Een heel belangrijk uitgangspunt is de oplossingsgerichte opzet, waarmee niet in de eerste plaats de verslaving wordt behandeld. Ook het herkennen van de eigen verslaving staat niet op de voorgrond, daarentegen wel het streven om de problemen in het leven van alledag op te lossen. De therapie-moeheid, die in Duitsland vaak wordt geconstateerd, wordt vermeden doordat bij de cliënten niet worden aangedrongen om thema's op te pakken t.b.v. de therapeutische verwerking. Het verschijnsel therapie-moeheid bestaat natuurlijk ook in Nederland, maar doordat steeds opnieuw wordt opgenomen, geeft men de cliënten de kans om ook positieve ervaringen op te doen met klinische fasen. Deze vergemakkelijken de terugkeer naar de behandeling en verhogen op deze wijze de effectiviteit van het werk.

***Een heel  
belangrijk  
uitgangspunt is de  
oplossingsgerichte  
opzet, waarmee  
niet in de eerste  
plaats de  
verslaving wordt  
behandeld,  
daarentegen wel  
het streven om de  
problemen in het  
leven van alledag  
op te lossen***



Wat uiteindelijk positief werkt, is de onbevangenheid en de eenvoud waarmee het motivatieprobleem wordt aangepakt. Praktische hulp, die de situatie in het leven van alledag verbeteren, leiden tot waarneembare veranderingen, die op hun beurt de motivatie schept voor het nemen van verdere stappen.

Wanneer therapiemoedigheid een symptoom voor het kernthema is, en daarmee gelijk staat aan vermijding, dan werkt het concept op dezelfde wijze – heeft dan soms echter meer tijd nodig en het moet vaker opnieuw worden opgepakt.

Aan Duitse zijde werd toegegeven dat de cliënten vaak in structuren worden gedrongen, die ze niet accepteren en waarheen ze niet willen worden gedwongen. Dit bemoeilijkt zowel het werk voor de medewerkers alsook voor de cliënten en belemmert het opbouwen van een relatie die gebaseerd is op vertrouwen. In Nederland is dit een onmisbare basis voor het behoud van het contact en het verdere werk bij de volgende ontmoeting.

De Nederlandse collega's formuleren op deze wijze een klantgerichte opzet, die uitgaat van de noodzaak dat de cliënt zelf opdracht geeft tot behandeling. Behandelingsfasen kunnen slechts zolang voortduren zolang daartoe opdracht wordt gegeven. De achterliggende gedachte is de theorie dat verslaving een cyclisch proces is en dat daarom ook aan het stoppen van de verslaving cyclisch vorm moet worden gegeven.

***Aan Duitse zijde werd toegegeven dat de cliënten vaak in structuren worden gedrongen, die ze niet accepteren en waarheen ze niet willen worden gedwongen***

## ■ Politieke en maatschappelijke verbanden en/of doelen

Het inzicht aan Nederlandse zijde dat therapie kan leiden tot een beter leven, maar dat een beter leven soms ook kan leiden tot betere therapeutische mogelijkheden, is niet alleen gebaseerd op praktische ervaringen, maar ook op politieke druk. Overlast op straat die ontstaat door de verpaupering van de doelgroep, leidde tot druk vanuit de overheid.

Er worden oplossingen verwacht, die ook de nationale strategie »Resultaten scoren« weerspiegelen. Bij de invoering van dit nationale »verbeteringsprogramma« waren ook hier en daar verwijten aan het adres van de verslavingszorg te horen, dat men te conservatief en te weinig innovatief zou zijn. Het financieringssysteem werd daarom ook aan de effectiviteit gekoppeld.

Deze ontwikkeling werd vergemakkelijkt – misschien wel mogelijk gemaakt – door de overzichtelijkheid van de financiering van dit hulpaanbod aan Nederlandse zijde en door de ondersteuning door justitie.

## ■ Wat is anders in Duitsland?

Vastgesteld werd dat aan Duitse en Nederlandse zijde principieel hetzelfde mens-beeld heerst wanneer het gaat om de kijk op de doelgroep. Een verschil is dat het Duitse systeem van hulpverlening en de financiering veel ingewikkelder is en dat een »centrale« sturing, vergelijkbaar met »Resultaten scoren«, niet bestaat. Alle betrokken »subsystemen«, instanties, overheden en verantwoordelijke organisaties oriënteren zich zeer sterk aan het eigen belang. Discipline-overkoe-pelende samenwerkingsverbanden bestaan nauwelijks en het »denken in ver-banden« is nog niet in praktijk gebracht.

De creativiteit, die aan Nederlandse zijde leidt tot een vraaggericht aanbod, zoals het besproken motiverende werk, kan alleen ontstaan en werken door vrije ruimte – ook op financieel gebied. Met vastgelegde bedragen voor bepaalde gevallen kan een oplossingsgericht concept niet worden gerealiseerd – hiermee was ook dhr. Lappe, vertegenwoordiger van een Duitse organisatie die financieel verant-woordelijk is voor behandelingen (echter niet voor deze doelgroep) het eens.

