

# DE JUNK IN HET SYSTEEM

## HET SYSTEEM VAN DE JUNK

### Inleiding

In de praktijk komt de SPV steeds meer in aanraking met cliënten die drugs gebruiken. Dit artikel behandelt de ambulante hulpverlening aan methadon afhankelijke cliënten en de manier waarop daarbij het sociaal psychiatrisch gedachtegoed (theorie en visie) kan worden toegepast; wat het betekent voor iemand om verslaafd te zijn en de gevolgen voor zijn/haar omgeving. Als resultante moet duidelijker worden op welke wijze een SPV kan bijdragen in het zorgaanbod voor de verslaafde cliënt. Hiervoor is begrip van verslaving, van methadon en van het Nederlandse drugsbeleid van belang. Het sociaal psychiatrisch systeem dient als uitgangspunt voor het SPV werk.

### Verslavingszorg

#### **Heroïne en Methadon**

Eerst een paar feiten: uit het sap van de onrijpe zaadbol van de *papaver somniferum* wordt opium verkregen. Uit opium worden onder meer morfine (pijnstiller), codeïne (hoestremmer) en *papaverine* (krampwerend middel) gewonnen. Heroïne wordt verkregen uit morfine of ruwe opium. Men heeft in verhouding minder van heroïne dan van morfine nodig om hetzelfde effect te bereiken. Methadon is een synthetisch opiaat en is rond 1925 ontwikkeld als pijnstillter. Het werkingsmechanisme van methadon is hetzelfde als morfine en heroïne, maar de opname en metabolisme verloopt anders.

#### **Verslaving**

Met verslaafde, hulpvrager, cliënt of druggebruiker wordt in dit artikel be-

doeld een van drugs afhankelijke persoon. De term drugs is beperkt gebruikt: alleen voor heroïne en methadon. Verslaving kan worden gedefinieerd als "een zeer grote, onweersaanbare behoefte de stof op te nemen, onafhankelijk van een lichamelijke behoefte in de vorm van een abstinentiesyndroom" (J.H van Epen - *Drugsverslaving en alcoholisme*, 1997.).

DSM IV (Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV, 1995 Nederlandse vertaling Swets & Zeitler B.V., Lisse,

#### **Mw. Deborah Cohen**

*Auteur is sociaal psychiatrisch verpleegkundige.*

*Werkzaam geweest in de ambulante verslavingszorg te Den Haag (1994-1998), SPDC Amsterdam (1999) en Riagg Z/NW Amsterdam (sinds juli 1999), tevens docent stage-begeleider HBO-V alsmede medewerkster Stichting Selene te Amsterdam.*

Hoofdstuk "aan een middel gebonden stoornissen" blz. 139-186)

beschrijft verslaving als "een patroon van onaan-gepast gebruik van een middel dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt".

De stoffen waaraan we verslaafd kunnen raken zijn veelomvattend, zoals alcohol, drugs, medicijnen, sigaretten, voedsel en snuifmiddelen. Men kan echter ook verslaafd raken aan zaken die niet worden ingenomen, zoals tv-kijken, werken, gokken, sporten enz. In al deze gevallen betreft het meestal zowel lichamelijke als geestelijke verslaving. Een gok- of hardlooverslaving

is geestelijk, doch de verslaafde kan tevens lichamelijk verslaafd raken aan de chemische stoffen die hij zelf creëert in zijn lichaam als gevolg van zijn verslaving. Er is dus sprake van meer dan gewenning. Met gewenning wordt bedoeld uitsluitend een lichamelijke afhankelijkheid (kenmerken zijn tolerantie - je hebt steeds meer nodig om hetzelfde effect te bereiken - en abstinentie). Bij verslaving is naast gewenning ook psychische afhankelijkheid aanwezig. Dit artikel gaat uitsluitend in op verslaving aan ingenomen drugs.

