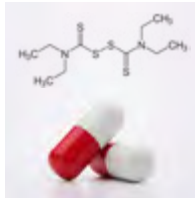


CANON

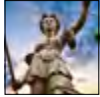






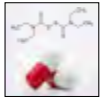


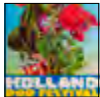













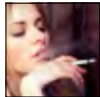
verslavingszorg



INHOUD

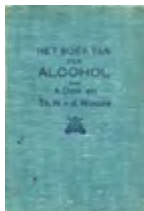
Canon verslavingszorg p. 5

Introductie

- 1801**  **Vrije wil en aansprakelijkheid** p. 9
'Verlating of verzwaring' van straf bij dronkenschap?
- 1842**  **Drankbestrijding en reddingswerk** p. 12
Nederlandsche Vereeniging tot Afschaffing van Sterke Drank
- 1852**  **Psychiatrische comorbiditeit en dubbele diagnose** p. 16
Ramaer publiceert over dronkenschap en krankzinnigheid
- 1881**  **Openbare orde en criminaliteit** p. 19
Invoering van de Drankwet
- 1915**  **Reclassering van drankzuchtigen** p. 23
Voorwaardelijke invrijheidsstelling en voorwaardelijke veroordeling
- 1916**  **Opvang voor (ex-)gebruikers** p. 26
De Droge Kroeg in Groningen
- 1948**  **De AA begint een groep in Nederland** p. 30
Het belang van internationale uitwisseling
- 1949**  **Medische hulpmiddelen** p. 33
Disulfiram, eindelijk een werkzaam geneesmiddel
- 1953**  **Landelijke organisaties** p. 36
Een landelijk dekkende organisatie voor verslavingszorg
- 1960**  **Jellinek gaat op zoek naar typen alcoholisten** p. 40
Groepen gebruikers en verslaafden
- 1970**  **Gebruik van psychoactieve stoffen** p. 43
Popfestival in het Kralingse Bos
- 1972**  **Drugshulpverlening** p. 47
Goedkope heroïne in Amsterdam
- 1974**  **Modellen van verslaving** p. 51
Hans van Epen publiceert een standaardwerk
- 1975**  **Preventie van misbruik en verslaving** p. 54
Bob van Amerongen begint als preventiewerker
- 1977**  **Participatie van cliënten** p. 57
Heroïnegebruikers geven met de M.D.H.G. richting aan de hulp
- 1982**  **Opkomst van psychologische interventies** p. 60
Motivatie kan zich ontwikkelen
- 1982**  **Aandacht voor gedragsverslavingen** p. 63
Hulp bij gokverslaving
- 1984**  **Informatievoorziening** p. 68
Opbouw van Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS)
- 1992**  **Wetenschappelijk onderzoek** p. 73
Wim van den Brink benoemd als hoogleraar verslavingszorg
- 1995**  **Offensief tegen overlast** p. 76
Drugsbeleid: continuïteit en verandering
- 1998**  **Verbetering van de kwaliteit** p. 79
'Resultaten Scoren' gaat van start
- 2007**  **Opleiden voor verslavingszorg** p. 82
Opleiding tot verslavingsarts
- 2009**  **Medische verstrekking heroïne** p. 85
Heroïne wordt geregistreerd als geneesmiddel
- 2010**  **Maatschappelijk herstel** p. 88
Cliënten sluiten overeenkomst met bestuurders: Handvest van Maastricht
- 2015**  **Roken van sigaretten** p. 91
Eerste symposium vanuit verslavingszorg over roken

Ons tijdperk van werktuigkunde, stoom en concurrentie heeft de fabricage van dranken een hoge vlucht doen nemen (...) en het gebruik op onrustbarende wijze doen stijgen. Lichamelijke, geestelijke en zedelijke achteruitgang zijn er het gevolg van. Waar de stroom niet wordt gekeerd, wordt menige natie bedreigd met ondergang.

A. Don en Th. W. van der Woude, *Het boek van den alcohol*, 1904, p. 2.

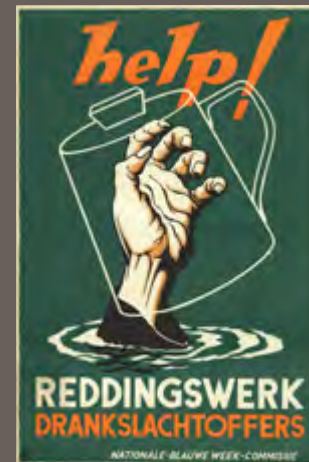


Th. van der Woude

In 1909 werd in Amsterdam op initiatief van de Volksbond tegen drankmisbruik het eerste consultatiebureau voor alcoholisme opgericht, de kiem waaruit later de verslavingszorg zou ontstaan. De kern van dit bureau werd gevormd door de onderwijzer Th. van der Woude, in de rol van sociaal werker, en de medicus/psychiater K.H. Bouman. Aanvankelijk deden ze dit werk naast hun reguliere werk als onderwijzer respectievelijk psychiater. Van der Woude deed zijn pionierswerk in een tijd dat drankbestrijders ambivalent tegenover hulpverlening stonden. Zij zagen dat als een vorm van dweilen met de kraan (tap) open. Van der Woude, die in 1904 met psychiater A. Don een veelgelezen handboek over alcohol had gepubliceerd, pleitte voor een scheiding tussen de op de gemeenschap gerichte strijd tegen de alcohol en het op individuen gerichte reddingswerk.

CANON VERSLAVINGSZORG

Introductie



De verslavingszorg is begonnen als een vorm van reddingswerk.
GEHEUGEN VAN NL – IISG

Misschien is er wel niets menselijker dan verslaving. Ze is van alle tijden, en de mensheid heeft enorm geworsteld om zich er een houding toe te bepalen. Tot op heden. Hoewel in wetenschappelijke kring er inmiddels wel consensus over bestaat dat verslaving een *biopsychosociaal* fenomeen is. Populair gezegd: verslaving kent vele kanten. Zij kent *biologische*, waaronder genetische, componenten, heeft *psychologische* oorzaken en gevolgen, maar wordt altijd beïnvloed en vormgegeven door de *sociale* context.

Deze meerdubbele verklaring is tamelijk recent, en nog zeker niet onomstreden. Door de tijd heen is er heel verschillend naar verslavingsgedrag gekeken. Deze *Canon verslavingszorg* laat dat in verschillende vensters zien. Lange tijd was de verslaafde in de eerste plaats een wilswak, zo niet zondig personage. De aanpak was een kwestie van disciplineren en bestraffen. Een andere visie was dat niet de mens het probleem was, maar de stof of het middel die hij/zij kennelijk niet kon weerstaan. Ook dan ligt de oplossing voor de hand: voorkom dat mensen in aanraking komen met alcohol, drugs of andere middelen. De Amerikaanse droog-

Wat is een canon?

De *Canon verslavingszorg* sluit aan bij de definitie die wordt gehanteerd door de officiële canon van de Nederlandse geschiedenis, zoals die in 2007 is gepubliceerd (zie: www.entoen.nu). Een canon (met de klemtoon op de eerste lettergreep) is daarbij een geheel van teksten, beelden en

gebeurtenissen die met elkaar een referentiekader vormen. De *Canon verslavingszorg* wil een referentiekader bieden van hoe wij van verleden tot heden zijn omgegaan met het fenomeen verslaving en met mensen die kampen met verslavingsproblemen.

legging in de jaren twintig, de nog steeds voortdurende 'war on drugs' en in zekere zin het verbod om alcohol te verkopen aan jongeren onder de 18, gaan terug op deze gedachte. In de loop van vorige eeuw is men verslaving daarnaast steeds vaker gaan zien als een lichamelijke aandoening. Het is een ziekte, voortkomend uit een lichamelijke overgevoelig-

heid. In 1997 stelde de Amerikaanse wetenschapper Leshner in een geruchtmakend artikel in *Science* dat verslaving een hersenziekte is. Als dat het geval is, dan zou het in de toekomst mogelijk moeten zijn om met heel gerichte, specifieke medicatie deze aandoening in de hersenen te bestrijden.

Drankbestrijding

Met andere woorden: de wijze waarop tegen verslaving wordt aangekeken, bepaalt in hoge mate de wijze waarop de samenleving omspringt met mensen die kampen met de gevolgen van verslaving. Dat is ook precies wat de geschiedenis van de verslavingszorg laat zien. In het industrialiserende en verzuilende Nederland van het midden van de negentiende eeuw ontstond een groeiend aantal organisaties dat zich te weer stelde tegen het fors toegenomen drankgebruik onder de bevolking. Drankbestrijding werd een krachtige sociale beweging, waarbij van lieverlee de politiek-maatschappelijke strijd tegen de drank gekoppeld werd aan het 'redden van dronkaards'. Uit dit reddingswerk ontstond begin twintigste eeuw de verslavingszorg toen in 1909 in Amsterdam het eerste Consultatiebureau voor alcoholisme werd opgericht. Uit deze kiem is een over het land verspreid netwerk gegroeid met rondom de eeuwwisseling een tiental grote regionale instellingen, die met elkaar jaarlijks zo'n 60.000 cliënten met verslavingsproblemen hulp bieden. Overigens kwam de term verslavingszorg pas in de jaren zeventig in zwang, tot ver na de Tweede Wereldoorlog bleef de aanduiding reddingswerk gangbaar. Zo'n categorale vorm van hulpverlening is een typisch Nederlands fenomeen. In de meeste andere landen maakt de zorg – afhankelijk van de aard van de verslaving – deel uit van de geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie of vormt het een onderdeel van het sociaal werk en de welzijnszorg. In Nederland is het een aparte tak van zorg, met vertakkingen naar de ggz ('verslavingszorg is gespecialiseerde ggz'), sociale zorg ('verslavingszorg is welzijnszorg') en justitie ('verslavingsreclassering en forensische verslavingszorg'). Cliënten zal dat overigens worst wezen. Zij ordenen hun problemen niet naar de wijze waarop de zorg institutioneel is vormgegeven. Of verslavingszorg nu wel of niet ggz- of tegenwoordig wmo-zorg is, is niet hun eerste probleem. Ze willen zo goed mogelijk geholpen worden.

Tijden van transitie

Deze Canon wil de geschiedenis van die Nederlandse verslavingszorg en daarmee de kennisontwikkeling over verslavingsgedrag toegankelijk maken. De kennis daarvan is onder het brede publiek maar ook bij de mensen die in de verslavingszorg werken heel beperkt. Er wordt ook niet veel onderzoek naar gedaan. Het aantal historische overzichten van de geschiedenis is dun gezaaid. We moeten het doen met de studies van Jaap van der Stel, *Drinken, drank en dronkenschap. Vijf eeuwen drankbestrijding en alcoholhulpverlening in Nederland* (1995) en Gemma Blok, *Ziek of zwak*.

Leeswijzer

De woorden die in de teksten donkerblauw zijn afgedrukt verwijzen naar vensters in de verschillende digitale Canons. De lezer die meer wil weten kan aan de hand van deze begrippen via canonsociaalwerk.eu verder zoeken.

Via canonverslavingszorg.nl kunt u van alle vensters van deze *Canon verslavingszorg* bijpassende literatuur, beelden en documenten vinden.



Proefschrift van Jaap van der Stel uit 1995 en studie van Gemma Blok uit 2011.

Geschiedenis van de verslavingszorg in Nederland. (2011) Maar juist in deze tijden van verandering is het relevant om van de geschiedenis te leren. De Nederlandse verzorgingsstaat is immers volop in transitie. De rijksoverheid komt op afstand, gemeenten krijgen steeds meer te zeggen over de organisatie en vormgeving van de zorg. Dat gaat niet alleen over de huishoudelijke zorg of de jeugdzorg, dan wel de toekenning van de bijstand, dat raakt ook de verslavingszorg. Meer en meer moet die zorg verbonden worden met de nieuwe lokale zorgnetwerken die in gemeenten van de grond komen. Als alles echter verandert, is het relevant om te weten waar we vandaan komen. Wat waren de dilemma's? Wat waren dwaalwegen? Welke voortgang is geboekt? De geschiedenis van de verslavingszorg biedt daarover meer dan voldoende leerstof. Alleen moet die dan wel op een toegankelijk wijze geordend en verteld worden.



Digitale Canon

Tegen deze achtergrond is het idee geboren om een digitale

Canon verslavingszorg te ontwikkelen en deze voor iedereen digitaal beschikbaar te stellen. Jaap van der Stel, die de geschiedenis meermalen heeft beschreven en in alle opzichten een kenner is, toonde zich bereid om als auteur op te treden. Wetenschappers en ingewijden als Wim van den Brink, Gerard Schippers, Wim Buisman, Cor de Jong en Dike van de Mheen aarzelden niet om kritisch met zijn teksten mee te lezen. Het resultaat daarvan was dat in het voorjaar van 2016 is deze *Canon verslavingszorg* online is gegaan. Aan de hand van 25 vensters kan de bezoeker op canonverslavingszorg.nl de grote lijnen van geschiedenis van de Nederlandse verslavingszorg tot zich nemen. Ook mensen die al goed geïnformeerd zijn of zich verder willen verdiepen kunnen op deze site hun hart ophalen, want achter de 25 vensters gaat een zeer uitgebreid online magazijn schuil, waar met behulp van links, literatuurverwijzingen, digitale basisdocumenten, uniek historisch materiaal, bewegende beelden en talloze afbeeldingen veel kennis voor het oprapen ligt.

Met deze boekuitgave komt deze geschiedschrijving nu ook als *hard copy* beschikbaar. De ervaring leert dat er nog steeds een grote behoefte is om zo'n geschiedenisoverzicht ter hand te kunnen nemen en van voor naar achter (of andersom) door te kunnen bladeren. Maar hoe handzaam deze uitgave ook is, dit boek laat toch vooral het topje van de ijsberg van de geschiedenis van de verslavingszorg zien. Wie dieper door het verleden wil reizen, wie echt verbanden wil onderzoeken, blijft op internet aangewezen.



De auteur

Jaap van der Stel heeft tussen 1981 en 1991 in de verslavingszorg gewerkt. In 1995 promoveerde hij op het proefschrift *Drinken, drank en dronkenschap. Vijf eeuwen drankbestrijding en alcohol-hulpverlening in Nederland*. Sindsdien publiceert hij met vaste regelmaat over verslaving, verslaafden en verslavingszorg. Hij werkt als senior-onderzoeker in de psychiatrie (GGZ inGeest, partner van VUmc) en is daarnaast sinds 2009 lector bij Hogeschool Leiden op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. Van 2006 tot 2009 deed hij een tweede promotieonderzoek gericht op de grondslagen van het onderzoek naar de determinanten en mechanismen van psychopathologie. Van het proefschrift *Psychopathologie - grondslagen, determinanten, mechanismen* verscheen bij uitgeverij Boom in het voorjaar van 2009 een handelseditie.

In de digitale schatkamer van canonverslavingszorg.nl staat alles wat daarvoor nodig is, maar waarvoor in dit boek geen ruimte is. Boek en website horen, kortom, bij elkaar.

De moderne geschiedenis van de verslavingszorg presenteren in 25 vensters vergt een bijzondere aanpak. Elk venster is gekoppeld aan een jaartal, met een bepalende gebeurtenis. Toch is deze Canon geen klassieke geschiedschrijving, waarin de gebeurtenissen elkaar opvolgen. Elk venster vertelt namelijk een verhaal vanuit een eigen specifieke invalshoek, waarbij steeds opnieuw de lijn naar het heden wordt doorgetrokken. De vensters zijn daardoor goed afzonderlijk, of in een zelfgekozen volgorde te lezen. Zo komt niet alleen de geschiedenis van de zorg ('het reddingswerk') aan de orde, maar ook het beleid, de wetgeving, de wetenschap, de opkomst van drugs, de invloed van het buitenland, en nog veel meer aan de orde. De verslavingszorg heeft zich moeten ontwikkelen, zo blijkt, in een extreem gevoelige context met heftige maatschappelijke debatten en felle politieke meningsverschillen. Veel daarvan passeren in deze Canon de revue.

Historisch project

Deze *Canon verslavingszorg* staat niet op zichzelf. Ze maakt deel uit van een historisch project dat in 2007 van start is gegaan met het online brengen van de *Canon sociaal werk* (canonsociaalwerk.eu). Deze Canon wilde de geschiedenis van het werk van sociale professionals voor het voetlicht halen omdat deze steeds verder naar de achtergrond verdween. In de verschillende beroepsopleidingen was er geen tijd meer voor en in het werkveld werd het verleden door fusies en schaalvergrotingsprocessen soms letterlijk weggewooid. Nogal eens werden complete archieven achteloos bij het grof vuil gezet. Het gevolg was dat in de sociale sector het professionele ambacht los dreigde te raken van tradities en een al te gemakkelijke prooi werd van technocratische redeneringen.

Het Canon Sociaal Werk-project probeert deze tendens te keren. En niet zonder succes. Inmiddels zijn er zo'n twintig specifieke Canons en zo'n vijfhonderd vensters raadpleegbaar en wordt de site jaarlijks met een kwart miljoen bezoeken vereerd. In februari 2015 bereikte de verzamelsite canonsociaalwerk.eu een eervolle tweede plaats in de Publieksprijs voor de beste historische site. Van de Canons maatschappelijke opvang (2012), zorg voor de jeugd (2013) en gehandicaptenzorg (2014) en volkshuisvesting (2016) zijn in hoge oplages boekedities verschenen. Deze uitgave van de *Canon verslavingszorg* is de vijfde in deze reeks. Zij is mogelijk gemaakt door de steun van alle grote instellingen op het terrein van de verslavingszorg (zie colofon).

Dat alles is een verheugend teken. De sociale geschiedenis lijkt langzaam maar zeker terug te keren van weggeweest. Het er bij stil blijven staan is – in deze tijden van verandering – weer de moeite waard aan het worden. Dat is precies wat we met deze Canon verslavingszorg willen bereiken.

1801

Vrije wil en aansprakelijkheid

'Verlating of verzwaring' van straf bij dronkenschap?



MOTIVATIE – ZELFBEHEERSING – CONTROLEVERMIDLEN – ONWERSTANBAAR DRANG

In de Franse tijd, gedurende de Bataafse Republiek (1795-1801), werd er hard gewerkt aan herziening van het strafrecht. Opmerkelijk is dat toen ook al de discussie werd gevoerd in hoeverre daden in dronkenschap begaan aan de dader konden worden toegerekend en of dat tot een 'verlating of verzwaring' van de straf zou moeten leiden. Toen blijkbaar ook al een actuele vraag. De juristen die het ontwerp Lijfstraffelijk wetboek van 1801 voorbereidden, kwamen tot verrassend moderne inzichten: het hangt af van de situatie en van de motieven van de betrokken dader.

Homerus: 'De wijn verlost de man om er uit te flappen wat beter ongezegd bleef.'



Homerus dichtte een paar duizend jaar geleden in de *Odysee*: *'Nu moet je eens luisteren, Eumaios, en jullie allemaal, jongens! Eerst spreek ik een wens uit en dan vertel ik een verhaal. Dat komt van de wijn; want de wijn benevelt en verlost de verstandigste man om te zingen en te giejchelen en te dansen en uit te flappen wat beter ongezegd bleef. Maar nu ik eenmaal losgebarsten ben, nu zal ik 't niet voor me houden.'*

Dat de 'fonkelende' wijn uit Homerus' tijd, meer in het algemeen alcohol en andere psychoactieve stoffen, ons gedrag, onze stemming en emoties en ons oordeelsvermogen beïnvloeden, is al heel lang bekend. Het heeft filosofen, artsen, rechtsgeleerden en uiteraard talloze leken ertoe verleid opvattingen te formuleren over de effecten van het gebruik en de vrije wil. Maar ook over de toerekeningsvatbaarheid in het geval iemand onder invloed een daad heeft verricht waarbij een straf past. Er is nog steeds geen consensus over, maar dat er een verband is tussen gebruik van middelen en grensoverschrijdend gedrag (zoals agressie) of vormen van criminaliteit is duidelijk. Het strafrechtstelsel zit er vol van.

In de discussie over verslaving gaat het telkens over de wil, motivatie, verlies van zelfbeheersing (of controleverlies) en over de overgang van het willen, het genieten van het gebruik, naar het moeten gebruiken. Het laatste speelt wanneer men, geconfronteerd met aan het gebruik gerelateerde prikkels zoals de waarneming van een kroeg of iemand anders zien gebruiken, een onweerstaanbare dwang ervaart. Verslaving heeft hoe dan ook iets te maken met de wil of beter gezegd het verlies van de volledige beschikking van zoiets als een vrije wil. In de discussie is verslaving dan ook vaak in verband gebracht met onvoldoende 'wilskracht'.



Schilderij *Het dronken paar* van Jan Steen (circa 1660). COLLECTIE RIJKSMUSEUM

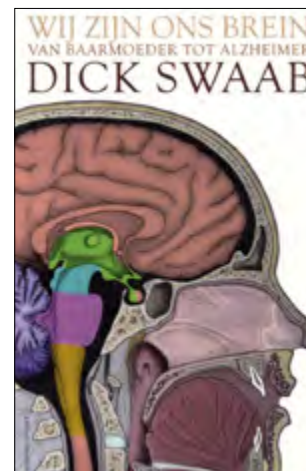
Immoreel gedrag

Over de vrije wil – of die bestaat, of mensen zelf kunnen beslissen wat ze doen, en wat de rol van het bewustzijn daarbij is – bestaat een langlopend debat dat in de laatste jaren sterk is gevoerd door de uitkomsten van neurowetenschappelijk onderzoek. Al in de oud-Griekse tijd ontwikkelden Socrates, Plato en Aristoteles ideeën over immoreel gedrag. Zij brachten dat echter in verband met

gebrek aan inzicht. Pas door christelijke denkers, zoals de filosoof Augustinus (354-430) is de wil daar als een extra dimensie aan toegevoegd. Ook al weet je wat het goede is, je moet ook nog de wil hebben om het goede na te streven, je kunt tenslotte ook kiezen voor het kwade. De mens is weliswaar door God geschapen maar om de een of andere, voor mensen moeilijk te doorgronden, reden heeft God hun de mogelijkheid geboden om zowel het goede als het kwade weloverwogen en uit vrije wil na te streven.

In de moderne tijd is het debat gevoerd langs een drietal lijnen: de vrije wil als aspect voor verantwoordelijkheid van het individu, als motief tot zelfverwerkelijking en als instrument voor de bewuste aansturing. In deze constellatie beweegt zich ook het denken over verslaving. Alleen al de keuze voor het woord 'verslaving' geeft wel aan dat er in ons idee heel veel verloren gaat zodra mensen van middelen of bepaalde gedragingen sterk afhankelijk zijn geworden. De term verslaving is evenwel erg absoluut: het laat nauwelijks ruimte voor verandering en des te meer voor chroniciteit of voor het idee dat het gedrag is veroorzaakt door een ongeneeslijke ziekte waar mensen zelf weinig meer aan kunnen doen, en die behandeling behoeft. Door de

eeuwen heen heeft een meerderheid van de artsen de langdurende afhankelijkheid van middelen vooral getypeerd als een ziekte. Pas door [de komst van psychologen](#) in dit domein werd het debat opengegooid: zij kwamen aanzetten met nieuwe ideeën over motivatie en vooral de veranderlijkheid daarvan. Ze creëerden ook mogelijkheden om de betrokkenen zelf controle te laten uitoefenen op hun gebruik en afhankelijkheid. Ze toonden hiermee op individueel niveau bij hun cliënten aan wat later in epidemiologische studies bij groepen gebruikers is bevestigd: de meeste mensen zijn in staat om, vaak zonder hulp van buitenaf, te ontwennen of te minderen. Dit lukt hun verrassend genoeg vooral bij de illegale middelen zoals bijvoorbeeld cocaïne.



In zijn boek *Wij zijn ons brein* (2010) bestrijdt hersenwetenschapper Dick Swaab het idee dat wij zelf over ons lot beslissen: dat doen onze hersenen voor ons.

Bewustzijn een illusie

Hersenenwetenschappers hebben zich de afgelopen jaren evenwel sterk gemaakt voor het idee dat de vrije wil niet bestaat en dat het bewustzijn een illusie is. In Nederland heeft hersenonderzoeker Dick Swaab (1944) met dit standpunt furore gemaakt. Zijn in 2010 uitgegeven en door honderdduizenden mensen gelezen boek *Wij zijn ons brein* weerlegde het idee dat wij zelf over ons lot beslissen: dat doen onze hersenen voor ons. En als wij denken dat wij daar zelf invloed op uitoefenen, zijn dat eigenlijk gedachten achteraf, want de beslissing is kort daarvoor al genomen. Zulke ideeën zijn afgeleid uit heel eenvoudige experimenten waarin met hersenscans is vastgesteld wat er in ons brein gebeurt bij het nemen van en het uitvoeren van beslissingen. Onderzoek heeft echter vastgesteld dat als iemand een besluit heeft genomen, er inderdaad een moment komt dat de uitvoering daarvan niet meer bewust kan worden beïnvloed. Een ervaring die iedereen in het dagelijks leven meemaakt. Maar vóór zo'n kantelmoment zijn er wel degelijk mogelijkheden om ergens bewust van af te zien of daar juist toe te besluiten. Bijvoorbeeld te stoppen met het gebruik of te minderen, of hulp te zoeken of het juist alleen te doen.



In zoverre is het ook zo dat in de rechtspraak het 'gezond verstand' overheerst. Advocaten en verdachten bepleiten graag vrijspraak, omdat het gebruik van roesmiddelen de betrokkenen niet toerekeningsvatbaar zou maken voor de criminele handeling, overtredingen of het veroorzaken van ongelukken door dronken rijden. Maar in nog geen 6 procent van de uitspraken wordt alcohol of andere drugs gezien als verontschuldigend. Een uitzondering wordt gemaakt als het gebruik inderdaad het gevolg is van een ernstige 'verslavingsziekte' volgens het oordeel van de geraadpleegde deskundigen. Ook al is het instrumentarium dat die deskundigen daarvoor gebruiken vele malen complexer dan wat in het begin van de negentiende eeuw ter beschikking stond, globaal staan we nog steeds op hetzelfde standpunt: verslaving is op zich geen reden voor vermindering van straf en hetzelfde geldt ook voor verzwaring daarvan.

1842

Drankbestrijding en reddingswerk

Nederlandsche Vereeniging tot Afschaffing van Sterke Drink



De NV kende overal in het land lokale afdelingen, met een eigen vaandel. GEHEUGEN VAN NL-IISG

Willem Egeling (1791-1858), arts te Haarlem, oprichter en eerste voorzitter van de vereniging



VOLKSBOND TEGEN DRANKMISBRUIK - SANATORIA VOOR DRANKZUCHTIGEN - CONSULTATIEBUREAUS VOOR ALCOHOLISTEN

In de volkscafés van negentiende-eeuws Nederland werd onvoorstelbaar veel gedronken. Van het toch al karige loon verdween een groot deel in de geldla van de kroegbaas. Omstreeks 1880 was de consumptie van alcohol bijna 10 liter per hoofd van de bevolking, bier en wijn namen slechts een klein deel in beslag – men dronk vooral jenever of brandewijn. Amsterdam spande de kroon: 15 liter per hoofd van de bevolking, baby's en nonnen meegerekend. Per 146 inwoners had de hoofdstad een kroeg of tapperij. De kroeg was voor veel arbeiders hun enige vermaak. Hun werk was zwaar, hun huizen te klein, te vochtig en te vol met kinderen.

In de eerste helft van de negentiende eeuw ontstonden al verenigingen voor drankbestrijding, maar pas tegen het einde van die eeuw groeide de drankbestrijding uit tot een sterke sociale beweging. De oudste en grootste organisatie was de Nederlandsche Vereeniging tot Afschaffing van Sterke Drink (later: Alcoholhoudende Dranken) (ook wel de NV, opgericht in 1842). De organisaties voor drankbestrijding namen een hoge vlucht vanaf de in Nederland sterk doorgevoerde verzuiling: vanuit de diverse bevolkingsgroepen ontstonden aparte organisaties die hun invulling gaven aan de oplossing van het probleem – het varieerde tussen matiging van het gebruik of geheelonthouding op basis van vrijwilligheid tot een door de staat geregeld volledig verbod op alcoholproductie en -gebruik. De organisaties werden vooral succesvol omdat ze de strijd tegen de drank koppelden aan allerlei sociale doelstellingen (zoals betere arbeidsomstandigheden of emancipatie van katholieken of de 'kleine luyden' van gereformeerde snit). Belangrijk is te vermelden dat ze ook echt succesvol waren: het alcoholgebruik daalde tussen 1890 en 1930 met 75 procent.

De drankbestrijders blonken uit in tegeltjeswijsheden, waarin vaders vooral op hun verantwoordelijkheid voor hun gezin werden gewezen.



Beroemd affiche begin twintigste eeuw. In de volksmond heette het al gauw: Acht vader. Niet meer!!

De later socialistisch geworden NV of de Volksbond tegen Drankmisbruik, een in 1875 opgerichte meer liberale organisatie, ijverde in de eerste decennia van haar bestaan niet alleen voor sociale en politieke maatregelen, maar gaf zichzelf ook een taak in het 'redden' van dronkaards; het voorstadium van verslavingszorg. In navolging van voorbeelden in Duitsland werden door drankbestrijdersverenigingen sanatoria voor drankzuchtigen opgericht. In 1891 leidde dit in Nederland tot de oprichting van het sanatorium Hoog-Hullen in Eelde.