*De blauwe man stond op en wandelde door het kamp. Hij bleef voor iedere tent staan en groette de daar verzamelde mensen met een kleine beweging van zijn hoofd. Na een tijdje keerde hij terug en ging weer bij het vuur zitten.*

*Hij tilde twee ongeveer even grote stenen op en woog ze in zijn hand. Terwijl hij zijn handen in het duister vrijwel onzichtbaar op en neer bewoog zei hij:*

*De verhouding tussen goed en kwaad, tussen datgene wat de mens verenigt en datgene wat de mensen scheidt en ze ertoe verleidt elkaar te haten en jaloers op elkaar te zijn, komt overeen met de verhouding tussen deze twee stenen. Welke is zwaarder en welke lichter?*

*Opeens liet hij zijn linkerhand zakken en hief zijn rechter omhoog. Wanneer jaloezie en afgunst heersen, waarom zouden de mensen dan nog bij elkaar blijven? Dan begint de tijd van de strijd en de diefstal. Dan moet iedereen met de dolk in de hand vol angst zijn vrouw be-waken. De waterzak en de tent mogen niet uit het oog worden verlo-ren en iedereen moet zelfs in zijn slaap de teugels van zijn kameel vast blijven houden. Er bestaat geen familie, geen clan, geen stam, geen volk meer. Iedereen wantrouwt de ander.*

*Hij legde de twee stenen op het tapijt.*

*Zo leven jullie toch, jij en je landgenoten, niet waar?*

Amenokal Alhavi: De wijsheid van de Tuareg

**Roland Helsper**

# *Instellingen voor adaptatie voor mensen met meervoudig middelengebruik in Westfalen*

## *Algemeen*

De medische revalidatie van drugsverslaafden, die bestaat uit de ontwenning (fase 1) en de adaptatie (fase 2) is veelal (nog) niet afgesloten na de klinische ontwenning!

Instellingen voor adaptatie vormen de overgang van ontwenningbehandeling naar zelfstandig leven.

De doelgroepen zijn patiënten, die na de afgesloten ontwenningbehandeling nog verder behandeld moeten worden.

Het zwaartepunt van de medische revalidatie in de instellingen voor adaptatie is integratie op de arbeidsmarkt en sociale integratie, waarbij de psycho- en sociaaltherapeutische behandeling wordt voortgezet.

## *Enige klientendata*

Aan het begin van de behandeling zijn de meeste patiënten werk- (98%) en dakloos (99%).

Alle patiënten hebben aan het einde van de behandeling een eigen woning.

60% van de regulier ontslagen patiënten volgt aan einde van de behandeling een opleiding of heeft werk.

## *Aanbod in de instellingen voor adaptatie*

- therapeutische gesprekken voor groepen en individuen
- sollicitatietrainingen (computercursus)
- arbeidstherapie om de prestatiegrens en de belastbaarheid te bepalen
- begeleiding en bemiddeling bij stages voor het testen van de belastbaarheid
- in- en externe sportactiviteiten
- hulp bij officiële aangelegenheden
- regelingen i.v.m. schulden
- medisch advies, interferonbehandeling e.d.
- stabilisatie van de abstinente houding en motivatie
- verwerking van een terugval

## *Instellingen voor adaptatie binnen de verband WESD*

In de verband WESD zitten momenteel 4 instellingen voor adaptatie met in totaal 52 plaatsen.

Er is een veelheid aan verantwoordelijke instanties en er zijn verschillende netwerken met instellingen voor ontwenningbehandeling.

Alle instellingen hanteren hetzelfde algemene concept.

Een passende bemiddeling van patiënten, als aanvulling bij de behandeling, is door het grote aantal verantwoordelijke instanties en de verschillende concepten gega-randeerd.

Momenteel wordt als voorbeeld in Westfalen de flexibilisering en differentiatie van fase 2 (adaptatie) getest.

Dit houdt klinische, half-klinische en poliklinische behandelingsfasen in, die naadloos in elkaar overlopen.

*Roland Helsper is sociaal-pedagogisch hoofd van de nazorginstelling NADO.*

**Rolf-Bernd Lappe**

## *Adaptatie – tweede fase van de medische rehabilitatie voor verslaafden*

**De adaptatie is – in ieder geval begripsmatig – de jongste telg van ons hulpverleningsaanbod voor verslaafden. Dit werd in april 1994 als laatste bouwsteen veilig gesteld door het algemeen concept van alle organisaties die verantwoordelijk zijn voor de wettelijke pensioenverzekering. De ziektekostenverzekering heeft het concept op federaal niveau goedgekeurd.**

**Dit betekent natuurlijk niet dat iets als adaptatie vóór 1994 niet bestond – ik wil de vroegere activiteiten in geen geval te kort doen.**

### *Eerst enkele opmerkingen en cijfers over het jongste verleden:*

De pensioenverzekering is op grond van de jurisdictie van het BSG (Federaal gerechtshof voor sociale zaken) verantwoordelijk voor prestaties in de adaptatie-fase. Dit is zo omdat duidelijk is dat de rehabilitatie van verslaafden een duidelijk sterkere integratie van maatregelen op sociaal en maatschappelijk gebied behoeft. Het gaat met name om de voorbereiding op de herintegratie op de arbeidsmarkt, want dat is zoals bekend onze wettelijke taak.

De LVA Westfalen verstrekt sinds 01-07-1993 – overigens net als de andere pensioenverzekeringsorganisaties – de desbetreffende toezeggingen voor adaptatiemaatregelen.

Het aantal aangevraagde adaptatiemaatregelen nam gestaag toe:

- 1994 = 288
- 1995 = 375
- 1997 = 375
- 1998 = 361
- 1999 = 355
- 2000 = 350

Het percentage ingewilligde aanvragen ligt inmiddels duidelijk boven 80%.

