

# Dope 15.

*Junky Bond*

*adreswijziging*

*ons nieuw adres is*

*'s Gravendijkwal 60.  
open van maandag t/m vrijdag  
van 13.00 uur tot 19.00 uur.  
het telefoonnummer is 010-364010.*

1900

©

Wm. H. Brown  
1900

Copyrighted by  
Wm. H. Brown

Published by  
Wm. H. Brown







Aan Dhr. v.d. Meer,  
voorzitter D.A.C.

Onderwerp: Analyse apparaat voor zwarte (markt) Heroïne.

Beste heer v.d. Meer,

De R.J.B. heeft u in een gesprek d.d. 10 juni jl. gevraagd te onderzoeken of er methoden (apparaten) zijn om verontreiniging van illegale heroïne bijtijds te ontdekken, zodat de gebruikers van die heroïne gewaarborgd zijn tegen ongewenste bijverscheinselen en de "gif-dood".

In het gesprek van 21-6 vertelde u ons dat er nog geen, voor dit doel geschikte, methode ontwikkelt is. U stelde voor onze vraag voor te leggen aan het D.A.C. om te bekijken hoe dit probleem opgelost dient te worden. De R.J.B. wil in deze brief informatie geven over de problemen die wij als verslaafden hebben met de versneden heroïne. De heroïne die de verslaafden kopen heeft een gemiddelde zuiverheid van 40-60%.

Controle of "invloed" op de zuiverheid is er totaal niet, verslaafden zijn volkomen afhankelijk van de dealers die de heroïne leveren. Onbekent is dat de meeste versnijdingen plaatsvinden bij de micro-dealers, zodat het controleren van grote partijen heroïne de verslaafden geen garantie kunnen bieden.

Alleen algemene waarschuwingen in de zin van; PAS OP! dat is er op de markt (b.v. angeldust), zouden een preventieve werking (kunnen) hebben.

Maar we nemen aan dat dit gebeurt door de desbetreffende instantie, als daar reden toe is.

De risico's en problemen met versneden heroïne zijn samen te vatten in:  
1 De sterkte van de versneden heroïne is niet te bepalen, dat geeft vooral problemen en risico's voor spuiters. Je weet nooit hoeveel je spuit-overdosissen zijn er vaak het gevolg van.

2 Met welke middelen de heroïne versneden wordt, met welke hoeveelheden en wat de uitwerking van die middelen is op de korte of lange termijn, blijven voor de heroïneverslaafde onbeantwoorde vragen.

Gevolgen kunnen o.a. zijn \* vergiftiging.

\* verlamming.

\* aantasting v.h. zenuwstelsel.

Verslaafden worden dagelijks met deze problemen gekonfronteerd, en kunnen die niet omzeilen door hun afhankelijkheid van de dealers. Er is daarom ontzettend veel behoefte aan een snelle, goede methode om de kwaliteit van de versneden heroïne te controleren ter bescherming van verslaafden tegen deze misdadige methode van dealers.

Indien er een adequaat analyse-apparaat ontwikkeld zou worden dan zou de bereikbaarheid ervan zo groot mogelijk moeten zijn. Wij denken daarbij aan bijvoorbeeld een Volkswagenbusje waarin zich een analyse-apparaat bevindt, zodat het zo dicht als mogelijk kan worden ingezet op de plaatsen waar zich de handel heeft geconcentreerd.

Voor het feit dat verslaafden strafbaar zijn als zij heroïne bij zich dragen zal een oplossing moeten worden gevonden. O.i mag dat eigenlijk geen punt van discussie zijn, de veiligheid en de gezondheid van de verslaafden moet voorop staan, en niet een regel in een wet die geen rekening houdt met het feit dat er heroïne-verslaafden zijn.

Verder hopen we dat U ons nu al informatie kunt geven over de kennis, die reeds bestaat over de middelen waarmee de heroïne (e.a. hard-drugs) wordt versneden, en de gevolgen daarvan op korter en lange termijn op lichaam en geest van de gebruiker.

**Bijvoorbeeld dank voor de informatie en hopende voldoende informatie te hebben gegeven.**

Hoogachtend,

Rotterdamse Junkiebond.

P.S. Van verdere ontwikkelingen willen we graag op de hoogte blijven en verder blijven we bereid mee te denken aan een snelle oplossing van het versnijdingsgevaar.



Gesprek tussen Junkiebonden en directeur Emielihoeve M.Kooyman.

Afgelopen dinsdag 15 july heeft er een gesprek plaats gevonden met Martien Kooyman. Directeur van de Emielihoeve, aanstaand directeur van de Jellinek-kliniek in Amsterdam.

Dit gesprek vond plaats naar aanleiding van het rapport dat de junkiebonden 8 mei 1.1 publiceerde . Dat rapport is beter bekend onder de naam Baghwan-rapport, ook al gaat het over veel meer dan alleen de Bagwan invloeden in de therapeutische gemeenschappen. Want voor het belangrijkste deel onthult het rapport veel meer over de monopolie-posities in de bestaande hulpverlening van de C.A.D.'s. En de invloed dat dat gehad heeft op het opzetten van de drugshulpverlening in Nederland. Ook de mensen uit de drugsvrije hoek (therapeutische gemeenschappen) en met name Martien Kooyman hebben invloed daarop gehad, en dat is vaak een slechte invloed geweest. Nieuwe, alternatieve hulpverleningsprogramma's en methadon verstrekking kregen op die manier weinig kansen, en de hulpverlening ontwikkelde zich daardoor heel eenzijdig. Zo eenzijdig dat op het ogenblik het overgrote deel van de verslaafden in Nederland niet bereikt wordt, of simpelweg niet geholpen wordt door de hulpverleningsinstellingen. De gevestigde hulpverlening wil haar invloed behouden, breidt uit, en slokt enorm veel geld op. Terwijl.....

- Alternatieve projecten, bijvoorbeeld de Bulldog, moeten met veels te weinig mensen en veels te weinig geld ontzettend veel mensen opvangen .
- De junkies op straat, waar niemand voor is en dus geen geld kosten, alleen maar verder verloederen en gecriminaliseerd worden.