Goede balans

Maar het probleem was te groot om dat via sanatoria te bestrijden. Om die reden werd in Amsterdam op initiatief van de Volksbond tegen Drankmisbruik in 1909 het eerste **consultatiebureau voor**

alcoholisme opgericht, de kiem waaruit later Jellinek en de overige verslavingszorg zou ontstaan. De kern van dit bureau werd gevormd door de onderwijzer Th. van der Woude, in de rol van sociaal werker, en de medicus/psychiater K.H. Bouman. Aanvankelijk deden ze dit werk naast hun reguliere baan als onderwijzer respectievelijk psychiater. Ze waren in staat – lang voor de formulering van het tegenwoordige biopsychosociaal model – een goede balans te vinden tussen de sociale, psychologische en medische aspecten van verslaving. NB: de Volksbond in Rotterdam bestaat nog steeds en is een belangrijke financier van projecten op dit terrein. Dat gold ook voor de Volksbond in Amsterdam, maar deze is in mei 2016 gefuseerd met de stichting Streetcornerwork.



Affiche van Nederlandsche Vereeniging tot Afschaffing van Alcoholhoudende Dranken, begin 20e eeuw. TEKENING JAN ROTGANS - COLLECTIE IISG

Van der Woude deed zijn pionierswerk in een tijd dat veel drankbestrijders heel ambivalent tegenover hulpverlening stonden. Zij zagen dat als een vorm van dweilen met de (tap)kraan open. Zij waren voor het aanpakken van het probleem bij de wortel en streden voor een drankverbod. Van der Woude volgde hen daarin, maar wees er keer op keer op dat het leed van individuen daarbij niet terzijde geschoven kon worden. Hij pleitte voor een scheiding tussen de op de gemeenschap gerichte strijd en het op individuen gerichte reddingswerk. Van der Woude was in de eerste helft van de twintigste eeuw zonder twijfel de meest productieve drankbestrijder én reddingswerker. Decennialang was hij redacteur van het tijdschrift *De Wegwijzer*.

Comazuipen

De werkzaamheden van het bureau strekten zich uit tot alle facetten van het sociale en persoonlijke leven van de

drankzuchtige en zijn gezin. Het consultatiebureauwerk verrichtte in velerlei betekenissen maatschappelijk werk, ook al stond in het grootste deel van de twintigste eeuw de toevoeging 'medisch' prominent in de naam vermeld. Al in de eerste jaren groeide het besef dat niet volstaan kon worden met raadgevingen. In heel veel gevallen moest tegelijkertijd, of zelfs in de eerste plaats, gewerkt worden aan de verbetering van de maatschappelijke omstandigheden.

Inmiddels zijn de consultatiebureaus overal in het land opgegaan in brede professionele instellingen voor verslavingszorg, waarin meerdere vormen van verslaving ambulante en/of klinisch behandeld worden. Hoewel allerlei drugsproblemen vaak de meeste aandacht krijgen in de media, is overmatig drankgebruik nog steeds een van de grootste maatschappelijke problemen. Niet alleen wat betreft excessen (comazuipen), maar vooral ook omdat het sluipenderwijs een verwoestende invloed heeft op het menselijk lichaam en het persoonlijk leven. Inderdaad, drank maakt meer kapot dan je lief is! ●



Geheelonthouders

De Algemene Nederlandse Geheel-Onthouders Bond (ANGOB) werd opgericht in 1897. In de negentiende eeuw was drankbestrijding vooral gericht tegen de gevolgen van sterke drank, zoals jenever. De geheelonthouders (in 1881 was al een christelijke tak opgericht: de Nationale Christelijke Geheelonthouders Vereniging – de NCGOV) propageerden dat alcohol altijd gevaar oplevert

in welke drank hij zich ook bevindt. De ANGOB gaf het blad *De geheelonthouder* uit en verspreide haar boodschap op kleurrijke affiches. De bond bevorderde de oprichting van geheelonthouderskoffiehuizen in de grote steden, in sommige plaatsen ook -sportverenigingen, -toneelverenigingen en -zangkoren. Sinds 1933 beheerde de ANGOB ook een alcoholvrij geëxploiteerde

camping in Beekbergen. De ANGOB propageerde een alcoholvrije leefstijl en verbreedde het werkkerrein in de jaren tachtig tot softdrugs. Met het verstrijken van de twintigste eeuw werd de beweging echter steeds zieltogender. Uiteindelijk werd de vereniging in 2007 omgezet in een stichting die een website online houdt: angob.nl.

Psychiatrische comorbiditeit en dubbele diagnose

Ramaer publiceert over dronkenschap en krankzinnigheid



Joost Ramaer (1817 - 1887)

EPIDEMIOLOGISCH ONDERZOEK – LANDELIJK EXPERTISECENTRUM DUBBELE DIAGNOSE – CONTRA-INDICATIE

Men spreekt van comorbiditeit bij het optreden van twee van elkaar te onderscheiden ziekten of aandoeningen die naast elkaar lopen, of uit elkaar zijn ontstaan, en elkaar over het algemeen ongunstig beïnvloeden. Comorbiditeit is een belangrijk thema bij verslaving. Verslaving gaat samen met somatische aandoeningen, sociale problemen en andere psychische stoornissen. Maar hoe die samenhang tot stand komt en werkt is in veel opzichten nog een onopgelost probleem. En dat geldt ook voor de vraag wat het beste kan worden gedaan in de zin van een werkzame behandeling of preventie.

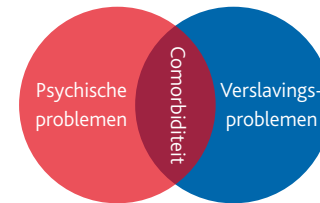
De DSM-5 uit 2013 is de meest recente vorm van classificatie van geestesziekten. Er is overigens veel discussie over de alsmaar groeiende hoeveelheid psychische stoornissen die in de DSM een plaats hebben gevonden.



Een aan comorbiditeit verwante term is dubbele diagnose. Het door elkaar halen van deze termen is vaak een bron van misverstanden. Het probleem is eigenlijk al ontstaan sinds men in de geneeskunde de succesvolle manier waarop Linnaeus planten in allerlei categorieën wist in te delen,

en zo enige orde wist te scheppen in het plantenrijk, in de negentiende eeuw ook ging toepassen op ziekten. In de psychiatrie heeft Kraepelin (1856-1926) hiertoe een belangrijke aanzet gegeven, en de huidige DSM-5 (het psychiatrisch classificatiesysteem) is daar via een aantal stappen uit voortgekomen.

Het is artsen en psychiaters al heel vroeg opgevallen dat mensen met een psychische stoornis ook meer dan gemiddeld gebruik of misbruik maken van middelen, in het bijzonder alcohol en in later tijden ook drugs. In 1852 bediscussieerde de arts Ramaer



In juni 2013 verscheen in Nederland het eerste *Handboek dubbele diagnose*. Het boek biedt professionals in de ggz – met name verslavingsartsen, verpleegkundigen, psychiaters en psychologen – een breed kennis overzicht en veel praktische handvatten.



(1817-1887) het thema 'dronkenschap en krankzinnigheid' aan de hand van ervaringen in zijn kliniek in Zutphen. Ramaer vatte alle onmatigheid op als een ziekteverschijnsel. Hij reflecteerde op de vraag of het misbruik van alcohol, of de 'drinklust' zoals Ramaer de alcoholverslaving aanduidde, alleen het gevolg of ook een oorzaak van een andere psychische stoornis was. In allerlei varianten is deze thematiek in de negentiende en twintigste eeuw besproken, en ook nu nog is men er niet uit. Het heeft erme te maken dat er ook in de geneeskunde nog stromingen zijn die afhankelijkheid van middelen niet als een aparte ziekte of stoornis benoemen ook al staat het wel als zodanig opgenomen in de DSM-5.

Twee stoornissen

In het kielzog van de komst van de 'evidence based medicine', de beweging om interventies experimenteel zodanig te testen dat op groepsniveau over de werkzaamheid daarvan valide uitspraken kunnen worden gedaan, is er allengs ook gezocht naar de evidentie van de behandeling van mensen met ten minste twee psychische stoornissen. Vragen die daarbij aan de orde kwamen zijn onder andere: moet je twee aandoeningen, zoals depressie en verslaving, parallel of geïntegreerd in een behandelprogramma benaderen, of is het beter de behandelingen achter elkaar te doen? Het belang van deze vraag is in de eerste plaats heel praktisch: medicijnen kunnen op elkaar inwerken en schadelijke effecten teweegbrengen als ze tegelijkertijd gebruikt worden. Zeker als dat gebeurt terwijl de patiënt nog gebruik maakt van alcohol of drugs. In zo'n geval lijkt het verstandiger eerst de verslaving effectief te behandelen en pas bij abstinentie met een vervolgbehandeling te starten gericht op een andere aandoening. Maar dit is lang niet altijd haalbaar en misschien ook niet het meest effectief.

Bij elkaar genomen is het behandelen van mensen met verslaving en een andere psychische stoornis vaak vrij complex en de resultaten stellen vaak teleur. Tot voor kort werden trouwens in de richtlijnen alleen de behandelmogelijkheden van één aandoening besproken. Praktisch gezien was dat niet zo sterk, want uit epidemiologisch onderzoek is al lang bekend dat een 'dubbele diagnose' bij mensen met een ernstige of langdurende psychische aandoening eerder regel is dan uitzondering. In ieder geval is het percentage van patiënten dat ook rookt – roken is eigenlijk het prototype van een verslaving – extreem hoog ten opzichte van de rest van de bevolking, en wordt roken algemeen gezien als een belangrijke oorzaak van de oversterfte bij psychiatrische patiënten. Intussen is daarom bekend dat roken niet geïsoleerd kan worden bekeken, en al helemaal niet mag worden genegeerd. Het moet een aspect zijn van een integrale psychiatrische behandeling.

Behandelmogelijkheden

Langzamerhand is het besef gegroeid dat comorbiditeit in alle varianten een centrale plaats moet innemen in het denken over

Dual diagnosis

A term used to describe patients with both severe mental illness & problematic substance use.

Nearly **20 million** Americans over the age of 18 have a serious mental health disorder.

Of these, about **4 million** also struggled with a co-occurring drug or alcohol dependency.



Dual Diagnosis patients are very often functional in the workforce. It's estimated that over

10% of full-time employees struggle with substance abuse.

Employed men were twice as likely as employed women to have struggled with drug abuse or addiction issues.



Out of the millions of adults employed & living with a Dual Diagnosis, less than

40% received any treatment intervention for either disorder, and less than **5%** received treatment for both issues.



If you or someone you care for is an adult living with co-occurring disorders, reach out for treatment today.



www.dual-diagnosis-help.com

In de Verenigde Staten wordt veel onderzoek gedaan naar dubbele diagnoses of te wel *dual diagnosis*. Deze Amerikaanse infographic laat zien hoe vaak de dubbele diagnose aan de orde is. Vergelijkbare cijfers gaan voor Nederland op. In de verslavingszorg heeft 60 tot 80 procent van de cliënten ook een psychische aandoening.

Toen eind jaren zeventig en begin van de jaren tachtig van de twintigste eeuw diverse ambulante instellingen met elkaar gingen overleggen om in elke regio een Riagg (ambulante instelling voor psychische zorg) te vormen, was de behandeling van comorbide problemen geenszins een gesprekstema. Het ging erom krachtadiger instellingen te maken. De inhoud was secundair, men was niet op zoek naar een oplossing voor de behandeling van verslaving in combinatie met andere psychische aandoeningen. De Riagg's gingen weliswaar in het begin van de jaren tachtig van start maar de CAD's (instellingen voor ambulante verslavingszorg) haakten toch op het laatste moment bij het fusieproces af. De ongemakkelijke situatie, dat instellingen voor ambulante psychiatrie en die voor verslavingszorg naar elkaar cliënten 'doorverwezen', omdat ze eerst moesten ontwennen dan wel eerst voor hun psychische stoornis moesten worden behandeld, bleef daardoor nog lang bestaan.

psychische gezondheid, en om deze reden zijn er verschillende initiatieven genomen om dit probleem te lijf te gaan. Diverse klinische studies hebben expliciet gezocht naar behandel-mogelijkheden voor verslaving plus een andere psychische stoornis zoals ADHD, schizofrenie, depressie, bipolaire stoornis en persoonlijkheidsstoornissen. Inmiddels zijn een aantal instellingen voor verslavingszorg gefuseerd met die voor algemene psychische of psychiatrische zorg (GGZ), maar dit heeft niet meteen geleid tot integratie van behandelafdelingen, en de fusies waren daar vaak ook niet op gericht. Verder zijn er, ook in Nederland, enkele overzichtsstudies en richtlijnen gemaakt voor behandeling van comorbide problemen, en er is een landelijk expertisecentrum dubbele diagnose (LEDD) opgericht dat zorgt voor verspreiding van kennis, opleiding en het stimuleren van experimenten in de praktijk. Dit centrum heeft overigens betrekkelijk los van de verslavingszorg geopereerd.

1881

Openbare orde en criminaliteit

Invoering van de Drankwet



Anti-alcoholprent, omstreeks 1900 De voorstelling laat er geen twijfel over bestaan dat het niet alleen de arbeidersklasse was die zich laafde aan 'De Nederlandsche Gifboom'.

OPENBARE DRONKENSCHAP – MISBRUIK IN HET GEZIN – RIJDEN ONDER INVLOED – CEDOOGRELEID

Het is niet mogelijk een consumptiegoed te bedenken dat meer is geregeld via wetten en maatregelen, en waarvan het gebruik is ingekaderd in meer rituelen en gebruiksvoorschriften, dan alcohol en drugs. De belangstelling voor het gebruik van psychoactieve stoffen is sinds mensenheugenis heel groot geweest. Maar blijkbaar is het gebruik ook altijd omstrede geweest en het genot is ambivalent gewaardeerd.

Het heeft er uiteraard mee te maken dat psychoactieve stoffen niet alleen iets veranderen in het hoofd, in de beleving van emoties en verandering van de stemming of het bewustzijn, maar ook dat dit tot uitdrukking komt in het gedrag. Onder omstandigheden is dat gedrag ook als gevaarlijk getypeerd of in ieder geval niet overeenkomstig wat men van normaal gedrag kan verwachten. In elke cultuur en elke tijd zijn er normen opgesteld waaraan productie, handel en gebruik moesten voldoen. Wie zich daar niet aan hield, riskeerde een sanctie, vaak afhankelijk van de sociale groep waartoe men behoorde en of men een man of een vrouw was, een kind of een volwassene.

Openbare dronkenschap en ordeverstoringen onder invloed van alcohol (zoals veelvuldig voorkwam bij de jaarlijkse kermis) werden door de plaatselijke overheid vaak met harde hand de kop ingedrukt. In 1881 voerde de overheid, onder druk van de drankbestrijdersorganisaties, een drankwet in die regelmatig is herzien. De eerste drankwet beoogde niet zozeer het drankgebruik tegen te gaan, maar wel om meer controle te krijgen op de tapperijen. Zo werd het verboden de gordijnen te sluiten. Zie de klaagzang van de dichter J.H. (Koos) Speenhoff (1869-1945).

*Laat ons zijne wetten lezen,
Wetten vol verdoemenis.
Dronken mag men niet meer wezen,
Zelfs niet als 't van liefde is.*

Fragment uit: *Het dranklied* van Koos Speenhoff (ca 1910)

In het begin van de twintigste eeuw kwam daar nog de Opiumwet bij en nog weer later de Tabakswet. Deze, en diverse andere wetten en maatregelen, zorgden ervoor dat niet alleen het gedrag van de gebruikers werd gereguleerd maar ook dat er steeds meer controle kwam op de productie en uiteraard de verkoop (en smokkel) van middelen. In de praktijk weten burgers, producenten of handelaars deze wetten en het toezicht daarop echter vaak op ingenieuze wijze te omzeilen met als gevolg dat de wetten en de maatregelen weer werden aangescherpt. En zo gaat het nog steeds door.



Spotprent over de Drankwet van 1881 waarin gemeenten de mogelijkheid krijgen om drankgebruik te belasten: 'We nemen er nog een want dan kan de gemeente weer wat nuttigs gaan doen.'

COLLECTIE IISG

Criminaliteit

Waar het gaat om alcoholgebruik en -misbruik is de aandacht niet alleen gericht geweest op ordeverstoringen of openbare dronkenschap. Ook de gevolgen van het misbruik voor het gezin, en de mogelijke invloed van alcohol op de bereidheid tot agressief gedrag (denk aan kindermishandeling) of andere vormen van criminaliteit zoals diefstal of inbraken, hebben ertoe geleid dat ook op dit vlak veel maatregelen zijn getroffen. Een sinds de jaren dertig van de vorige eeuw steeds belangrijker thema is het rijden onder invloed van drank in het snelverkeer. De wetten werden hier zo op aangepast dat rijders onder invloed via de justitiële kanalen in contact werden gebracht met de consultatiebureaus voor alcoholisme om een voorlichtingsrapport op te stellen.

Jarenlang was dit zelfs de belangrijkste wijze waarop cliënten met zo'n bureau in contact kwamen. Sinds 1996 kan door het CBR aan rijders onder invloed een Educatieve Maatregel Alcohol en verkeer (EMA) worden opgelegd.

Het verband tussen middelen en criminaliteit kreeg in Nederland een nieuwe dynamiek sinds de opkomst van drugs na de Tweede Wereldoorlog. Er werd weliswaar al voor de oorlog gebruikt en gehandeld maar dat had een klein bereik. Toen na de oorlog kunstenaars en hippies met gebruik gingen experimenteren leidde dat tot een snelle reactie van justitie: rond 1955 vonden de eerste veroordelingen plaats rond het bezit en het gebruik van marihuana. Deze veroordelingen leidden er niet toe dat er minder werd gebruikt, wellicht het tegendeel. Om deze toename van gebruik te reguleren en om te voorkomen dat jonge mensen ook harddrugs zouden gebruiken adviseerden experts via enkele gezaghebbende



Volkspetitionnement Plaatselijke Keuze

In het Volkspetitionnement van 1914 haalden drankbestrijders in een even intensieve als heftige campagne 670 duizend handtekeningen op ter ondersteuning van het opnemen van 'Plaatselijke Keuze' in de Drankwet. Burgers zouden in een lokaal referendum per

gemeenten mogen stemmen over het al dan niet handhaven van de openbare verkoop van sterke drank. Een initiatiefwetsvoorstel van het ARP-Kamerlid mr. V.H. Rutgers voor het opnemen van deze Plaatselijke Keuze in de wet, gedaan in 1919, strandde evenwel door

verzet in de Eerste Kamer. Tegenstanders waren bang dat het drankgebruik niet minder werd, maar illegaal zou plaats vinden. Ene type argument dat in de jaren zeventig ook in de strijd tegen drugs veelvuldig gebruikt werd.

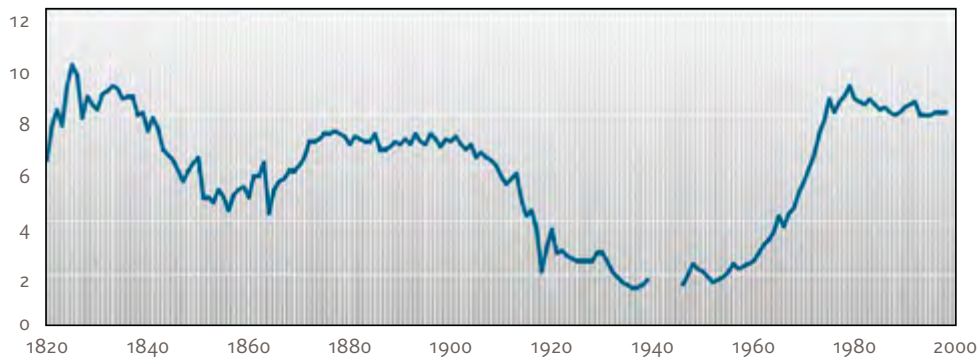
commissies om de markten voor hard- en softdrugs zoveel als mogelijk van elkaar te scheiden. In 1976 werd de Opiumwet hiertoe aangepast. Het was het begin van het zogenaamde gedoogbeleid waarmee de Nederlandse staat jarenlang een uitzonderingspositie in de wereld bekleedde.

Heroïne golf

Het gedoogbeleid kwam tot stand in een nog redelijk gemoedelijke sfeer. Maar het beleid was nog maar net geformuleerd of de heroïne golf kwam eraan, die een veel grimmiger karakter liet zien, ook wat betreft een enorme toename aan sociale overlast op straat (denk aan de jarenlang ontoegankelijke Zeedijk in Amsterdam) en zogenaamde verwervingscriminaliteit: diefstal en berovingen om voldoende middelen te verkrijgen om de dagelijkse benodigde drugs te kunnen betalen. Omdat er aan de verkoop van drugs zoveel werd verdiend ontstonden er ook illegale organisaties voor de productie en de verkoop van de middelen die een steeds omvangrijker, machtiger en ook gewelddadiger karakter kregen.

In de afgelopen decennia heeft de aan drugs gerelateerde criminaliteit een fors deel van de aandacht van politie en justitie en daarmee ook van de rechterlijke macht opgeëist. Het gedrag van de gebruikers zelf is niet criminel geworden en de steeds effectievere manieren van drugshulpverlening hebben gezorgd voor minder overlast. (Bovendien is de relatieve prijs van drugs eerder lager dan hoger geworden.) Maar de organisaties die zorgen voor de toevoer van drugs zijn wel gevaarlijker geworden. Het is dan ook niet toevallig dat er juist uit de hoek van juristen op gezette tijden een oproep wordt gedaan om de verkoop van drugs en daarmee ook de productie ervan zodanig te reguleren dat de echte criminelen de wind uit de zeilen kan worden genomen. In Nederland is hiervoor echter nog steeds geen ruimte omdat politici niet los van de andere lidstaten van de EU een effectief legaliseringsbeleid willen voeren. Ook is er tot nu toe - ondanks herhaalde pleidooien van burgemeesters – nauwelijks politieke ruimte voor gemeenten om zelf cannabis (en wellicht ook andere middelen) te gaan of te laten produceren •

Liters pure alcohol per hoofd van de bevolking. De alcoholconsumptie neemt na 1900 als gevolg van (herzieningen van de) drankwet en andere sociale maatregelen gestaag af, om na de welvaartsexplosie in de jaren zestig explosief te stijgen naar het niveau van 1825.



1915

Reclassering van drankzuchtigen

Voorwaardelijke invrijheidsstelling en voorwaardelijke veroordeling



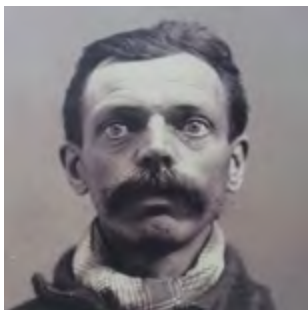
1949 - Affiche voor de jaarlijkse nationale collecte ten behoeve van de reclassering.

VOORWAARDELIJKE INVRIJDELIJKE STELLING - FORENSISCHE VERSLAANINGZORG - CRIMINALITEIT

De verslavingszorg kent een lange geschiedenis waarin de sector telkens op zoek is naar geld. Bij gebrek aan een structurele financiering werden in het begin van de vorige eeuw de nieuwe regelingen die in die tijd op het vlak van het reclasseringswerk tot stand kwamen, met beide handen aangegrepen om de hulp verder te ontwikkelen. De wijziging van de Reclasseringsregeling in 1915 en de invoering van de voorwaardelijke invrijheidsstelling en voorwaardelijke veroordeling waren bepalend voor de verdere ontwikkeling van de ambulante voorzieningen.

Het eerste medisch consultatiebureau voor alcoholisme werd in 1909 opgericht in Amsterdam, mede omdat de 'asiels' voor drankzuchtigen, zoals Hoog-Hullen in Eelde, opgericht in 1891, geen oplossing waren voor de opvang van de grote groep drankzuchtigen in met name de steden. Die asiels droegen er niet toe bij om de *mannen*, want verslaving was in die tijd vooral een mannenvraagstuk, te helpen bij hun sociale herintegratie, hun schulden te saneren, te leren *langs* de talloze kroegen te lopen, en ervoor te zorgen dat hun vrouwen het loon konden besteden aan het huishouden. En er was het 'seksuele vraagstuk': konden die mannen wel zo lang zonder hun vrouw? Regelingen voor overheidssteun waren er echter nog niet. Het was daarom niet onverstandig om zich, zodra de mogelijkheid bestond om door justitie erkend te worden als reclasseringsinstelling, voor verrichte werkzaamheden te laten betalen. Door het Amsterdamse bureau, en de schare van vergelijkbare initiatieven elders in het land, werd deze kans met beide handen aangegrepen. Allengs konden hier en daar zelfs betaalde krachten worden aangesteld.

De overheid wilde via *reclasseringswerk* correcties aanbrengen in het gedrag van degenen die met het strafrecht in aanraking waren



Voordat de Consultatiebureaus gefinancierd werden voor reclasseringswerk werden mensen die regelmatig werden opgepakt wegens openbare dronkenschap naar de rijksinrichting in Veenhuizen gestuurd. Boekhouder Barend Pieter Abrahams uit Amsterdam was één van hen. Hij werd op 29 augustus 1899 in Veenhuizen geregistreerd

gekomen. Aan reclassering werd gedacht bij mensen die voorwaardelijk in vrijheid werden gesteld, 'bedreigd' werden met 'opzending' naar een rijkswerkinrichting (velen werden vanwege openbare dronkenschap naar Veenhuizen of Hoorn gestuurd) of ter beschikking waren gesteld van de regering. Iets later werd ook reclassering bij voorwaardelijke veroordelingen mogelijk. In alle gevallen konden reclasseringswerkers zich bereid verklaren toezicht te houden op het gedrag van de betrokkenen. Ze werden geacht op gezette tijden daarover aan justitie te rapporteren. Vooral de voorwaardelijke veroordeling werd door de consultatiebureaus omarmd, omdat ze de dreigende straf zagen als een belangrijke stok achter de deur om de betrokkenen te verleiden tot geheelonthouding. Bovendien waren de kansen voor herintegratie gunstiger dan wanneer men eerst een straf moest uitzitten. Belangrijk voor de bureaus was dat men via reclasseringsregelingen in contact kon komen met mannen die waren opgepakt vanwege openbare dronkenschap en met 'misdadige dronkzuchtigen', die het contact met de hulpverlening anders zeker zouden hebben ontlopen. De bureaus konden hen in opdracht van justitie verplichten tot geheelonthouding, kroegen te mijden én lid te worden van een geheelonthoudersvereniging. De aandacht voor openbare dronkenschap en orderverstoringen onder invloed van drank verschoof vanaf de jaren dertig meer naar het 'rijden onder invloed'; dit laatste werd nog belangrijker na de Tweede Wereldoorlog. Om een cijfermatige indruk te geven van de werkzaamheden van het Amsterdamse consultatiebureau in 1919, tien jaar na de oprichting: in dat jaar werden er 100 zittingen gehouden, daarin 258 nieuwe inschrijvingen, 6063 bezoeken van patiënten, 322 bezoeken van familieleden, 43 bezoeken van leden van drankbestrijdingsorganisaties (zij verleenden sociale steun), 124 bezoeken van overige personen, en per zitting waren er gemiddeld 68 bezoekers.

Overlastbestrijding

Achteraf gezien heeft justitie de consultatiebureaus voor alcoholisme, die pas vanaf 1970 ook 'drugs' in hun naam voerden, ruimhartig voorzien van geld. Maar dit had zeker ook nadelen. De vurige wens om ook als een *medische* voorziening gezien te worden en ook als zodanig gefinancierd te worden, werd niet gerealiseerd. Verslaving werd, en wordt in zekere zin ook nu nog, niet gezien als een typisch medische aandoening, de grote afhankelijkheid van justitie versterkte dat beeld alleen maar. Hulpverleners wilden ook buiten de kaders van justitie en reclassering hun werk doen. Ook toen de bureaus in 1979 door de rijksoverheid werden gefinancierd als volksgezondheidsinstellingen bleef het aandeel van justitie echter fors. Bijvoorbeeld in de vorm van overlastbestrijding of *forensische verslavingszorg*, een vrij recente benaming. Alcoholmisbruik en verslaving houden nu eenmaal verband met criminaliteit en andere vormen van grensoverschrijdend gedrag.



Campagne met luciferdoosjes

Op alle mogelijke manieren probeerde de drankbestrijders hun boodschap onder de aandacht van de bevolking te brengen. Daarbij viel het oog op gebruiksvoorwerpen

die vrijwel dagelijks door de handen van mensen ging. Luciferdoosjes waren bij uitstek geschikt. In roken werd nog een kwaad gezien en feit was dat veel drinkers rookten.

Dus beplakten in de jaren twintig en dertig vrijwilligers van lokale drankbestrijdingsorganisaties de luciferdoosjes met hun waarschuwingen.