De gemiddelde behandelingsduur bij de adaptaties in Westfalen-Lippe bedroeg vorig jaar 89 dagen.

Tot dusver zijn 11 instellingen in Westfalen-Lippe door ons erkend als speciale instellingen voor adaptatie en hierheen worden regelmatig cliënten verwezen. Deze instellingen beschikken in totaal over 142 behandelingsplaatsen.

De behoefte aan adaptatie-plaatsen zou veel groter moeten zijn – en daarom trachten wij te komen tot een actuele planning van de doelstellingen. Wij zullen afhankelijk van de resultaten eventueel dit onderdeel van de rehabilitatie-keten voor verslaafden verder uitbreiden. De adaptatie heeft vanwege de bijzondere betekenis voor ons als pensioenverzekeraar een bijzondere functie – in het bijzonder in tijden waarin een hoge werkloosheid heerst. Ter illustratie slechts één cijfer: er zijn instellingen die melding maken van een werkloosheidspercentage van 60% en hoger bij de cliënten.

Het algemeen concept »Adaptatie« heeft – en daarmee kom ik tot de concrete inhoud – de volgende zwaartepunten:

## *1. Adaptatie als deel van de medische rehabilitatie*

*De adaptatie is een integraal onderdeel van de medische rehabilitatie van verslaafden*

De adaptatie is geen onderdeel van de nazorg na een klinische ontwenningbehandeling, zoals dit ten onrechte steeds weer wordt gesteld, maar is een **integraal onderdeel van de medische rehabilitatie van verslaafden**. Wij maken onderscheid in fase 1 (ontwenning) en fase 2 (adaptatie).

De kosten van fase 2 moeten daarom ook worden gedragen door de organisatie die financieel verantwoordelijk is voor de rehabilitatie. Dit is de organisatie die ook verantwoordelijk is voor de algemene medische rehabilitatie en zodoende ook verantwoordelijk is voor het eerste gedeelte, de ontwenningbehandeling.

Er bestaan momenteel problemen bij de wettelijke ziektekostenverzekering, die de geïsoleerde adaptatie in instellingen voor adaptatie niet erkennen. Wij voeren op dit moment overleg met onze collega's in de bonden voor ziektekostenverzekering en hopen dat in de nabije toekomst een verandering kan worden bereikt.

## *2. Taken en doelen van de adaptatie*

Voor het bereiken van de doelen van de rehabilitatie is het – van geval tot geval verschillend vanwege de individuele uitwerkingen van de verslaving – een uitsluitend verslavings-klinische, medische behandeling ontoereikend. Om beter in staat te zijn (weer) te gaan werken, moet onder reële omstandigheden worden getest of de verzekerde in staat is voor zich zelf te zorgen en zelf verantwoordelijk te zijn voor zijn eigen leven.

De verantwoording van buiten af moet in de adaptatie snel en duidelijk afnemen ten gunste van de eigen verantwoording. De verzekerde heeft nu een grote vrije ruimte nodig. Hij hoeft niet meer steeds bewaakt en verzorgd te worden. De tekortkomingen die in de ontwenningbehandeling naar voren zijn gekomen moeten zo veel mogelijk worden opgeheven in de instelling voor adaptatie.

Hiervoor is een wetenschappelijk gefundeerd concept nodig en doelgerichte rehabilitatie door het hele team.

Het hebben van een woning en/of een baan is meestal een criterium om niet te mogen deelnemen aan de adaptatie.

Wanneer tijdens de adaptatie blijkt dat bij een cliënt niet of niet meer gerekend mag worden op een herintegratie op de arbeidsmarkt, dan is de LVA niet meer verantwoordelijk, dat betekent dat de instelling zich voor de kosten moet wenden aan de sociale dienst.

## *3. Inhoud van de adaptatie*

De adaptatie is een fase waarin een opening naar buiten wordt gecreëerd, resultaten van de therapie worden uitgetest en de verzekerden naar een toestand worden geleid waarin ze zelfstandig kunnen handelen op het werk en in het leven van alledag.

De medische verzorging moet in principe afgesloten zijn, zodat snel kan worden begonnen met werken. In de adaptatie gaat het meer om een verantwoorde medische begeleiding. Het is meestal voldoende wanneer een arts 6 tot 8 uur per week ter beschikking staat in de instelling voor adaptatie.

***De verantwoording van buiten af moet in de adaptatie snel en duidelijk afnemen ten gunste van de eigen verantwoording***

De adaptatie houdt dus in:

- De opening naar buiten, naar een steeds meer zelfstandig gestructureerd verloop van de dag,
- het vasthouden en testen van de capaciteiten van de verzekerde onder normale omstandigheden, vooral door het testen van de werkbelasting op de werkvloer. Daar waar dit niet mogelijk is, moeten ten minste moderne werkplaatsen met niet-verouderde technische apparaten ter beschikking staan. Arbeidstherapie is meer dan zorgen voor zichzelf, is meer dan huis- tuin- en keukenwerk, en moet verschillende werkterreinen omvatten – overeenkomstig het beroep van de cliënt.
- het werken aan een leven onder eigen verantwoordelijkheid onder begeleiding,
- het weg leiden van de belangrijke groeps- en individuele therapie naar begeleidende en aanvullende therapieën; weg leiden van hulp aanbieden naar hulp vragen.