Het gesprek vond plaats op het nieuwe kantoor van de Junkiebond op de 's-Gravendijkwal 60. Martien Kooyman was aanwezig met nog een viertal student. Dat komt omdat Kooyman ook aan de Erasmus-universiteit verbonden is en vandaar uit met die studenten een onderzoek doet naar de resultaten van de Emielihoeve. Van de kant van de Junkiebonden was Tony Veuger, Bram, Karin en Nico aanwezig. Verder had de Junkiebond Rinus v. Klaveren van de Bulldog uitgenodigd juist om te vertellen welke moeilijkheden de Bulldog als alternatief project heeft gehad met de gevestigde hulpverlening. Hij had Ellen meegenomen, die kan steno-en, en dus het hele gesprek opnam. Bas was als ex-Thera.Gemeens.-bewoner ook door ons uitgenodigd. Gespreksleider was Wijnand Senger, sociaal psychiater en sympatisant van de junkiebond.

In het gesprek vroeg Kooyman wat nu eigenlijk de kritiek van ons was op de T.G's (therapeutische gemeenschappen). Wij konden dat samenvatten in een aantal punten.

- de afgeslotenheid, en geïsoleerd zijn van de 'gewone' maatschappij
- het strakke regiem en de harde aanpak, de encounters en hersenspoelings methoden.
- aanpak van 'weglopers'

- de wijze waarop ex-verslaafden binnen de TG's worden ingezet in de therapie
- de eigenzinnige en eenzijdige opvatting over de behandeling van verslaafden
- de enorme hoeveelheid geld die de TG's kosten, terwijl slechts weinige verslaafden er gebruik van kunnen of willen maken, en ondanks de magere resultaten.
- de invloed van de Baghwan-sekte in een aantal TG's

Kooyman reageerde daarop door te vertellen over het ontstaan en de ontwikkeling van de TG's in Nederland. Hij vertelde dat er tien jaar geleden in Nederland praktisch niets was op het gebied van drugshulpverlening. Psychologen en psychiaters verklaarde in die tijd dat heroïneverslaafden niet te behandelen waren. Kooyman dacht daar anders over na een reis van hem naar DAYTOP-Village. Dat is een therapeutische gemeenschap, maar dan zo groot als een stad, in de U.S.A. Daar woonde allemaal alcohol verslaafden. Kooyman was onder de indruk van dit hele gebeuren en wilde in Nederland soortgelijk aan het werk, zij het op kleinere schaal. Dat werd de Emiliehoeve dus. Hij vertelde dat toen ze begonnen men weinig wist en dat men moest leren van de ervaringen die men op deed. Zij konden geen gebruik maken van andere ervaringen simpelweg omdat zij de eerste in Nederland waren die op deze manier met verslaafden bezig gingen.

Martien Kooyman verklaarde daaruit de vele 'gedaante verwisselingen' van de Emiliehoeve en het feit dat er veranderingen plaats vonden in de therapie. Zo werden bijvoorbeeld de 'haircuts' (kaalscheren) afgeschaft nadat men had ontdekt dat het aankomende Emieliehoeve-gangers afschrok. Maar de resultaten werden volgens Kooyman steeds beter. Geen enkel ander programma behaalde van zulke resultaten.

Maar ja er waren natuurlijk bijna geen andere programma's.

Rinus v. Klaveren van de Bulldog vertelde o.a. welke problemen de Bulldog gehad heeft bij het opstarten van de hulp voor verslaafden. Het heeft jaren geduurd voordat men de Bulldog serieus wilde nemen, de Bulldog mocht de verslaafden die bij haar kwamen niet helpen. De officiële hulpverleners wilde dat niet. Nu pas na jaren heeft men de Bulldog willen erkennen en dat er al die jaren behoefte aan is geweest blijkt wel uit het feit dat het nu één van de grootste methadonprogramma's is in Rotterdam. Maar nog wordt men tegen gewerkt. Want op de grote groep verslaafden die bij de Bulldog komt, zijn er veels te weinig personeelsleden, met alle gevolgen van dien. Maar toch ondanks al die moeilijkheden zijn er resultaten bij de Bulldog. Rinus zei dat de resultaten op z'n minst zo goed zo niet beter waren als op de Emieliehoeve, en daarom niet begrijpt waarom men jarenlang dit project niet heeft willen laten starten.

Bas bracht tijdens het gesprek zijn ervaringen in als ex-bewoner van een TG. Hij was kwaad over het feit dat de staf van de TG zich gemengd had in zijn relatie met zijn vriendin. Zij mochten niet met elkaar omgaan omdat dat slecht voor hen zou zijn. Maar nu zijn ze getrouwd en het gaat prima.

Verder vertelde Bas dat het onzettend moeilijk was en lang duurde voor dat hij zich los kon maken van de TG-therapie. Pas nadat dat gebeurt was kon hij zijn leven weer op een positieve manier opbouwen. Dat hij nu is zoals hij is heeft hij aan zichzelf te danken en niet aan de TG.

Ook hadden stafleden van de TG zich spullen toegeëigend die van Bas waren, zo vertelde hij.

Kooyman zei hierop dat dat "natuurlijk niet klopt", maar dat de inmengen van de staf in de relatie met zijn vriendin; "met de beste bedoelingen waren om het bestwil van Bas zelf".

Van de kant van de Junkiebond werd de positie van de weglopers nog ter sprake gebracht. We kennen een groot aantal mensen die 'weggelopen' zijn uit een TG, er zijn er ook een stel naar ons toegekomen. Velen van hen waren er slecht aan toe. Geestelijk helemaal kapot, in de war, onzeker van zichzelf. De meeste zijn er zodanig aan toe; dat ze alleen maar door weer heroïne te gaan gebruiken, zichzelf kunnen hamdhaven in de 'gewone' wereld, buiten de TG.

Maar ook weglopers die het helemaal niet meer aankonden en die zelfmoord pleegden of bewust een overdosis namen.

Kooyman zei daarover dat dat vaak ook de mensen zijn die voordat ze een TG in gingen ook al zelfmoord plannen hadden of het al enkele malen geprobeerd hadden.

We vertelde ook nog dat we het een idiote zaak is dat de TG ouders of hulpinstellingen adviseert de 'wegloper' geen hulp te geven, omdat hij/zij dan vanzelf wel weer terug zou keren naar de TG. Dat is tenslotte het beste voor hem, zo redeneren de TG'S.

De tijd die we hadden om te praten was te kort. We kwamen dit gesprek alleen maar toe het praten over de therapie zelf, maar we wilden over veel meer praten.