1916

Opvang voor (ex-)gebruikers De Droge Kroeg in Groningen



In Groningen exploiteerde het Consultatiebureau voor alcoholisme vanaf 1916 op de Kosterstergang 35, 'burgerhotel' en kosthuis 'De Droge Kroeg'.
BEELDBANK GRONINGEN

HUISKAMERPROJECTEN - PAULUSKERK - SPUITOMRUIL - SCHUIJPLAATS - GEREGLERDE VERSTREKKING

Het doel van allerlei vormen van verslavingszorg is bij te dragen aan het klinische herstel (abstinentie, genezing) en de maatschappelijke (her)integratie van de directbetrokkenen. Dat pleit niet echt voor aparte voorzieningen voor opvang. Maar in de praktijk blijken deze toch nodig te zijn. Althans gebruikers, ook al zijn ze bezig met ontwenning, hebben er ook behoefte aan steun bij elkaar te zoeken. Al voor de Tweede Wereldoorlog werd dit idee aanvaard en in Groningen had men hiervoor een voorziening opgericht.

Het prototype van een opvangvoorziening voor alcoholisten is uiteraard de kroeg. In Groningen exploiteerde het consultatiebureau voor alcoholisme echter, decennialang, de zogenoemde Droge Kroeg, die haar deuren opende op 2 december 1916. Men positioneerde het volgens een krantenknipsel uit 1926 als 'een veilige plaats, waar de slachtoffers van den alcohol, ook degenen, die niet van het bureau gebruik maakten, gezelligheid konden vinden zonder den borrel'. Er werd een zanggezelschap opgericht, maar hier bleef het niet bij: men streefde er ook naar in het pand goede huisvesting voor ongehuwden aan te bieden, en 'gehuwden huislijkheid te leren door ze aan geregelde lectuur te gewinnen'. Dit initiatief overleefde de oorlog en bleef daarna nog korte tijd bestaan als sociëteit.

Toen in de jaren zeventig het drugsprobleem sterk opkwam, in het bijzonder vanwege het gebruik van heroïne, ontstonden er allerlei projecten voor de opvang van (vaak specifieke, zoals Surinaamse, groepen) verslaafden. Het was vaak heel lastig om de opvang te scheiden van de handel en diverse projecten werden omstreken en/of vroegtijdig gesloten. Berucht was bijvoorbeeld het 'huiskamer- en uitkeringenproject' (HUK) in de Spuistraat in Amsterdam voor verslaafden aan harddrugs. Het trok veel aandacht in de media.



De eminente leider der Droge Kroeg, de heer P. Bosch op zijn kantoor, waar hij wekelijks toetallen menschen een haat onder de riem steekt.



Iedere bezoeker van de gelagkamer krijgt ook heden nog — der traditie getrouw — aan het buffet gratis een kop koffie of thee.

Vijf en twintig jaar „DROGE KROEG”

Waar gezelligheid en vermaak zonder alcohol heerschen. - Duizend stamgasten

Tot de organisaties, welke in onze stad op het gebied van het maatschappelijk werk een verre van onbelangrijke rol vervullen, behoort zonder twiifel niet in de laatste plaats de drankbestrijdingsvereniging „De Droge Kroeg”. Sinds 25 jaren werkt zij ten behoeve van gereclassieerden en drankzuchtigen — zonder onderscheid van godsdienst of ras — waardoor deze vereniging een warmen weerklank heeft gevonden in alle lagen van de Groninger bevolking. Om over dezen veelomvattenden en veel tact eischenden arbeid het een en ander te vernemen, hebben wij ons gewend tot den maatschappelijk leider, den heer P. Bosch, die ons welwillend de noodige inlichtingen verschafte en ons het groote gebouw geheel heeft laten zien. Het groote gebouw... In de „gelagkamer” kunnen twee honderd menschen een plaatsje vinden, doch in den regel is het daar zoo vol, dat vooral in den winter eenige honderden menschen onverrichterzake terug moeten keeren. De Droge Kroeg telt op het oogenblik ongeveer duizend vaste bezoekers, d.w.z. duizend mannen van 18 jaar en ouder, die hun verpoosing in dit gebouw willen zoeken, omdat zij „weten aan de verleiding van de „Natte Kroeg” geen weerstand te kunnen bieden. Daarom



De vaste gastgangers in hun eigen eenvoudige, doch gezellige eetkamer.



is het zoo betreuzenswaardig, dat de uitbreidingsplannen door den oorlog niet meer voor verwezenlijking vatbaar zijn, althans voorloopig niet. Een alcoholist die door de vereringing of door kennissen mee genomen wordt naar dit huis in de Kosterstergang wordt natuurlijk niet in één handomdraai een geheleonthouder en, indien hij getrouwd is en kinderen heeft, een rustig en huiselijk gezinshoofd. Met een open oog voor de werkelijke toestanden heeft de vereniging „De Droge Kroeg” dat ook ingezien. Zees terecht zinde de heer Gerh. Bleeker, de grondlegger van dit systeem dan ook, dat zulk 'n mensch een overgangstijd moet doormaken, waarin hij de door hem gezochte gezelligheid en ontspanning vindt, weliswaar in een kroeg, maar

Links: De dansclub heeft enthousiaste leden, vooral in den winter. De man met bal is zelfs provinciaal kampioen geweest.

In april 1941 vierde De Droge Kroeg haar 25-jarig bestaan. Het Nieuwsblad van het Noorden besteedde er twee pagina's aan.
BEELDBANK GRONINGEN

In 1978 werden in Groningen onder een viaduct ruimtes gekraakt die als opvangcentrum fungeerden voor vooral Surinaamse gebruikers. De Bunker, zoals het werd genoemd, werd echter alras een verkooppunt voor heroïne en gestolen waar. Na een paar jaar trok de stichting, die met steun van de gemeente het pand in beheer had, zich weer terug. Het 'project' ging nog een aantal jaren als vrijplaats door.

Perron Nul

Beroemd was ook Perron Nul in Rotterdam, vlak bij het Centraal Station. De vermaarde dominee Hans Visser (1942) richtte in 1987 op een parkeerterrein een opvangvoorziening op waar methadon werd verstrekt en spuiten konden worden omgeruild. Ook was het gebruik van drugs hier mogelijk. Het probleem was wel dat uit heel Nederland verslaafden hierheen trokken, zelfs vanuit het buitenland. Op het hoogtepunt waren er zo'n duizend zwaar verslaafden dagelijks te vinden. In 1992 wilden mariniers

zelfs het terrein 'schoonvegen', zoals ze dat eerder met de Dam in Amsterdam hadden gedaan. In 1993 werd Perron Nul gesloten en verhuisden de verslaafden onder andere naar de Pauluskerk. In 2007 werd het gebouw, dat jarenlang is gebruikt voor de opvang van drugsverslaafden, dak- en thuislozen en vluchtelingen, gesloopt. Voor de betrokkenen werden andere voorzieningen aangewezen. Als dominee was Visser overigens niet uniek in de geschiedenis van de sociale arbeid. Eind negentiende eeuw richtte dominee C.S. Adama van Scheltema (1815-1897) in de Jordaan het Koning Willemshuis op. Het was een centrum voor christelijk-sociale arbeid en de medewerkers waren hoofdzakelijk

ex-dronkaards. Ook dit centrum bood – net zoals Visser dat honderd jaar later deed – een schuilplaats voor mensen aan de onderkant van de samenleving.

Gebruikersruimtes

Sinds het einde van de vorige eeuw zijn er op tal van plaatsen nieuwe voorzieningen opgezet voor druggebruikers, waar gebruik uitdrukkelijk is toegestaan, maar de handel zo goed mogelijk wordt buitengesloten. De legitimatie van deze gebruiks- of gebruikersruimtes was het voorkomen van gezondheidsschade en overdosis en het voorkomen van of beperking van overlast voor de buurten waar veel gebruikers verblijven. Drugs kunnen hier op een hygiënische manier worden toegediend, er zijn schone spuiten beschikbaar en voorzieningen voor de preventie van infectieziekten. Het verschil met de eerdergenoemde projecten is dat de oprichting en instandhouding van deze gebruikersruimten inmiddels officieel beleid zijn geworden van de instellingen voor verslavingszorg.



Drugs- en alcoholgebruikersruimten in Nederland, 2013.

- ★ gebruikersruimte voor drugs,
- gebruikersruimte voor alcohol,
- 📌 gebruikersruimte voor alcohol en drugs.



Huiskamer in een statige villa aan de Ripperdastraat in Enschede waar cliënten met chronische verslavingsproblemen binnen kunnen lopen voor een kopje koffie & praatje, dagbesteding en zorg. Het pand kent ook een gebruikersruimte. De voorziening wordt beheerd door de verslavingszorginstelling Tactus. FOTO TACTUS

De eerste gebruikersruimte die vanuit de reguliere verslavingszorg werd opgericht, kwam in 1994 tot stand in Maastricht. Maar omdat het een unieke positie had, had het sterk te lijden onder een enorme aanzuigende werking. Begin van deze eeuw waren er meer dan dertig gebruikersruimten voor drugs in Nederland die de steun hadden van de gemeenten en die door een aanpassing van de Opiumwet ook wettelijk kader genoten. Dagelijks maakten er toen gemiddeld bijna veertig mensen gebruik van. De oprichting ging overigens niet zonder slag of stoot. Met name in de reguliere verslavingszorg waren er velen die zich hiertegen verzetten. Het stond het gebruik immers toe, terwijl zij zoveel moeite deden om verslaafden ervan af te houden.

Gereguleerde verstrekking

Inmiddels zijn er ook alcoholgebruikersruimten ingericht. In deze voorzieningen is het gebruik van alcohol toegestaan. Doel ervan is vooral de overlast op straat terug te dringen en de gezondheidsschade voor de gebruikers te beperken. Daarnaast zijn er talloze beschermde woonvormen opgezet, veelal gekoppeld aan vormen van dagbesteding. Deels ook gericht op mensen die nog niet in staat zijn om te ontwennen, en waarbij gereguleerde verstrekking van alcohol een onderdeel is van het programma. Een voorbeeld is de intensieve beschermde woonvorm in de Petristraat in Rotterdam, onderdeel van Bouman Verslavingszorg. De ruim twintig bewoners kunnen hier, vanuit een behandelplan, gereguleerd en gecontroleerd alcohol drinken. Met alle deelnemers worden individuele afspraken gemaakt over het alcoholgebruik.

1948

Het belang van internationale uitwisseling

De AA begint een groep in Nederland



Logo van de Anonieme Alcoholisten in Nederland.

AMBULANT – MOTIVERENDE GESPREKSVOERING – SOCIAL CASE WORK – METHADONVERSTREKING – HARM REDUCTION

De Nederlandse verslavingszorg is in veel opzichten uniek. Daar staat tegenover dat het grootste deel van de methodieken en werkvormen afkomstig is uit het buitenland. Het eerste sanatorium voor alcoholisten in Nederland, Hoog-Hullen gevestigd in Eelde, kwam tot stand na een studiereis in 1884 van een aantal leden van de Volksbond tegen Drankmisbruik naar sanatoria in Lintorf in Duitsland.

Hetzelfde geldt, bijna twintig jaar later, voor het eerste consultatiebureau voor alcoholisten in Amsterdam dat in 1909 werd opgericht. Het idee van consultatiebureaus was mede ingegeven door de positieve ervaringen met zulke centra voor lijdens aan tuberculose en epilepsie. Weliswaar sprak het voorbeeld dat men tegenkwam in Duitsland de Nederlanders niet aan (het werkte veel te veel samen met de politie). Maar de ambulante manier van werken achtte men wel een verbetering ten opzichte van zo'n sanatorium dat veel te ver afgelegen was van de grote stad. En men raakte heel enthousiast over een initiatief in Dortmund waar dronkzuchtigen nu eens niet vanuit het standpunt van een zondaar of een maatschappelijk schadelijke zwakkeling werden benaderd, maar als patiënt. Ook in de uitbouw van deze initiatieven keek men bij herhaling naar wat er in het buitenland werd bedacht en toegepast. De internationale congressen van de organisaties voor [drankbestrijding](#) zorgden voor de uitwisseling van ideeën.

Gefaseerde gedragsverandering

Als we kijken naar de diverse methodieken die vanaf de jaren tachtig, vooral door psychologen, zoals Gerard Schippers (1947), werden geïntroduceerd, dan zien we een lange rij van werkwijzen en theorieën die door collega's in met name de VS waren uitgedacht en uitgetoet. Voorbeelden zijn de befaamde theorie van de gefaseerde gedragsverandering van Prochaska en DiClemente en

Bericht uit de Amerikaanse krant Miami Daily News. Henk Krauweel, directeur van het Medisch Consultatiebureau voor Alcoholisme te Amsterdam, bezoekt het Amerikaanse congres over alcoholisme. Eerder introduceerde hij na een reis naar de Verenigde Staten in 1948 de AA-zelfhulp in Nederland.



17 april 1956 – De Amsterdamse Anonieme Alcoholisten vergaderden iedere werkdagavond om 8.15 uur in hun clublokaal aan Oosteinde 18.



de motiverende gespreksvoering van W.R. Miller die hier sterk aan verwant is, methodieken om terugval te voorkomen, de strategie van een reeks van minimale interventies in plaats van een langdurige behandeling of opname, partner- en relatie-therapie en veranderingsmodellen gebaseerd op de theorie van sociaal leren en niet te vergeten de cognitieve gedragstherapie. Ze werden allemaal, vaak via internationale conferenties, naar Nederland gehaald en vervolgens aan de Nederlandse situatie aangepast.

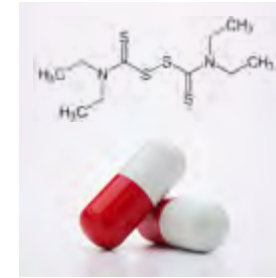
Voordat de psychologen in de jaren tachtig hun intrede deden, werd het werk vooral uitgevoerd door maatschappelijk werkers. Na de Tweede Wereldoorlog werden zij ook voorzien van een methodiek: de social casework-methode. [Marie Kamphuis](#) (1907-2004) van de School voor Maatschappelijk Werk in Groningen was hiervan een warm pleitbezorger. Deze werkwijze was onder andere gebaseerd op psychoanalytische denkbeelden en bevatte psychotherapeutische werkwijzen. Het nadeel was wel dat de aandacht voor materiële hulpverlening hierdoor werd beperkt.

Behandelbare ziekte

Niet onbelangrijk was ook de introductie in 1948 van de eerste AA-groep in Amsterdam. Het idee van de AA was ook via een studiereis ontstaan. De AA is een van de meest duurzame voorbeelden van door de directbetrokkenen georganiseerde hulp. De AA vatte alcoholisme op als een ziekte en dat was ook de boodschap van Elvin Morton Jellinek (1890-1963), van oorsprong plantkundige, die een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan een genuanceerde en wetenschappelijk onderbouwde visie op het alcoholprobleem. Jellinek vatte alcoholisme op als een behandelbare ziekte en via de WHO verspreidde hij zijn visie onder andere in Nederland. Hier werkzame psychiaters, zoals P.H. Esser (1905-1998), verwerkten zijn ideeën in nieuwe behandelstrategieën. Opmerkelijk is dat

Medische hulpmiddelen

Disulfiram, eindelijk een werkzaam geneesmiddel



Na de Tweede Wereldoorlog kwam er een werkzaam middel beschikbaar: disulfiram. Ook bekend onder de naam Antabus of Refusal.

De tropische plant Rauwolfia serpentina werd gebruikt om tranquillizers tegen alcohol te maken.



PREPARATEN – ANTI-ETHYLINE – COZA-POEDER – MEDICAMENTEuze THERAPIE – NALTREXON – METHADON

Al vele duizenden jaren geleden hebben mensen ontdekt dat planten een krachtige werking kunnen hebben op het centrale zenuwstelsel en dat ze daarmee een psychoactief effect kunnen bereiken. Ook geneeskundigen zijn al heel lang geleden op zoek gegaan naar plantenextracten om aandoeningen te verhelpen of de gevolgen ervan te verlichten. Later kwamen daar ook stoffen bij met een niet-plantaardige herkomst, zoals mineralen.

Ook voor de behandeling van verslaving, in het bijzonder rondom alcohol, is er al heel lang gezocht naar preparaten waarmee de verslaving kon worden beperkt. Veel van deze middelen waren erop gericht bij drinkers een afkeer of walging ten opzichte van de drank in te leiden. Zo zijn er in het verleden talloze methoden ontwikkeld, waar vaak grof aan werd verdiend. De werkzaamheid ervan viel altijd weer tegen. In 1900 kwam 'anti-ethyline', een 'serum tegen alcoholmanie', op de markt. Chemisch onderzoek toonde aan dat het bestond uit dubbelkoolzure soda (zuiveringszout of maagzout), gemalen kalmoeswortel en gemalen gentiaanwortel. Het werkte niet. Heel populair was ook het Coza-poeder, een anti-alcoholmiddel met bijna dezelfde samenstelling.

Alcoholisme: een ziekte

Pas na de Tweede Wereldoorlog, in 1949, kwam er een middel beschikbaar dat echt werkzaam was, door medici werd geaccepteerd en nu nog steeds wordt toegepast: disulfiram. Het is een middel ten behoeve van ontwenning met een afschrikwekkend effect dat het metabolisme van alcohol verstoort, maar het heeft niet direct invloed op het verlangen om te drinken. Het werd verkocht onder de naam Antabus of Refusal. De werkzaamheid van disulfiram bewees indirect dat alcoholisme inderdaad een ziekte was, aldus de geneeskundigen van die tijd. Voor de consultatiebureaus was disulfiram daarmee een uitkomst. Ze konden

Dees Postma (1932-2012), zelf ook trouw bezoeker van een AA-groep vanwege zijn verslaving aan alcohol, vanaf 1973 twaalf jaar directeur was van Jellinek in Amsterdam.

Ook op het vlak van de nieuwe biologisch georiënteerde verslavingszorg zijn er weinig voorbeelden te bedenken waarbij er geen buitenlandse connectie bestond. Dat geldt ook voor de methadonverstrekking, in 1968 door Peter Geerlings (1939-2011) uit Amerika gehaald, en voor de behandeling met heroïne op medisch voorschrift, eerder al in Engeland en Zwitserland geïmplementeerd.

De AA is in 1935 in de Verenigde Staten gestart op initiatief van Robert Hollbrook Smith en Bill Wilson en groeide in een paar jaar uit tot een succesvolle beweging. De AA ziet alcoholisme als een ziekte en volgt in de zelfhulpgroepen tot op de dag van vandaag de 12 stappen-aanpak.



Dees Postma (1932-2012), vanaf 1973 twaalf jaar directeur van de Jellinek in Amsterdam, was zelf trouw bezoeker van een AA-groep.

De methadonverstrekking werd in 1968 door de Amsterdamse psychiater Peter Geerlings (1939-2011) uit Amerika naar Nederland gehaald.



Spuitenomruilautomaat

Maar toch is er iets specifiek Nederlands aan de verslavingszorg dat het karakter uniek maakt. De benadering van verslaafden heeft overwegend een humaan en medisch georiënteerd karakter gehad. Niet te moraliserend en ook niet te veroordelend of criminaliserend: de sociale integratie heeft altijd voorop gestaan. Dit met het doel het probleem binnen normale proporties te houden en het maatschappelijk herstel te bevorderen. Mede hierdoor was het mogelijk dat, zij het onder druk van de overheid, door de verslavingszorg relatief kort na het begin van de aids-epidemie vuile spuiten werden omgeruild voor schone, er voorlichting werd gegeven over veilig druggebruik, en verslaafden niet pas hulp kregen als ze bereid waren om af te kicken. De omruil van spuiten voor heroïnegebruikers was op zich geen Nederlandse vinding, maar de spuitenomruilautomaat was wat de Nederlanders met hun pragmatische inslag ervan maakten.

In de jaren tachtig en negentig was de Nederlandse verslavingszorg, vanwege de vooral op *harm reduction* gerichte drugshulpverlening, zo populair geworden dat uit talloze landen delegaties vooral naar Amsterdam op bezoek kwamen om over het Nederlandse drugsbeleid en de drugshulpverlening meer te weten te komen. Kennis en kunde over verslaving en hulpverlening werden in zekere zin, naast de nederwiet, een exportartikel.

het voorvoegsel 'medisch' in hun naamgeving nu waarmaken. Het zou verder, dacht men, de behoefte aan een klinische opname sterk doen verminderen, en ze hadden nu iets in handen waarmee ze zich konden onderscheiden van de andere reclaseringsinstellingen: medische assistentie.

De geneeskundige A.P. Ketel (1894-1971), al voor de oorlog verbonden aan het psychiatrisch ziekenhuis Maasoord en tevens actief voor de Artsen-Geheelonthouders Vereniging, was de eerste die er eind jaren veertig klinische ervaring mee opdeed.

In de jaren zestig ontwikkelde men in de VS de substitutiebehandeling van drugs door methadon, een synthetisch opiaat. FOTO TACTUS



Men dacht in die tijd nog dat je alcoholisten met deze stof van een drankzucht kon 'genezen'. Dat bleek niet het geval te zijn. Maar het hielp wel als onderdeel van een meer omvattende behandeling. In de eerste jaren na de oorlog waren er overigens al meer methoden die door artsen werden toegepast ten behoeve van medicamenteuze therapie. Denk hierbij aan braken-opwekkende middelen als emetine en apomorfine. Ook werd er gepoogd de alcoholist te immuniseren tegen alcohol. Of er werd suiker toegediend, omdat men dacht dat alcoholisten een laag bloedsuikergehalte zouden hebben en de toediening van suiker een drankzucht zou beperken. Verder waren er bijnierschorspreparaten in gebruik. Er werd ook geëxperimenteerd met specifieke diëten, zoals met weinig koolhydraten, matig vet, veel eiwit. En uiteraard werd er, zodra dat kon, ook gebruikgemaakt van tranquillizers, zoals een inmiddels vergeten preparaat dat werd gebaseerd op de tropische plant Rauwolfia serpentina.

Het repertoire van farmaceutische interventies kreeg pas weer een opleving in de jaren negentig van de vorige eeuw bij de introductie van naltrexon, dat wordt toegepast bij afhankelijkheid van alcohol en opiaten, en acamprosaat, voor de afhankelijkheid van alcohol. Bijzonder aan deze stoffen is dat ze invloed uitoefenen op het verslavingsproces in engere zin: ze beïnvloeden de systemen voor motivatie en hoe de hersenen impulsief gedrag reguleren. Hierdoor kan de hunkering naar het gebruik van stoffen als alcohol of drugs worden beperkt. Net als met disulfiram het geval is, geldt echter ook voor deze middelen dat ze een breder behandelaanbod ondersteunen, maar dat ze zelden los daarvan voldoende effectief zijn.

Methadonbus voor Mozes en Aäronkerk in Amsterdam, 18 oktober 1981. COLLECTIE NATIONAAL ARCHIEF - ANEFO



Methadon

Al eerder, in de jaren zestig van de vorige eeuw, werd er in de VS een nieuwe methode ontwikkeld en getest: de substitutiebehandeling van drugs. Er werd geëxperimenteerd met methadononderhoudsprogramma's, en tot op de dag van vandaag worden die op veel plaatsen in de wereld, in het bijzonder ook in Nederland, toegepast. Methadon is een synthetisch opiaat.

In de loop der jaren is de medicamenteuze behandeling van de ontwenning van alcohol en drugs steeds meer verfijnd en in richtlijnen vastgelegd. Voor alcoholverslaving zijn er stoffen die helpen bij de behandeling van onthoudingsverschijnselen, waardoor ze bijvoorbeeld insulpen of delirium tremens kunnen voorkomen, en stoffen die terugval voorkomen of de kans daarop verminderen.

De meeste methoden zijn inmiddels goed getest bij talloze doelgroepen. Het onderzoek staat niet stil en het is te verwachten dat er de komende jaren meer middelen beschikbaar zullen komen die mogelijk effectiever zijn, met minder bijwerkingen. Een veelbelovende stof is bijvoorbeeld topiramaat (dat migraineaanvallen en epileptische aanvallen voorkomt), dat is getest bij alcohol, cocaïne en cannabis. Maar ook deze stof heeft ongewenste bijwerkingen.

[Verslavingsartsen](#) worden tegenwoordig goed opgeleid en geregeld voorzien van nieuwe kennis en behandelprotocollen voor farmacotherapie. Maar het verlangen naar 'die ene pil' die alle problemen rondom verslaving oplost, is hoogstwaarschijnlijk een ijdele hoop.

1953

Landelijke organisaties

Een landelijk dekkende organisatie voor verslavingszorg



In mei 1953 werd de Federatie van instellingen voor de Zorg van Alcoholisten (FZA) opgericht. ALGEMEEN HANDELSBLAD, 12 MEI 1953.

NATIONALE COMMISSIE TEGEN HET ALCOHOLISME - FEDERATIE VOOR HET REDDINGSWERK VOOR ALCOHOLISTEN - NEVIV

Je bereikt niets in je eentje en dat geldt ook voor organisaties die particulier zijn georganiseerd. In de meer dan honderdjarige geschiedenis van de **drankbestrijding** werden talloze landelijke organisaties opgericht met regionale vertakkingen en plaatselijke comités. Dit werd door de verzui-ling nog eens versterkt, waardoor de diverse geloofsgroepen en politieke richtingen allemaal hun eigen organisatiestructuur en cultuur tot stand brachten en onderhielden met krantjes, landelijke bijeenkomsten, speldjes, liederen, vaandels en een lange lijst brochures.

Maar typisch Nederlands was wel dat men wat lager in de zuilen de competitie aanging met de andere zuilen, maar dat er hoog in de top voldoende ruimte was voor nationale organisaties die de zuilen overkoepelden. Voor de **drankbestrijding** was dat de Nationale Commissie tegen het Alcoholisme, de NCA (opgericht in 1909). Alleen vooraanstaande mensen mochten in het hoofdbestuur zitting nemen, en omgekeerd was deelname aan zo'n bestuur een garantie voor maatschappelijk succes, zoals de kans op een ministerschap. Zo belangrijk was de drankbestrijding in die tijd.

De eerste consultatiebureaus voor alcoholisme werden opgericht door drankbestrijdingsorganisaties als een vorm van op het individu gericht reddingswerk. Maar allengs was er ook behoefte aan een eigen organisatievorm. In 1926 ontstond de Federatie voor het Reddingswerk voor Alcoholisten (FRA); we zouden het nu een netwerk noemen, het had geen eigen bureau of staffunctionarissen. Toen na de Tweede Wereldoorlog het initiatief werd genomen om de zorg voor alcoholisten in een landelijk dekkend netwerk vorm te geven, was er echter wel degelijk behoefte aan een sterke landelijke organisatie die belangen kom behartigen en een bijdrage kon leveren aan de inhoudelijke ontwikkeling van

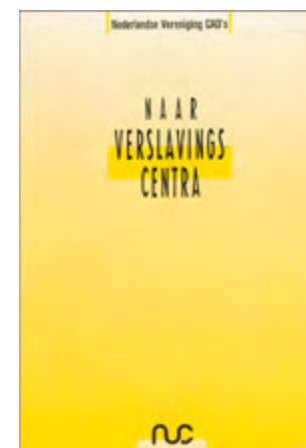
het werk. Dit leidde in 1953 tot de oprichting van de FZA (Federatie van instellingen voor de Zorg van Alcoholisten).

Breed takenpakket

De FZA kreeg in de loop van het bestaan steeds meer taken, en vooral na **de opkomst van het druggebruik**, en de behoefte aan **preventie** in de jaren zeventig groeide het bureau flink. Koepels werden geacht een breed takenpakket te hebben; ze deden wel aan belangenbehartiging voor de instellingen, zoals het onderhandelen met ministeries over subsidievoorwaarden, maar ze richtten zich ook op de ontwikkeling van de kwaliteit van het werk, organiseerden cursussen en stimuleerden onderzoek. Deze functies werden later uit elkaar getrokken.

Toen eind jaren zestig en begin jaren zeventig enkele grote consultatiebureaus eigen klinieken oprichtten, sloten zij zich ook aan bij de verenigingen voor ziekenhuizen, de Nationale Ziekenhuis Raad, later de Nederlandse Zorg Federatie.

De FZA werd opgeheven in 1986 en splitste zich in 1987 in twee nieuwe organisaties: het NIAD en de NVC. De NVC (Nederlandse Vereniging voor Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs) nam de belangenbehartiging voor haar rekening en het NIAD (Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs) werd verantwoordelijk voor kwaliteit en ontwikkeling, plus een aantal landelijke preventietaken, zoals rondom de bestrijding van hiv en aids.



De Nederlandse Vereniging van CAD's (NVC) pleitte in 1988 voor het samenbundelen van het grote aantal instellingen tot grootstedelijke verslavingscentra. Anno 2016 is dat streven nagenoeg gerealiseerd: Nederland telt nog maar negen grote verslavingszorginstellingen, vaak als onderdeel van de geestelijke gezondheidszorg.

GGZ-Nederland

In 1993 ontstond de Nederlandse Vereniging van Instellingen voor Verslavingszorg (NeVIV) uit een fusie tussen de NVC en de in 1990 opgerichte KGOD (Kommissie Gezamenlijk Overleg Drugshulpverleningsinstellingen, later Vereniging van Instellingen voor Maatschappelijk Georiënteerde Verslavingszorg geheten), die de belangen behartigde van de door de gemeenten gefinancierde drugshulpverleningsinstellingen. Rust kwam er pas in 1997 toen GGZ-Nederland werd opgericht als een combinatie van een reeks landelijke verenigingen. Binnen deze 'branchevereniging' functioneert thans een netwerk van directeuren van de verslavingszorginstellingen.