#### **Waarom wordt iemand verslaafd?**

Er zijn verschillende theoretische redenen aan te wijzen voor drugsgebruik. Voorbeelden zijn actueel of vroeger (in de jeugd) psychisch/psychiatrisch lijden, zoals seksueel misbruik, en psychische en/of lichamelijke mishandelingen. Een ander voorbeeld is het gaan gebruiken van softdrugs en/of harddrugs voor de antipsychotische werking ervan, wat vaak voorkomt bij psychiatrische ziektebeelden, zoals schizofrenie. Opiaten (waaronder methadon en heroïne) hebben een zeer sterk angstwerend effect. Een derde voorbeeld is nieuwsgierigheid, mee willen doen, erbij willen horen en de daaruit voortvloeiende gewenning. Als verdere reden kan natuurlijk worden genoemd dat men het lekker vindt. Het doel van het verdovende effect van drugs kan zijn: wegvlugten voor jezelf, voor je gevoelens of voor je verantwoordelijkheden. Ook het niet daadwerkelijk willen of kunnen kiezen voor een ander leven kan een doel zijn.

#### **Hoe herken je de verslaving**

Naast uiterlijke kenmerken (verwijde of vernauwde pupillen, verwaarlozing van hygiëne en vermagering of slechte voeding) laat verslaving zich verraden door typisch verslavingsgedrag. Kenmerken van verslavingsgedrag kunnen zijn: liegen, crimineel gedrag, manipuleren, gebrek aan verantwoordelijkheidsgevoel, snel wisselend gedrag, schijnbaar indrukwekkend acteertalent, onvermogen tot het waarnemen van verbale boodschappen, inadequate tijdsbeleving, egocentriciteit, superioriteitsgevoelens, en neiging tot magisch denken. Men moet uiteraard voorzichtig zijn om dergelijk verslavingsgedrag te generaliseren of aan iedere verslaafde toe te schrijven. Er moet voorts rekening mee worden gehouden dat hulpverleners meestal cliënten zien die zijn vastgelopen of in moeilijkheden zijn geraakt. De hulpverlener moet zodanige kennis en vaardigheden in huis hebben dat hij al deze facetten kan herkennen, inventariseren, diagnosticeren en interventies kan toepassen.

#### **De Drugsnota**

Het Nederlandse drugsbeleid is vastgelegd in de zogenaamde *Drugsnota*. (Gepresenteerd door de Minister van Volksgezondheid aan de Tweede Kamer, meest recent gepubliceerd in september 1995) Volgens deze drugsnota komt er geen legalisering van hard- of softdrugs, waardoor men hoopt dat jongeren die in sociaal kwetsbare omstandigheden verkeren minder snel in aanraking komen met drugs. De scheiding tussen hard- en softdrugs blijft. De gezondheidszorg gaat zich richten op de zogenaamde *harm-reductie*. Meer aandacht zal als

gevolg hiervan worden gegeven aan de zorgvernieuwing, bijvoorbeeld experimenteren met vrije heroïne verstrekking, meer aandacht voor de ouder wordende heroïne verslaafde, meer geïntegreerde informatie over XTC en andere recreatieve drugsmiddelen. Tegelijkertijd zal de bestrijding van overlast en criminaliteit worden verbeterd door: preventie, het bieden van betere maatschappelijke perspectieven voor sociaal kwetsbare jongeren, laagdrempeliger verslavingszorg en nazorg gericht op scholing/werk. Hieruit blijkt dat integrale aanpak door middel van 'zorg op maat' gewenst is. Veel verslaafden vallen thans tussen wal en schip. Het werken op eilanden door zorginstellingen moet verdwijnen. De methadonverstrekking en projecten voor scholing, arbeid en huisvesting, moeten beter met elkaar gaan samenwerken.

Heroïne verslaafden hebben vaak geen enkel contact met hulpverlenende instanties. Het aanbieden van methadon (als vervanger voor heroïne) is voor de SPV een middel om contact met de verslaafde te leggen. Van hieruit kunnen andere contacten zowel op micro- als meso- en macro-niveau worden gelegd.

## Het sociaal psychiatrisch systeem

### *Het systeem*

Vanuit de sociale psychiatrie wordt systeemgericht gedacht en gewerkt, rekening houdend met het netwerk en de sociale omgeving van de cliënt. Systeem betekent hier: "de wijze waarop de samenleving is ingericht en de regels die dienen ter instandhouding daarvan" (Van Dale Groot Woordenboek der Nederlandse Taal), in dit verband met nadruk op de natuur-

lijke sociale omgeving van de cliënt, het gezin, vrienden, partners, school, clubs, instellingen, et cetera. De sociale psychiatrie hecht derhalve veel waarde aan de invloed van een verslaving op de directe omgeving, het systeem en het netwerk en met name op het gezin, en omgekeerd tevens de invloed van het systeem en het netwerk op de verslaafde cliënt.