Kooyman en de zijnen vonden dat ook heel belangrijk. Daarom werd afgesproken dat we nog een aantal keren met elkaar zullen praten. De volgende keer zullen het hele gesprek wijden aan de rol die de TG's hebben gespeeld in de ontwikkeling van de drugshulpverlening in Nederland. Ook de invloed die Kooyman daarop heeft gehad, en de visie die hij heeft op o.a. methadon verstrekking zullen we uitgebreid bediscussiëren. De volgende afspraak is gemaakt op woensdag 26 augustus om 19.00 uur.



# Groningse - Junkie Bond.

In Groningen is er ook al een aantal maanden een junkiebond actief, de Groningse Bond voor (ex)gebruikers. En dat is daar wel hard nodig ook! Een tijd geleden zijn we met twee mensen uit Rotterdam, samen met twee mensen van het MDHG uit Amsterdam naar Groningen gereist. De Groningse bond en het Gr. straathoekwerk organiseerde toen in het jongeren-centrum "Vera" een soort forumdiscussie, met in het forum de Gr. wethouder van Volksgezondheid, een Inspecteur voor Volksgezondheid die ook apotheker daarzo is, iemand van de reclassering, van het Groningse straathoekwerk, en van de Bond voor (ex)gebruikers daarzo. En in de zaal zaten een stuk of 80 gebruikers en wat andere geïnteresseerden. Nou, het is toen wel overduidelijk geworden dat een junkiebond in de stad Groningen wel héél hard nodig is en dat ze daar wel héél erg veel te doen hebben! Niet te geloven wat voor ideeën de mensen die in Gr. het voor het zeggen hebben, hebben, en van het drugsprobleem hebben ze helemaal niet het minste benul. Je kunt die ambtenaren honderd keer iets uitleggen maar je hoeft niet te verwachten dat ze ook maar iets aan hun mening zullen veranderen, Vrijwillig zullen ze niets aan hun beleid veranderen. Een beleid dat niets met de werkelijkheid te maken heeft. Verslaafden mogen wat hun betreft creperen.

In Gr. is de situatie dat er zeker zo'n 700 gebruikers zijn en dat mensen uit de verre omtrek naar Gr. komen voor hun dope. Maar volgens de Gr. ambtenaren en ( dus ook ) het Gr. C.A.D. zijn dat er hoogstens 150. Er zijn maar 55 junkies die bij een methadon-post lopen, waar niet met onderhoudsdoses gewerkt word. Ze hebben daar een centrum voor zog. ambulante gevallen; wat betekend: junkies die verschrikkelijk aan de grond zitten als gevolg van het gebruik van drugs en het drugsbeleid. Alsof niet iedereen die te gekke dingen moet uithalen door z'n dure illegale verslaving, aan de grong zit.

Ze hebben in dat centrum plaats voor 8 mensen, maar gewoonlijk staat dat pand bijna helemaal leeg. Terwijl dáár bijna het grootste deel van het geld voor de drugs-hulpverlening naar toe gaat. Dus je kan wel nagaan hoe het daar met de gebruikers en de hulpverlening gesteld is. De voorwaarden voor hulp zijn daar zo verschrikkelijk hoog en nazorg kennen ze daar niet. De huisartsen in Gr. hebben een totaal verbod gekregen om hun patiënten met methadon te helpen; de praktijk is dat junkies die door de hulpverlening niet geaccepteerd worden mogen creperen, en dat het beleid dat de gemeente Groningen momenteel uitvoerd alleen het belang van de overheid en de drugs-hulpverlening (C.A.D.) dient.

De wethouder en de inspecteur voor volksgezondheid zaten zulke grove leugens te vertellen dat iedereen in de zaal wist dat het leugens waren, en er werd dan ook heel geëmotioneerd gereageerd door de mensen in de zaal, wat heel begrijpelijk is natuurlijk omdat die mensen wél de slachtoffers van die leugens zijn. In ieder geval is het nu heel erg duidelijk geworden wat die zog. heren van de gemeente, en van de zog. hulpverlening ( die precies doet wat de gemeente wil inplaats van voor hun cliënten op te komen ) willen. En dat zijn dingen die niet in het belang van de Gr. gebruikers zijn. Struisvogel-politiek van de Gr. gemeente, en werk zat dus voor de Groningse bond.

We wensen ze veel sterkte toe, en dat hebben ze wel nodig ook!

## Junkiebonden voeren actie vóór methadonverstrekking

### Bezetting FZA-kantoor in Bilthoven.

Dinsdag 30 juni hebben de junkiebonden het gebouw van het FZA bezet. Het FZA is een overkoepelende organisatie van alle CAD's en therapeutische gemeenschappen in Nederland. Zij is dus de belangrijkste vertegenwoordigster van de hulpverlening in Nederland.

Ook de regering en verschillende departementen vragen het FZA om advies als het gaat om het heroïne-probleem.

Op de pagina hiernaast kun je het pamflet lezen wat we tijdens de bezettingsactie uitdeelden, je kunt er precies in lezen waarom we de actie deden. In dit stukje vertellen we wat meer over hoe we het georganiseerd hebben en hoe de dag verlopen is.

Nadat we in Amsterdam op de wekelijkse bijeenkomst van de Landelijke Junkiebond besloten hadden om tot actie over te gaan, werd er een actiegroep gekozen die de actie zou voorbereiden. Daarin zaten mensen uit Rotterdam, Amsterdam, Nijmegen, Alkmaar, Gron. Besloten werd 2 verkenners naar Bilthoven te sturen om het FZA gebouw te bekijken. Onze spionnen maakten een plattegrond van het gebouw, zodat we precies wisten waar we moesten zijn. De actiegroep besloot dat we de actie zouden uitvoeren met ± 40 man/vrouw. Meer was voor dit gebouw niet nodig.

Afgesproken werd dat we dinsdags zouden verzamelen op het Centraal Station in Utrecht. Vandaaruit zouden we gezamenlijk naar Bilthoven gaan. Zo gezegd, zo gedaan. In Bilthoven hielden we de laatste voorbespreking op een pakeerplaats waar we ons verzameld hadden met de auto's en de Busjes. De strategie zou als volgt zijn:

Eén busje zou naar de ingang van het FZA-gebouw rijden terwijl de anderen om de hoek even zouden wachten. Busje 1 zou ongeveer 15 meter voorbij de ingang stoppen. Dan zouden 10 mensen snel uitstappen en naar de ingang rennen. Deze eerste groep zou dan de ingang bezetten. Als dat gebeurt zou zijn moesten direkt de andere busjes voorrijden en moesten de rest van de mensen snel naar binnen en de ontvangthal bezetten. Ondertussen had de eerste groep dan al de telefooncentrale bezet en overgenomen van de telefoniste. De deuren zouden worden vergrendeld met sloten en kettingen. Alles verliep naar wens en de bezetting lukte. Gelijk deelden we pamfletten uit over het doel van onze actie en over de manier waarop. (Geen geweld/vernielingen enz enz) Daarna spraken we met de directeur van het FZA en stelde onze eisen. We wilde met het bestuur en de staf onderhandelen. ~~Eerst~~ men dat dat niet kon. Wij eiste dat op zijn minst 5 bestuursleden aanwezig zouden zijn, de meerderheid v.h. bestuur dus. Uiteindelijk, nadat we bedreigd hadden de actie anders voor onbepaalde tijd door te zetten, zegde men toe dat er 6 bestuursleden zouden komen onderhandelen.