Het is daarom juist en ook belangrijk dat de adaptatiefase, als tweede deel van de medische inspanningen voor het bereiken van rehabilitatie, precies aansluit op de ontwenningbehandeling in de instelling voor langdurige therapie. Dat betekent dat in de instellingen voor langdurige behandeling vroeg moet worden aangestuurd op de adaptatie en dat de formaliteiten moeten worden afgehandeld.

***Nazorg kan zowel gegeven worden in de instelling waar ook de eerste rehabilitatiefase plaats vindt als ook in een speciale instelling die uitsluitend dient voor nazorg***

## 4. Rehabilitatiecentra

Adaptatiebehandelingen kunnen zowel in de eigen instelling worden doorgevoerd waar ook de eerste rehabilitatiefase plaatsvindt, alsook in een bijzondere instelling die uitsluitend gericht is op adaptatie. Dit hangt b.v. af van de geografische ligging van de instelling, het therapeutische concept, de regionale omstandigheden e.d.

Wanneer er twee verschillende instellingen voor de rehabilitatie worden gekozen, moeten deze afspraken maken over de timing en de inhoud, waarbij – ik herhaal dit nog eens – zo vroeg mogelijk moet worden aangestuurd op adaptatie.

De therapeuten van beide instellingen zijn verplicht om alle informatie uit te wisselen die nodig is voor de voortzetting van de rehabilitatie van de verzekerde, zodat hiaten en overlappingsen worden vermeden.

De specialistische klinieken moeten daarom bijzonder nauw samenwerken met bepaalde adaptatie-instellingen.



## 5. Concept voor de adaptatie-instelling

De adaptatie-instellingen mogen in geen geval werken volgens een star therapeutisch plan dat voor iedere verzekerde gelijk is. Dit laten de verschillende behoefte aan rehabilitatie bij de opname van de verzekerde en de individuele omstandigheden bij de rehabilitatie niet toe.

De concepten voor de adaptatie-instellingen moeten de volgende hoofdelementen bevatten:

- De criteria en de procedures die bestaan voor de keuze van de cliënten en waaraan bij opname van een verzekerde moet worden voldaan. Daarbij moet duidelijk worden dat de adaptatie-instelling uitgaat van een ontwikkelingsstadium van de verzekerde waarin hij zich geheel kan concentreren op de doelen van de adaptatie.
- De concrete doelen van de desbetreffende adaptatie-instelling.
- De middelen die ingezet worden om het proces van ontwenning voor de verzekerde zoveel mogelijk in te korten.  
Bijvoorbeeld kunnen al tijdens de ontwenningbehandeling één of meer sollicitatiegesprekken in de instelling worden gevoerd. Verder kunnen op proef wonen en vergelijkbare acties worden uitgevoerd.
- De middelen en methoden die worden ingezet voor de adaptatiefase. Hierbij hoort vooral het presenteren van de samenwerking met het verantwoordelijke arbeidsbureau en een beschrijving met welke en in welke omvang met bedrijven wordt samengewerkt bij de stages.
- Noemen van de ontwenninginstellingen waarmee samenwerking overeen gekomen is.
- De mogelijkheden en voorzorgsmaatregelen die bestaan voor de tijd na de adaptatiefase. Hierbij hoort vooral de verklaring met welke afdelingen van »begeleid wonen« wordt samengewerkt en eventueel een verklaring over welk instrumenten (b.v een tijdelijke gezamenlijke woning) met hoeveel plaatsen de adaptatie-instelling zelf beschikt en op welke wijze steeds een precies passende overgang kan worden gegarandeerd.

Bij de rehabilitatie-instellingen die beide terreinen – ontwenning en adaptatie – aanbieden, moeten de bovengenoemde eisen in het algemeen concept genoemd en verklaard zijn.

***De adaptatie-instellingen mogen in geen geval werken volgens een star therapeutisch plan dat voor iedere verzekerde gelijk is***

## *Eisen aan de adaptatie-instellingen*

### **Ligging**

De instellingen voor de adaptatiefase moeten zo gesitueerd zijn dat ze hun taken zonder bijkomende problemen kunnen vervullen. Dat betekent dat bijvoorbeeld bij het bezoek van het arbeidsbureau en vooral bij het stage lopen niet te veel en te ver moet worden gereisd (op loopafstand).

Een aansluiting aan het openbaar vervoer is gunstig, soms is het zelfs een eis.

### **Grootte en outillage**

De adaptatie-instelling moet beschikken over een bepaald aantal plaatsen, die een economische en spaarzame exploitatie van de instelling mogelijk maken en therapeutisch zinvol zijn. Wij zijn van mening dat momenteel het taakgebied tussen 12 en 20 behandelingsplaatsen vereist. Er dienen zowel eenspersoons- als tweepersoonskamers aanwezig te zijn.

Wanneer een instelling op grond van zijn opzet niet kan garanderen dat via overeenkomsten met bedrijven stages kunnen worden gevolgd, moet hij beschikken over een passende arbeidstherapie. Dit thema het ik al concreet besproken.

### **Personele bezetting**

Een **arts** die gekwalificeerd is voor het werk met verslaafden moet op een **verantwoordelijke** positie werkzaam zijn in de instelling.

De instelling moet beschikken over ervaren gediplomeerde **maatschappelijk werkers/ sociaalpedagogen** met een aanvullende kwalificatie, waardoor een vakkundige verzorging kan worden gegarandeerd.