De hulpverlening slaagt er helaas onvoldoende in het gezin te betrekken bij de hulpverlening aan de verslaafde cliënt. (Brochure van de Landelijke Stichting Ouders van Drugsverslaafden, 19096, nr. 57: "Beseft de hulpverlening wel voldoende hoe een gezin in de vernieling raakt, wanneer er een verslaafde in het gezin is?")

De algemene maatschappelijke waarden en normen zijn anders dan die gelden in de drugswereld. Stelen, geweldadigheid en het niet houden aan afspraken belemmeren een consistentie tussen de drugssituatie en algemene maatschappelijke normen. Het systeem van de cliënt is uitermate belangrijk voor een goed inzicht in de verslaving. Daar moet de SPV de nadruk op leggen.

### ***Beleid is onvoldoende systeemgericht***

Volgens de nota kwaliteitsbeleid verslavingszorg (Advies over verbetering van hulpverlening en beleid in de verslavingszorg. Uitgebracht aan de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, april 1994.) houdt "de hulpverlening aan verslaafden (...) zich bezig met het behandelen, begeleiden, verzorgen en beschermen van personen, die door het gebruik van alcohol, drugs en andere psychoactieve stoffen of door verslavingsgedrag in de problemen zijn geraakt." De gebruiker zou daardoor eerder als patiënt dan als crimineel (het gebruikelijke vooroordeel

tegen harddrug gebruikers) moeten worden beschouwd. Dit betekent een houding die primair gericht moet zijn op de gezonde elementen van de betrokkene en hoe die zoveel mogelijk in stand kunnen worden gehouden. Het huidige beleid is echter, zoals hierboven besproken (*De Drugsnota*), primair gericht op bestrijding van criminaliteit en overlast, en is daarmee naar mijn mening onvoldoende gericht op het systeem van de verslaafde cliënt.

**Waarom systeemgerichte zorg?**

Het systeem beïnvloedt de verslaving op allerlei manieren, zoals het stellen van grenzen door de maatschappij, de valkuilen die de SPV in de behandeling tegenkomt (bijvoorbeeld het criminele vooroordeel tegen de junk, het in eerste instantie niet vertrouwen van hetgeen de verslaafde beweert), de vormen van behandeling (vanuit het systeem, vanuit de relatie van de cliënt, groep- of individuele therapie, gedwongen afkicken) en de gebruikelijke negatieve reactie van het netwerk van de cliënt op de behandeling. Volgens het beroepsprofiel van de SPV (Zoals gedefinieerd door de NVSPV) dient de zorg die de SPV verstrekt systeem gericht te zijn, anders dan thans veelal het geval is. Dwang om gebruik van drugs te verminderen of te stoppen werkt vaak averechts. Behandeling van de cliënt zonder rekening te houden met het systeem leidt tot problemen na afloop van de behandeling, wanneer de cliënt weer in het systeem terugkeert en de cliënt wel maar het systeem niet is veranderd. Zonder de cliënt daarop voldoende voor te bereiden kan het systeem veroorzaken dat de cliënt weer in de oude situatie terugvalt.

Men kan het systeem van de cliënt echter ook benutten en aanwenden als middel om de verslavingsproblematiek te behandelen. Acceptatie van het verslavingsprobleem door het systeem kan het de cliënt makkelijker maken ermee om te gaan en gebruik te verminderen. Uit verschillende studies (A. Lange: *Gedagsveranderingen in gezinnen* pag.506-508. Wolters-Noordhoff 1994) blijkt dat er in gezinnen van drugsverslaafden veel aandacht is voor de verslaving, maar weinig voor positief gedrag. Op zichzelf is deze conclusie niet zo verwonderlijk; men kan het typisch menselijk noemen. Het is moeilijker om positieve kenmerken te benoemen dan negatieve. Tijdens de behandeling is een andere manier van omgaan met elkaar binnen het gezin aan te leren en aan te bevelen. Uit onderzoek in Nederland naar gezinstherapie bij drugsverslaafde kinderen wordt geconcludeerd dat gezinstherapie succes kan hebben bij nog thuiswonende jonge verslaafden, die voor een korte periode drugs gebruiken. Volgens van Epen (*Van Epen - Drugsverslaving en alcoholisme*, 1997.) is het succes van de gezinsbehandeling verschillend voor verschillende categorieën verslaafden. Dit lijkt een open deur. Interessant is echter de onderbouwing ervan te bezien. Onderscheid wordt daarbij gemaakt tussen de volgende categorieën:

1. Kinderen van ouders met verslavingsproblematiek. Deze therapie werd vaak vroegtijdig afgebroken, omdat ouders begonnen in te zien dat er verband was tussen het druggebruik van hun kind en hun eigen levenswijze en levensstijl.
2. Kinderen die voorafgaand aan hun verslaving psychisch gestoord wa-

ren. Bij deze gezinnen gaf ondersteuning aan het gezin een verlichting in de gezinssituatie. Deze gezinnen waren meer therapietrouw dan in de eerste categorie.

3. Kinderen met een ontwikkelingsstoornis. Deze kan ontwikkeld zijn door bijvoorbeeld emotionele verwaarlozing waarbij de onstabiliteit in het gezin een grote factor heeft. Deze gezinnen zijn moeilijk met een gezinstherapie te helpen. De voorkeur zou uitgaan naar individuele behandeling.

De moeilijkheid bij gezinstherapie is dat het contact tussen verslaafde en de ouders vaak minimaal is. Als het contact enige mate aanwezig is, is er bij de ouders meestal slechts geringe bereidheid over om nog te investeren in hun kind. Vaak heeft het kind het gezin tot wanhoop gebracht. Bijvoorbeeld door het bestellen van de ouders, door veelvuldig liegen waardoor het vertrouwen is verloren en soms ook door lichamelijke agressie. Ook het manipuleren en onder druk zetten door vrienden van de verslaafde of door de verslaafde zelf geeft aanleiding tot gezinsproblemen. Vaak worden de andere gezinsleden vergeten en ligt de nadruk bij de verslaafde, waardoor er problemen kunnen ontstaan bij de andere gezinsleden. Er is vaak onbegrip bij de sociale omgeving. Daardoor komt het gezin in een geïsoleerde positie terecht.

#### **Voorbeeld: Anja**

*Zij was net ontslagen uit detentie en vroeg ondersteuning om clean te blijven (nazorg). Haar kinderen zijn in een ander gezin geplaatst. Deze vrouw had nooit enige vorm van behandeling gehad voor haar*

*heroïneverslaving, die twintig jaar gaande was. Op dat moment bestond haar systeem slechts uit een vriendin, waar de kinderen verbleven, de kinderbescherming en de sociale dienst. Met haar vriendin en de instanties heb ik contact opgenomen. In samenwerking met deze instanties, haar vriendin en de cliënt, is een netwerk verkregen waardoor de cliënt tot rust kwam en zij haar sociale contacten zodanig kon opbouwen dat nu, na twee jaar, een redelijk stabiele basis is ontstaan. Hierdoor was het mogelijk dat haar kinderen bij haar teruggeplaatst zijn. Anja is nu bezig met groepstherapie om haar sociale vaardigheden uit te breiden en een kwalitatief bestaan op te bouwen.*

#### **Morgen ga ik stoppen Junk, dat is kicken**

Een 'kick' is een oppepper, een aangename emotie door gebruik van stimulerende middelen of door de gebruikers een 'flash' genoemd. Verslaafden proberen er alles aan te doen om zo veel mogelijk een 'kick' te krijgen. Veelal is het gebruik van heroïne niet meer zo kicken als men wel denkt. Naarmate men langer gebruikt, wordt het effect van heroïne minder, er treedt tolerantie op waardoor de gebruiker steeds meer heroïne nodig heeft om hetzelfde effect te bereiken. De heroïne wordt in feite veel vaker gebruikt om onthoudingsverschijnselen tegen te gaan, dus om niet ziek te worden.