In het gesprek erkende men de junkiebonden als officiële gesprekspartner en zegde FZA toe dat zij voor eind '81 met een rapport zou komen over de situatie waarin de drugshulpverlening en de verslaafden in Nederland verkeren. Verder zouden FZA en FNJB verder met elkaar gaan praten. Al met al voor ons voldoende resultaat om de bezetting te beëindigen.



Federatie Nederlandse Junkiebonden (FNJB),

p/a Binnenkant 46,

Amsterdam.

020-24 47 75

Amsterdam, 30-6-1981

BEZETTING F.Z.A.-KANTOOR BILTHOVEN.

Vanmiddag heeft de FNJB het gebouw van het F.Z.A. in Bilthoven bezet. De direkte aanleiding hiervoor is de maatregel in Groningen dat apothekers in die stad geen methadon meer mogen verstrekken aan verslaafden.

Ook in Amsterdam stond dit punt een week geleden op de agende van de Koninklijke Vereniging ter Bevordering van de Pharmacie. Maar in Amsterdam heeft men dit, gezien de grote nadelen die ervoor verslaafden en een goed verstrekingsbeleid aan kleven, afgewezen. Dat is juist in deze tijd, nu velen met ons beweren dat er een vergaande versoepeling van de methadonverstrekking moet komen, 'n belangrijke beslissing.

Want hoe is de situatie nu voor verslaafden ?

Van de ongeveer 20.000 verslaafden in Nederland krijgt hooguit 3à4000 methadon. De nood is daarom hoog. Duizenden junkies kunnen eenvoudig geen methadon krijgen omdat of de 'programma's vol zijn of veels te hoge eisen stellen waaraan verslaafden niet kunnen of willen voldoen. Maar er zijn ook steden streken en gebieden waar totaal niets geregeld is. Dan ben je overgeleverd aan de "goedheid" van je huisarts. Door dit slechte verstrekingsbeleid (terwijl de nood hoog is) is er zelfs een zwarte markt in methadon ontstaan, waar verslaafden voor veels te veel geld hun pillen kunnen kopen zodat ze zich niet doodziek hoeven te voelen. Slecht verstrekingsbeleid beteknd verloedering voor junkies. Daarom eist de FNJB een ander verstrekingsbeleid:

-onvoorwaardelijke methadonverstrekking

-via huisartsen en/of wijk(regio)gerichte verstrekkingen

en daarin staan we niet alleen.

Maar in bepaalde delen van de gevestigde drugshulpverlening('s-structuur) is men schijnbaar niet zo gelukkig met deze ontwikkeling. Een groot aantal C.A.D.'s en drugsvrije therapeutische gemeenschappen(DTG) houden een echt laagdrempelig verstrekingsbeleid op en zelfs tegen. Natuurlijk want hun invloed (macht) op de drugshulpverlening staat op het spel. Daarom bezetten we nu het F.Z.A. , de organisatie die o.a. deze CAD's en DTG's vertegenwoordigt. We eisen vernieuwing en verbetering v.d drugshulpverlening. We eisen dat het FZA zich daarvoor inzet. We eisen een beleid tegen verloedering van junkies. Dat beleid begint bij onvoorwaardelijke methadonverstrekking.



Herhaalde malen heeft de R.J.B. geschreven over deze brief aan alle huisartsen. Hieronder hebben we de brief afgedrukt die Wijnand Sengers als reactie op de brief van de Inspectie heeft geschreven. Sengers is sociaal-psychiater en verbonden aan de Erasmus-universiteit in Rotterdam. Wijnand Sengers is een sympathisant van de Junkiebond, en in de afgelopen maanden hebben we herhaaldelijk met hem samengewerkt en ondersteunde hij de Junkiebonden.

# Ambulante behandeling heroïneverslaafden

Hij heeft deze brief verder ook nog voor de radio verdedigd en wel in het programma 'de Rooie Haan' van de VARA.

## Kritiek op een brief van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid

door Dr. W. J. Sengers

Met welke bedoelingen schreef het Staatstoezicht op de Volksgezondheid zijn 'Brief aan alle artsen in Nederland betreffende de behandeling van verslaafden aan Opiumwetmiddelen'? Voor Dr. W. J. Sengers gaat het om een voorbeeld van hoe vanuit een dirigistische optiek ernstige vergissingen kunnen worden gemaakt.

In maart jl. zonden drie hoofdinspecteurs van het Staatstoezicht van de Volksgezondheid een 'Brief aan alle artsen in Nederland betreffende de ambulante behandeling van verslaafden aan Opiumwetmiddelen'. Deze brief gaat in feite over heroïneverslaafden en komt neer op het voorschrijven van normen waaraan de behandelingen door zelfstandig praktiserende artsen dienen te voldoen.

De richtlijnen zijn nieuw en zeer stringent. Ze komen erop neer dat een zelfstandig praktiserende arts zich normaliter van de behandeling van zulke patiënten moet onthouden en er het beste aan doet ze door te verwijzen naar een gespecialiseerde instelling in de regio. Of - wat eventueel nog mag - dat de zelfstandig praktiserende arts, mits hij aan drie voorwaarden voldoet, in een samenwerkingsovereenkomst met zo'n instelling zulke mensen behandelt. In elk geval zal hij aan patiënten van wie hij vermoedt ze niet terug te zullen zien, geen vervangende middelen voorschrijven tenzij vaststaat, bijvoorbeeld uit de schriftelijke verklaring van een collega, dat er op dat moment geen andere mogelijkheid is. En altijd zal hij, als het maar even kan, inlichtingen over de patiënt vragen bij vroegere of andere behandelaars of behandelingsinstellingen. Onderhoudsprogramma's zal hij uitsluitend mogen geven als er sprake is van een aantal nader - zij het vaag - omschreven omstandigheden. Intussen worden er voorbereidingen getroffen om de patiënten te kunnen registreren. En tenslotte zal men in een

eigen register moeten bijhouden aan wie Opiumwetmiddelen zijn voorgeschreven, waarbij het er dan niet toe doet of die patiënten verslaafd zijn of niet.