Een instelling moet beschikken over **vakmensen voor de begeleidende groepstherapeutische** en moet voor verzekerden die niet deelnemen aan een stage, beschikken over een arbeidstherapeut met een desbetreffende aanvullende kwalificatie.

De terreinen »**administratie**« en »**huishouding**« moeten beschikken over voldoende personeel.

***Vanzelfsprekend worden de eisen op het gebied van ligging, inrichting en personeel afgestemd op de behoeften van de verzekerde***

Het precieze aantal personeelsleden hangt af van het aantal therapieplaatsen en het concept dat moet worden afgesproken met de kostendrager.

In de praktijk kunnen eventueel verschillen bestaan tussen adaptatie-instellingen voor drugsverslaafden en alcohol- en medicijnverslaafden.

## *Duur van de adaptatiefase*

Dit is waarschijnlijk het meest explosieve thema:

Cliënten die in de adaptatie gaan, hebben de ontwenningbehandeling afgesloten(!!!) Dat moet duidelijk worden gesteld. Een 6 weken durende aanpassingsfase – zoals door sommigen geëist – is daarom niet noodzakelijk. Na 1 tot 2 weken moet beslist worden begonnen met werken. De duur van de adaptatie moet dan individueel worden vastgelegd en moet afhankelijk zijn van de graad van rehabilitatie die in de specialistische kliniek bereikt is.

Wanneer de door mij geschetste inhoud van de adaptatie zowel door de specialistische kliniek als door de adaptatie-instelling wordt opgepakt en hierover onderling afspraken worden gemaakt, kan de adaptatiefase worden ingekort.

Voor alcohol- en medicijnverslaafden zijn adaptatie-activiteiten volgens ons niet de normale weg, zodat de duur van de therapie individueel kan worden vastgelegd.

Voor het terrein van de drugs is een periode tot 10 maanden van therapie de regel. Hierbij geldt een verhouding van 6:4 voor de ontwenning en de adaptatie. U ziet dat wij ons duidelijk in de richting van de adaptatie hebben bewogen.

Een verandering van deze verhouding tussen ontwenning en adaptatie is natuurlijk mogelijk op basis van de individuele behoefte. De maximale tijd mag echter niet worden overschreden. Het laatste terrein, de adaptatie dus, is dan het kind van de rekening.

***In de regel duurt de therapie 10 maanden – met het begin van de adaptatie is fase 1 van de ontwenning afgesloten***

## *Administratieve procedure*

Ook de opname in een adaptatie-instelling moet vooraf worden goedgekeurd door de kostendrager. Voor een goedkeuring is vereist dat de verzekerde geruime tijd voor de geplande overstap naar de adaptatie-instelling (tenminste 4 weken voor de geplande overplaatsing) een aanvraag indient.

***In principe moet de overgang naar de adaptatiefase worden aangevraagd. In de toekomst zal er vaker direct toestemming worden gegeven voor beide fasen***

Aan de aanvraag moet een concrete en diepgaande motivatie van de specialistische kliniek worden toegevoegd, waarin antwoord wordt gegeven op de volgende vragen:

- Wat heeft de verzekerde tot dusver bereikt in het kader van zijn rehabilitatie?
- Welke tekortkomingen bestaan er en hoe groot zijn deze?
- Op welke wijze moet de therapie worden voortgezet?
- Welk doel kan daarmee worden bereikt?
- Hoe lang moet de adaptatie waarschijnlijk nog duren?
- Welke afspraken zijn gemaakt over de mogelijkheden tot overplaatsing?

Deze aanvraag is alleen dan overbodig wanneer de kostendrager voor het begin van de behandelingsfase een uniforme en de twee fasen omvattende goedkeuring afgegeven heeft.

Dit zal in de toekomst in versterkte mate gebeuren.

In deze gevallen volstaat een mededeling aan de kostendrager over de overplaatsing naar de adaptatiefase.

### **Kosten**

De vergoeding voor de adaptatie-instelling moet – overeenkomstig het taakgebied – duidelijk onder die van een instelling voor langdurige therapie liggen.

*Rolf-Bernd Lappe is hoofd van de Westfälischen Arbeitsgemeinschaft in der Landesversicherungsanstalt Westfalen*

***Begin 2001 is er door de Koordinationstellen van het Landschaftsverband Rheinland (Keulen) en het Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Münster) een brochure uitgegeven waarin informatie wordt verstrekt over de adaptatie-instellingen: Adaptionsangebote für Abhängigkeitskranke in Nordrhein-Westfalen (zie p. 60)***

## *Verlag van de discussie over het thema adaptatie*

Een discussie die vergelijkbaar is met die over de voorafgaande thema's en tot bruikbare resultaten leidde, vond na deze inleidingen niet meer plaats – dit lag zeker ook aan het feit dat er twee inleidingen over dit thema werden gehouden die inhoudelijk gezien duidelijk waren, maar het lag ook aan het late tijdstip.

Het werd duidelijk dat de nazorg in Nederland en de adaptatie in Duitsland maar tot op bepaalde hoogte met elkaar kunnen worden vergeleken. Nazorg is altijd een onderdeel van het behandelingssysteem dat volgt op de klinische therapie, terwijl adaptatie een integraal bestanddeel van de »medische revalidatie van verslaafden«, in zekere zin de »verzelfstandigingfase« van de klinische behandeling is. Zoals aan het begin geschetst door dhr. Lappe, kwam het in 1994 tot een verandering van de structuren van de medische revalidatie, met de adaptatie als tweede fase. Voor dit tijdstip bestond in Duitsland ook een zelfstandige »Nachsorge«, die zeker beter vergelijkbaar was met de Nederlandse nazorg.