#### **De persoon achter de verslaving**

'Junk' (Van Dale Groot Woordenboek der Nederlandse Taal) is een Engels/Amerikaans woord voor heroïne verslaafde, en is een typering van een persoon die

veelal thuisloos is, zichzelf verwaarloost en de hele dag bezig is om aan drugs te komen. Niet iedere verslaafde beantwoordt aan dit beeld. Dat is een maatschappelijke misvatting. De typische junk is eerder uitzondering dan regel. Meer dan 30% van de verslaafden die bekend zijn uit het methadonprogramma in Den Haag heeft een normale baan. Ook zijn er verslaafden die een gezin hebben of een partner die niet gebruikt. Uit ervaring van de gebruiker blijkt dat verslaving voor zijn/haar systeem en netwerk vaak moeilijk te begrijpen en soms onacceptabel is. Hierdoor zal de gebruiker de verslaving veelal verzwijgen waardoor hij/zij in een isolement terecht kan komen, en zijn/haar sociale contacten verliezen, met als gevolg dat het gebruik kan toenemen om deze gevoelens te dempen, waardoor een vicieuze cirkel ontstaat.

**Bijgebruik naast methadon**

Naast het verstrekt krijgen van methadon wordt door een groot gedeelte van deze cliëntengroep bijgebruikt, meestal heroïne en cocaïne. Heroïne wordt door ongeveer 25% van de gebruikers gespoten, de anderen 'chinezen' de heroïne. De straatwaarde van heroïne is tussen de dertig en vijftig gulden per (versneden) gram. Wanneer men ongeveer een halve gram per dag gebruikt geeft men ongeveer 600 gulden per maand uit aan heroïne. Stelen is dus niet nodig indien men een redelijke bron van inkomsten heeft. Naast heroïne wordt er soms ook cocaïne gebruikt. Cocaïne kost het dubbele van heroïne. Bij veel mensen is het middelengebruik een levensstijl geworden (waarden, normen, gewoontes, gedrag, vrienden) die moeilijk is om te veranderen.

**Chinezen:** De drug wordt op een zilverpapiertje verhit en de dikke witte heroïnedampen worden door middel van een kokertje geïnhaleerd.

**Mobiel dealen:** er komt verandering in het klassieke dealpatroon: in plaats van elkaar op straat te ontmoeten, staat de dealer binnen enkele minuten bij je op de stoep

Bijgebruik naast methadon betekent een dubbele verslaving. Gebleken is echter dat methadon de gebruiker een kans geeft om een meer geregeld leven op te bouwen. Methadon vangt de ont-houdingsverschijnselen van heroïne op. Bovendien brengt het de gebruiker in contact met de hulpverlening.

**De Behandeling**

**Vormen van behandeling**

Naast het methadonprogramma bestaan thans de volgende vormen van behandeling:

*Klinische Zorg*, waaronder

- Detoxificatie van drugs via een klinische 24-uurs opname.
- Deeltijdbehandeling afdeling: dagbehandeling.
- Therapeutische gemeenschap

*Ambulante Zorg:*

- Individuele behandeling door een arts, verpleegkundige, SPV, psychiater of maatschappelijk werker.
- Reclassering: bijvoorbeeld taakstraffen.

Dit beperkte aanbod van behandelingsvormen schiet helaas te kort, met name

in het systeemgericht benaderen van de verslavingsproblematiek.

### **Problemen bij hulpverlening aan verslaafden**

Wat maakt het voor de verslaafde nu zo moeilijk om een behandeling te starten, te continueren en te beëindigen? Dit heeft vooral te maken met geestelijke afhankelijkheid van de drugs. De hulp vragende cliënt wil meestal meteen stoppen met alle middelen die hij/zij gebruikt. Wanneer de cliënt stopt met gebruik komen de onderliggende en door de drug weggedrukte problemen weer naar boven. Deze problemen verschillen vaak niet van de problemen van niet-verslaafde cliënten van de SPV. De verslaving is meestal slechts een additioneel probleem.