### Bedenkingen

Ik denk dat deze brief bij veel huisartsen en zelfstandig gevestigde psychiaters positief zal zijn ontvangen. Want men is nu gewaarschuwd en de richtlijnen zijn duidelijk. Ik denk zelfs dat velen de brief zo zullen opvatten dat ze zich nu verder maar liever van hulp aan verslaafden onthouden.

Niettemin hoop ik dat een aantal artsen in Nederland ernstige bedenkingen heeft tegen deze richtlijnen. En dat die zelfs zodanig zwaar zullen worden en zo duidelijk naar voren zullen worden gebracht, dat de hoofdinspecteurs zich genoodzaakt gaan zien er op de een of andere wijze op terug te komen.

Vóór ik mijn kritiek onder woorden breng wil ik, om misverstanden te voorkomen, zeggen dat het me bekend is dat de hulp aan junkies iemand in onvoorziene moeilijkheden kan brengen en dat een behandeling die een heroïnevrij leven wil doen bereiken een karwei is dat een zelfstandig praktiserende arts zelden alleen met zijn patiënt(e) kan klaren, maar dat dan voor veel geduld, tijd en vaak ook samenwerking met anderen nodig is.

De vraag is echter wie zich dat doel van een heroïnevrij leven stellen moet: de hulpverlener of de patiënt? Tegenwoordig is het merkwaardigerwijs gewoon dat dat alleen de hulpverlener is. Maar dat berust op niets anders dan dat wij als medici vinden dat problemen en klachten van een verslaafde alleen maar kunnen worden weggenomen als die persoon daarvan is genezen, dat wil zeggen niet meer verslaafd is aan dat ene middel.

Wat me van de brief regelrecht tegenstaat is de onmiskenbare eis - ook al heet het een richtlijn - een bepaalde categorie patiënten in een opvallende uitsonderingspositie te plaatsen. Het motief is dat de kwaliteit van de hulpverlening zal verbe-

teren, hoewel daarover niets bekend is. Er is immers niets bekend over de doeltreffendheid van de hulp van de gespecialiseerde instellingen. De ervaring is ook hier slecht, in elk geval niet beter dan wat die zelfstandig praktiserende artsen ervaren over de realiteit van het afkicken.

### Overwegingen

Graag wil ik mijn kritiek met de volgende overwegingen toelichten:

1. Uit een oogpunt van medische ethiek lijken me de richtlijnen strijdig met twee basale kenmerken van het medisch ambt. In de eerste plaats wordt de toegang tot de arts bemoeilijkt zo niet geblokkeerd. Want zo gaan die richtlijnen natuurlijk werken. Aan de arts wordt het recht op het naar eigen inzicht handelen met betrekking tot deze categorie patiënten ontzegd, zonder dat duidelijk is gemaakt om welke redenen en met welke bedoelingen dat gebeurt. De aantasting van dit recht zal maatschappelijke repercussies hebben, in die zin dat bepaalde patiënten niet terecht kunnen bij wie zij dat zelf zouden willen. Het kan eigenlijk al niet meer, omdat de vertrouwensrelatie door die registratie niet langer is gewaarborgd. Dit laatste is mijn tweede en misschien meest fundamentele bezwaar tegen de brief. Zo ernstig lijkt mij dit dat ik hierover een toelichting mag vragen van het bestuur van de KNMG, dat immers zoals de hoofdinspecteurs schrijven zijn volledige instemming aan deze brief heeft gegeven.

2. De brief wekt de schijn dat de gespecialiseerde instellingen betere resultaten met junks bereiken dan de gemiddelde huisarts of psychiater.

Hierboven heb ik al aangegeven dat die schijn bedriegt. Deze vaagheid neem ik de briefschrijvers kwalijk, te meer omdat uit geen enkele passage blijkt dat zij zich realiseren in welke situatie de meeste junks verkeren - naar schatting van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne wordt slechts hoogstens 20%

(dit art. is overgenomen uit: Medisch Kontakt)

van de verslaafden via de huidige hulpverleningsprogramma's bereikt – en welke de omstandigheden zijn die deze 20% dwingen om die hulpverlening te blijven accepteren. Voor mijzelf volgde hieruit de vraag of de richtlijnen tot het resultaat kunnen leiden dat zij lijken te pretenderen ('lijken'), omdat weer nergens staat wat het doel van de voorschriften is – later zal dus ook niemand kunnen nagaan in hoeverre het doel is bereikt).

3. De situatie voor verreweg de meeste heroïneverslaafden is te kenschetsen, zoals dat onlangs op een door junkiebonden georganiseerde conferentie in Rotterdam duidelijk werd gemaakt, in termen als 'verloedering' en 'epidemie'.

De richtlijnen zullen niet kunnen tegen gaan dat steeds meer jongeren verloederen (in een slechte gezondheidstoestand geraken, secundaire gezondheidsschaden zullen vertonen, in de criminaliteit hun toevlucht moeten gaan zoeken, geen normaal onderdak zullen hebben, enz.) en op hun beurt weer andere in eenzelfde situatie brengen. Het is zelfs aannemelijk dat de richtlijnen positief bijdragen aan die toename. Maar dat kan toch nooit de bedoeling ervan zijn geweest. Ik moet daarom de vrees uiten dat deze brief,

ondanks de lange tijd die ervoor nodig is geweest om haar te concipiëren, onvoldoende is doordacht op haar consequenties voor de meerderheid van de verslaafden die ook nu al niet bereikbaar blijkt voor de gespecialiseerde instellingen. En om dat 'dark number' zou het uit sociaal-geneeskundig oogpunt toch in de eerste plaats moeten gaan!

Van de geschatte 18 à 20.000 heroïneverslaafden leven er ongeveer 15.000 buiten de gezichtskring van die gespecialiseerde instellingen. Hoe kan men dan nog verdedigen dat zelfstandig praktizerende artsen geen verslaafden meer mogen helpen? Heroïneverslaafden die tot de paria's van onze maatschappij behoren, omdat zij criminelen zijn, losgeslagen, elkaar op leven en dood bestrijden. Heeft ons Staatstoezicht dan niet overwogen dat zij, uit gezondheidkundig oogpunt beschouwd, een bijzondere bescherming behoeven? Al was het maar omdat het over jonge mensen gaat van wie niemand meer weet wat er waar en onwaar over hen is? Maar daarover staat niets in die brief.