De schets van dhr. Lappe als vertegenwoordiger van de instantie die in Westfalen-Lippe verantwoordelijk is voor de financiering van de medische revalidatie en zodoende ook voor de adaptatie, was voor de Nederlandse zijde interessant wat betreft het inzicht in de gecompliceerde structuren van de hulpverlening. Deze wijken duidelijk af van de Nederlandse gang van zaken.

## *Evaluatie van de bijeenkomst door de WESD-leden*

**De leden van de WESD-bond waren voor hun voorjaarsvergadering van 2002 drie dagen te gast in Nederland. Eén dag van het verblijf aldaar, werd benut voor een thematische gedachtenwisseling met Nederlandse collega's. Een onderdeel van het programma was natuurlijk ook een evaluatie van de laatste dag van deze uitwisseling. Deze werd gezamenlijk verzorgd door de twee BINAD-vertegenwoordigers Hans van Ommen en Rüdiger Klebeck.**

**De belangrijkste indrukken en inzichten van de Duitse deelnemers worden hieronder weergegeven.**

### *Algemene conclusie*

Alle deelnemers waren van mening dat deze bijeenkomst en de uitwisseling van informatie d.m.v. inleidingen en discussies zeer positief en productief was. De deelnemers hadden op enkele uitzondering na tot dusver nog geen beroepsmatige contacten met Nederland, zodat de inhoudelijke discussie met Nederlandse collega's een begin was. Een begin waarvan de WESD-leden zich zeker een voortzetting zouden kunnen voorstellen.

Het was duidelijk dat de inhoudelijke gedachtewisseling – door de WESD-leden waren vooraf vijf thema's genoemd – een productief kader was, vooral ook omdat de inleidingen al naar gelang het thema gehouden werden door de Duitse of Nederlandse zijde. Het principe dat ten grondslag lag aan de planning van deze bijeenkomst was dat beide »zijden« zo gelijkberechtigd mogelijk de ruimte zouden krijgen, zonder dat Duitse of Nederlandse zijde de bijeenkomst zou domineren. Hoewel het aantal Duitse deelnemers (14) toch duidelijk boven dat uit Nederland lag (8), verliepen de discussies in een evenwichtige sfeer.

Een belangrijke factor voor het succes van de bijeenkomst was de simultane vertaling, waardoor alle deelnemers in hun eigen taal konden spreken – een belangrijke voorwaarde voor een »soepel« verloop van de bijeenkomst. Van de Nederlandse deelnemers werd dus niet, zoals bij andere gelegenheden helaas vaak gebruikelijk, vanzelfsprekend verwacht dat ze Duits kunnen spreken.

Kenmerkend voor de bijeenkomst was de positieve sfeer en de openheid van de deelnemers voor de »andere kant«, de onbeperkte acceptatie van de competentie van de »anderen« en de steeds weer waar te nemen wens om te leren van de gepresenteerde resultaten en zienswijzen. Daarbij hoort de wens om de resultaten zo goed mogelijk te gebruiken voor de discussie over de eigen »dagelijkse gang van zaken« op het vakgebied. Het ging er daarbij minder om dat men verwachtte »recepten« voor bepaalde kwesties of probleemgebieden voorgeschoteld te krijgen; de uitwisseling op vakniveau en het onderlinge gesprek stonden op de voorgrond.

In het verleden was het uitgangspunt voor de blik over de Duits-Nederlandse grens vaak de indeling in »leerlingen« – de Duitsers – en de »leraren« – de Nederlanders. Een dergelijk »niveauverschil« bestond hier niet. Ondanks alle bestaande verschillen en de daaruit resulterende afwijkende ontwikkelingen en bepaalde voordelen van het Nederlandse systeem (zie volgende alinea) hielden de Duitse deelnemers hun professioneel zelfbewustzijn. Niemand had de indruk dat hij niet serieus werd genomen op zijn vakgebied.

***In het verleden was het uitgangspunt voor de blik over de Duits-Nederlandse grens vaak de indeling in »leerlingen« (de Duitsers) en de »leraren« (de Nederlanders)***

## *Enkele vergelijkende resultaten*

- Het werk in het geregionaliseerde systeem van hulpverlening in Nederland wordt gekenmerkt door enkele voordelen ten opzichte van het Duitse systeem met een geschakeerd landschap van organisaties. Binnen deze verbonden is »vruchtbaar« werk mogelijk, er zijn duidelijk minder strubbelingen in het radenwerk door meningsverschillen over verantwoordelijkheden en concurrentie. Een vergelijkbaar model te willen exporteren naar Duitsland blijft echter een illusie omdat de structuren van de kostendragers te veel verschillen.
- De inhoud van het werk in de instellingen worden in Duitsland zeer sterk beïnvloed door de organisaties die verantwoordelijk zijn voor de financiële en inhoudelijke afwikkeling – in Nederland gaat het initiatief voor veranderingen en ontwikkelingen sterker uit van de regionale verbonden. Er is maar zelden sprake van vastgelegde eisen, zoals b.v. het geval bij het motivatiewerk – zie de inleiding van dhr. Hulshof en de samenvatting van de bijbehorende discussie. De opbouw van het motivatiewerk in de zogenoemde »Intramurale Motivatie Centrum« werd van boven af »bevolen«, kwam dus niet voort uit een initiatief van de regionaal verantwoordelijke organisaties.