Een jaar eerder, in 1996, was het NIAD, met het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid NcGv, al opgegaan in het Trimbos-instituut. Dit instituut is uitgegroeid tot het landelijke kennisinstituut op het vlak van de psychische gezondheid en heeft een breed palet aan taken en activiteiten.

Profs en cliënten

Hiernaast zijn er nog een groot aantal andere organisaties opgericht, opgeheven en opgegaan in grotere verbanden of ook weer afgesplitst. Er zijn netwerken tot stand gekomen voor psychologen, **verslavingsartsen** en onderzoekers. Deze netwerken zijn als sectie vaak weer verbonden aan een grotere beroepsorganisatie, zoals bijvoorbeeld het NIP (Nederlands Instituut voor

In 1993 voerden de gezamenlijke verslavingszorginstellingen actie, compleet met een zwartboek, geïllustreerd door *Volkskrant*-cartoonist Jos Collignon. Daarmee protesteerden zij tegen het decentraliseren van de financiering van de verslavingszorg. Dat gebeurde in het kader van het sociale-vernieuwingsprogramma van de regering. De instellingen vreesden dat gemeenten het geld wel eens aan iets anders zouden gaan besteden dan aan de verslavingszorg. Uiteindelijk bleek de schade reuze mee te vallen.

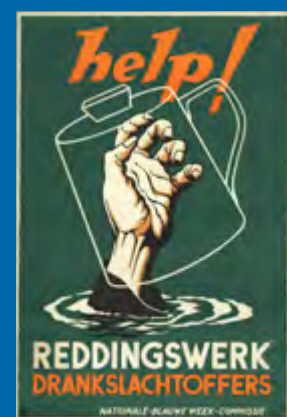
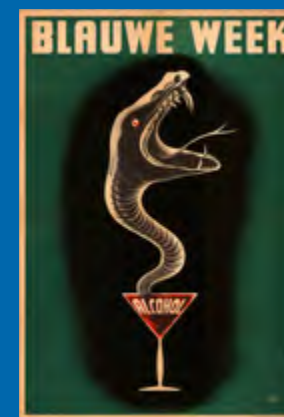


Psychologen). Zwakker, maar als luis in de pels nooit onbelangrijk geweest, zijn er verenigingen of stichtingen opgericht van cliënten, gebruikers, familieleden of andere directbetrokkenen met een specifiek belang. En niet onbelangrijk is uiteraard de zelfhulporganisatie AA, die weliswaar niet zo duidelijk in de openbaarheid treedt, maar in Nederland intussen de oudste landelijk operende zelfhulporganisatie is op het gebied van de sociale en medische zorg.



Nadat de overheid ook commerciële partijen toegang heeft gegeven tot de gezondheidsmarkt zijn er in de verslavingszorg ook particuliere instellingen actief. Solutions is daar een voorbeeld van.

Overigens zijn er sinds een aantal jaren naast de gevestigde instellingen, met vaak een lange traditie, ook particuliere instellingen opgericht – hun oprichting en de financiering van de werkzaamheden werd mogelijk doordat de overheid commerciële partijen toegang heeft gegeven tot de 'markt' voor gezondheidszorg.



Blauwe week

De verzuiling maakte het moeilijk voor de verschillende drankbestrijdingsorganisaties samen te werken. Voor het eerst gebeurde dat in Nationale Commissie tegen het Alcoholisme, opgericht in 1909. Een van de initiatieven die deze landelijke

commissie nam was de organisatie van de Blauwe week die in 2012 voor het eerst werd georganiseerd. Tijdens de blauwe week (rondom Hemelvaart en Pinksteren) werd aandacht gevraagd voor bestrijding van alcoholmisbruik. De verzuilde drankbestrijdingsorganisaties werkten samen. Later ontstond

ook de Blauwe Maand, waarin met name het doel was zoveel mogelijk nieuwe leden te werven. Er waren overal in het land zogenaamde Provinciale Propaganda Commissies. Deze commissies organiseerden collectes en ondersteunden betogingen, samenkomsten en zogenaamde landdagen.

1960

Groepen gebruikers en verslaafden

Jellinek gaat op zoek naar typen alcoholisten

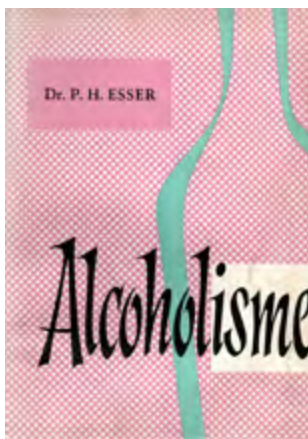


Elvin Morton Jellinek (1890-1963) kwam in 1960 tot een indeling in typen alcoholisten op basis van epidemiologisch onderzoek. In Nederland is Jellinek vooral bekend door de naar hem genoemde Jellinek-kliniek in Amsterdam.

PRIMAIRE ALCOHOLISTEN – SECUNDAIRE ALCOHOLISTEN – AF-EN-TOE-ALCOHOLISTEN – GEZELLIGE DRINKERS

Het is voor medici of onderzoekers gebruikelijk om groepen patiënten in te delen in bepaalde subcategorieën in de hoop dat daarmee de zorg effectiever kan worden geleverd of dat het ontstaan en voortbestaan van de aandoening beter wordt begrepen. Zo zijn er ook in de verslavingszorg al ruim 150 jaar allerlei ideeën geopperd over subgroepen van alcoholisten.

Voordat de Amerikaanse arts E.M. Jellinek (1890-1963) daaraan begon, waren de indelingen vooral gebaseerd op klinische observaties; niet onbelangrijk uiteraard, want dat is de basis van de geneeskunde. Maar Jellinek baseerde in 1960 zijn indeling van typen van alcoholisten mede op basis van epidemiologisch onderzoek. Dat was een enorme vooruitgang. Deze lijn is later voortgezet en heeft geleid tot steeds preciezere typologieën. In Nederland maakten Don en Van der Woude in hun publicatie *Het boek van den alcohol* (1904; 1917) al een onderscheid tussen de gewone drankzuchtige, oftewel de lijder aan *alcoholismus chronicus*, en de leider aan *delirium tremens*. Hiernaast onderscheidden ze de periodieke drankzuchtigen, ook wel de *kwartaal-drinkers* of *dipsomanen* genoemd.



Het standaardwerk *Alcoholisme* van P.H. Esser uit 1960 was sterk beïnvloed door het werk van de Amerikaanse arts Jellinek.

Jellinek onderscheidde vier subtypen: (1) de groep primaire alcoholisten die werden gekenmerkt door een snelle ontwikkeling van een niet-beheersbare behoefte aan alcohol en moeite om ervan af te blijven, (2) een groep waarbij het alcoholisme secundair was ten opzichte van een ernstige psychische stoornis, (3) een groep die af en toe gebruikte en waarbij mogelijk het alcoholisme ook secundair

De grootste groep drinkers in de classificatie van Jellinek bestaat uit gezelligheidsdrinkers die zich door de sociale omstandigheden laten leiden.



een groep die moet gebruiken en waarbij het gebruik vooral een poging is om somatische, psychische en sociale problemen het hoofd te bieden.

Sociologische benadering

Waar de indeling in subgroepen bij alcoholisten vooral een medische insteek heeft gehad, was de indeling in subgroepen bij druggebruikers in de eerste plaats gebaseerd op een meer sociologische benadering. Het eerste onderzoek naar druggebruikers en de drugscene in Nederland werd uitgevoerd door Herman Cohen (1936-2002). In deze studie uit 1975 werden de kenmerken van de gebruikers ontleend aan een enquête. Van grote invloed was verder het onderzoek onder heroïnegebruikers dat in 1982 werd gepubliceerd door Janssen en Swierstra. Zij deden een poging om sociologische begrippen toe te passen op de levensstijlen van gebruikers. Ze kwamen op, ook in die tijd al, opmerkelijke indelingen. Mannelijke gebruikers deelden ze als volgt in: de culturele rebellen, de gewezen weekendstappers, de maatschappelijk marginalen en de stadswervers. Vrouwelijke gebruikers werden als volgt ingedeeld: de thuisverlaters en de maatschappelijk marginalen. Specifiek de mannelijke Surinaamse gebruikers in: de meelopers, de zevengramsdealers en de thuiskeerders. Het laat zich raden dat deze indelingen geen stand hebben gehouden, omdat ze te zeer gekoppeld waren aan een bepaalde fase in de ontwikkeling van het druggebruik en de drugscene in Nederland.



Vanaf de jaren zestig richt de reclame van de alcoholproducenten zich vooral op het gezellig drinken thuis. Het thuisconsumeren van alcohol begint vanaf die jaren exponentieel te stijgen.

Hoe het ook zij, de behoefte aan indelingen is gebleven. Een gebruikelijke is en blijft: experimentele gebruikers, problematische gebruikers en zeer problematische en daarmee vaak ook verslaafde gebruikers. Specificaties worden vervolgens gemaakt aan de hand van leeftijden, geslacht, het type middel dat wordt gebruikt, de mate waarin het gebruik gerelateerd is aan criminaliteit, de etnische achtergrond, wel/niet verstandelijke beperking, en niet te vergeten de sociaaleconomische status. Dit laatste voorspelt vaak sterk wat de sociale risico's zijn van het gebruik. Hiernaast zijn er allerlei tussenvormen ontstaan, omdat mensen zich zelden aan dit soort categoriale indelingen houden. In de recente tijd is er een herleving van de belangstelling voor de indeling van mensen met bepaalde aandoeningen in specifieke subgroepen. Het heeft ermee te maken dat het inzicht groeit dat ziekten zich zelden volgens een vergelijkbaar patroon ontwikkelen. En dat het vaak nog maar de vraag is of er sprake is van één ziekte. Het is veel effectiever om subgroepen te onderscheiden, omdat bepaalde interventies daar ook veel beter op aansluiten.

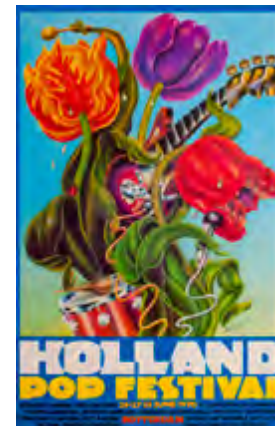
Steeds preciezer behandelen

Alcoholisme – Jellinek en zijn voorgangers wezen daar allang op – is niet één aandoening, maar wellicht een groep verschillende aandoeningen die op een aantal punten flink van elkaar verschillen. Waarschijnlijk kunnen binnen die typen nog weer preciezere onderverdelingen worden gemaakt. Uiteindelijk is elk individu weer anders. Het belang hiervan wordt uiteraard pas zichtbaar als het mogelijk is om bestaande interventies van curatieve of preventieve aard zo effectief mogelijk te relateren aan de kenmerken van de diverse cliëntprofielen.

Deze inzichten hebben in Nederland al sinds eind jaren negentig ertoe geleid dat initiatieven zijn genomen om behandelingen te individualiseren met behulp van beslisbomen en *stepped care*-benaderingen. Nu is de aandacht erop gericht preciezer de stadia te achterhalen waarin de ontwikkeling van verslavingsprocessen zich bevinden (stadiëring) en profielen op te stellen van groepen mensen met verslavingsproblemen (profilering) om preciezer of meer persoonsgericht te behandelen.

1970

Gebruik van psychoactieve stoffen Popfestival in het Kralingse Bos



Affiches van het popfestival in het Kralingse Bos in 1970.

OPIMUM - MORFINE - HEROÏNE - COCAÏNE - CANNABIS - LSD - AMFETAMINE - ECSTASY - CHB

In 1970 vond in Rotterdam in navolging van Woodstock in het Kralingse Bos het vermaarde popfestival plaats. Bijzonder aan dit festival was dat het duidelijk maakte dat jongeren in staat waren hun eigen cultuur te creëren: een andere beleving van seksualiteit en de verwerkelijking van nieuwe omgangsvormen. Verder lieten de bezoekers zien hoe zij dachten over en vooral hoe zij gebruikmaakten van drugs.

In de jaren die aan het festival voorafgingen waren verschillende experimenten geweest met vrijer gebruik van drugs. Daaronder was ook een meer in de openbaarheid tredende verkoop daarvan. In de nieuwe popcultuur werd ruimschoots en openhartig gesproken over de experimenten met drugs, en de positieve 'bewustzijnsverruimende' ervaringen die daarmee opgedaan werden.

De overheid slaagde er voordien keer op keer in repressief in te grijpen. Kralingen vormde daarin een ommekeer. Politieagenten in burger keken met verbazing naar het massale gebruik van cannabis, LSD, amfetamine en zelfs opium. En ze zagen hoe steeds minder behoedzaam in drugs werd gehandeld. Ze grepen





Publiek bij het Holland Popfestival in Kralingen, 26 juni 1970.

FOTO: ROB MIERENENT.

echter niet in. Ze lieten gaandeweg toe dat drugs in kraampjes werden uitgevent, en zagen dat de handelaren in alle rust hun klanten voorlichtten over de juiste gebruikswijzen. De Rotterdamse GG en GD was actief voor eventuele crisisinterventie en gaf voorlichting over het gevaarlijke middel STP (een wekamine) dat op het terrein was aangetroffen. De jeugdcultuur en de legendarische tolerantie van Nederland in deze tijd creëerden een enorme belangstelling voor experimenten met drugs. Het accent lag hierbij op cannabis, maar daar bleef het niet bij.

In het brein

Het gebruik van psychoactieve stoffen, naast alcoholhoudende dranken en tabak, vindt al eeuwenlang plaats, ook in Nederland. Het werd pas problematisch vanaf de negentiende eeuw, vooral door de komst en toepassing van technieken waarmee snel een hogere concentratie van de werkzame stof in het brein kon worden bereikt (roken, injecteren). Het ging vooral over opiaten (nieuw waren: morfine en heroïne) en cocaïne. In Nederland was dit overigens nauwelijks een probleem. Dat toch in 1919 de Opiumwet werd aangenomen gebeurde niet om een binnenlands probleem met betrekking tot het gebruik van drugs op te lossen. Het was de consequentie van het in 1912 in Den Haag gesloten internationaal verdrag over de productie en verkoop van verdovende middelen dat de overheid dwong tot wetgeving. Pas na de Tweede Wereldoorlog komen er naast alcohol ook andere middelen op de markt: in de jaren zestig cannabisproducten als hasjiesj en marihuana en in de jaren zeventig heroïne,

amfetamine en LSD. In de tweede helft van de jaren tachtig van de twintigste eeuw ontstond een nieuw fenomeen: de komst van synthetische drugs die in de jaren negentig vooral in het uitgaanscircuit heel populair werden. Het ging vooral over ecstasy (xtc), dat overigens al in 1914 werd geïsoleerd en bekend is vanwege de amfetamine-achtige en entactogene eigenschappen. Het laatste betekent dat mensen zich onder

invloed heel ontspannen voelen en zich meer verbonden voelen met zichzelf en met anderen.

De komst van ecstasy markeerde de overgang van druggebruik van opstandig en normdoorbekend gedrag naar iets wat hoort bij een bepaalde leefstijl. Inmiddels zijn er veel meer natuurlijke en synthetische stoffen op de markt gekomen die worden gebruikt als drug. Hiernaast wordt er gebruikgemaakt van geneesmiddelen vanwege hun psychoactieve werking. Het belangrijkste voorbeeld is wel de stof GHB (gamma-hydroxyboterzuur). Dit is een product dat mensen ook thuis kunnen maken. Omdat het moeilijk te doseren is en heel verslavend kan zijn, wordt het thans als zeer riskant aangemerkt.



Sarasani in een werfkelder aan de Oude Gracht in Utrecht geldt als de eerste coffeeshop in Nederland. De start was in 1968. Ten onrechte wordt de Amsterdamse coffeeshop Mellow Yellow als eerste aangemerkt. Deze startte echter in 1972 in het gekraakte pand Weesperzijde 53.

Wijziging Opiumwet

De overheid heeft haar reactie op het gebruik van deze stoffen continu herzien. Heel belangrijk was de wijziging van de Opiumwet in 1976, maar vele wijzigingen hebben nadien plaatsgevonden. De wet maakte voortaan een onderscheid in twee lijsten (Lijst I: drugs met onaanvaardbaar risico; Lijst II: drugs met een minder zwaar risico, in het bijzonder cannabis). Deze wetswijziging beoogde de decriminalisering van het bezit van cannabis. Het bezit van 30 gram vormde de grens tussen overtreding en misdrijf. Het belang van de scheiding van markten, die door deze lijsten werd beoogd, was heel groot. De aandacht van de overheid kon worden gericht op de veel gevaarlijker geachte handel in heroïne.

Het vormde het begin van het nog steeds vigerende gedoogbeleid in Nederland. Het heeft het mogelijk gemaakt dat huisdealers en later de coffeeshops een semilegale status kregen.

De eerste verkooppunten die kunnen worden aangemerkt als een coffeeshop, waren Sarasani in Utrecht (1968-2007) en Mellow Yellow in Amsterdam (sinds 1972). Elders waren in jongerencentra huisdealers actief. Op dit moment zijn er nog zo'n zeshonderd coffeeshops die bij elkaar naar schatting jaarlijks 1 miljard euro omzetten.

In 1971 publiceerde psychiater Frank van Ree de eerste druk van *Drugs*, dat zou uitgroeien tot de bijbel van een decriminaliserend drugsbeleid. Het boek kreeg vele herdrukken, waarbij P. Esseveld als co-auteur optrad.



Legalisering

De verkoop van de illegale middelen, zoals heroïne, cocaïne (of de veel gevaarlijker gekristalliseerde en rookbare variant crack), amfetamine en uiteraard xtc, vindt plaats via allerlei lokale dealers, die overigens voor de gebruikers makkelijk te vinden zijn. Omdat de dealers vaak zelf niet eens goed weten waar de middelen die zij verkopen vandaan komen, of wie ze gemaakt heeft, kleven er altijd risico's aan. Om deze reden zijn er hier en daar voorzie-

ningen getroffen waar gebruikers hun middelen kunnen laten testen op de aanwezigheid van extra risico's. Verder is er een monitoringsysteem opgezet waardoor gebruikers zo nodig landelijk extra alert kunnen worden gemaakt wanneer er zeer riskante middelen op de markt zijn verschenen.

In Nederland maar zeker ook daarbuiten wordt al jarenlang gediscussieerd over de legalisering van drugs. De internationale verdragen zouden zo'n liberalisering verhinderen, maar met name in de Latijns-Amerikaanse landen groeit de bereidheid tot zulke wetswijzigingen. De schade door de drugsproductie en handel is zo immens, en de drugskartels zijn inmiddels zo machtig en gewelddadig, dat het daar, zoals in Mexico, niet meer is vol te houden om tot in lengte van dagen een 'War on drugs' te voeren.

Op 17 juli 1971 verklaarde president Nixon drugs als 'public enemy number one' en startte 'the war on drugs'. In talloos veel cartoons is sindsdien het uitzichtloze en vaak niet-proportionele karakter van deze drugsoorlog verbeeld. Feit is dat de Amerikaanse gevangenissen sindsdien uitpuilen, zonder dat er enig zicht is op het einde van de oorlog. Deze Amerikaanse cartoon stamt uit 2009.



1972

Drugshulpverlening Goedkope heroïne in Amsterdam



Tot in het midden van de jaren zeventig van de vorige eeuw was de verslavingszorg in de eerste plaats gericht op mensen met alcoholproblemen. De consultatiebureaus en hun landelijke organisatie, de FZA, waren al in de jaren zestig geïnteresseerd in de opkomst van het gebruik van drugs, maar wisten daar nog geen goed antwoord op te formuleren.

De maatschappelijke reactie was er trouwens een van politie en justitie, en de consultatiebureaus werden vooral gezien als reclaseringinstellingen. Hun werkmethoden, die goed waren afgestemd op mannen van middelbare leeftijd met een alcoholverslaving, waren ongeschikt om met een compleet nieuwe generatie jonge gebruikers, met andere opvattingen, behoeften en roesmiddelen om te gaan. Amsterdam vormde hierop een uitzondering en zowel vanuit het consultatiebureau als de gemeentelijke gezondheidsdienst werd op de ontwikkelingen ingespeeld door onder anderen de psychiater Peter Geerlings (1939-2011). In andere regio's zag men de consultatiebureaus als hoogdrempelig en afstandelijk.

Vanaf 1970 nemen de Consultatiebureaus voor alcoholisme de D op in hun naam. Zij gaan verder als Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs (CAD).



In 1970 gaan de consultatiebureaus zich, onder de naam Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs, toeleggen op het aanbieden van de zogenaamde drugsvrije hulpverleningsprogramma's. Het afkicken, op geleide van een medische visie op verslavingsproblemen, stond hierin centraal. In het kielzog van de maatschappijkritische bewegingen in de jaren zestig en zeventig kwamen er echter ook alternatieven van de grond: organisaties als Release, Sosjale Joenit en het Jongeren Advies Centrum (JAC) waren beter in staat de tijdgeest aan te voelen en te verwoorden. Het gros van de (vrijwillige) medewerkers was zelf jong en stond niet zo ver af van de jeugdcultuur waar de eerste generaties gebruikers toe behoorden. Mede gebaseerd op sociologische theorieën over onaangepast of afwijkend gedrag, de betekenis van jongerenculturen en de 'onderdrukkende' rol van de traditionele maatschappelijke structuren, ontwikkelden ze een aanvaar-

AANVAARDINGSMODEL - RIJKSSUBSIDIEREGELING JONGEREN EN JONGVOLWASSENEN - ONDERHOUDSPROGRAMMA - HEROÏNE ALS GENEESMIDDEL



In 1972 begint de heroïnehandel uit de hand te lopen en komen kranten met steeds alarmerender berichten. De Telegraaf, 8 november 1972.

dingsmodel ten aanzien van het druggebruik, dat ze tegenover de therapeutische benadering van de consultatiebureaus plaatsten. Ook de alternatieve hulpverleners zagen natuurlijk in dat gebruikers van drugs in de problemen konden raken, maar zij zochten naar antwoorden die naar hun idee beter aansloten op de wensen en behoeften van de gebruikers.

Omgaan met gevolgen

In 1977 kwam er zelfs een rijkssubsidierегeling jongeren en jongvolwassenen voor dit soort voorzieningen en daar werd in het hele land gebruik van gemaakt. Zo kreeg je de bijzondere situatie dat de consultatiebureaus werden gesteund door de ministeries voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne, en Justitie en dat 'de alternatieven' werden gesteund door het ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk werk (CRM) samen met de gemeenten. Afkicken werd gepositioneerd tegenover maatschappelijk herstel. In de loop van de jaren negentig is de ideologische strijd tussen deze twee modellen niet meer relevant en ontstaan grote regionale verslavingszorginstellingen, waarvan ongeveer de helft opgaat in grote organisaties voor psychische gezondheidszorg (GGZ) waarin beide stromingen tot hun recht kunnen komen. De drugshulpverlening kwam trouwens in een stroomversnelling toen vanaf 1972 in Amsterdam goedkope heroïne werd aangebo-

Christiane F.

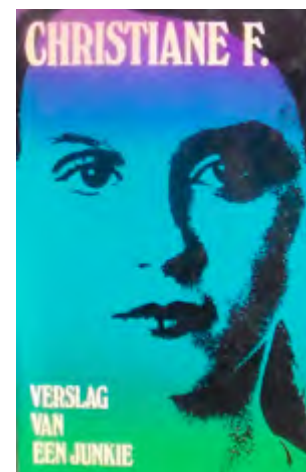
Christiane F. (afkorting van Felscherinow) is wereldwijd misschien wel de bekendste heroïneverslaafde. Ze publiceerde in 1979 haar autobiografie, waarin ze openlijk over haar verleden als heroïneprostituee praatte. Dit boek werd op de Nederlandstalige markt uitgebracht als: *Verslag van een junkie*. Vanaf twaalfjarige leeftijd nam ze verschillende

soorten drugs, zoals hasj en pillen. Op veertienjarige leeftijd was ze verslaafd aan heroïne en tippelde ze op de *Kinderstrich* bij het Berlijnse station Zoologischer Garten. In 1978 werd ze opgemerkt door twee journalisten van het Duitse blad *Stern*: Horst Rieck en Kai Hermann. Zij tekenden haar levensverhaal op in het boek *Wir Kinder vom Bahnhof Zoo*; waardoor het zware, ruwe dagelijkse leven van de

drugscene in de openbaarheid kwam, gezien vanuit het oogpunt van een drugsverslaafde. Het verfilming van het boek in 1981 was wereldwijd een groot succes, niet in de laatste plaats door de speciaal voor deze film geschreven muziek van David Bowie. Sindsdien is Christiane F. symbool van de troosteloze ellende die uit heroïneverslaving en de daarbij horende drugscene kan voortkomen.

den. Veel gebruikers van opium (dat steeds schaarser werd) en ook amfetamine stapten over op heroïne. Het 'alternatieve' karakter van het druggebruik verdween vrij spoedig. Het aantal gebruikers nam flink toe, onder andere toen na de onafhankelijkheid van Suriname in 1975 een omvangrijke groep jonge Surinamers naar Nederland kwam waarvan een aanzienlijk deel heroïne ging gebruiken. Drugshulpverlening en drugsbeleid gingen vanaf de jaren zeventig tot ver na de eeuwwisseling vooral over het omgaan met de gevolgen van het gebruik en het misbruik van heroïne, de overlast die daaruit ontstond en de criminaliteit die met de verwerving

van middelen om de middelen te kunnen kopen gepaard ging, en uiteraard ook met de handel in drugs. Het werd echter snel duidelijk dat voor slechts een deel van de gebruikers binnen afzienbare tijd afkicken een reële optie was. De verstrekking van methadon als opiaatvervangend middel werd steeds duidelijker gepositioneerd als het kernstuk van het hulpverleningsbeleid. Methadon werd in Nederland al vanaf 1968 gebruikt bij de behandeling van morfinisten; enkele jaren later bij de behandeling van heroïneverslaafden. Maar dat ging niet zonder slag of stoot. In talloze debatten in de Tweede Kamer naar aanleiding van nota's van de regering, en naar aanleiding van een in 1976 door de Gezondheidsraad uitgebracht advies over de behandeling van verslaving aan opiaten, werd uiteindelijk erkend dat methadonverstrekking moest worden gezien als een legitiem onderdeel van het hulpverleningsbeleid voor zwaar (aan heroïne) verslaafde druggebruikers. Enerzijds als hulpmiddel om te ontwennen, anderzijds ook voor een onbepaalde tijd in het kader van een onderhoudsprogramma waarbij niet ontwenning maar stabilisatie en controleerbaarheid van het verslavingsgedrag werden geaccentueerd. Uiteraard moesten beide typen programma's aangevuld worden met allerlei vormen van maatschappelijke en psychotherapeutische hulp. In 1979 werd in Amsterdam methadonverstrekking op verschillende plaatsen verricht vanuit een bus.



In contact blijven

Een belangrijk argument om methadonverstrekking uiteindelijk toe te staan was dat dit de mogelijkheid bood om met de gebruikers contact te krijgen én te houden. Dit lukte inderdaad: in de jaren negentig stond een groot deel (65-85 procent) van de heroïneverslaafden op enigerlei wijze in contact met een hulpverleningsinstelling. Maar de geleverde zorg bleef onder de maat en het maatschappelijk herstel van de betrokkenen bleef achter. In 2004 werd geschat dat ongeveer 30 procent van de deelnemers zowel veel illegale middelen bleef gebruiken als zich ook nog steeds crimineel gedroeg.



Alternatieve organisaties als Release, Sosjale Joenit en het Jongeren Advies Centrum (JAC) waren beter dan de CAD's in staat de tijdgeest aan te voelen en te verwoorden. De foto onder is van het JAC Utrecht in 1972.



In 2006 werd voor het eerst een landelijke Richtlijn Opiatoonderhoudsbehandeling (RIOB) samengesteld voor de wijze waarop de opiaatonderhoudsbehandeling moest plaatsvinden. In deze richtlijn is verwoord wat verantwoorde opiaatonderhoudsbehandeling inhoudt en in het bijzonder is er veel aandacht voor het perspectief van de patiënt: de bejegening, de behandelrelatie, het weer oppakken van het leven, en is er aandacht voor specifieke doelgroepen en voor palliatieve zorg. Verder gaat de RIOB in op veelvoorkomende somatische en psychische aandoeningen die chronische verslaafden vaak met zich meedragen. Verder is er een multidisciplinaire richtlijn voor opiaatverslaving tot stand gekomen. De RIOB was mede het resultaat van de inzet van (sociaalpsychiatrische) verpleegkundigen. Een van hen, Chris Loth, was de eerste verpleegkundige in de verslavingszorg die in Nederland (in 2009) promoveerde. Verpleegkundigen bleken ook, beter dan sociaal werkers, in staat hun bijdrage in een aantal verpleegkundige standaarden samen te vatten. Inmiddels neemt heroïne niet meer zo'n centrale plaats in als dat jarenlang het geval is geweest. Ook de hulp aan verslaafden aan cocaïne, cannabis, amfetamine, ecstasy en recent ook GHB krijgt de aandacht die het verdient. Ook hiervoor zijn of worden behandelrichtlijnen ontwikkeld die vervolgens worden opgenomen in de zogenaamde 'zorgstandaarden', die veel preciezer beschrijven hoe de verslavingszorg eruit moet zien. Een belangrijke vernieuwing in de hulpverlening aan heroïneverslaafden betreft de **verstrekking van heroïne op medisch voorschrift**. Na een uitgebreid wetenschappelijk experiment is in 2009 heroïne in Nederland geregistreerd als geneesmiddel voor chronische verslaafden die geen of onvoldoende baat vinden bij methadon of een andere behandeling.