4. Uit de brief blijkt dat nog een ander oogmerk aan de richtlijnen ten grondslag ligt, namelijk een zorg om de vergroting

van de zwarte markt door junkies die de methadon in plaats van te gebruiken voor een goede prijs verkopen. Die methadon dient dan uiteraard niet het doel waarvoor ze werd voorgeschreven of verstrekt. Het is een situatie die vergelijkbaar is met elk ander niet-gebruik van een voorgeschreven of verstrekte medicatie, en dat kan medisch gezien een probleem vormen.

Maar handel en zwarte handel is beslist geen medische aangelegenheid. Sterker, die zwarte markt mag onze zorg niet zijn. Richtlijnen van onze inspectie mogen niet dienen om dat verschijnsel in te dammen.

### Vraag

Genoemde overwegingen brengen me op de vraag met welke bedoelingen alle richtlijnen en maatregelen zijn getroffen en welke rechtsgeldigheid ze hebben.

Voor mij is de brief er een voorbeeld van hoe vanuit een dirigistische optiek ernstige vergissingen kunnen worden gemaakt. Ernstig, omdat het fundamentele recht op geneeskundige hulp voor ieder die erom vraagt uit het oog lijkt verloren. Nota bene door ons Staatstoezicht van de Volksgezondheid.

## Commentaar Staatstoezicht

De 'Brief aan alle artsen in Nederland betreffende de ambulante behandeling van verslaafden aan Opiumwetmiddelen', welke ondergetekenden maart jl. hebben verstuurd, is voor Sengers aanleiding geweest tot het publiceren van een kritisch artikel. Van de gelegenheid die ons is geboden om daarop een weerwoord te geven maken wij gaarne gebruik: wij zijn namelijk van mening dat zijn kritiek op onze brief – verder methadonbrief te noemen – wellicht begrijpelijk is, maar juist op wezenlijke punten aanvechtbaar en zelfs onterecht is.

### Noodzaak structurering hulpverlening

Vooraf het volgende. Recentelijk is het regeringsbeleid ten aanzien van de hulpverlening aan drugverslaafden onderwerp geweest van een brief aan de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, gericht aan de Tweede Kamer (Voortgangsnotitie over het beleid inzake de hulpverlening aan drugver-

slaafden, gedrukt stuk 16680, nrs. 1-3, Tweede Kamer, zitting 1980-1981). In deze uitvoerige notitie wordt onder meer aandacht besteed aan de bereikbaarheid van de hulpverlening. Met betrekking tot dit belangrijke aspect wordt gesteld, dat het al dan niet bereiken van verslaafden of het welslagen van de hulpverlening niet alleen afhankelijk is van de motivatie van de patiënt, maar ook een oorzakelijk verband kan hebben met de attitude van de hulpverleners. Het kan zijn, dat ten gevolge van uiteenlopende opvattingen tussen hulpverleners onderling over methodiek, doelgroep en doelstelling, hulpverlening niet bereikbaar is, die door bijstelling van die opvattingen wel degelijk bereikbaar zou kunnen zijn. Het moge dan ook begrijpelijk zijn, dat er nu van overheid zijde initiatieven worden genomen om de methadonverstrekking, voor zover deze door zelfstandig praktizerende artsen plaatsvindt, zo te structureren dat dit zoveel mogelijk garandeert dat deze vorm van hulpverlening in

alle gevallen gepaard gaat met een aanbod van vormen van ook niet-medische hulp (bijvoorbeeld maatschappelijke begeleiding).

Daarnaast wordt in de notitie nog een tweede noodzaak tot structurering van de methadonverstrekking aangegeven. Wij citeren: 'Ten aanzien van de verstrekking bestaat in een aantal steden namelijk reden tot twijfel over de zorgvuldigheid waarmee de verstrekking wordt toegepast. Geconstateerd is onder meer dat zich in sommige gemeenten artsen bevinden die niet verbonden zijn aan een gespecialiseerde instelling voor drughulpverlening en die vervangende middelen of recepten daarvoor verstrekken zonder daarbij een aanbod van vormen van niet-medische hulp te doen of zich ervan vergewist te hebben dat zulks op andere wijze in het kader van een hulpverleningsplan is verwezenlijkt. Door de Inspectie van de Volksgezondheid voor de geneesmiddelen en door de politie is meerdere malen geconstateerd dat, doordat per bezoek grote



hoeveelheden methadon door de arts worden voorgeschreven, vervangende middelen of de illegale markt worden verhandeld. Ook bestaat er handel in recepten. De in een aantal steden door de gemeenten met moeite opgebouwde methadonprogramma's worden hier ernstig door verstoord.

Tegen deze achtergrond bezien is het dan ook vanzelfsprekend dat wij de opvatting van de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne delen dat, wil de verstrekking een bijdrage leveren aan de vermindering van persoonlijke en maatschappelijke risico's, het uitgangspunt dient te zijn dat het verstreken wordt beperkt tot de hoeveelheden en de doelgroepen waarbij dit in het licht van de doelstelling van het drugbeleid aangewezen is. De methadonbrief geeft ons inziens een duidelijk beeld, hoe een zelfstandig werkzame arts op een gestructureerde en verantwoorde wijze dient te handelen.

### Hoofdpijnen

In zijn inleiding geeft Sengers een korte analyse van wat naar zijn mening de hoofdpijnen van de methadonbrief zijn. Hij concludeert allereerst dat een zelfstandig praktiserende arts zich normaliter van de behandeling van verslaafden moet onthouden en dat hij ze in feite behoort door te verwijzen naar een gespecialiseerde instelling. Vervolgens zwakt hij deze uitspraak af door te vermelden dat een zelfstandig praktiserende arts eventueel verslaafden mag behandelen, mits dit geschiedt met machtiging van een aantal voorwaarden. Indien Sengers hiermee wil benadrukken dat wij in eerste instantie de voorkeur geven aan hulpverlening vanuit gespecialiseerde instellingen, is dat een juiste constatering. Deze voorkeur is gebaseerd op de overweging dat de hulpverlening vanuit een dergelijke instelling principieel een meer gestructureerd karakter draagt en veelzijdiger van aard is dan de ambulante behandeling door zelfstandig praktiserende artsen.