Snel stoppen met al het gebruik maakt het dus moeilijker om alle onderliggende problemen te onderkennen en het hoofd te bieden. Een geleidelijke afbouw geeft betere resultaten. De resultaten hangen af van de fase van verslaving waarin de cliënt verkeert. In de doctrine zijn acht fasen/niveaus van ontkenning beschreven. (*Acht niveaus van ontkenning*: (1) Geen probleem (ouders, partner, huisarts doen moeilijk, maar men ziet het verkeert.); (2) een probleem (maar het is geen verslavingsprobleem), nervositeit, maagklachten, relatieproblemen, dat wel; (3) gebruik is een probleem, maar geen groot probleem (binnenkort stop ik gewoon); (4) ik zou eigenlijk moeten stoppen, maar dat is wel moeilijk (ik heb het eigenlijk nog wel in de hand); (5) Help! Ik moet stoppen, alles gaat kapot, redden wat er te red-den valt; (6) stoppen is eigenlijk gemakkelijk. (Het probleem is gelukkig uit de wereld, 'de witte broodsweken'.); (7) stoppen is heel moeilijk (Ik moet mijn hele bestaan veranderen, hoe kan ik dat ooit); (8) het leven is moeilijk (maar dat heeft niets meer met gebruik te maken).)

Deze blijken in praktijk erg herkenbaar te zijn voor verslaafden. Deze niveaus van ontkenning zijn dan ook belangrijke behandelingsmiddelen voor de SPV. Typerend voor verslaving is dat de

verslaafde veel moet denken aan het middel na het afkicken (te vergelijken met afslanken en daar continu mee bezig zijn). Behandeling blijkt vaak een proces te zijn van vallen en opstaan, niet anders dan met nicotine verslaving. Heroïne verslaafden vertonen na de abstinentie, drugszoekend gedrag (gedrag dat uitsluitend gericht is op het verkrijgen van het middel). De ex-gebruiker zoekt vaak onbewust, zonder te beseffen waarnaar hij/zij eigenlijk op zoek is; dit geeft een enorme innerlijke onrust.

Vanuit de hulpverlening en (veelal ook onder druk van) de overheid wordt het bereiken van abstinentie vaak als hoogste prioriteit gezien. Dit sluit in mindere mate aan bij de hulpvraag van de cliënt. De SPV dient zich (tevens) te richten op de specifieke hulpbehoeften van de cliënt en zou daarbij meer dan nu het systeem en het netwerk van de cliënt moeten betrekken.

### **De SPV denkt met u mee**

Door de multi-problematiek van verslaafden is het noodzakelijk goed te diagnosticeren (zowel op individueel als op interactioneel niveau). De interventies dienen aangepast te zijn aan de aard van de klacht en de interactie met eventuele andere klachten. Deze eclectische werkwijze is specifiek voor de SPV. Op deze wijze kan de SPV samen met de cliënt het gewenste psychische evenwicht herstellen of een nieuw evenwicht zoeken. De SPV maakt in zijn/haar werkwijze gebruik van de gezonde elementen van de cliënt. Vanuit de rehabilitatiegedachte wordt de cliënt gevraagd hulpvragen te formuleren en doelen op te stellen. De SPV kan hierin adviseren, verwijzen, ondersteunen, begeleiden en/of behan-

delen.

De SPV kan bij behandeling de hulpvraag van de cliënt indiceren die onder meer kan voortkomen uit de volgende leefgebieden: "arbeid, opleiding, inkomen", "alcohol- en druggebruik", "justitie, politie", "sociale relaties" en "psychische en emotionele klachten" (uit: verslag door P. Meulenbeek (Drs. P. Meulenbeek: *Verslavingsproblemen en methadonbehandeling*, onderzoeksverslag februari 1997.) van onderzoek bij methadoncliënten). Een behandeling van bijvoorbeeld alleen psychische klachten is niet voldoende om op andere leefgebieden een verbetering te bewerkstelligen. Een behandel aanbod dient hier rekening mee te houden en zal dus aandacht moeten besteden aan alle problemen die voortkomen uit de verschillende leefgebieden.

**Voorbeeld: René**

*René is een 30 jarige cliënt die ongeveer tien jaar bekend is in het methadonprogramma. Op jeugdige leeftijd is hij seksueel misbruikt door zijn oom. Op 16 jarige leeftijd is hij begonnen met heroïne en experimenteerde hij tevens met verschillende andere drugs. Op dit moment is hij dakloos en in gesprek met mij geeft hij aan genoeg te hebben van het leven met een verslaving. Het is belangrijk dat ik onderdak voor hem regel. Hij vertelt nu even tot rust te willen komen. Voorts kan ik René verwijzen naar maatschappelijk werk voor schuld-hulpverlening. Dagstructuur, informatie over SOA in verband met prostitutie en traumaverwerking zijn doelen die ik voor René van toepassing vind. Misschien zijn dit*

*zaken die ik als hulpverlener voor hem invul, maar is het beantwoorden aan zijn verlangen naar enige kwaliteit van leven 'onderdak en even op adem komen' reeds voldoende.*

Hulpvragen van de cliënten zijn in het algemeen gericht op praktische zaken zoals: onderdak, schuldhelpverlening, reclassering, druggebruik of een daginvulling. Het vroegtijdig onderkennen van psychische en emotionele klachten en het behandelen hiervan spelen een belangrijke rol in het vergroten van de kans op succes in de behandeling van de verslaving.