1974

Modellen van verslaving

Hans van Epen publiceert een standaardwerk



In 1974 verscheen de eerste uitgave van wat zou uitgroeien tot het standaardwerk: Drugverslaving en alcoholisme. Dit is de derde druk uit 1983.

MORALISTISCHE VERSUS MEDISCHE BENADERING – AANVAARDINGSMODEL – HERSENZIEKTE – TERUGVAL

Over hoe je overmatig gebruik van middelen moet duiden, en of er wel of niet sprake is van verslaving en of je dat als een ziekte of wilszwakte moet benoemen, is sinds mensenheugenis onderwerp van discussie. Het ziet er niet naar uit dat dit gaat veranderen.

Tot aan de jaren zestig van de twintigste eeuw waren er globaal twee stromingen: een meer moralistische benadering die ertoe neigde om degenen die verslaafd waren over een moralistische kam te scheren, en een meer medische benadering waarin het individu centraal stond en het idee van een ziekte of persoonlijke afwijking werd geaccepteerd. De aanhangers van de moralistische benadering waren vooral te vinden in de organisaties voor **drankbestrijding**. Zij ijverden voor geheelonthouding en voor verbetering van levensomstandigheden, maar pleitten ook voor strengere wetten en maatregelen tegen degenen die niet bereid waren om zich aan te passen. Maar het is niet zo dat de opvattingen van de leden van de drankbestrijdersorganisaties uniform waren: ook de meer medisch gerichte benadering van verslavingsproblemen had hier zijn aanhangers. Daarom werkten ze ook mee aan de oprichting van medisch georiënteerde voorzieningen, het zogenaamde reddingswerk. Wat we wel kunnen stellen is dat de moralistische en de medische benadering in termen van dominantie eens in de zoveel jaren stuivertje wisselden. En uiteraard veranderden daarmee ook de concepten die de boventoon voerden.

De term verslaving

Het is overigens opmerkelijk dat de term verslaving nog niet eens zo lang geleden als een algemene aanduiding werd gebruikt. In de achttiende eeuw was Nederland nog volop actief in de slavernij; de term verslaving had geen positieve bijklank. De term werd ook gebruikt als aanduiding voor de periode waarin de Spanjaarden Nederlanders probeerden te overheersen. Toen de sterke drank in de achttiende eeuw populair werd verbaasde men zich erover dat zovelen zich vrijwillig wilden verslaven. We hadden

toch niet voor niets tachtig jaar tegen de Spanjaarden gevochten? De term verslaving werd verder vooral gebruikt als aanduiding voor psychologische afhankelijkheid, zoals dat je smoorverliefd op iemand kunt zijn of aan iets verslingerd.

In de negentiende en begin twintigste eeuw werden overmatig gebruik en afhankelijkheid van middelen aangeduid door het middel in de term te op te nemen, zoals bij drankzucht of alcoholisme het geval is. Pas toen het gebruik van drugs gemeengoed werd, in de jaren zeventig van de twintigste eeuw, zag je dat de term verslaving vaker werd gebruikt. Er waren inmiddels zoveel verschillende middelen in omloop dat er behoefte was aan een generieke term.



Psychiater Hans van Epen in 1990.

Compendium

In deze tijd is er ook meer behoefte aan alternatieve visies op drugsverslaving en alcoholisme. Een weerslag hiervan is te vinden in het boek *Compendium drugverslaving en alcoholisme* van de Rotterdamse psychiater Hans van Epen, dat in 1974 voor het eerst verscheen en sindsdien meerdere aangepaste herdrukken heeft gekregen. In de jaren zeventig en tachtig was dit hét standaardwerk. Van Epen onderscheidt de volgende modellen:

- het *somatisch-medisch model* dat ten grondslag slag aan de methadonverstrekking;
- het *psychiatrisch model* dat uitging van de veronderstelling dat er een psychische stoornis aan de verslaving voorafging. Ook de psychoanalytische benadering, die zeker in deze tijd nog heel populair was, schaarde Van Epen onder dit model;
- het *gedragstherapeutisch model* waarin verslaving gezien werd als de uitkomst van een leerproces;
- allerlei *sociale modellen* waarin bijvoorbeeld aandacht werd gevraagd voor gezinsomstandigheden maar ook voor sociale misstanden; en
- het *aanvaardingsmodel* dat in de jaren zeventig en begin jaren tachtig heel populair werd, en waarin vanuit sociologische visies kritiek werd geleverd op de normerende benadering vanuit de samenleving. Het aanvaardingsmodel werd omarmd door alternatieve drugshulpverleners, maar ook in een deel van de overheid (zoals het op welzijn gerichte ministerie van CRM) vond het veel steun.

In allerlei varianten, verfijningen, tussenvormen en pogingen tot integratie zijn deze visies nog steeds terug te vinden. De modellen dicteerden een bepaalde visie op het ontstaan van verslaving of verslavingsgedrag, en vervolgens bevatten ze aanwijzingen voor de aard van de hulpverlening.

Brain disease

Wellicht is de belangrijkste aanvulling geweest dat sinds de jaren tachtig en negentig er meer aandacht is gekomen voor hersenwetenschappelijk onderzoek. Dat verslaving grote impact heeft op het functioneren van de hersenen is inmiddels zonnklaar.

Alan Leshner zette in 1997 met een geruchtmakend artikel in *Science* de discussie op scherp: verslaving is een hersenziekte.



Sinds de jaren negentig is er steeds meer aandacht gekomen voor hersenwetenschappelijk onderzoek. Dat verslaving grote impact heeft op het functioneren van de hersenen is inmiddels zonnklaar.

teerd stuk in *Science*, was de afgelopen jaren veelvuldig te horen. Het heeft er mede voor gezorgd dat er veel baanbrekend neurobiologisch en neuropsychologisch onderzoek is verricht. Maar nog steeds is lang niet iedereen ervan overtuigd dat men hiermee de zaak helder heeft gekregen. Dat de hersenen in het geding zijn is zonnklaar, en hoewel velen het lukt om er zonder noemenswaardige hulp mee op te houden, zoals veel rokers elk jaar weer laten zien, is er ook veel terugval in het gebruik. Het wijst op het chronische en recidiverende karakter van verslaving.



Een belangrijk verschil met aandoeningen als schizofrenie, bipolaire stoornis of dementie is wel dat verslaafden in beginsel kunnen besluiten om te stoppen en een deel kan dat (na verwoede pogingen) ook volhouden. Dat is bij andere hersenziekten niet mogelijk. Het is belangrijk dat theoretisch goed onderbouwde benaderingen empirisch worden getoetst. Eventueel kunnen daarna de positieve resultaten daarvan later worden geïntegreerd in een meer omvattend model. Daarin kunnen de gelaagdheid van het probleem en de vele dimensies die aan verslaving kleven beter tot hun recht komen.

In 2009 verscheen overigens onder redactie van Ingmar Franken (1970) en Wim van den Brink (1952) weer een standaardwerk over verslaving. Hun *Handboek verslaving* is een fraaie illustratie van hoeveel kennis en kunde er zijn ontwikkeld sinds Van Epen zijn werk publiceerde.

1975

Preventie van misbruik en verslaving

Bob van Amerongen begint als preventiewerker



Van boven naar beneden: Bob van Amerongen (1924-2014), eerste preventiewerker in de verslavingszorg, Cees Goos (1941) en Wim van Dalen (1948) - zij waren pioniers en hun taak was de CAD's warm te maken voor een preventieve aanpak.

VOORLICHTINGSCAMPAGNES - SIRE - HARM REDUCTION - OVERLASTPREVENTIE - RISICOGROEPEN

Preventie was altijd het belangrijkste doel geweest van de drankbestrijdingsorganisaties. Maar na de Tweede Wereldoorlog raken deze organisaties steeds meer buiten beeld, en de consultatiebureaus beperken zich tot individuele hulpverlening. In 1975 werd Bob van Amerongen (1924-2014) aangesteld als hoofd van de afdeling Preventie van de FZA, de federatie van de instellingen voor alcohol en drugs.

Bob, bekend als verzetsheld en als een van de karakters in *De Avonden* van Gerard Reve, was classicus. Dat hij in de verslavingszorg verzeild raakte had alles te maken met zijn persoonlijke geschiedenis: in 1973 overleed zijn pleegzoon door druggebruik. Deze ingrijpende gebeurtenis motiveerde hem om vanaf dat moment zijn werkzame leven te besteden aan de preventie van het gebruik of misbruik van alcohol en drugs.

Bob en heel snel ook Cees Goos (1941) en Wim van Dalen (1948) waren op het vlak van de preventie pioniers. Het was hun taak de Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs (CAD's) te interesseren voor dit onderwerp. Het hielp mee dat, mede als resultaat van een actieve lobby van de FZA bij het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (wvc), in 1979 de subsidieregeling van de CAD's zodanig was gewijzigd dat er preventiewerkers konden worden aangesteld. Op dit moment zijn er bijna 240 preventiewerkers (inclusief veldwerkers) actief.

De CAD's waren niet echt genegen om de focus te richten op preventie, maar onder druk van de overheid kwam er toch veel tot stand. Landelijk werd er veel aandacht besteed aan *harm reduction*, zoals de SIRE-campagne 'Wat iedereen over drugs zou moeten weten', het project Alcohol, Voorlichting en Preventie (AVP, onder leiding van het ministerie van wvc, later vws) en het project De gezonde school en genotmiddelen (organisatie: Trimbos-instituut).



Steeds nadrukkelijker en veelvuldiger richten de voorlichtingscampagnes zich op jongeren, zoals in 1999 de zomercampagne 'Ben jij sterker dan drank?'

gebied van de vestiging van cafés en maatregelen op het gebied van het burgerlijk en strafrecht. Na de Tweede Wereldoorlog heerste er een sterk gevoel dat de samenleving het ook zonder dwang, drang en sociale normen kon stellen. De drankbestrijders werden als betuttelend ervaren.

Genuanceerde aanpak

De landelijke overheid heeft vooral op het gebied van drugs sterk ingezet op preventie. In zekere zin waren sinds de jaren zeventig het voorkomen van schade (*harm reduction*) en het verhinderen van sociale ontsporingen het belangrijkste doel van het beleid. In ieder geval belangrijker dan het nastreven van allerlei strafrechtelijke doelen. De overheid wilde voorkomen dat gebruikers vanwege hun gebruik stap voor stap in een slechtere positie zouden geraken. Deze genuanceerde, preventieve benadering is (naast overlastpreventie) sindsdien het hoofdkenmerk geweest van het Nederlandse drugsbeleid.

Vanaf de jaren tachtig werd, gestimuleerd vanuit de overheid, een reeks activiteiten opgezet voor de preventie van aids. Zodra duidelijk werd dat het virus (hiv) zich kon verspreiden door seksuele en bloedcontacten, werden voorzieningen getroffen ten behoeve van injecterende druggebruikers. Men wilde de verspreiding van de ziekte onder deze groep verhinderen. De drugshulpverleningsinstellingen werden onder druk gezet om vuile spuiten om te ruilen voor schone, voorlichting te geven

Betuttelend

Er werd in het begin in deze nieuwe preventiekringen wat schamper gesproken over de drankbestrijders uit de negentiende en de eerste helft van de twintigste eeuw. Dat was onterecht. De organisaties van drankbestrijders waren zeer succesvol geweest: tussen 1890 en 1930 daalde de consumptie van alcohol met 75 procent.

De overheid was hierin slechts volgend. Het succes kwam voort uit een combinatie van op individuele zelfbeheersing gerichte activiteiten, het bestrijden van armoede en het bevorderen van sociale verheffing, en het afdwingen van overheidsmaatregelen, zoals de Drankwet van 1881 (en telkens herzieningen daarvan), verboden op het

DRANK
maakt meer kapot dan je lief is

over veilig druggebruik, condooms te verstrekken en hun behandel­doel, veelal gericht op abstinentie, te herzien. Het accent werd op methadononderhoudsprogramma's gelegd, met wat heette 'contactonderhoudende begeleiding'.

Risicogroepen

Midden jaren negentig werd het drugsbeleid er onder andere op gericht om nieuwe risicogroepen in een vroeg stadium te benaderen. Lokaal moesten preventiewerkers meer oog krijgen voor sociale achterstandssituaties. Het betekende samenwerking met jeugdhulpverlening (rondom zwerfjongeren, spijbelaars en allochtone en autochtone randgroepjongeren). Ook werd opge­roepen tot het ontwikkelen van nieuwe strategieën, zoals rond­om het gebruik van designerdrugs (xtc, en varianten daarvan). Verder werd er veel aandacht besteed aan een verbetering van de informatievoorziening, zodat er snel op lokale misstanden kon worden ingegrepen. Een voorbeeld hiervan is de oprichting (1993) van het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) dat voor consumenten pillen testte.

Sindsdien zijn er publiekscampagnes geweest met betrekking tot cannabis (zoals de campagne 'Je bent niet gek als je niet blowt') en xtc, en een meerjarige landelijke campagne: 'Drugs, laat je niks wijsmaken'. Naast deze op het publiek gerichte campagnes zijn er ook allerlei bestuurlijke maatregelen getroffen tegen over­last van coffeeshops of de verkoop van drugs in de openbare ruimte. Verder kwamen er maatregelen gericht tegen de pro­ductie, handel en distributie van (synthetische) drugs.

Alcoholpreventie

Op het vlak van de alcoholpreventie is het ogenschijnlijk wat rustiger geweest. Maar ook hier is er veel gebeurd, in het bijzon­der door de aanscherping van de Drank- en Horecawet in 2013. Er zijn maatregelen getroffen die in het bijzonder het gebruik van alcohol door jongeren tegengaan – belangrijk was een leeftijds­verhoging bij de verkoop van alcohol van zestien naar achttien jaar. De naleving daarvan is echter nog steeds een groot pro­bleem. Een van de pioniers uit de tijd van de FZA, Wim van Dalen (1948), heeft er met zijn organisatie STAP (Stichting Alcohol Pre­ventie) een dagtaak aan om de overheid bij de les te houden. De STAP is overigens voortgekomen uit een van de restanten van de vooroorlogse *drankbestrijding*. In zoverre is ook hier sprake van continuïteit. Recent is er ook meer aandacht gekomen voor 'se­lectieve preventie' gericht op risicogroepen als leerlingen in het vbmo, of 'geïndiceerde preventie' voor jongeren van 14-24 jaar die in de problemen dreigen te raken door middelengebruik, gokken of gamen.

Opmerkelijk is overigens dat de verslavingszorg geen aandeel heeft gehad in de uiteindelijk succesvol gebleken campagnes tegen *roken* die al tientallen jaren worden gevoerd. Op dit terrein heeft deze sector het laten afweten.



Aanscherping van de Drank- en Horecawet in 2013 heeft ervoor gezorgd dat jongeren onder de 18 geen alcohol mochten kopen.

STICKER STAP

1977

Participatie van cliënten

Heroïnegebruikers geven met de M.D.H.G. richting aan de hulp

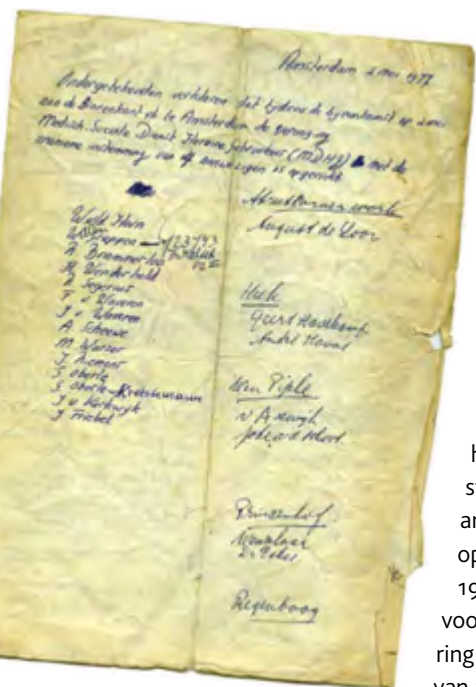


WET MEDEZEGENSCHAP CLIËNTEN ZORGINSTELLINGEN – HANDVEST VAN MAASTRICHT – ERVARINGSDESKUNDIGEN

De participatie van cliënten in de zorg, in de beleidsbeslissingen en in het maken van plannen over de toekomst is nog steeds uiterst beperkt. Inmiddels zijn er een aantal wetten die de rechten van patiënten beter waarborgen, maar op zichzelf is het al vreemd dat er wetten voor nodig waren om hun positie in de verschillende instellingen te versterken.

Blijkbaar was het niet vanzelfsprekend dat cliënten een belang­rijke stem moesten hebben, wellicht wel een doorslaggevende, in de vormgeving van het hulpverleningsproces. Langzamer­hand verandert dit, maar cliëntenorganisaties zijn vaak nog ontevreden. Ze hebben nogal eens het gevoel dat hun inbreng niet serieus wordt genomen, dat er niet naar hen wordt geluis­terd en dat hun expertise ook in de ogen van beroepskrachten geen meerwaarde heeft.

De verslavingszorg is meer dan honderd jaar geleden ontstaan door organisaties voor *drankbestrijding*. Voor een deel waren dat verenigingen van geheelonthouders, zoals de loges van de Goede Tempeliers (1067), waarvan diverse leden voordien zelf veel hadden gedronken. De leden zetten zich onder andere in om mensen die nog niet zover waren te helpen bij hun herstel. Ze zaten bijvoorbeeld in de wachtruimtes van consul­tatiebureaus waar zij op de bezoekers 'inpraatten', in de hoop dat die ook tot geheelonthouding zouden overgaan. Of ze boden aan om mannen te begeleiden op de route van werk naar huis, opdat ze de verleidingen konden weerstaan van de vele kroegen die ze onderweg zouden tegengekomen. Deze loges zou je kunnen zien als een vroege vorm van zelfhulp; we zien dat na de Tweede Wereldoorlog terugkomen in de vorm van *de AA*. Maar in de instellingen zelf hadden cliënten eigenlijk niets te vertellen en er werd hun ook niet vaak gevraagd naar hun expertise.



Notulen van de oprichting van de MDHG in Amsterdam op 2 mei 1977. De MDHG is nog steeds actief.

Gebruikersinitiatieven

Wanneer in de jaren zeventig het gebruik van drugs een hoge vlucht neemt en er ook nieuwe instellingen worden opgericht voor drugshulpverlening, ontstaan er ook initiatieven van gebruikers met andere agenda's: ze voeren actie voor bijvoorbeeld legalisering van drugs, methadonverstrekking, de omruil van spuiten en voor vormen van hulp die vooral gericht waren op de beperking van schade door het gebruik zonder dat de directbetrokkenen zouden moeten voldoen aan de voorwaarde om af te kicken.

Een vermaarde organisatie, die nog steeds bestaat, is de in 1977 opgerichte MDHG (Medische Dienst Heroïne Gebruikers). De MDHG ijverde er bijvoorbeeld voor dat heroïne in het ziekenfondspakket werd opgenomen en dat huisartsen de stof ongelimiteerd mochten voorschrijven. Een andere organisatie die veel bekendheid kreeg, was de in 1980 opgerichte Junkiebond. Spil hiervan was Nico Adriaans (1957-1995); hij was ook oprichter van een internationale vakbond voor gebruikers. Hij liep te hoop tegen de repressieve benadering van drugs en gebruikers. Nico is overleden aan de gevolgen van aids.

Landelijk Steunpunt

In 1990 ontstond op initiatief van Theo van Dam en Daan van der Gouwe het Landelijk Steunpunt Druggebruikers (LSD), dat zich niet alleen richtte op een ander beleid van de hulpverlening maar ook pleitte voor meer aandacht voor de maatschappelijke herintegratie van gebruikers. Tot slot timmerde het Landelijk Overleg Gebruikersgroepen (LOG), in 1994 opgericht, aan de weg: het bepleitte onder andere de legalisering van drugs en ijverde voor methadonverstrekking in de gevangnissen en huizen van bewaring. Ook wezen ze op de negatieve gevolgen van het in de jaren negentig gevoerde beleid gericht op de bestrijding van overlast: gebruikers voelden zich steeds meer opgejaagd. Ze ijverden voor gebruikersruimtes waar men tot rust kon komen en zonder veel gedoe veilig drugs kon gebruiken.

In 1996 werd de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen ingevoerd. De instellingen voor verslavingszorg moesten cliëntenraden instellen, en cliënten kregen enige formele macht. Om de leden van deze raden te ondersteunen werd in 2008 de stichting Het Zwarte Gat opgericht, die zich ontwikkelde tot kenniscentrum. Ervaringsdeskundige Jos Oude Bos fungeerde als voor-



MDHG-affiche tegen gedwongen afkicken, 1981.

zitter. Regelmatig werden er voor raadsleden weekenden georganiseerd waar werd nagedacht over het bevorderen van herstelondersteunende zorg. Het Zwarte Gat eiste dat ervaringskennis als een serieuze bron van kennis werd geaccepteerd.

Maatschappelijk herstel

Een belangrijke overwinning was de ondertekening van het Handvest van Maastricht (in 2010 in werking getreden) door vertegenwoordigers van de cliëntenraden en leden van de raden van bestuur van de instellingen. In dit handvest namen de bestuurders de verplichting op zich om zich, samen met de cliënten, in te zetten voor maatschappelijk herstel. Deze ondertekening leidde niet tot een onverdeeld succes: Het Zwarte Gat heeft regelmatig te kennen gegeven dat de instellingen hun ambities onvoldoende hebben waargemaakt. Dit neemt niet weg dat de invloed van cliënten en organisaties stapje voor stapje toeneemt, zowel in het uitvoerend proces als in de beleidsvorming. Zorgverzekeraars hebben ook oog en oor voor wat de wensen van cliënten zijn en dat geldt eveneens voor de overheid. Inmiddels praten cliënten mee over de toekomst van de verslavingszorg en participeren ze in het ontwerp van zorgstandaarden, die geheel worden geschreven vanuit het perspectief van de patiënt of cliënt en waarbij de patiënt (zoveel als mogelijk) de regie heeft in het zorgproces.

Cliënten kunnen het zorgproces ook praktisch mede vormgeven. Een voorbeeld betreft de therapeutische gemeenschappen voor druggebruikers, zoals de Emiliehoeve, die eind jaren zeventig werden opgericht. Deze gemeenschappen waren hiërarchisch georganiseerd, maar de deelnemers hadden er wel een groot aandeel in. Naarmate cliënten vorderden in het therapeutisch proces, konden ze hogerop komen en zo gebeurde het regelmatig dat in de top van de gemeenschappen voormalige druggebruikers kwamen. Een vergelijkbaar maar niet hiërarchisch georganiseerd initiatief kwam tot stand op Texel, waar eind jaren zeventig in een voormalige burgemeesterswoning

het centrum De Skuul werd opgericht, dat goeddeels werd gerund door de (ex-) verslaafden. Geïnspireerd door nieuwe inzichten over herstel en ervaringsdeskundigheid functioneert dit centrum nog steeds. Recent wordt de bijdrage van ervaringsdeskundigen beter op waarde geschat en is er ook een opleiding voor (Hogeschool Windesheim, Zwolle).



Nico Adriaans (1957-1995) was oprichter van de Junkiebond. Hij overleed aan aids.

Toen in de jaren tachtig aids om zich heen greep ijverde de MDHG als eerste om gebruikers in staat te stellen gebruikte spuiten voor schone spuiten om te ruilen. In korte tijd was dat op tal van plaatsen in het land mogelijk.

AFFICHE GEHEUGEN VAN NL - IISG



Opkomst van psychologische interventies

Motivatie kan zich ontwikkelen



De Amerikaanse psycholoog William R. Miller gaf in 1982 in Nijmegen een invloedrijke workshop.

Miller en zijn coauteur Rollnick schreven het internationale en in vele talen vertaalde standaardwerk over motiverende gespreksvoering: '...een op samenwerking gerichte gespreksstijl die iemands eigen motivatie en bereidheid tot verandering versterkt'.



GEDRAGSTHERAPIE - TERUGVALPREVENTIEPROGRAMMA'S - ZELFCONTROLEPROGRAMMA'S - RESULTATEN SCOREN

Voor **artsen in de verslavingszorg** is het hun tragiek dat het nooit helemaal gelukt is om verslaving erkend te krijgen als ziekte. Klachten daarover bestaan al heel lang en ook nu speelt dit probleem nog, hoewel verslaving ondertussen wel als volwaardig onderdeel is opgenomen in de medische opleiding en de specialisatie tot psychiater. Psychologen hebben hier nooit een punt van gemaakt. Het ziektebegrip is voor hen geen onderscheidend criterium bij de vraag of ze mensen kunnen helpen bij de verandering van hun gedrag.

Tot ongeveer begin jaren tachtig was de rol van psychologen in de verslavingszorg marginaal. In het befaamde *Boek van den alcohol* van Don en Van der Woude uit 1904, dat in het begin van de twintigste eeuw het belangrijkste overzicht vormde voor de kennis op dit gebied, komt de psychologie nog helemaal niet voor. Dat is alweer anders in het door Esser in 1960 gepubliceerde boek over alcoholisme. Esser benadert het alcoholisme ook vanuit een psychologisch gezichtspunt. Maar in die tijd was er nauwelijks een psycholoog in de verslavingszorg werkzaam. Wel pasten psychiaters vaak psychoanalytisch georiënteerde methoden toe, waaronder groepstherapie.

In de jaren zeventig waren er bij de consultatiebureaus hier en daar psychologen aangesteld die vooral tests afnamen. Maar voor de behandeling hadden zij geen betekenis. Dat veranderde door de komst, eind jaren zeventig en begin jaren tachtig, van psychologen die vaak georiënteerd waren op de gedragstherapie. In korte tijd wisten zij het behandelaanbod van de verslavingszorg ingrijpend te moderniseren. Belangrijke namen zijn onder anderen Jan Walburg (1949), later bekend als bestuurder van Jellinek, Gerard Schippers (1947, Katholieke Universiteit Nijmegen), die in 1981 zijn invloedrijke proefschrift over een psychologische be-

dering van alcoholisme afrondde, Andrée van Emst (1953, CAD Nijmegen) en Henk van Bilsen (1954: toen werkzaam in Zeeland). De komst van psychologen werd ondersteund door het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (wvc), met adviseur Wolf M. Lange (1940), zelf ook een psycholoog, als promotor.

Nieuwe generatie

De nieuwe generatie psychologen had te maken met traditionele visies op alcoholisme van medici. Henk van Bilsen, als voorbeeld, herinnert zich dat hij in 1979 was aangesteld als de eerste psycholoog van een team in Midden-Limburg en in het begin nauwelijks serieus werd genomen. Alle patiënten werden eerst gezien door een psychiater. Opmerkelijk was dat deze man telkens expres bij zijn patiënten te hoge aantallen consumpties vaststelde die hij vanwege zijn vermeende goede interviewtechniek had weten te achterhalen. Als cliënten later met deze 'observaties' werden geconfronteerd reageerden ze vaak boos en ontkenden ze dat ze zoveel dronken. Op teamvergaderingen liet hij dan merken dat de ontkenning nu precies het kenmerk was waaraan je een alcoholist kon herkennen. Dit gedoe was voor Van Bilsen en collega's de inspiratie om de literatuur te verkennen en zo kwamen zij uit op William R. Miller (1947) en zijn theorie over motivatieontwikkeling en de gedragstherapie.

Miller gaf in 1982 op uitnodiging van de Katholieke Universiteit Nijmegen (thans Radboud Universiteit) een workshop die achteraf gezien heel invloedrijk is geweest. Hier werden resultaten gepresenteerd van Amerikaans experimenteel en gedragsthera-

Stills uit de instructievideo 'een motivatiegesprek met een probleemdrinker', begin jaren tachtig gemaakt door de pionierende psychologen Henk van Bilsen (bovenste foto links, in de rol van probleemdrinker), Andrée van Emst (bovenste foto rechts, als therapeut) en Gerard Schippers (onder), die in tussenstukjes de toelichting verzorgde.



Aandacht voor gedragsverslavingen

Hulp bij gokverslaving



De verslavingszorg biedt vanaf de beginjaren tachtig hulp bij excessief gokken.

EETVERSLAVING - SEKSVERSLAVING - KOOPVERSLAVING - INTERNETVERSLAVING - GAMEVERSLAVING - SOCIAL MEDIA-VERSLAVING

In 1982 behandelde de psycholoog Willem Fontein (1949) de eerste cliënt bij het CAD Hengelo vanwege verslaving aan gokken en er volgden er al snel meer, ook bij andere instellingen. Het waren vooral psychologen die ermee aan de slag gingen – ze werkten met cognitieve gedragstherapie en zelfcontroletechnieken.