Alvorens tot de vier punten van toelichting op zijn kritiek te komen doet Sengers een weinig onderbouwde uitspraak, namelijk dat door de richtlijnen van het Staatstoezicht een bepaalde categorie patiënten in een *uitzonderingspositie* wordt geplaatst. Wij zijn het met deze uitspraak niet eens, aangezien de in de methadonbrief vervatte richtlijnen ons inziens alleszins redelijk zijn en reeds op vrijwillige basis door vele hulpverleners worden toegepast. Wij gaan ervan uit, dat ook in het algemeen hulpverleners deze redelijkheid zullen inzien en dienovereenkomstig zullen handelen. Dat een bepaalde categorie patiënten in een uitzonderingspositie zou worden geplaatst, lijkt ons dan ook niet aannemelijk.

### Bijdrage zelfstandig praktiserende arts

Wat de vier overwegingen betreft kort het volgende commentaar:

*ad 1.* Uit het bovenstaande moge blijken dat

het nimmer de bedoeling is geweest de toegang tot de arts te bemoeilijken. Wij zijn ervan uitgegaan dat een gemotiveerde en zorgvuldig handelende, zelfstandig praktiserende arts bereid is en blijft om, ondanks een verzwaaring van zijn taak in medisch-organisatorische zin, verslaafden te behandelen. Wanneer evenwel een aantal artsen zijn activiteiten op het terrein van de hulpverlening staakt, ontmoet dit weinig bezwaar indien het artsen betreft wier handelwijze indruist tegen de normen zoals die zijn neergelegd in de methadonbrief. Geheel anders ligt de situatie, indien artsen die de hulpverlening aan verslaafden consciëntieus benaderen zouden worden afgeschrikt. Wij zijn van mening, dat het beleid van het Staatstoezicht erop moet zijn gericht te bevorderen dat iedere verslaafde een adequate behandeling kan krijgen of behouden.

Het meest fundamentele bezwaar van Sengers is het op één centrale plaats verzamelen van patiëntgegevens. Wij nemen zonder meer aan dat Sengers zich ervan bewust is dat deze gegevensopslag juridisch beschermd is door de (gedeelde) zwijgplicht van de betrokken arts(en). Ondanks de emotionele weerstand die de verslaafde (en mogelijk de arts) kan hebben tegen een dergelijke gegevensverzameling en -verstrekking, hebben wij toch gemeend dat, teneinde misbruik en misstanden tegen te gaan, het 'poolen' van informatie noodzakelijk is. Ook in kringen van hulpverlenende instellingen is het duidelijk geworden dat het aantal 'dubbelverstrekingen' en dergelijke groot is. Het centraal opslaan van gegevens moet worden bezien in samenhang met de richtlijnen inzake het voorschrijven en verstrekken van een standaardinstelling van methadon in drankvorm. In deze toedieningsvorm is het middel slechts kort houdbaar, zodat illegale handel sterk wordt belemmerd. Het aanleggen van een eigen register van verstrekte Opiumwetmiddelen aan al of niet verslaafde patiënten leidt tenslotte tot een sluitend administratief overzicht.

*ad 2.* Hierboven is reeds aangegeven waarom wij in eerste instantie de voorkeur geven aan hulpverlening vanuit gespecialiseerde instellingen. Het uiteindelijke resultaat van de hulpverleningsprogramma's van instellingen respectievelijk van zelfstandig praktiserende artsen is geen punt van overweging geweest, aangezien, zoals Sengers zelf opmerkt, hierover niets bekend is.

Wat wel een belangrijk argument is geweest voor het opstellen van de methadonbrief is het volgende: Het in 1976 verschenen advies van de Gezondheidsraad gaf uitsluitend richtlijnen voor gespecialiseerde instellingen voor drughulpverlening. Sinds het verschijnen van dit advies is duidelijk gebleken dat de zelfstandig praktiserende artsen een belangrijke bijdrage kunnen leveren op dit specifieke gebied. Niet alleen ontlasten zij de overvolle gespecialiseerde instellingen, doch zij leveren ook een belangrijke eigen bijdrage, gezien hun spilfunctie in de eerstelijns gezondheidszorg. Derhalve hebben wij de noodzaak gevoeld aan te

geven aan welke normen de handelwijze van zelfstandig praktiserende artsen dient te voldoen.

*ad 3.* Wij menen dat in de methadonbrief voldoende duidelijk is gemaakt, dat een zelfstandig praktiserende arts een eigen bijdrage kan leveren, indien hij op een gestructureerde wijze handelt. Het is in onze ogen dan ook onheus het Staatstoezicht te betichten van een beleid dat zou inhouden 'dat zelfstandig praktiserende artsen geen verslaafden meer mogen helpen'. De functionele, financiële en geografische bereikbaarheid van de drughulpverlening is immers uitgangspunt van het regeringsbeleid. Daarnaast is de kwaliteitsbewaking van de behandeling van verslaafden een gebied dat het Staatstoezicht qualitate qua regardeert.

Juist omdat de categorie verslaafden uit het oogpunt van gezondheidszorg bijzondere bescherming vraagt, aangezien de rechten van deze categorie soms moeilijk worden geproteerd, ligt er voor de betrokken inspectie een zware taak om te bevorderen dat de hulpverlening aan hoge eisen beantwoordt. En dat is niet alleen een zaak van administratieve en organisatorische procedures!

*ad 4.* Hier gaat Sengers wel wat al te gemakkelijk voorbij aan de persoonlijke en maatschappelijke risico's die kunnen ontstaan als gevolg van het onzorgvuldig en onoordeelkundig optreden van sommige artsen. Wij gaan hierbij dan in het geheel niet in op de verplichtingen die de overheid krachtens internationale afspraken (Enkelvoudig Verdrag) heeft om

maatregelen te nemen om het bezit van verdovende middelen uitsluitend tot geneeskundige en wetenschappelijke doeleinden te beperken.

Leidschendam, 25 mei 1981

De Geneeskundig Hoofddinspecteur,  
van de Volksgezondheid,  
W. J. Chr. van Gestel, arts

De Geneeskundig Hoofddinspecteur van de  
Geestelijke Volksgezondheid,  
Mw. Dr. H. J. A. Verhagen

De Hoofddinspecteur van de Volksgezondheid  
voor de Geneesmiddelen.  
Dr. C. A. Teijgeler



# Praktijk perikelen

## Kruistocht

*Deze week bereikte mij bijgaande brief:*

april 1981

Aan alle huisartsen in de provincie A

Geachte collega,

Door enkele huisartsen werd ik attent gemaakt op het volgende.