- Met een zelfkritische blik werd een bepaalde traagheid van het Duitse hulpverleningssysteem vastgesteld: de reacties zijn te langzaam en men neemt te weinig initiatieven bij ontwikkelingen – dit heeft ook te maken met de andere vorm van het landschap van verantwoordelijke instanties en de daarmee samenhangende belangen en concurrentie.
- In Duitsland bestaat een sterk merkbare invloed van justitie op de drugshulpverlening, het gevolg is een duidelijke oriëntatie van het hulpverleningssysteem op justitie, terwijl het Nederlandse systeem veel sterker cliënt-georiënteerd kan werken en de cliënten gemiddeld genomen vaak meer gekenmerkt worden door vrijwilligheid.
- Het Nederlandse systeem van hulpverlening is veel sterker georiënteerd op concepten die eigen mogelijkheden ondersteunen, terwijl in Duitsland een duidelijk waarneembare stagnatie in oude denkstructuren te zien is – »De therapeuten bepalen wat goed is«. Het leek de deelnemers zinvol te discussiëren over de overname van een moderne variant van de motivatie centers in combinatie met de interventie therapie.

***Het Nederlandse systeem van hulpverlening is veel sterker georiënteerd op concepten die eigen mogelijkheden ondersteunen, terwijl in Duitsland een stagnatie in oude denkstructuren te zien is***

## *Mogelijke thema's voor de toekomst*

Men was principieel van mening dat een vervolgbijeenkomst met een vergelijkbare voorbereiding zinvol en wenselijk is.

Behalve de al genoemde discussies over de motivatiebehandeling, die na deze eerste gezamenlijke bijeenkomst binnen de WESD-bond kan plaatsvinden, bestaan nog enkele andere thema's voor een vervolg op de Duits-Nederlandse gedachtewisseling:

- omgaan met een terugval
- gecombineerde behandeling van alcohol-, drugs en gokverslaafden
- klantoriëntatie

Enkele WESD-leden kunnen zich ook voorstellen dat men in de toekomst wederzijdse bezoeken brengt om de contacten en de discussies verder te verdiepen. Voorgesteld werd ook de volgende bijeenkomst te laten plaatsvinden in één van de betrokken instellingen, eventueel ook met een kleiner aantal mensen die speciaal geïnteresseerd zijn in een bepaald thema.



# Conclusie vanuit Nederlandse optiek

**Ruud Rutten heeft in het april-nummer van de »TACTUS-Tribune«, het blad voor de medewerkers van de TACTUS-hulpverleningsorganisatie, in een bijdrage over de belangrijkste thema's en gebeurtenissen van de laatste tijd, ook een conclusie getrokken uit de bijeenkomst met de Duitse collega's. Deze conclusie willen wij hier graag weergeven:**

»Wij hadden een interessante ontmoeting met behandelaren uit Duitsland. Georganiseerd door BINAD, vertoefden Duitse experts in Almen om over thema's uit hun verbond te discussiëren. Gedurende één dag waren wij ook te gast om tot een uitwisseling te komen.

Het was een buitengewoon aangename en boeiende dag. Behandelinghoudelijk en qua visie verschillen Nederland en Duitsland steeds minder. Wij gaan steeds meer doen aan dwang- en drangbehandeling en – denk maar eens aan de SOV-ontwikkeling maar ook aan onze eigen forensische kliniek. En in Duitsland krijgt men steeds meer oog voor de mogelijkheden van vrijwillig behandelen en de sociale verslavingszorg.

De Duitsers waren vooral geïnteresseerd in de manier waarop bij ons door de jaren heen het aanbod van klinisch behandelen zich heeft ontwikkeld. Een ontwikkeling vanuit de therapeutische gemeenschappen naar kortdurende behandelmethoden, vooral op gedragstherapeutische basis en recent de ontwikkelingen van de laagdrempelige klinieken. Vooral het behandelen van verschillende typen verslaafden in één programma is voor hen nieuw en interessant.

Omgekeerd is het voor ons interessant om te horen hoe zij cliënten die afkicken, gezamenlijk behandelen van cliënten die op een onderhoudsdosis methadon worden ingesteld. Hun resultaten waren goed en we zullen ons zeker gaan verdiepen in de manier waarop zij de resultaten behalen.

Wij zullen nog terugkomen op deze bijeenkomst. De geplande publicatie van de inleidingen en de resultaten van de discussies zullen natuurlijk ook aan Nederlandse kant ter beschikking worden gesteld. Ook wordt nagedacht over een goed vervolg op deze dag«.