Het doel was niet zozeer gericht op het stoppen met gokken. Wel ging het erom dat de cliënten zich aan de in de therapie gemaakte (haalbare) afspraken hielden. Wanneer dat lukte, vergrootte dat hun zelfvertrouwen. Dat excessief gokken werd gezien en behandeld als een verslaving was nieuw. Voordien zetten vooral psychoanalytische verklaringen de toon. Al een heel lange tijd wordt de term verslaving vooral toegepast bij het misbruik en de afhankelijkheid van stoffen als alcohol, drugs en tabak. Maar sinds de opmars van problemen in verband met gokken wordt de term ook gebruikt voor allerlei vormen van gedrag waaraan mensen 'verslaafd' kunnen raken. Het duurde niet lang voordat er ook sprake was van eetverslaving, seksverslaving, koopverslaving en in de recente tijd vooral ook internetverslaving, gameverslaving, social media-verslaving, en zo kun je wel doorgaan. De auteur van deze canon is naar eigen zeggen 'verslaafd aan letters'.

Voor een deel is hier sprake van een soort inflatie van de term verslaving, maar er zit wel degelijk een wetenschappelijke kern van waarheid in om al deze vormen van gedrag te beschrijven met hulp van termen en methoden die bekend zijn uit de verslavingszorg, en te kijken naar de mogelijkheden om dezelfde methodieken voor hulp hier ook toe te passen. Hebben dezelfde geneesmiddelen hier ook effect? Wat kan cognitieve gedragstherapie betekenen bij mensen met een gok- of een eetverslaving?

Morele verontwaardiging

Gokken, of meer algemeen gesteld, spelen, zoals kaartspelen of dobbelen en sinds einde negentiende eeuw ook speelautomaten,

peutisch onderzoek naar alcoholisme, in aanwezigheid van alle toenmalige kopstukken. De hier opgedane inspiratie leidde ertoe dat psychologen zich gingen organiseren binnen de vereniging voor gedragstherapie en publicaties gingen voorbereiden. Voor niet-academisch opgeleide hulpverleners werden instructievideo's gemaakt om nieuwe inzichten over motiverende gespreksvoering te introduceren.

Naast de motiverende gespreksvoering, en de toepassing van deze nieuwe visie op motivatie in de creatie van therapeutische milieus voor druggebruikers, werd gewerkt aan de ontwikkeling van terugvalpreventieprogramma's en zelfcontroleprogramma's, zowel voor de therapeutische praktijk als toepasbaar als zelfhulp en voor minimale interventies. De psychologen waren niet alleen geïnteresseerd in abstinentie, maar ook in gecontroleerd gebruik: hoe kun je mensen helpen minder alcohol te leren drinken en degenen die teveel drinken te motiveren voor behandeling? Gestaag is het werk van de psychologen steeds belangrijker geworden voor de wijze waarop verslavingszorg in Nederland wordt bedreven. Er zijn diverse behandelprogramma's ontwikkeld en getest op hun effectiviteit. Hulpverleners zonder psychologische achtergrond zijn getraind in het werken met de motiverende gespreksvoering, inmiddels een kernbestanddeel van de verslavingszorg. Het werk kreeg helemaal een boost toen door het kwaliteitsontwikkelingsprogramma **Resultaten Scoren** gelden vrijkwamen om allerlei modules uit te werken. De leefstijltrainingen zijn daar belangrijke voorbeelden van.

Vershil gemaakt

Ook al zijn er in de jaren negentig en daarna effectieve medicijnen op de markt gekomen die naast **Refusal/Antabus** invloed uitoefenen op het verslavingsproces, het is geen boude uitspraak dat het aan de bijdrage van psychologen te danken is dat de verslavingszorg in Nederland zo'n sterke ontwikkeling heeft doorgemaakt en betere resultaten kan tonen dan voorheen. Psychologische interventies hebben in de afgelopen dertig jaar in de sector het verschil gemaakt.

Wellicht is nog wel het belangrijkste dat psychologen, door het propageren van een nieuwe visie op het ontstaan van motivatie, het discours over alcoholisme uit de sfeer van ontkenning en 'gebrek aan wilskracht' hebben gehaald. Motivatie is vanouds het *pièce de résistance* van de verslavingszorg. De motiverende gespreksvoering is hierbij een belangrijke innovatie gebleken: motivatie kan zich ontwikkelen en cliënten kunnen daar in samenwerking met hun hulpverlener zelf aan bijdragen.

Recent richten onderzoekers als professor Reinout Wiers (UvA) zich ook op de neuropsychische mechanismen die aan motivatieontwikkeling ten grondslag liggen, zoals de vraag hoe executieve functies (waarmee mensen bewust hun gedrag kunnen beïnvloeden) en impliciete cognities bij de ontwikkeling van motivatie elkaar wel of niet in evenwicht houden •



Het fasemodel van Prochaska en DiClemente beschrijft het traject dat iemand tijdens een veranderingsproces doorloopt. Hoe lang iemand in een bepaald stadium zit, kan erg uiteenlopend zijn. Meestal doorloopt iemand dit proces verschillende keren, hij kan ook op elk moment terugkeren naar een vorige fase. Het is dus geen vast stramen dat bij iedereen op dezelfde manier verloopt. De motiverende gespreksvoering is een methode die mensen helpt inzicht te krijgen in dit zoekproces naar verandering.

hebben van oudsher een kwade reuk bij overheden en geestelijken. Bekend zijn ook de verhalen over de Germanen en de Kelten, die bereid waren vrouwen te verdobbelen. Het kaartspel is eeuwenlang getypeerd als 'des duivels prentenboek', omdat het emoties losmaakte die in de ogen van autoriteiten onbeheersbaar waren en waarvan de gevolgen groot konden zijn: heftige ruzies, scheidingen en uiteraard grote schulden.

Die morele verontwaardiging is overigens niet weg en ligt deels ook ten grondslag aan de wetgeving met betrekking tot kans-



spelen. Het heeft ermee te maken dat hoezeer wetenschappers of medici zich ook uitsloven om alle vormen van verslaving te typeren als een ziekte, opiniemakers en autoriteiten toch vaak meer het accent leggen op de morele aspecten die betrekking hebben op deze vormen van gedrag. De verslavingszorg is al sinds het begin van de jaren tachtig actief op het vlak van preventie en hulp bij overmatig en pathologisch gokken. De financiering van de hulp was in het begin overigens slechts toegestaan als de cliënt ook aan alcohol of drugs verslaafd was. Mede daardoor verschilde het hulpaanbod per instelling. Sinds 1991 kwam er formeel een einde aan het verbod op preventie en hulp aan gokverslaafden binnen de verslavingszorg.

Overeenkomsten

In recente literatuuroverzichten is vaak een vergelijking gemaakt van de diverse moderne vormen van verslaving en daaruit blijkt

dat het goed mogelijk is om de kenmerken van verslaving zoals we die kenden bij alcohol of drugs en tabak ook te gebruiken als categorieën voor de beschrijving van gokverslaving, seksverslaving (in het bijzonder ook het kijken naar pornofilms) of andere vormen van verslavend gedrag. Denk hierbij aan controleverlies, sterke hunkering naar de herhaling van het gedrag, ontkenning en liegen, verlies van controle op het moment dat men eenmaal begonnen is en een zodanig sterke preoccupatie dat interesse in andere aspecten van het leven meer en meer uit beeld raken.



Nieuwe gedragsverslavingen, zoals bijvoorbeeld aan Facebook, worden in de verbeelding op internet vaak geframed met beelden en kenmerken van 'oude' middelenverslavingen.

Ook uit hersenwetenschappelijk onderzoek blijkt dat er diverse overeenkomsten zijn tussen de 'traditionele' verslavingen en de meer aan het gedrag gerichte vormen van verslaving. Zulke beschrijvingen leiden bijna onherroepelijk tot aanbevelingen om meer verslavingszorg te richten op deze vormen van gedrag. Maar impliciet maakt deze aandacht ook duidelijk dat diverse vormen van verslaving aan middelen wel degelijk ook direct gerelateerd zijn aan verslaving aan gedrag: prikkels als gevolg van het zien van een kroeg of andere mensen zien gebruiken (een spuit zetten, een sigaret opsteken of een glas naar de mond brengen) brengen een *arousal* teweeg in het brein die de kans sterk vergroot dat een (ex-)verslaafde zelf ook wil gebruiken. Uiteraard is hier het bijkomende verschijnsel dat de stof direct op de hersenen werkt, maar het verslavend mechanisme wordt niet alleen door de stof, maar zeker ook door allerlei daaraan gekoppelde belevingen en gedragingen in stand gehouden.

Overleg met branche

Wat betreft samenwerkingsrelaties is er vanuit de verslavingszorg al sinds de jaren tachtig overleg met brancheorganisaties van speelautomaten of casino's en wordt samengewerkt met de zelfhulpgroepen voor gokkers. Dat uitgerekend in deze tijd de aandacht voor gokken toenam, heeft er zeker ook mee te maken dat de zogenaamde *short-odds*-kansspelen een nieuwe kans kregen zich te ontplooiën. Net zoals dat met drugs of tabak het geval is, is de kans op herhaling van het gedrag bij zulke kansspelen groter wanneer er een snelle impuls-responsreactie wordt ervaren. Later werd de mogelijkheid om te gokken sterk uitgebreid door het – al dan niet legaal – gokken op internet.

De overheid heeft op al deze ontwikkelingen gereageerd met nieuwe wetten en maatregelen om enerzijds vorm te geven aan de toegenomen behoefte om toch te kunnen gokken, maar tegelijkertijd de excessen tegen te gaan. Hierbij speelt ook een fiscaal belang want de overheid verdient aan de goklust van de bevolking door de heffing van kansspelbelasting op de gewonnen prijs. De Staatsloterij werd in Nederland al in 1726 opgericht. Sinds 1964 is er de Wet op de kansspelen; sinds 2012 bestaat er in Nederland de toezichthoudende Kansspelautoriteit (ksa) en nieuwe wetwijzigingen zijn in voorbereiding.

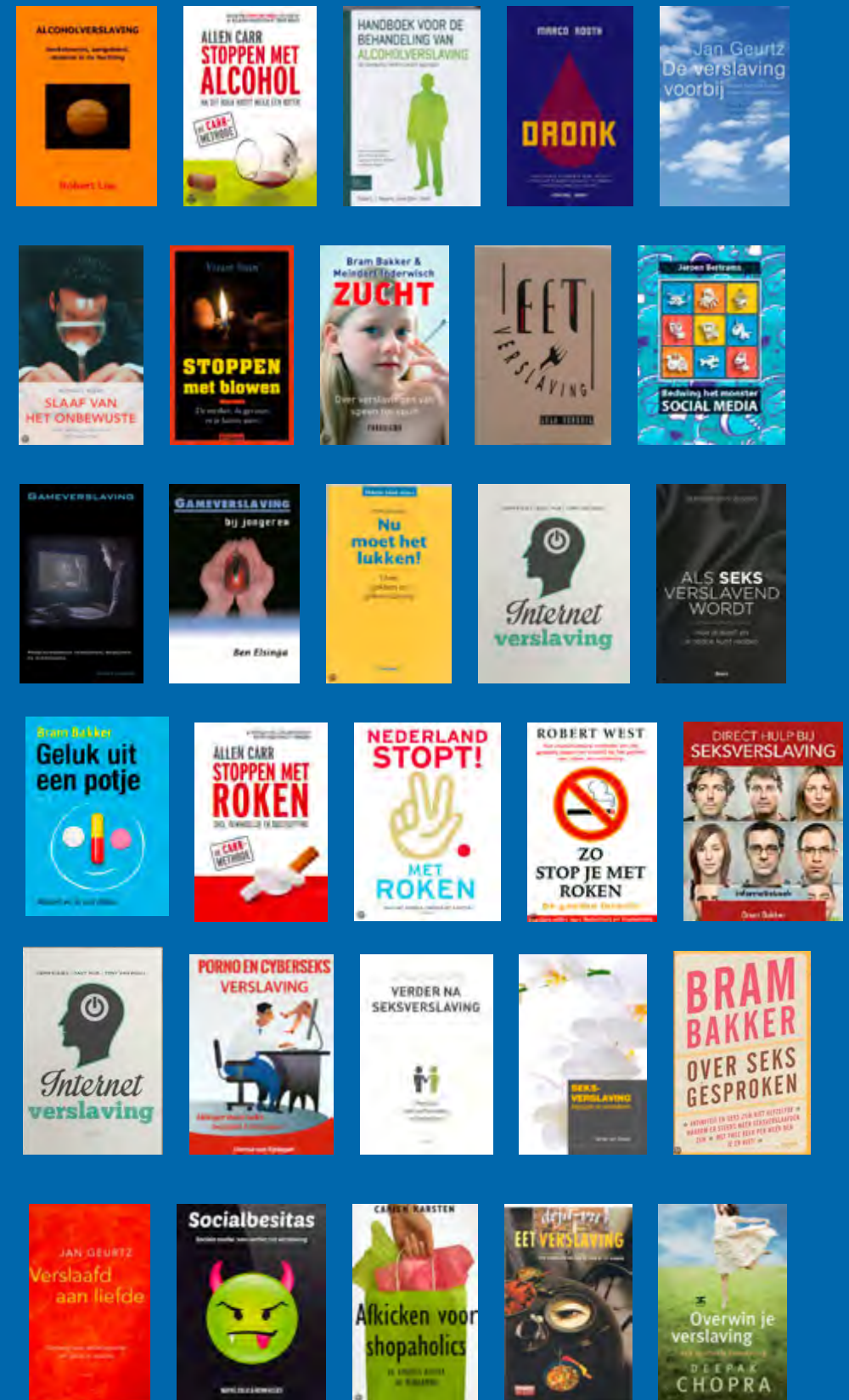
Zo'n regulatie is echter bij de andere vormen van gedragsverslaving veel lastiger, omdat het moeilijk is duidelijke samenwerkingspartners aan te wijzen. Voedsel is alom verkrijgbaar, het internet en games hebben niet een duidelijke beheerder die kan worden aangesproken. En grenzen kunnen gemakkelijk worden overschreden. Dit impliceert dat het nodig is mensen weerbaar te maken tegenover allerlei verleidingen en dat is in een tijd waarin er zo'n enorm aanbod bestaat heel moeilijk.

Het is te voorzien dat de komende jaren de behoefte aan precisie in de omschrijving tussen de diverse vormen van gedragsverslavingen zal toenemen. Er zullen duidelijke criteria worden gesteld, opdat niet elke vorm van gedrag waaraan mensen verslingerd zijn

geraakt als verslaving wordt aangemerkt (wat niet alleen zeer onverstendig kan zijn, maar ook ernstige gevolgen kan hebben). Het kan ook zijn dat verschillende gedragsverslavingen worden ingedeeld bij andere psychische stoornissen, zoals impulsregulatiestoornissen, eetstoornissen of stoornissen in de emotieregulatie. Gameverslaving is inmiddels in een aparte appendix opgenomen in de DSM-5.

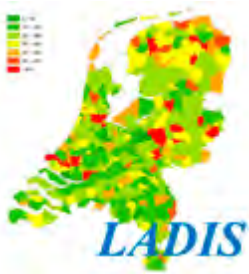
Internet

Gokken op internet wordt steeds populairder. In 2011 gokte een kleine twee procent van de bevolking op internet. Dat komt neer op een kwart miljoen mensen. Dat aantal is sindsdien alleen maar toegenomen. De helft van de internetgokkers in 2011 speelde poker. Een beperkt deel daarvan is er zo aan verslingerd dat je hen verslaafd kunt noemen.



Informatievoorziening

Opbouw van Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS)



LADIS startte in 1984 en in 1986 deden alle reguliere verslavingszorginstellingen er aan mee.

JAAKVERSLAGEN – WETENSCHAPPELIJKE BASIS – COMPUTERINFORMATIESYSTEMEN – REGISTRATIE – METINGEN

Zodra ze daartoe in staat waren zijn mensen gaan tellen en hebben ze getalsmatige overzichten gemaakt. In zoverre heeft statistiek een geschiedenis van duizenden jaren. Maar pas vanaf de achttiende eeuw verschijnen er wat vaker statistieken die aspecten van de samenleving in kaart brengen en waarmee processen en structuren inzichtelijk gemaakt kunnen worden. In de negentiende eeuw neemt de beschrijvende statistiek een hoge vlucht. De Belg Adolph Quetelet (1796-1874) is een van de eersten die statistiek toepassen in het kader van sociale wetenschap. Inmiddels is statistiek een van belangrijkste hulpmiddelen bij kennisverwerving; het speelt een centrale rol bij de moderne 'big data'.

In het begin van de twintigste eeuw klinkt de roep naar data steeds luider, ook rondom het alcoholvraagstuk. In enkele steden worden consultatiebureaus voor alcoholisme opgericht door organisaties van drankbestrijders. Zij financieren de oprichting ervan voor een groot gedeelte, mede met de bedoeling de bureaus te gebruiken als een plek waar gegevens kunnen worden verzameld over de achtergronden en de oplossing van het alcoholisme. Geld voor onderzoek was er echter nog nauwelijks, maar de belangrijkste bureaus deden wel veel moeite om in hun jaarverslagen, en soms in aparte publicaties, hun gegevens te systematiseren. De registratie van cliëntgegevens heeft met andere woorden vanaf het begin plaatsgevonden. Het verzamelen van zulke gegevens was ook belangrijk om zich als bureau te legitimeren in de richting van bijvoorbeeld de gemeentelijke overheid of het ministerie van Justitie, dat via de reclasseringsregeling bereid was een deel van de financiering op zich te nemen.



Ton Ouwehand nam eind jaren tachtig het initiatief tot de ontwikkeling van een informatiesysteem dat inmiddels ook internationaal tot de verbeelding spreekt. Foto is uit 1992.

Statistieken

Het samenstellen van statistieken over het aantal 'personen met alcoholmoeilijkheden' was ook heel belangrijk in de jaren na de Tweede Wereldoorlog toen het initiatief werd genomen om in Nederland een landelijk dekkend netwerk van consultatiebureaus op te zetten op een medische en wetenschappelijke basis. Op grond van diverse rapportages schatte men in 1949 dat er in Nederland 30.000 'personen met alcoholmoeilijkheden' waren. In 1954 hadden daarvan 9500 personen contact met een van de bureaus, en een derde was als problematisch drinker bekend bij een andere voorziening.

In de jaren tachtig van de twintigste eeuw worden er in deze sector initiatieven genomen tot de opzet van informatiesystemen met behulp van computers, die in staat zouden zijn een actueel beeld te geven van het aantal cliënten dat in zorg is, hun achtergronden, welke middelen ze gebruiken en wat voor type zorg ze ontvangen hebben. Een acute reden om cliënten te registreren en dit ook landelijk te doen was het voorkomen van dubbele verstrekkingen van medicatie (methadon). De verslavingszorg liep in dit opzicht voor op veel andere zorginstellingen. Het is overigens vaker voorgekomen dat de verslavingszorg vooropliep. Het heeft ermee te maken dat de eisen vanuit de samenleving ertoe leidden dat de druk op de instellingen, in het verleden maar ook nu nog, groot is. Er is vaak sprake van al dan niet vermeende maatschappelijke overlast. En politie en justitie zijn vaak nauw bij de problematiek betrokken. Regelmatig heeft de verslavingszorg problemen moeten oplossen waarvoor nog geen duidelijk voorbeeld bestond voor hoe dat moest. In zo'n context gedijen pioniers zoals Ton Ouwehand, die ruim dertig jaar geleden begon met een landelijk informatiesysteem voor de verslavingszorg, dat zowel in Nederland als internationaal nog steeds tot de verbeelding spreekt.

Nationale Drug Monitor

Ouwehand (1950) was sinds 1980 als manager werkzaam in de verslavingszorg en werd korte tijd later voorzitter van een landelijk beraad dat zich bezighield met cliëntenregistratie. Dat was het platform van waaruit werd gewerkt aan de opbouw van het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS). Het startte in 1984 en al in 1986 deden alle reguliere ambulante instellingen voor verslavingszorg (de CAD's) eraan mee. Het doel was tegenover de overheid en de samenleving transparantie te betrachten over het werk. Jaren later was LADIS uitgegroeid tot een systeem waaraan alle hulpverleningsinstellingen deelnamen. Hierdoor vormde LADIS een unieke bron van informatie. Het is immers van groot belang dat je uitspraken kunt doen die, bekeken over meerdere jaren, gebaseerd zijn op enkele honderdduizenden unieke personen.

De LADIS-gegevens zijn ook belangrijke input voor de jaarberichten van de Nationale Drug Monitor, waarmee in 1999 een begin

Grafieken nog aanpassen!

LADIS KERNCIJFERS
VERSLAVINGSZORG 2015
bron: www.ladis.eu

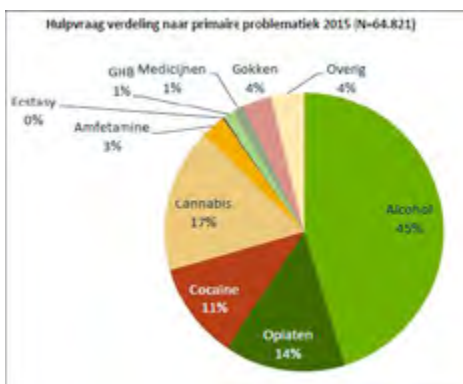
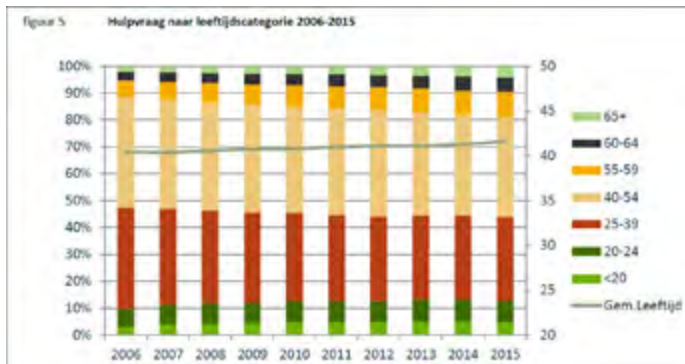
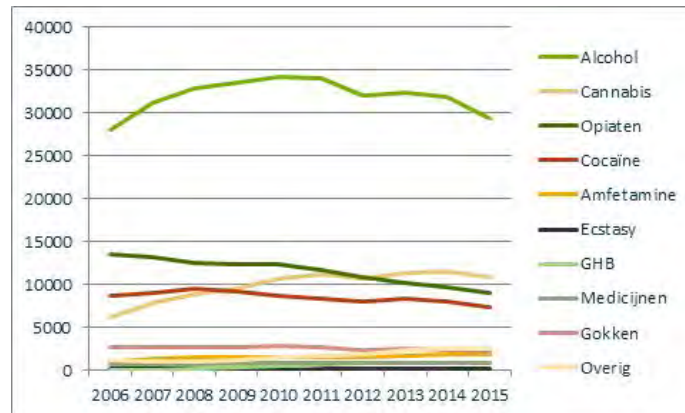
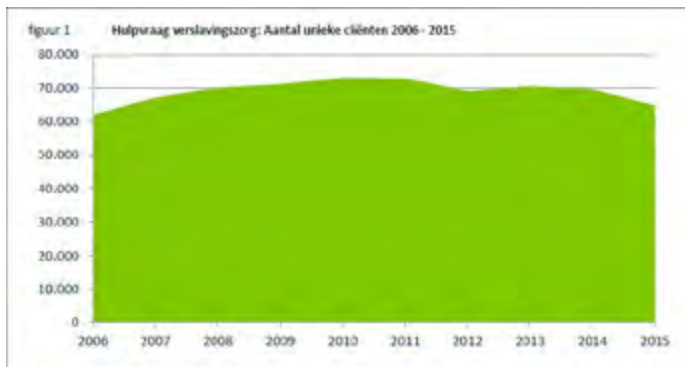
Hulpvraag verslavingszorg,
aantal unieke cliënten
2006-2015

Hulpvraag naar
leeftijdscategorie 2006-2015

Ontwikkeling hulpvraag
middelen

Leeftijdverdeling naar
primaire problematiek 2015

Hulpvraag en
middelengebruik, 2015



werd gemaakt, die vervolgens weer worden gevoegd bij vergelijkbare overzichten van andere Europese landen in het kader van het Europese waarnemingscentrum, het EMCDDA in Lissabon. In 1997 werd de informatievoorziening losgekoppeld van de koepelorganisatie van de verslavingszorginstellingen: de stichting ivv (Informatie Voorziening Verslavingszorg) werd opgericht met Ouwehand als directeur. Deze

organisatie heeft in 2002 haar taakveld verbreed naar andere delen van de zorg en heet sindsdien ivz (Informatie Voorziening Zorg). Om de privacy optimaal te beveiligen is door ivz in 2007 ZorgTTP opgericht, waardoor de scheiding tussen identificeerbare gegevens en zorginhoud beter gewaarborgd kon worden. Inmiddels werkt ZorgTTP als belangrijkste TTP (Trusted Third Party) in het totale Nederlandse zorgdomein.

MATE en ROM

Op dit moment is men in Nederland in staat om jaarlijks actuele overzichten te maken van alle cliënten in de verslavingszorg, de middelen die ze gebruiken, de ontvangen zorg en de resultaten daarvan. Vanzelfsprekend maakt de overheid hier gretig gebruik van om het beleid te evalueren en bij te stellen. Omdat de gegevens per instelling worden verzameld, hebben die jaarlijks ook een heel goed beeld van hun eigen werk en kunnen ze dat vergelijken met dat van andere instellingen.

Het verzamelen van data, liefst zoveel en gedetailleerd mogelijk, is een belangrijke voorwaarde voor wetenschappelijke vooruitgang. Alleen in grote bestanden kunnen goed specifieke groepen worden onderscheiden en relaties worden ontdekt die het mogelijk maken om veel preciezer werk te kunnen leveren. De gepersonaliseerde zorg waarvan thans sprake is, veronderstelt 'big data'. Het voordeel van het werk van onder anderen Ton Ouwehand en zijn medewerkers is dat in de verslavingszorg voor een preciezere of gepersonaliseerde zorg de infrastructuur voor het verzamelen en analyseren van data aanwezig is, en op bruikbaarheid is getest. Nu sinds 2008, mede onder invloed van de verplichte evaluatiemetingen, door de meeste instellingen in de verslavingszorg één intake-instrument wordt gebruikt (de MATE) zijn de mogelijkheden om lering te trekken uit databases met patiëntkenmerken sterk vergroot. De sector maakt zich op om deze informatiebron, die nog veel rijker is dan de verzamelde LADIS-gegevens, te exploiteren. Een andere gegevensbron is de ROM (Routine Outcome Monitoring), die bij alle instellingen in de psychische gezondheidszorg wordt toegepast. Hiermee worden metingen verricht over de toestand van patiënten of cliënten.

De LADIS-gegevens zijn een belangrijke input voor de jaarberichten van de Nationale Drug Monitor waarmee in 1999 een begin werd gemaakt.



Perron Nul 1987-1993

Perron Nul stond lange tijd symbool voor het Nederlandse gedoogbeleid. Het begon in 1987 met een project van dominee Hans Visser van de Pauluskerk die naast het Centraal Station in Rotterdam station een aantal dakloze verslaafden wilde opvangen. In deze tijd was er zeer veel overlast in en rond het station van junks, dealers en alles wat eromheen hing. De verslaafden kregen nu een plek, op het parkeerterrein naast het station, waar hun methadon werd verstrekt, samen met schone spuiten. Ze konden hier vrijelijk drugs gebruiken. Na enige tijd bleek echter dat dit een aanzuigende werking had. Verslaafden uit heel Nederland, zelfs van ver over de landsgrenzen, arriveerden en maakten aanspraak op deze

service. Op een gegeven moment bivakkeerden hier zo'n duizend zwaar verslaafde mensen. Dit bracht veel overlast met zich mee voor treinreizigers en de mensen die in en om het station hun brood verdienden. Het groeiende protest kwam in 1992 tot een apotheose toen een groep mariniers het plein wilde 'schoonvegen'. Door een tip aan de politie werd de actie op het laatste moment verijdeld. Taxichauffeurs hielpen enkele mariniers aan de politie te ontkomen, en lieten een dag later een reclamevliegtuigje rondcirkelen met de tekst "Mariniers bedankt!". Er kwamen hekken om Perron Nul, dat zich inmiddels uitstreckte tot vrijwel het gehele parkeerterrein naast het Groothandelsgebouw. Maar de overlast bleef. De categorie zwaar verslaafden

die op Perron Nul afkwam bestond uit mensen die meestal geestelijk niet in orde waren, en door hun onvoorspelbare gedrag de passanten angst inboezemden. Burgemeester Bram Peper gelastte de ontmanteling van de opvangplek. Tegenstanders, waaronder vooral Hans Visser, wezen erop dat, zo lang er geen alternatieve opvangplek was, de verslaafden zouden uitzwermen over de stad, met alle gevolgen van dien. Toch werd op 13 december 1994 Perron Nul definitief gesloten. Aanvankelijk vond opvang nog plaats in de nabij gelegen Pauluskerk, maar na verloop verminderde het aantal gebruikers en verspreidde zij zich over voorzieningen elders in de stad. Hans Visser bleef tot zijn pensioen in 2007 actief betrokken bij de opvang.