Uit het onderzoek van P. Meulenbeek blijkt dat de methadon cliënt ontevreden is over zijn/haar vrije tijdsbesteding, laaggeschoold is en weinig werkervaring heeft. Meulenbeek concludeert dat deelname aan een methadonprogramma leidt tot vermindering van criminele activiteiten. Tevens kan een hoge dosis methadon en/of deelname aan groepstherapie het cocaïne bijgebruik van methadon cliënten verminderen. Deze conclusies ondersteunen de opvatting dat het systeem en het netwerk van de cliënt meer bij de behandeling moeten worden betrokken waardoor onderlinge problemen worden opgelost en sociale ondersteuning voor de verslaafde kan ontstaan. Dit element wordt onvoldoende belicht in de Drugsnota. Evenmin komt in de Drugsnota tot uiting hetgeen de kracht uitmaakt van de SPV, namelijk ingaan op de resterende gezonde elementen van de cliënt en vanuit die invalshoek de gewenste resultaten nastreven.

## Bronvermelding

*Drugsnota:* Gepresenteerd door de Minister van Volksgezondheid aan de Tweede kamer, meest recent gepubliceerd in september 1995.

Epen J.H. van - *Drugsverslaving en Alcoholisme*, 1997.

Functie profiel ambulante verslavingsverpleegkundige door een werkgroep van verpleegkundigen te weten: GG&GD Amsterdam, de HKPD\* in Vlissingen, CAD Limburg, verpleegkundig adviesbureau *Masters*, met ondersteuning van het Neviv\*, november 1996.

Grenzen in de zorg; de verpleegkundige in de ambulante drugshulpverlening. Verslag van de werkconferentie 31 oktober 1996 door het Trimbos instituut. Het Trimbos-instituut (Netherlands Institute of Mental Health and Addiction) is een onafhankelijk landelijk kenniscentrum met als doel de geestelijke gezondheid van mensen te bevorderen.

Kwaliteitsbeleid verslavingszorg: advies over verbetering van hulpverlening en beleid in de verslavingszorg. Uitgebracht aan de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, april 1994.

Landelijke Stichting Ouders Van Drugsverslaafden: brochure, 1996 nr. 57.

Lange A.: *gedragsveranderingen in gezinnen*. Uitgeverij Wolters-Noordhoff 1994. *Mainline*, Tijdschrift voor

druggebruikers: *bruprenorfine nieuw wondermiddel*, 1997 nr.4.

*Methadon: Hulpmiddel of wondermiddel* door Brice De Ruyver, Jan Van Bouchaute en Tom Balthazar, Garant Uitgevers 1994.

Meulenbeek P., drs., *verslavingsproblemen en methadon behandeling*, onderzoeksverslag februari 1997.

Psy: Tijdschrift over de geestelijke gezondheidszorg:

2 okt. 1997 '*verslavingszorg*' doorgelicht door B. Schoemaker'.

23 okt. 1997, '*jagen op resultaten*' door B. Schoemaker.

13 nov. 1997, '*goed bedoelde onzin van drugs voorlichting*' door G. Kok.

*Polidruggebruik & jeugdcultuur*, Reader t.b.v. Centrum Verslavingszorg Zeestraat door het Trimbos-instituut, november 1997.

Psychopathologie Handboek, deel 2: *ontwikkelingen* blz.165-167. Uitg. Bohn Stafleu Van Loghum 1997.

Psychopathologie Handboek, deel 2: *preventie en sociaal-psychiatrische praktijk* door M.A.J. Romme, blz. 167-181. Uitg. Bohn Stafleu Van Loghum 1997.

*Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige Beroepsprofiel (concept)*, 8 november 1997, beschreven door de NVSPV.