***Wij zullen nog terugkomen op deze bijeenkomst***

## TACTUS

### ■ Hulshof, Adri

Piet Heinstraat 27  
Postbus 106  
7200 AC Zutphen  
Tel. 0575-95 43 00  
Fax 0575-54 11 91

### ■ Katenberg, Thie

Piet Heinstraat 27  
Postbus 106  
7200 AC Zutphen  
Tel. 0575-95 43 00  
Fax 0575-54 11 91

### ■ Peeters, Geert

Piet Heinstraat 27  
Postbus 106  
7200 AC Zutphen  
Tel.: 0575-95 43 00  
Fax: 0575-54 11 91

### ■ Rutten, Ruud

Piet Heinstraat 27  
Postbus 106  
7200 AC Zutphen  
Tel. 0575-95 43 00  
Fax 0575-54 11 91  
E-Mail: r.rutten@tacuts.nl

### ■ Van de Kamp, Marinus

Waalbandijk 55  
6658 KA Beneden Leeuwen  
Tel. 0487-592327  
Fax 0487-594432

### ■ Vermeer, Maya

Ripperdastraat 8  
Postbus 417  
7500 AK Enschede  
Tel. 053-43 19 761  
Fax 053-43 42 324

## WESD

### ■ Bergmann, Marie-Luise

Fachklinik IM DEERTH  
Im Deerth 6  
58135 Hagen  
Tel. 0049 (0)2331 90 840  
Fax 0049 (0)2331 90 84 90  
E-Mail: mail@deerth.de

### ■ Buschkamp, Monika

Sozialtherapeutische  
Wohngemeinschaft  
Rosa-Luxemburg-Str. 41  
59073 Hamm  
Tel. 0049 (0)2381 68 041  
Fax 0049 (0)2381 32 491  
E-Mail: adaptation@afj-hamm.de

### ■ Dörner, Joachim

Bussmannshof  
Hektorstraße 8  
44869 Bochum  
Tel. 0049 (0)2327 97 540  
Fax 0049 (0)2327 76 011  
E-Mail:  
bussmannshof@drogenklinik.de

### ■ Glaeske, Harry

Fachklinik IM DEERTH  
Im Deerth 6  
58135 Hagen  
Tel. 0049 (0)2331 90 840  
Fax 0049 (0)2331 90 84 90  
E-Mail: mail@deerth.de

■ **Haber, Uwe**

Therapiezentrum Vorhalle  
Vorhaller Str. 2  
58089 Hagen  
Tel. 0049 (0)2331 30 29 94  
Fax 0049 (0)2331 30 50 33

■ **Helsper, Roland**

Nachsorge Dortmund  
Wellinghofer Str. 103  
44263 Dortmund  
Tel. 0049 (0)231 41 25 26  
Fax 0049 (0)231 41 22 18  
E-Mail: na-do@t-online.de

■ **Horn-Wiegand, Susanne**

Adaptionshaus Södingstraße  
Södingstraße 20  
58095 Hagen  
Tel. 0049 (0)2331 92 48 77  
Fax 0049 (0)2331 92 48 78  
E-Mail: mail@adaption.de

■ **Koster, Dick**

Therapeutische Gemeinschaft  
Casum / Loxten  
Casumer Str. 2  
33829 Borgholzhausen  
Tel. 0049 (0)5425 50 08  
Fax 0049 (0)5425 73 59  
E-Mail: therap-gemeinschaft.  
casum@t-online.de

■ **Rehaag, Georg**

Fachklinik Extertal  
Sternbergstraße 15  
32699 Extertal  
Tel. 0049 (0)5262 94 650  
Fax 0049 (0)5262 94 65 15

■ **Schül, Wolfram**

Haus Regenbogen  
Niedernfeldstr. 9  
32429 Minden  
Tel. 0049 (0)571 73 288  
Fax 0049 (0)571 57 891  
E-Mail: Haus-Regenbogen@gmx.de

■ **Teunißen, Sybille**

Beusingser Mühle  
Beusingen 36  
59505 Bad Sassendorf  
Tel. 0049 (0)2927 32 14 14  
Fax 0049 (0)2927 13 46  
E-Mail: Beusingser-Muehle@  
diakonie-hsk-soest.de

■ **Trapp, Regina**

Fachklinik IM DEERTH  
Im Deerth 6  
58135 Hagen  
Tel. 0049 (0)2331 90 840  
Fax 0049 (0)2331 90 84 90  
E-Mail: mail@deerth.de

■ **Weber, Karl**

Fachklinik RELEASE  
Merschstr. 49  
59387 Ascheberg-Herbern  
Tel. 0049 (0)2599 93 850  
Fax 0049 (0)2599 93 85 85  
E-Mail: release@afj-hamm.de

**als gast:**

■ **Lappe, Rolf-Bernd**

LVA Westfalen  
Gartenstraße 194  
48147 Münster  
Tel. 0049 (0)251 238-6200  
Fax 0049 (0)251 238-2960

## *BINAD*

### ■ van Ommen, Hans

BINAD NL  
Korte Hengelosestraat 24  
Postbus 417  
7500 AK Enschede  
Tel.: 053-433 1414  
Fax: 053-434 3287  
E-Mail:  
h.vanOmmen.binad@tactus.nl

### ■ Klebeck, Rüdiger

BINAD  
Warendorfer Str. 25-27  
48133 Münster  
Tel.: 0049 (0)251 591-32 68  
Fax: 0049 (0)251 591-54 99  
E-Mail: r.klebeck@lwl.org



### **Bestellen van de brochure:**

#### **Landschaftsverband Westfalen-Lippe**

Koordinationsstelle Sucht  
Warendorfer Str. 25-27  
48133 Münster  
Tel. 02 51-5 91-55 38  
Fax 02 51-5 91-54 84  
E-mail: j.koerner@lwl.org  
Intnet (download): [www.bik-net.de](http://www.bik-net.de)

#### **Landschaftsverband Rheinland**

Koordinationsstelle Sucht  
Dezernat 8  
50663 Köln  
Tel. 02 21-8 09-66 50  
Fax 02 21-8 09-66 57  
E-mail: [k.holze@lvr.de](mailto:k.holze@lvr.de)