1992

Wetenschappelijk onderzoek

Wim van den Brink benoemd als hoogleraar verslavingszorg



Wim van den Brink (1953) werd in 1992 de eerste hoogleraar verslavingszorg van Nederland. Hij was verbonden aan de Universiteit van Amsterdam.

ALCOHOLISME-ONDERZOEK - STEPPING-STONE-HYPOTHESE - NEUROBIOLOGISCHE MECHANISMEN - GEPERSONALISEERDE GENEESKUNDE

In 1992 werd de arts-epidemioloog Wim van den Brink (1952) bij de Universiteit van Amsterdam aangesteld als de eerste hoogleraar verslavingszorg in Nederland. Voor die tijd had er wel epidemiologisch en dierexperimenteel onderzoek plaatsgevonden, maar systematisch onderzoek naar verslaving en verslavingsgedrag bij mensen vond nog sporadisch plaats.

In 1993 werd het AIAR (Amsterdam Institute for Addiction Research) opgericht. Dit instituut heeft een belangrijke rol gespeeld in het klinisch wetenschappelijk onderzoek. Later volgden er meer hoogleraarsbenoemingen en instituten, onder anderen de psycholoog Gerard Schippers (eveneens bij het AIAR in Amsterdam, gefinancierd door de instellingen Jellinek en Brijder, 1947), de arts en psychotherapeut Cor de Jong (NISPA in Nijmegen, 1950) en de gezondheidswetenschapper Dike van de Mheen (IVO, Rotterdam, 1963).

Historisch gezien zijn er vóór de jaren zeventig van de twintigste eeuw maar weinig Nederlandse publicaties verschenen die een wetenschappelijke pretentie hadden. De bekende zeventiende-eeuwse arts Johan van Beverwijck besteedde in zijn boeken aandacht aan dronkenschap. Hij noemde het een Rasernije zonder Koortsche. Herman Boerhaave, in dezelfde eeuw, noemde het overmatig drinken een 'ziekte van het zenuwstelsel'. Wellicht het eerste Nederlandse proefschrift over drankzucht werd geschreven door Johannes Henricus Dürcks en in 1776 verdedigd in Leiden. Hij typeerde drankzucht als een 'vrijwillige verdwazing'. Vermeldenswaard is verder het werk van Matthias van Geuns. Hij beschreef in 1801 de gevolgen van het toenemende gebruik van sterke drank voor de gezondheid en het maatschappelijk welzijn in Nederland. Ook het proefschrift van J. van Delden is vermeldenswaard. Hij beschreef in 1889 de samenhang tussen dronkenschap en krankzinnigheid (zoals alcoholpsychosen, paralyse generalis en alcohol epilepsie). Tot slot is het niet onbelangrijk te wijzen op de studies van

Johan van Beverwijck, Herman Boerhaave en Matthias van Geuns behoorden tot de eerste geneeskundigen die over de gevolgen van alcoholgebruik publiceerden.



professor K. Herman Bouman. Hij was een van de oprichters van het consultatiebureau in Amsterdam in het begin van de twintigste eeuw. Voor hem was onderzoek doen heel belangrijk. Hij verrichtte in die begintijd onder andere een studie naar het alcoholisme bij vrouwen en naar de relatie tussen alcohol, criminaliteit en psychosen.

Laag pitje

Bij elkaar genomen heeft in Nederland het wetenschappelijk onderzoek naar verslaving en daaraan gerelateerde problemen heel lang op een laag pitje gestaan. Weliswaar bestond al sinds 1961 in Amsterdam de SWOAD (Stichting voor Wetenschappelijk Onderzoek naar Alcohol en Drugs; directeur: H.J. van der Wal), dat in 1986 was opgegaan in het NIAD (Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs), dat zelf in 1996 weer onderdeel werd van het Trimbos-instituut. Maar het beantwoordde vooral vragen uitgaande van bestaande kennis. Het eerstgenoemde centrum werd in 1961 opgericht op initiatief van de directeur van het Amsterdamse consultatiebureau (H.J. Krauweel). Het instituut kreeg een indrukwekkend curatorium van zo'n tien hoogleraren, maar het lukte niet om de universiteiten voor het onderzoek naar alcoholisme te interesseren. En de consultatiebureaus werden al snel kopschuw toen een onderzoek werd gestart naar de kenmerken van hun cliënten. Onafhankelijk onderzoek stuitte nog op veel weerstand. In Nederland was de hoogleraar sociologie Ivan Gadourek (1923-2013) in 1963 de eerste die een gedegen empirisch onderzoek deed naar de drinkgewoontes. Het onderzoek bevestigde het vermoeden dat het thuisdrinken was toegenomen. Een ietwat vergelijkbaar onderzoek werd vanaf 1967 uitgevoerd door H. Cohen. Hij ging na welke middelen werden gebruikt, wie er gebruikten, in welke sociale context er werd gebruikt en of de stepping-stone-hypothese (het gebruik gaat van kwaad tot erger) op waarheid berustte.



Prof. Herman Bouman (1874-1947) onderzocht begin twintigste eeuw alcoholisme bij vrouwen en de relatie tussen alcohol, criminaliteit en psychosen. Hoogleraar sociologie Ivan Gadourek (1923-2013) was in 1963 één van de eersten die een gedegen empirisch onderzoek deed naar de drinkgewoontes.

Drugsonderzoek

Vanaf de jaren tachtig en negentig zien we een stijgend aantal onderzoeken in Nederland naar het gebruik van drugs. In het algemeen was onderzoek naar drugs in deze tijd veel populairder dan naar alcohol. In de loop van de jaren negentig en in de eenentwintigste eeuw wordt er steeds vaker systematisch onderzoek gedaan naar de effecten van behandelingen en zorgregimes.



H.J. Krauweel, directeur van het Amsterdamse consultatiebureau, richtte in 1961 het SWOAD (stichting voor wetenschappelijk onderzoek naar alcohol en drugs) op. In 1973 (foto) ontving hij uit handen van professor Arie Querido een eredoctoraat aan de Universiteit van Amsterdam. FOTO BERT VERHOEFF / NATIONAAL ARCHIEF

Recente hoogleraren met expliciete leeropdrachten over verslaving: Gerard Schippers (UvA), Cor de Jong (Radboud Universiteit Nijmegen) en Dike van de Mheen (Erasmus MC Rotterdam en Universiteit Maastricht)



paradigma van de gepersonaliseerde geneeskunde betekenis zal krijgen in het klinisch onderzoek rondom verslaving. We weten dat behandelingen vaak maar bij een deel van de cliënten effectief zijn. Dat kan te maken hebben met de fase van het verslavingsproces, de individuele kenmerken (zoals genetische aanleg, leeftijd of geslacht) of persoonlijke voorkeuren. Het is goed mogelijk dat er betere resultaten kunnen worden bereikt met de bestaande interventies, mits we in staat zijn om preciezer vast te stellen bij wie wat, wanneer en hoe werkt.

Tezamen met de uitkomsten van internationale onderzoeken hebben de uitkomsten daarvan hun weg gevonden in behandelrichtlijnen en het beleid.

Sinds het begin van de eenentwintigste eeuw vindt er in Nederland ook bij mensen neurobiologisch en -psychologisch onderzoek plaats naar het verslavingsmechanisme.

Een belangrijke impuls

voor het verslavingsonderzoek vormden twee meerjarige programma's van ZonMw naar verslaving, risicogedrag en afhankelijkheid. Er werden tientallen projecten gesubsidieerd. Dit resulteerde in een groot aantal publicaties over mechanismen en effectieve interventies. Vermeldenswaard is verder het succesvolle experiment naar de [medische verstrekking van heroïne](#).

Maar niet elk project verloopt succesvol. Recent startte het AMC een experiment met diepe hersenstimulatie bij chronische verslaafden aan heroïne. De positieve resultaten met ingrijpende behandeling van patiënten met obsessief compulsieve stoornis konden niet worden gerepliceerd. Het lukte niet om voldoende patiënten te includeren.

Het is moeilijk om goed te voorspellen waar het onderzoek in de verslavingszorg de komende tien of twintig jaar toe zal leiden. Als we kijken naar het onderzoek in de geneeskunde en de psychiatrie dan is het aannemelijk dat er nog meer studies zullen worden verricht naar de neuropsychologische en neurobiologische mechanismen van verslaving. Ook is het te verwachten dat het

Offensief tegen overlast

Drugsbeleid: continuïteit en verandering



Het vanaf de jaren zeventig ontwikkelde Nederlandse drugsbeleid was gericht op het voorkomen en beperken van de risico's van het gebruik (harm reduction). Een belangrijk middel om dat bereiken was het scheiden van de markten van soft- en harddrugs.



LIJST I: ONAANVAARBAAR RISICO - LIJST II: MINDER ZWAAR RISICO - NORMALISERING - HARM REDUCTION - ACHTERDEURPROBLEMATIEK

Het gebruik van psychoactieve stoffen is van alle tijden, maar toch zijn 'drugs' en 'druggebruikers' als maatschappelijke problemen van vrij recente datum. Al sinds 1919 is in Nederland de Opiumwet van kracht, die handel van middelen uitsluitend toestond voor medische doeleinden en het gebruik overigens nog niet strafbaar stelde.

Allengs werd de wet echter aangescherpt. Net als het perspectief van politie en justitie zijn ook internationale ontwikkelingen altijd belangrijke determinanten geweest voor het drugsbeleid.

Druggebruik kwam in Nederland pas echt naar voren in de jaren zeventig, als onderdeel van de ontluikende jeugdcultuur. De nog gemoedelijke sfeer waarin het gebruik van drugs plaatsvond veranderde vrij abrupt toen er vanaf 1972 goedkope heroïne op de markt kwam. In de binnensteden werd de sfeer rond dealers en gebruikers grimmig. De angst bestond bovendien dat steeds meer jongeren zouden gaan gebruiken en dat de verwervingscriminaliteit van gebruikers om aan voldoende geld te komen sterk zou toenemen.

Mede hierom werd in 1976 een nuancering aangebracht op de Opiumwet. Er kwam een onderscheid tussen een Lijst I van middelen met onaanvaardbaar risico, zoals heroïne, amfetamine of cocaïne, en een Lijst II van middelen met een minder zwaar risico (vooral cannabis). Ook werd het bezit van 30 gram cannabis opgevat als een overtreding in plaats van een misdrijf. Het was de opmaat tot het roemruchte Nederlandse gedoogbeleid, met als doel de markten voor 'hard'- en 'soft'drugs te scheiden.

Alternatieve voorzieningen

De consultatiebureaus voor alcoholisme matigden zich aan dat zij ook hulp konden bieden aan druggebruikers, maar hun werkwijzen (zoals het traditionele reclasseringswerk) waren

nog afgestemd op een veel oudere en een aan alcohol verslaafde doelgroep. Er kwamen 'alternatieve' voorzieningen tot stand die meer oog hadden voor de maatschappelijke achtergronden van de gebruikers en bovendien het gebruik 'aanvaardden' in plaats van dat ze alle werk richtten op één heilig doel: volledige abstinentie. De rijksoverheid stelde zich meer op het standpunt van de 'alternatieven' en bepleitte normalisering van het druggebruik en *harm reduction*. Men wilde voorkomen dat de gebruikers extra schade opliepen door hun gebruik (zoals besmetting met hiv of hepatitis) of sociaal ontspoorde. Dat was belangrijker dan het medische doel van abstinentie (al dan niet met behulp van methadon).

Al deze beleidsvisies en voorzieningen konden niet voorkomen dat eind jaren tachtig en begin jaren negentig de overlast in verband met drugs onhoudbaar werd. Er was behoefte aan een herijking van het Nederlandse drugsbeleid. Dit gebeurde onder grote internationale druk. Nederland



Eind jaren tachtig, begin jaren negentig kampten vooral oudere wijken met een forse toename van overlast en criminaliteit rondom drugspanden. Tegenwoordig kan de politie eerder en effectiever tegen deze panden optreden.

werd in 1996 door de Franse president Jacques Chirac zelfs afgeschilderd als een 'narcostaat', mede door het gedoogbeleid ten aanzien van cannabis in coffeeshops, dat had geleid tot drugstoerisme.

In 1995 verscheen de drugsnota *Continuïteit en verandering*. De nota speelde in op verschijnselen als de toenemende en openlijke handel van drugs, het internationale drugstoerisme, onveiligheid in buurten, onhygiënische toestanden (spuiten op straat), de georganiseerde criminaliteit en het gebrek aan enige 'greep' op de steeds meer ontsporende groep problematische gebruikers. Deels kon dit worden gepareerd door steeds strengere maatregelen gericht op coffeeshops (aanscherping van de gedoogcriteria, de zogenaamde *AHOJG-criteria*), de producenten van en handelaren in drugs of het tegengaan van drugstoerisme. Deels zijn problemen rondom de coffeeshops blijven bestaan door het uitblijven van een regeling voor de aanvoer van cannabis (de zogenaamde 'achterdeurproblematiek').

Dwang en drang

Maar ook de gebruikers werden object van strenger beleid. Er werd gedebatteerd over nut en noodzaak van dwang en drang, en in de boezem hiervan ontstond, al vóórdat de nota was verschenen, in de jaren negentig een waar offensief van op dwang en drang gebaseerde maatregelen en voorzieningen, vaak 'op

maat' van de gemeente die het betrof. Verslaafde justitiabelen werden bijvoorbeeld voor de keuze gesteld in voorlopige hechtenis te worden geplaatst of een begeleidings- en behandelingstraject in te gaan. Er kwamen specifieke taakstraffen voor verslaafden, nieuwe vroeghulpinterventieprojecten in het kader van de reclassering, sociale pensions, drugvrije afdelingen van penitentiaire inrichtingen en een forensische verslavingskliniek. Inmiddels soms alweer vergeten termen zijn: Intramurale Motivatie Centra (IMC) en Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV). De SOV is in



Wiet, hasj en cannabis worden in het buitenland vaak onlosmakelijk verbonden met de Nederlandse identiteit.

2004 overgegaan in de maatregel Inrichting Stelselmatige Daders (ISD-maatregel). Het doel hiervan is ernstige criminaliteit als gevolg van gepleegde strafbare feiten door stelselmatige daders terug te dringen.

Het is overigens niet terecht de focus op meer repressie te richten. Het beleid hield vast aan het uitgangspunt – vandaar de term 'continuïteit' in die beleidsnota – dat al sinds de fundamentele wijziging van de Opiumwet in 1976 centraal stond: het voorkomen van schade en het bevorderen van de (volks) gezondheid, zij het dat daar zeker sinds 1995 aan werd toegevoegd: het tegengaan van overlast en het bestrijden van (drugs) criminaliteit. Vanuit dit uitgangspunt werd ook door Els Borst (1932-2014), de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), fors geïnvesteerd in zorgvernieuwing (ontgiften onder narcose, hoge doseringen methadon, heroïne op medisch voorschrift) en kwam er een zeer aanzienlijke uitbreiding van de klinische voorzieningen.

Gemeenten, vooral in de zuidelijke grensstreken, pleiten voor het vrijgeven van de cannabis. Zij kunnen met het voor- en achterdeurbeleid niet meer uit de voeten.

TEKENING NICO VISSCHER - BINNENLANDS BESTUUR 19/2016



Of het door al deze maatregelen kwam is betwistbaar – het kan ook een verschijnsel zijn geweest dat sterk aan een bepaald cohort gebruikers verbonden was –, maar de rust is in de binnensteden weeragekeerd. Openbare ruimten zijn weer veilig, voor de gebruikers is er een keur aan voorzieningen en de aanwas van zeer problematische gebruikers is beperkt.

1998

Verbetering van de kwaliteit

'Resultaten Scoren' gaat van start



Onduidelijke kwaliteit van de zorg leidde in 1998 tot het project Resultaten Scoren.

PROTOCOLLEN – INTERVENTIES – INNOVATIEVE PROJECTEN – MEETINSTRUMENTEN – RICHTLIJNEN – EPIDEMIOLOGIE

Op gezette tijden verschijnt er een kritisch rapport over de effectiviteit en de kwaliteit van de verslavingszorg. Of er wordt door een fractie in de Tweede Kamer over de sector gemopperd. Dit wordt telkens gepareerd met een uitgebreide studie, commissies, allerlei rapportages en vaak raakt de kritiek al snel vergeten.

Dat uitgerekend de verslavingszorg zo kritisch bekeken wordt, heeft er niet alleen mee te maken dat er nogal wat geld in wordt gestopt, maar vooral ook omdat de rijksoverheid er alle belang bij heeft dat het op het vlak van overlast en criminaliteit rustig blijft. Aan middelengebruik gerelateerde problemen treden vaak direct in de openbaarheid. Dat gold vroeger voor openbare dronkenschap, later voor de heroïnegebruikers in de binnensteden en recent viel op dat het gebruik van GHB zich in Nederland opvallend verspreidde van de stad naar het platteland.

Een eigenlijk nauwelijks oplosbaar probleem betreft telkens ook dat buitenstaanders wel zien dat er veel geld wordt besteed aan de verslavingszorg, maar dat het heel moeilijk is om er een vinger achter te krijgen wat er nu feitelijk met het geld gebeurt en wat de resultaten ervan zijn. Dit probleem is niet uniek voor de verslavingszorg, maar die ligt nu eenmaal door haar vaak mythische beeldvorming bij publiek en politiek onder een vergrootglas.

Gebrekkige kwaliteit

Aan het einde van de twintigste eeuw waren de zorgen over de continuïteit van de verslavingszorg zo groot dat een aantal

Jan Walburg (Jellinek, Amsterdam), Lucien van Ruth (Brijder, Noord Holland), Sjef Czyzewski (Bouman, Rotterdam) en Bert Kuijff (Gelders Centrum Verslavingszorg) waren de vier bestuurders die in 1997 het initiatief namen tot Resultaten Scoren.



bestuurders van instellingen in de verslavingszorg het initiatief namen om gezamenlijk een oplossing te vinden voor de, ook in hun ogen, gebrekkige kwaliteit van de zorg. Als men eerlijk was dan moest men erkennen dat iedereen maar wat deed. Er waren geen protocollen en de interventies waren nauwelijks onderzocht. De resultaten werden niet gemeten en ook de opleiding van de werkers was ver onder de maat.

De bestuurders, aangevoerd door Jan Walburg (1949) van Jellinek, die al eerder haar behandelaanbod op basis van wetenschappelijke onderzoek had aangepast (het zogenaamde herontwerp), namen het initiatief met steun van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) om de kwaliteit te verbeteren, innovatieve projecten te ondernemen en de verschillende segmenten van de zorg, zoals de sociale verslavingszorg of de preventie, sterk te verbeteren. Het initiatief leidde in 1998 tot de oprichting van het project Resultaten Scoren. Het project, waarin bestuurders, onderzoekers en behandelaars in een stuurgroep samenwerken, bestaat nog steeds, nu in de vorm van een stichting. Sleutel van het succes was een sterke bestuurlijke verankering en wetenschappelijke ondersteuning. Actieve bestuurders waren onder anderen Jan Walburg (1949, Amsterdam), Lucien van Ruth (1952, Noord-Holland), Ruud Rutten (1957, Overijssel), Bert Kuijf en Don Olthof (1945 en 1957, Gelderland), Martinus Stollenga (1953, Drenthe), Sjef Czyzewski (1951, Rotterdam) en vanuit Brabant Krijn in 't Veld (1949) en Roel Hermanides (1951). Steun vanuit de wetenschap kwam via de hoogleeraren Gerard Schippers (1947, Amsterdam), Cor de Jong (1950, Nijmegen) en later ook Dike van de Mheen (1963, Rotterdam/Maastricht).

Vernieuwing

Uniek aan Resultaten Scoren is dat het een initiatief is van alle grote instellingen en dat het in staat is gebleken om op heel veel gebieden en aspecten van de verslavingszorg vernieuwing aan te brengen, en ook meer uniformiteit. In de rest van de psychische gezondheidszorg (GGZ) bestaan wel allerlei kenniscentra, maar die hebben niet zo'n grote invloed op de organisatie en de kwaliteit van de zorg als Resultaten Scoren heeft gehad op de verslavingszorg. De werkmethoden zijn drastisch herzien, werkprocessen beter gestroomlijnd en het behandelaanbod heeft over de gehele linie een meer wetenschappelijke basis gekregen. Een belangrijke factor is geweest dat behalve steun van bestuurders en wetenschappers de instellingen, en actieve werkers daarin, effectief werden betrokken

De MATE is een in het kader van Resultaten Scoren ontwikkeld meetinstrument dat overal in de verslavingszorg wordt gebruikt om bij cliënten de kenmerken van een verslavingsprobleem in kaart te brengen en een verstandige behandelindicatie te formuleren.



Resultaten Scoren heeft sinds de oprichting zo'n honderd publicaties opgeleverd: handleidingen, protocollen, richtlijnen, werkboeken, rapporten van wetenschappelijke studies, cd-roms, et cetera.

ren, Inmiddels zijn er van de MATE allerlei varianten ontwikkeld, zoals voor jeugd of voor toepassing in de forensische sector. Een ander voorbeeld betreft de leefstijltrainingen, die zijn bedoeld om aan te bieden aan iedereen met niet al te ernstige verslavingsproblemen. De leefstijltrainingen zijn strak geprotocolleerd en daardoor is het goed mogelijk om te garanderen dat de uitvoering overal op min of meer dezelfde wijze wordt toegepast. Inmiddels zijn deze trainingen getransformeerd tot protocollen voor cognitieve gedragstherapie.

Invloed

Tot slot is het belangrijk om te wijzen op de ontwikkeling van een richtlijn voor de behandeling van opiaatverslaafden met methadon (de riob), ook een voortbrengsel van Resultaten Scoren. Deze richtlijn was absoluut noodzakelijk, omdat de methadonverstrekking ver onder de maat was; een voorbeeld van verwaarloosde zorg. Ook op het vlak van de opleidingen heeft Resultaten Scoren haar sporen verdiend. In nauw overleg met vertegenwoordigers van instellingen, universitaire en hbo-opleidingen zijn competentieprofielen opgesteld en vervolgens zijn er, in nauwe samenwerking met beroepsorganisaties, diverse opleidingen gestart of is het mogelijk gebleken binnen bestaande opleidingen meer aandacht te vragen voor verslaving en verslavingszorg. Het valt moeilijk te bepalen of Resultaten Scoren ook al daadwerkelijk invloed heeft gehad op de epidemiologie van verslaving. Zijn de incidentie (het aantal nieuwe gevallen) en de prevalentie (het aantal mensen dat verslaafd is) van bepaalde vormen van verslaving afgenomen? En heeft Resultaten Scoren invloed gehad op de instroom in de verslavingszorg en de doorstroom? Uiteindelijk zijn dat natuurlijk de vragen waar de critici graag een antwoord op willen hebben.



Opleiden voor verslavingszorg

Opleiding tot verslavingsarts



CURSUSSEN – OPLEIDINGEN – HBO – UNIVERSITEIT – VVGN – MODULES – OOST-EUROPA – TRIMBOS-INSTITUUT

Er bestaan geen initiële opleidingen voor verslavingszorg. Iedereen die in deze sector werkt, heeft een basisopleiding gedaan, is psycholoog, arts, sociaal werker of verpleegkundige. Sommigen hebben tegenwoordig een bijvak gedaan of een stage gelopen in deze sector, maar dat is onvoldoende om het vak in de finesses te beheersen.

In de beginperiode werkten er nog veel mensen die helemaal niet voor een sociaal of medisch beroep waren opgeleid. Het was goed mogelijk dat een voormalige onderwijzer of politieagent aan de slag ging bij een consultatiebureau voor alcoholisme. Dat veranderde langzamerhand in de periode na de Tweede Wereldoorlog, toen een begin werd gemaakt met professionalisering. De FZA, de koepelorganisatie van de consultatiebureaus, startte met het organiseren van cursussen, ook voor maatschappelijk werkers bij andere instellingen, zoals bij de reclassering. De belangrijkste gangmaker en ook uitvoerder van al die cursussen was de directeur van het Amsterdamse consultatiebureau Henk Krauweel (1906-1986); hij is de enige die in Nederland ooit een eredoctoraat heeft ontvangen voor zijn werk in de verslavingszorg. In 1973 werd hem dat aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam verleend door professor [Arie Querido](#) (1901-1983).

Bekwaamheidsontwikkeling

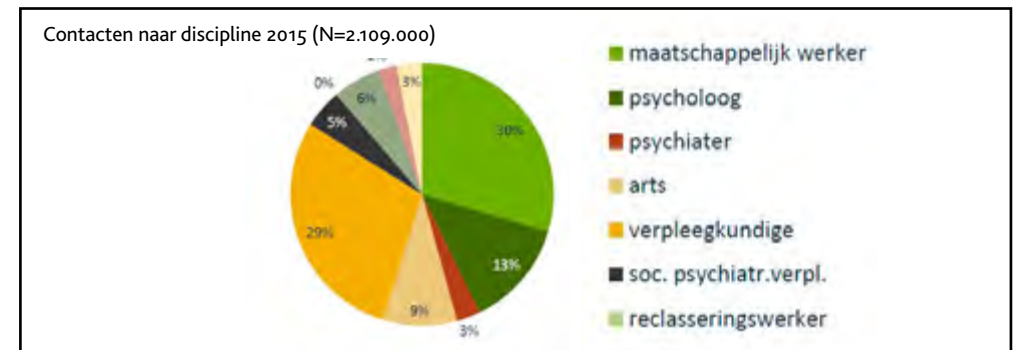
Pas in de eenentwintigste eeuw, in de boezem van het project en later kenniscentrum [Resultaten Scoren](#), werden, samen met beroepsverenigingen, initiatieven genomen met een verder reikende strekking. Er werd een Raad voor Bekwaamheidsontwikkeling ingesteld en van daaruit kwamen initiatieven ter sprake voor de opleiding van verslavingsartsen, psychologen in de verslavingszorg en hbo-opleidingen.

Bij verschillende hbo-opleidingen zijn minors (soort bijvak) gericht op verslavingskunde ingesteld, die deels nog steeds functioneren. Ook voor de academische beroepen zijn initia-

tieven ontplooid. Er is een aanvullende opleiding gericht op het thema verslavingspsychiatrie. Voor de psychologen in de verslavingszorg is er een opleiding gestart en dat is ook gelukt voor de verslavingsartsen.

Het moet gezegd dat de verslavingsartsen er beter in geslaagd zijn een aparte opleiding tot stand te brengen dan de psychologen, ondanks het feit dat de psychologen in de afgelopen dertig jaar zo'n buitengewoon belangrijke rol hebben gespeeld in de ontwikkeling van de verslavingszorg. Wellicht heeft het ermee te maken dat de artsen sinds 1985 goed zijn georganiseerd in de Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGN) met een duidelijk doel gericht op 'de bevordering van de kwaliteit van de verslavingsgeneeskunde in wetenschappelijke zin'. Een andere

Met welke professionals krijgen hulpvragers in de verslavingszorg te maken. FIGUUR LADIS 2015



factor kan zijn dat psychologen geen specialismen kennen zoals dat bij artsen het geval is. De noodzaak om een aparte opleiding voor een specialist in de psychologie tot stand te brengen is daardoor minder aanwezig, mede omdat de GZ-psycholoog al veel competenties tot zijn of haar beschikking heeft. De opleiding voor verslavingspsycholoog, met als hoofdopleider professor Gerard Schippers (1947), heeft daardoor vooralsnog geen terugkerend karakter gekregen.

Dat geldt wel voor de opleiding tot verslavingsarts die in 2007 van start ging aan de universiteit van Nijmegen, met als hoofdopleider professor Cor de Jong (1950). Het initiatief kreeg een steun in de rug doordat sinds 2012 verslavingsgeneeskunde is erkend door de KNMG als medisch profiel. Uiteraard is een gedegen opleiding daaraan gekoppeld, en dus noodzakelijk voor toekomstige verslavingsartsen om te volgen. Een complicatie van meer algemene aard is dat de verslavingszorg ook niet zo groot is. En medewerkers blijven vaak vele jarenlang in dienst. Dat frustriert de behoefte aan aparte opleidingen.

Opleidingscentra

Naast dit soort algemene maar wel grondige initiatieven hebben de instellingen voor verslavingszorg zelf steeds beter toegeruste opleidingscentra, eventueel samen met collega-instellingen, tot stand gebracht. Opleiden hoort tot de kern van het personeels-

Voorkant van brochure van de Jellinek over medische behandeling bij verslaving. Om verslavingszorgarts te worden moeten artsen een aparte opleiding volgen. Zo'n gespecialiseerde opleiding is er niet voor psychologen.



beleid. En sinds bijvoorbeeld **Resultaten Scoren** telkens opnieuw nieuwe modules heeft afgescheiden, die vaak veronderstellen dat medewerkers daarmee uit de voeten kunnen, is de noodzaak tot opleiden en heropleiden steeds groter geworden. Zo zijn de medewerkers getraind in de motiverende gespreksvoering, een centraal onderdeel van de moderne verslavingszorg, of in de uitvoering van nieuwe richtlijnen, zoals voor de methadonverstrekking. Niet onbelangrijk is ook dat er vanaf de jaren negentig tot en met nu vanuit Nederland in met name Oost-Europa veel opleidingsactiviteiten zijn ondernomen om de verslavingszorg en dus de medewerkers die daar werkzaam zijn op een hoger peil te brengen. Na het wegvallen van het IJzeren Gordijn bleek duidelijk dat de psychische gezondheidszorg en de verslavingszorg in Oost-Europa in een erbarmelijke staat verkeerden. Zo werd in 1994 vanuit Jellinek het European Addiction Training Institute (EATI) opgericht, dat in Europa in het bijzonder in de Oost-Europese landen, zoals Roemenië, hulpverleners heeft opgeleid. Ministeries en internationale organisaties steunden deze initiatieven. Bijna dertig jaar lang fungeerde de sociaalpsycholoog Wim Buisman (1950) hierin als spil. Tegenwoordig speelt ook het **Trimbos-instituut** in Utrecht een belangrijke rol in de internationale uitwisseling.

Sociaalpsycholoog Wim Buisman (1950) was dertig jaar lang actief in het organiseren van verslavingszorgopleidingen in Oost-Europa.



2009

Medische verstrekking heroïne Heroïne wordt geregistreerd als geneesmiddel



In 2009 werd heroïne als geneesmiddel geregistreerd.

CENTRALE COMMISSIE BEHANDELING HEROÏNEVERSLAAFDEN – POLITIEK TOEZICHT – WERKZAME BEHANDELING

Op 18 juli 2009 nam minister Klink (CDA) van VWS het historische besluit om, als vervolg op de registratie van heroïne als geneesmiddel door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG), het Opiumbesluit te wijzigen. Op 20 augustus 2009 werd het besluit gepubliceerd in het Staatsblad.

Hiermee kregen in 2009 de 715 door vws toegestane behandelplaatsen, in twintig behandelcentra, een wettelijke status. Het was de kroon op het werk van onder anderen de hoogleraren Jan van Ree (Universiteit Utrecht, 1945) en Wim van den Brink (Universiteit van Amsterdam, 1952).

Heroïne is een stof waaraan mensen snel verslaafd raken. De verslavingszorg heeft tientallen jaren geprobeerd verslaafden te helpen bij het ontwennen van de stof en heeft hen lang gestimuleerd tot geheelontheiding. Dat lukte maar zeer ten dele. De komst van methadon was een enorme verbetering. Dit bood de mogelijkheid dat verslaafden een legaal substituuut voor heroïne kregen aangeboden dat ze slechts één keer per dag oraal hoefden

in te nemen. Toch vond een grote groep heroïneverslaafden geen baat bij de behandeling met methadon, ook al werd deze geflankeerd door allerlei psychosociale interventies. De roep om ook te experimenteren met de verstrekking van heroïne onder medisch toezicht werd steeds luider. Belangrijk in dit verband was een gezaghebbend advies hieromtrent van de Gezondheidsraad in 1995. Van Ree en Van den Brink hebben er, met collega's ver-



In 1981 pleiten de MDHG en Junkiebonden al voor heroïneverstrekking als recept tegen verloedering.



Vanaf 1982 botsen kabinet, Tweede Kamer, gemeente Amsterdam en verslavingszorginstellingen voortdurend met elkaar over de verstrekking van heroïne op recept.

enigd in de ccbv (Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden), voor gezorgd dat in Nederland de behandeling van mensen die ernstig aan heroïne verslaafd zijn, en bij wie andere interventies niet werken, kan plaatsvinden met behulp van heroïne als geneesmiddel. Hieraan gingen vele rapporten en debatten vooraf. Dankzij de doortastende rol van toenmalig minister Borst (D66) werd het mogelijk om de toepassing van heroïne wetenschappelijk te onderzoeken. De resultaten van dit experiment waren zo positief dat er alle reden was om hiermee door te gaan. Dat was geenszins eenvoudig, omdat telkens allerlei politieke besluiten voorafgingen aan de volgende stappen in dit proces.

Effectief

Doorslaggevend was uiteraard dat het experiment niet alleen zeer goed verliep, maar ook dat de uitkomsten heel positief waren. Gecontroleerde behandeling met heroïne (zo nodig zeven dagen in de week, drie keer per dag, zowel spuiten als roken) in combinatie met methadon van chronisch, therapieresistente verslaafden aan heroïne, die reeds behandeld werden met methadon, bleek effectiever dan de continuering van de behandeling met uitsluitend methadon. Verder stelden de onderzoekers vast dat gecontroleerde behandeling met heroïne in combinatie met methadon klinisch relevante gezondheidsvoordelen opleverde. Het project heroïne op medisch voorschrift in Nederland dwingt respect af. Wie zich verdiept in de bijna vijftienjarige geschiedenis van dit project, ontkomt niet aan de conclusie dat hier sprake is geweest van een zeer ingewikkeld, maar in veel opzichten ook zeer succesvol project – ondanks alle tegenslagen die bij zo iets bijna onvermijdelijk horen.

Het ontwikkelen van een geneesmiddel is in de moderne tijd altijd een complexe operatie. In dit geval was de stof weliswaar al lang beschikbaar, maar er waren wel vragen over de wijze waarop deze het beste kon worden toegediend, wat vooral bij inhaleren een farmacologisch lastig probleem bleek. De onderzoekers moesten zich vanzelfsprekend houden aan alle moderne richtlijnen met betrekking tot goed klinisch onderzoek en aan de geldende wetenschappelijke en medisch ethische criteria voor de wijze waarop een experiment moest worden uitgevoerd. Maar het meest bijzondere is misschien wel dat het experiment werd verricht onder streng politiek toezicht – zowel wat betreft de verantwoording van het onderzoeksprotocol als alle hierop volgende stappen, tot en met de laatste fase: de wijziging van het Opiumwetbesluit.

Zorgvuldig

Bezien vanuit de ideeën van de traditionele, op abstinentie gerichte, verslavingszorg was het ondenkbaar dat nota bene dezelfde stof waaraan mensen verslaafd waren geraakt als geneesmiddel door een arts zou kunnen worden voorgeschreven en verstrekt. De chemische afhankelijkheid zou in stand worden

gehouden, wat moreel onaanvaardbaar was. Tegenwoordig wordt hier genuanceerder over gedacht. Het heeft ermee te maken dat er meer inzicht is in het verslavingsproces, dat morele verontwaardiging veel minder een doorslaggevende rol speelt en dat de *evidence based medicine* hier zijn kracht heeft bewezen. Waarschijnlijk heeft voor het succes ook meegespeeld dat de verstrekking op een zeer zorgvuldige wijze plaatsvond en dat de gebruikers op een humane wijze werden bejegend.

Het Nederlandse heroïne-experiment stond niet op zichzelf. In

De registratie van heroïne als geneesmiddel was de kroon op het werk van de hoogleraren Jan van Ree (FOTO, UNIVERSITEIT UTRECHT) en Wim van den Brink (uva, zie de foto op p. 73).

Dankzij de doortastende rol van minister Borst (D66) werd het vanaf midden jaren negentig mogelijk om de toepassing van heroïne wetenschappelijk te onderzoeken.

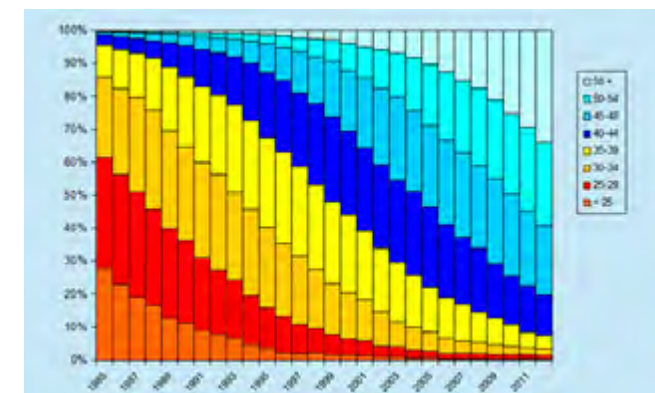
[andere foto van Borst met betere resolutie geplaatst](#)



het buitenland was al ervaring opgedaan met heroïne op medisch voorschrift. Ook in Nederland was er al heel lang discussie over nut en noodzaak hiervan. Door een samenloop van politieke en maatschappelijke omstandigheden lukte het om dit experiment van de grond te tillen. Het is overigens niet zo dat heroïne op medisch voorschrift bij iedereen een positief resultaat laat zien. Daarom is de zoektocht naar een werkzame behandeling nog lang niet voltooid. We zullen als samenleving echter ook moeten accepteren dat er groepen gebruikers zijn bij wie niet of nauwelijks verbetering in de situatie kan worden bewerkstelligd. Compassie en steun zijn dan uiteraard nog steeds noodzakelijk, evenals gebruiksruimten en sociale opvangmogelijkheden. Het voorgaande had louter betrekking op heroïne. Recent Nederlands onderzoek heeft aangetoond dat een onderhoudsprogramma met dexamfetamine bij patiënten die medisch heroïne verstrekt krijgen maar tevens cocaïne gebruiken, ook veelbelovend is: het leidde tot een sterke afname van het cocaïnegebruik.

De groep heroïnegebruiker in Amsterdam wordt steeds ouder. Rondom 1986 was meer dan 60 procent onder de veertig (geel t/m oranje). Inmiddels is de groep boven de veertig jaar (in het blauw) met 80 procent ruim in de meerderheid.

[te lage resolutie voor leesbaarheid cijfers opnieuw erin zetten](#)



Maatschappelijk herstel

Cliënten en bestuurders komen 'Handvest van Maastricht' overeen



In het Handvest van Maastricht maakten bestuurders en cliënten-raden in 2010 afspraken over maatschappelijk herstel.

HOOGDREMPELIG – BEHANDELGERICHT – AANDACHT VOOR WONEN EN WERKEN, DAGBESTEDING EN SCHULDHULPVERLENING INEEN – ZELFREGLIE – EIGENAAR ZORGPROCES

In 2010 trad het Handvest Maastricht in werking. Het werd door de cliëntenbeweging Het Zwarte Gat als een grote overwinning gevierd. De bestuurders van de instellingen van verslavingszorg hadden immers, door hun handtekening te zetten onder een document, met hun cliëntenraden afgesproken zich volop in te zetten voor maatschappelijk herstel (wonen, werk en welzijn) en verbetering van de kwaliteit van leven. De term 'herstel' werd nieuw leven ingeblazen, goed beschouwd een oud thema van deze sector, want **maatschappelijk werk** stond vanaf het begin hoog op de agenda.

Waarom komen mensen met een hulpvraag bij de verslavingszorg? Omdat ze van een verslaving af willen komen, het liefst willen genezen? Of omdat ze in sociaal opzicht beter willen functioneren en omdat die verslaving hun in de weg zit? Waarschijnlijk is het moeilijk om het ene boven het andere te laten prevaleren, zowel voor betrokkenen als voor de verslavingszorg. We zien dan ook dat in alle jaren, en in alle zorgvarianten in deze sector, de medische en psychologische hulpverlening op de een of andere wijze gekoppeld is aan een vorm van maatschappelijk werk. Bij het laatste moeten we dan in het bijzonder denken aan wonen en werken, een andere vorm van dagbesteding of hulp bij de sanering van schulden en het opbouwen van nieuwe sociale contacten. In de begindagen van de verslavingszorg (toen nog 'zorg voor alcoholisten') deed men moeite om het werk een medische identiteit te geven, maar in de praktijk prevaleerde het maatschappelijk werk. Niet alleen omdat er vooral sociaal werkers in deze sector werkten, maar in het bijzonder ook omdat het medisch aanbod aan interventies nog heel beperkt was. En zo die er waren, waren ze niet zo effectief.



Ondertekening 'Handvest van Maastricht' 2010 v.l.n.r.: Marleen Barth (voorzitter GGZ Nederland), Ruud Rutten (bestuurder Tactus, tekent namens netwerk verslavingszorginstellingen), Jos Oudebos en Reinier Schippers (Het Zwarte Gat).

In de beginjaren van de ambulante zorg besteedde men veel tijd aan het herstellen van het functioneren van het gezinsleven (zoals door te regelen dat het weekloon in natura werd uitbetaald aan de vrouw van de betrokkene, of zoeken naar betere woonruimte) en men begeleidde de mannen van en naar het werk – langs de zo verleidelijke kroegen die op elke straathoek wel te vinden waren. En men deed al aan 'schuldsanering' door geld te lenen. Opmerkelijk is dat die uitgeleende bedragen volgens de jaarverslagen op termijn ook werden afgelost. Kwestie van vertrouwen.

Minder sociaal werkers

In 1949, met de komst van **Refusal/Antabus**, en vanaf de jaren tachtig met de komst van **psychologische behandelmethoden**, zijn er steeds meer behandelprogramma's gekomen alsook een paar werkzame geneesmiddelen. De 'evidence based medicine', een methode om effectiviteit van interventies wetenschappelijk op waarde te schatten,

heeft er sterk toe bijgedragen dat het karakter van de verslavingszorg als behandelcentrum is gaan prevaleren. De aandacht voor maatschappelijk werk raakte hierdoor achterop en het aandeel sociaal werkers in het personeelsbestand is sinds de jaren tachtig enorm gedaald.

Die afname van het aantal **maatschappelijk werkers** in de verslavingszorg is deels ook hun eigen schuld: sinds de jaren zeventig wilden velen zich steeds meer in een psychotherapeutische richting ontwikkelen. Ze verwaarloosden de materiële hulpverlening en huisbezoeken werden nog maar sporadisch gedaan. De consultatiebureaus hadden weliswaar een **reclasseringstaak**, een belangrijke bron van inkomsten, maar dat werk werd toch lager gewaardeerd dan het verrichten van therapeutische behandelingen. Toen vanaf het begin van de jaren tachtig psychologen werden aangesteld, werd alras duidelijk dat die therapeutisch meer in huis hadden. En de oorspronkelijke taken van de maatschappelijk werker werden steeds vaker overgenomen door (sociaal-psychiatrisch) verpleegkundigen, die ook net iets 'praktischer' te werk gingen.

De belangstelling voor sociale hulp en het richten van de focus op maatschappelijk herstel kreeg in die tijd overigens wel een kans in de 'alternatieve' drughulpverlening. Met steun van de gemeenten werden sinds het einde van de jaren zeventig en het begin van de jaren tachtig van de vorige eeuw diverse voorzieningen gefinancierd waarin maatschappelijk-herstelactiviteiten centraal stonden: dagopvang, straathoekwerk en allerlei vormen van sociale steun gericht op wonen, werken en uitkeringen. Voor

Roken van sigaretten

Eerste symposium vanuit verslavingszorg over roken



OORZAKELIJK VERBAND - STOPPEN MET ROKEN - CURSUSSEN - SOCIALE DRUK - PSYCHISCHE ZORG KENT VEEL ROKERS

In 2015 vond in Groningen het eerste door de verslavingszorg georganiseerde symposium plaats dat specifiek gericht was op rookverslaving. Waarom duurde dat zo lang? Hoe was het mogelijk dat na ruim honderd jaar massaal roken van sigaretten deze vorm van verslaving in de verslavingszorg nauwelijks serieus was genomen?

Het is voor iedereen inmiddels duidelijk dat roken de gezondheid enorm schaadt. De tabaksindustrie is bekritiseerd als wreed, pervers en immoreel. Deze industrie heeft ongekende invloed op de overheid. Eén op de twee rokers overlijdt vroegtijdig aan de gevolgen van roken. Eén op de vier rokers sterft al voordat hij of zij 65 jaar is. Jaarlijks overlijden er in Nederland ongeveer 20.000 mensen ten gevolge van het roken. De Nederlandse overheid is echter altijd heel traag geweest met het invoeren van preventieve maatregelen. In zekere zin is rookverslaving een politieke ziekte, en de verslavingszorg lijkt zich daaraan te hebben aangepast. Vanaf het einde van de achttiende eeuw komen er al rapportages over de medische risico's van tabak. Artsen spraken vermoedens uit over het verband tussen roken van pijp en lip- en mondkanker. Aan het einde van de negentiende eeuw wordt de sigaret uitgevonden, en de machinale productie maakte de massale verkoop van sigaretten mogelijk. Dat vestigde de aandacht op het ver-

deze nieuwe stroming van hulpverleners was het aanvaarden van het gebruik en het beperken van de schade het uitgangspunt, in tegenstelling tot de medisch georiënteerde consultatiebureaus, die eenduidig op abstinentie gericht waren. Die werden dan ook als 'hoogdrempelig' aangeduid, wat niet onwaar was, omdat ze vaak nog in statige herenhuizen gevestigd waren. Vanaf de jaren negentig zijn al deze instellingen opgegaan in regionale verslavingszorginstellingen en zijn er slechts intern nog van dit soort verschillen.



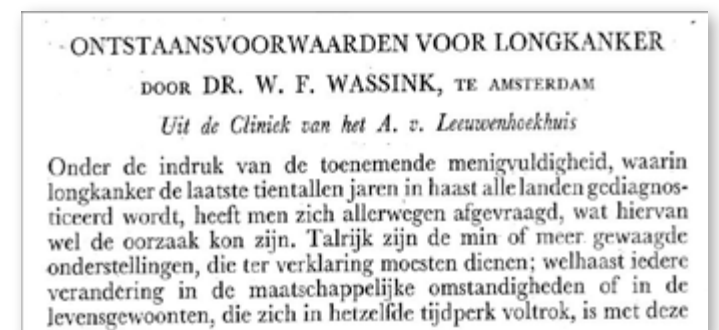
Homepagina van Het Zwarte Gat - hetzwartegat.nu.

Sociale verslavingszorg

Behandelprogramma's kunnen nog zo effectief zijn, ze bereiken daarmee lang niet iedereen en zeker niet op tijd, en het is een feit dat een deel van de populatie een chronisch verslavingspatroon ontwikkelt met allerlei vaak ernstige complicaties in sociaal opzicht. Om aan die problemen het hoofd te bieden richtte het in 1998 gestarte kwaliteitsontwikkelingsproject **Resultaten Scoren** in 1999 een 'ontwikkelcentrum sociale verslavingszorg'

op. De aandacht was onder andere gericht op het belang van casemanagement als model van zorgverlening. De casemanager hield in ieder geval het overzicht van de diverse contacten. Maar onderzoek toonde aan dat het effectiever was als binnen het casemanagement (bezien als een teamfunctie) zoveel mogelijk functies bijeen werden gebracht. Dat voorkwam dat niet telkens een verwijzing naar een andere hulpverlener moest plaatsvinden. Een nog nooit goed opgelost vraagstuk betreft de timing van de aandacht voor maatschappelijk werk in het geheel van zorgactiviteiten. Nu wordt de aandacht voor wonen en werken, dagbesteding en schuldhulpverlening nog vaak beschreven in termen van nazorgactiviteiten. Als we ervan uit mogen gaan dat de persoonlijke vraag naar hulp bij de verslaving even belangrijk is als die naar hulp bij het verbeteren van het sociaal functioneren, pleit dat ervoor om al meteen bij de intake deze sociale problemen te benoemen én afspraken te maken over de wijze waarop ook op die gebieden hulp kan worden geboden. Dit past overigens prima bij de biopsychosociale benadering die ook door de **verslavingsartsen** wordt omarmd. Vanuit de **cliëntenbeweging** is er gezien het Handvest Maastricht een oproep gedaan om meer aandacht te geven aan maatschappelijk en persoonlijk herstel. De laatste jaren wordt de aandacht door cliëntenorganisaties (en familieleden) ook steeds meer gelegd op het belang van de zelfregie in het zorgproces. Het streven is erop gericht dat cliënten 'eigenaar' worden van het zorgproces en een belangrijke stem hebben in de beslissingen over de behandelstrategie en het herstelproces. Dit is een nieuwe fase in een al decennialang gaand emancipatieproces van cliënten.

In 1948 publiceerde de arts W.F. Wassink in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde een artikel waarin hij de vraag beantwoordde waar de enorme aanwas van longkanker vandaan kwam.



'Anti-rook-dokter' Lenz Meinsma voerde in de jaren zestig als een van de eerste artsen fel campagne tegen roken. Onder meer door in 1967 mee te werken aan een singeltje om jongeren van het roken af te houden.



band met longaandoeningen. Eveneens in deze periode ontstond het idee omtrent ongunstige effecten op bloedvaten en hart. Al in 1939, in Keulen, vond de eerste observationele studie plaats die een verband aantoonde tussen roken en longkanker. Opmerkelijk is dat Hitler als geheelonthouder ook campagne voerde tegen tabak; naziartsen combineerden gezondheidsclaims met racistische en politieke motieven. Trouwens, ook toen al leverde de industrie verzet tegen antirookcampagnes.

Verband met longkanker

In 1948 publiceerde de arts W.F. Wassink in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* een artikel waarin hij de vraag beantwoordde waar de enorme aanwas van longkanker vandaan

kwam. Hij verrichte een bewonderenswaardige analyse van patiëntgegevens van het Antoni van Leeuwenhoek-ziekenhuis in Amsterdam. Hij concludeerde 'dat het roken en het verblijf in met tabaksrook bezwangerde ruimten als exogeen oorzakelijk moment voor de longkanker bij de man in Nederland op de eerste plaats staat'. Pas in 1957 bracht de Gezondheidsraad een advies uit over het verband tussen roken en longkanker. Er was nog verdeeldheid over de vraag of er sprake was van een oorzakelijk verband. Ook was er onzekerheid over de vraag of de overheid moest waarschuwen tegen het roken. Men vreesde een ongunstig psychisch effect op de (ex-)rokers. Alleen voorlichting aan de jeugd werd verstandig bevonden. En er werd nader onderzoek aanbevolen.

Dat we nu zeker weten dat roken oorzakelijk de grondslag is van longkanker, komt door de gedegen studies van een aantal Britse en Amerikaanse epidemiologen. Het leidde ertoe dat in 1964 de Surgeon General in de Verenigde Staten in een rapport duidelijk maakte dat, althans bij mannen, het roken echt de oorzaak was van kanker. Dat het zolang heeft geduurd, heeft ermee te maken dat roken zo gewoon was dat men zich niet kon voorstellen dat het schadelijk kon zijn. Bovendien was de tijd tussen de start met roken en de diagnose longkanker (latentietijd) lang en waren de epidemiologische technieken nog niet op orde.

Johan Cruyff: "Rook verstandig."

Veel mensen blijven graag een sigaretje roken. Ik ben er zelf een voorbeeld van. Maar ik vind: als je rookt, moet je wel verstandig roken. Dus rook ik 'leer'- en nicotine-arme sigaretten. Omdat ik smaak ook belangrijk vind, koos ik dus Roxy Dual.

Want van alle sigaretten met weinig 'leer' en nicotine smaakt Roxy Dual mij verreweg het best.

Roxy Dual de lekkerste 'leer'- en nicotine-arme sigaret.
Ook in menthol.

Roxy Dual: 'n logische keuze.

Bekende Nederlanders maakten tot in de jaren tachtig reclame voor het roken. Over een advertentie van Johan Cruyff ontstond in 1979 ophef, maar daar reageerden de reclamemakers alert op door een nieuwe beroemdheid, Rutger Hauer (alias Floris), in stelling te brengen. De verslavingszorg deed daar weinig aan. De belangrijkste reden daarvoor was dat bij een rookverslaving in vergelijking met andere verslavingen veel minder sprake is van verstoorde relaties tussen gebruiker, middel en samenleving.

Rutger Hauer: Johan Cruyff heeft gelijk. Als je rookt, rook dan verstandiger.

Het is waar, veel mensen willen hun sigaretje niet missen. Dat geldt voor mij ook. Maar zoals Johan Cruyff zegt: als je rookt moet je wel verstandig roken.

Dus 'leer'- en nicotine-arm en dan smaakt Roxy Dual trui het best, heb ik ervaren.

Roxy Dual de lekkerste 'leer'- en nicotine-arme sigaret.
Ook in menthol.



Sinds 2002 moet op de voorzijde van verpakkingen van alle tabaksproducten een algemene waarschuwingstekst zijn aangebracht: 'Roken is dodelijk' of 'Roken brengt u en anderen rondom u ernstige schade toe'.

Iedereen rookte

De Nederlandse verslavingszorg is ontstaan uit **drankbestrijding**, het leidde tot zorg voor alcoholisten en later ook voor die voor gebruikers van drugs. Maar hoe zat het met de tabak? Iedereen rookte op het werk, ook in de verslavingszorg. Vanaf de jaren tachtig zijn er weliswaar hier en daar 'Stoppen met roken-cursussen' en een aantal **verslavingsartsen** en

-psychologen hebben later een behandelaanbod gemaakt. Maar het hield niet over. In de afgelopen honderd jaar zijn er landelijk echter geen belangrijke notities geschreven in deze sector, waarin meer dan terloops melding is gemaakt van de risico's van het roken en de ernst van de verslaving aan sigaretten. Ook in het project **Resultaten Scoren** zijn er geen publicaties over roken voorhanden. Dat de verslavingszorg er nagenoeg niets mee heeft gedaan, heeft ermee te maken dat mensen niet alleen bij deze sector aankloppen omdat ze verslaafd zijn. Cruciaal is dat er naast een verstoorde relatie tussen gebruiker en middel ook een verstoorde relatie bestaat tussen de samenleving en het middel, én een verstoorde relatie tussen samenleving en de gebruiker. Wanneer al deze relaties min of meer verstoord zijn, is de kans groter dat er sociale druk ontstaat om je zo spoedig mogelijk aan te melden. Daarom zien we dat heroïnegebruikers snel in zorg zijn, verslaafden aan cannabis een stuk later, en dat mensen die verslaafd zijn aan alcohol zich gemiddeld pas acht tot tien jaar na de start van het probleem, en vaak door druk uit de omgeving, bij de sector melden of door anderen worden gemeld. Bij tabak was die sociale druk tot voor kort nagenoeg afwezig.

Inmiddels zijn er veel redenen om dit te veranderen: 80 procent van de cliënten in deze sector rookt. Roken is ook schadelijk voor de psychische gezondheid, in het bijzonder voor mensen met een psychische stoornis. In de psychische zorg zien we dat patiënten drie keer zo vaak roken als in de bevolking. Stoppen heeft trouwens nut: niet roken verbetert de psychische gezondheidstoestand

van mensen met een psychiatrische stoornis. En als mensen in een psychiatrische kliniek stoppen met roken, neemt de kans op heropname af. Recent geeft ook het landelijk werkende Trimbos-instituut meer aandacht aan de **preventie** en behandeling van roken in en om de psychische zorg.

Kwart Nederlanders rookt

Van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder rookt in 2015 een kwart (26,3%). Van deze rokers rookt 74,4% dagelijks. Er roken meer mannen dan vrouwen. Ook het percentage dat dagelijks rookt is onder mannen hoger dan

onder vrouwen. Dit geldt voor alle leeftijdsgroepen. Van de rokers kan ruim 15,6% bestempeld worden als 'zware roker'. Een zware roker is iemand die gemiddeld twintig of meer sigaretten of shagjes per dag rookt.

Colofon

Canon verslavingszorg is een uitgave van de Vereniging Canon Sociaal Werk, p.a. Feike de Boerlaan 31, 1019 KS Amsterdam.

ISBN 978-90-819819-4-1
NUR 130

De uitgever heeft waar mogelijk geprobeerd het copyright van de afbeeldingen te achterhalen en te eerbiedigen. We nodigen iedereen uit die denkt dat we zijn copyright schenden om contact op te nemen met de uitgever.

© Op de tekst rust copyright. Maar het is juist de bedoeling dat de tekst door zoveel mogelijk mensen wordt gelezen en wordt verspreid. Daarom gelden voor de teksten uit deze publicatie de richtlijnen van Creative Commons, die er op gericht zijn kennis en informatie zoveel mogelijk te delen. Zie: www.creativecommons.nl.

Prijs losse exemplaren:
€ 15,00 (inclusief verzendkosten)

Bestelwijze:
Per email: info@josvdlans.nl
Rechtstreeks bestellen door € 16,00 over te maken op IBAN: NL25 TRIO 0254446108 t.n.v. Vereniging Canon Sociaal Werk, Amsterdam onder vermelding van naam en adres. Bij afname van meerdere exemplaren is korting mogelijk.

Auteur vensters
Jaap van der Stel

Auteur kaders en beeldredactie
Jos van der Lans

Initiatiefnemer en financiële organisatie
Don Olthof - IrisZorg

Fotografie schutbladen
Voor: Schilderij van Peter Paul Joseph Noël, Twee dronkaards op de markt bij de Westerkerk in Amsterdam, 1821. collectie rijksmuseum amsterdam
Achter: onbekend

Centrale redactie Canon Sociaal Werk
Sonja Appelman, Dries Claessens, Suzanne Hautvast, Jos van der Lans, Maarten van der Linde, Jan Steyaert, Wim Verzelen

Vormgeving
van Rosmalen & Schenk, Amsterdam

Drukwerk
De Swart, Den Haag

Bijhorende website
www.canonverslavingszorg.nl

Centrale website
www.canonsociaalwerk.eu

Deze uitgave is mede mogelijk gemaakt door de volgende maatschappelijke aandeelhouders:

Antes

Arkin

NK

VAN
VERSLAVINGSZORG
NOORD NEDERLAND

De Hoop ggz

Emergis

Brijder

IRISZORG

Tactus