Een jonge vrouw met de naam B heeft de laatste tijd vele huisartsen kunnen verleiden tot het geven van fortralinjecties of verstrekken van recepten met dit middel. Gevreesd moet worden dat zij dit kan blijven doen.

Vroeger heeft ze ook andere opiaten gebruikt.

Behalve van de naam B kan ze zich bedienen van de namen C of D.

De meest gebruikte adressen zijn E of F.

De huidige huisarts is collega G te H.

Ook de apotheken zijn over deze aangelegenheid ingelicht.

Met collegiale groet.

De Geneeskundig Inspecteur van de Volksgezondheid voor A.

I. arts

*Naar aanleiding van dit schrijven rezen bij mij de volgende vragen:*

*Is het in deze tijd, waarin duizenden mensen in Nederland verslaafd zijn aan (onder andere) narcotische analgetica, niet ridicul dat een kruistocht tegen één enkele persoon wordt begonnen?*

*Luidt deze brief een nieuw overheidsbeleid inzake verslaving in? Kunnen wij binnenkort wekelijks lijsten, zwartboeken of computervellen met namen van verdachte personen verwachten? Worden ons binnenkort ook ongevraagd namen gestuurd van al die overige mensen die ons op andere wijze bedonderen, de gezondheidszorg oplichten of in het algemeen laakbaar zo niet crimineel gedrag vertonen?*

*Met welk recht worden de privé aangelegenheden van één persoon op zulke wijze alom verbreid; en is het beroepsgeheim wel gewaarborgd als zulke gegevens worden verspreid onder honderden artsen en ettelijke apotheken (let wel: niet apothekers)? Wordt deze dame wel in de gelegenheid gesteld zich te verweren tegen deze naar smaad riekende brief?*

*Wordt het onbehagen over het onzorgvuldige voorschrijfgedrag dat enkele collega's kennelijk vertonen, nu niet afgewenteld op één (mogelijk in een noodsituatie verkerende) patiënte?*

---

## Nijmeegs noodplan voor methadonverstrekking

Omdat een methadonpost in Nijmegen minstens voorlopig niet haalbaar is heeft het CAD (Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs) een noodplan opgezet om de junkies toch te kunnen helpen. Met dit plan is geen extra geld gemoeid en het wordt bekostigd uit de CAD-middelen.

Het plan houdt in dat een arts zes uur per week (op vrijdagmiddag) zitting houdt op het CAD. Daar kunnen junkies, die bij hun huisarts niet terecht kunnen, een methadonrecept van een week krijgen. Ze moeten ermee naar

een apotheek, waar ze dan dagelijks de benodigde hoeveelheid methadontabletten kunnen afhalen.

Dit gebeurt echter niet alléén vanuit het CAD maar ook door de artsen in de regio Nijmegen. Het CAD heeft deze artsen geadviseerd op dezelfde wijze als de CAD-arts tewerk te gaan. Dus het afgeven van een weekrecept, waarmee de junk naar een apotheek gaat om daar vervolgens dagelijks zijn tabletten af te halen.

Het is hoopgevend dat veel artsen in deze regio meewerken en er

weinig moeite mee hebben om de junkies in hun praktijk (gemiddeld twee tot acht junkies) de methadon te verstrekken.

Ook de junkiebond is wel tevreden met het noodplan, ofschoon zij veel verder willen gaan. Het doel van de Bond is vrije verstrekking door elke huisarts. De wijze waarvoor nu gekozen is gaat door als een soort compromis: er is een zekere controle, terwijl toch niet gesproken kan worden van een overdreven bevoogding.

Het noodplan, waarmee men nu enkele maanden ervaring heeft blijkt goed te functioneren. Het heeft wel tot gevolg gehad dat er

op het CAD-bureau op vrijdag een wat paniekerige situatie is ontstaan. Zo'n 25 junkies kloppen dan aan en daarmee is het pand overbevolkt en is aan een wachtkamereffect niet te ontkomen. Bovendien dreigen op die manier de mensen die voor begeleiding komen de mist in te gaan.

Liever was het 't CAD dat de methadonverstrekking zou kunnen plaatsvinden vanuit het ex-CAD-pand, dat momenteel gekraakt is. Maar de krakers hebben al gezegd onmiddellijk het veld te willen ruimen voor de hulpverlening aan junkies. Vanuit dat pand zou men dan ook de oorspronkelijk geraamde veel bredere hulpverlening aan junkies kunnen realiseren. Dat zou dan wel extra geld kosten, maar lang niet zoveel als het oorspronkelijk geraamde wanneer - wat het CAD wel wil - vrijwilligers en/of gewetensbezwaarden worden ingezet.

Frits Stommels



# Drugsbeleid: een (oranje)bitter verhaal

## Gebruikers in den lande verenigen zich

\* Hallo mensen,

\* hier een stukje uit de Nieuwe Linie ( een  
\* opinieblad ) van 15 juli over de te gekke toestanden in  
\* de hulpverlening en de antwoorden van het MDHG en de  
\* Junkiebonden daarop. Er moet iets gebeuren mensen!!!

\* STRIJD MEE MET DE RJB!!!!!!!!!!!!

"De situatie ten aanzien van drugsverslaving (-) is weinig rooskleurig. In feite is de situatie minstens even explosief als in 1978/1979". Aldus kritiseert het Amsterdamse PvdA-gemeenteraadslid Jo Horn zijn partijgenoot wethouder Wim Polak Emzn. Polak erkent dat zijn beleid, met name de opvang van Surinaamse drugsverslaafden in cafés, is mislukt. Ook Burgemeester Polak van Amsterdam heeft het over honderden verslaafden in en rond cafés op de Zeedijk, een verviervoudiging ten opzichte van 1978, en hij stelt: "Op de Zeedijk is weer eenzelfde situatie, of zo mogelijk nog erger, ontstaan als welke in 1978 bestond".

Op de Zeedijk komt maar een klein deel van de verslaafden bijeen. Doorgewinterde gebruikers die de weg weten kunnen elders in de stad voor de helft van de prijs en met veel minder risico betere, minder versneden heroïne kopen. Sluiting van cafés op de Dijk zal leiden tot nieuwe brandhaarden in andere stadsdelen. Dat geldt ook in andere steden. Hoe denken de beleidsbepalers dat op te vangen?

door Marianne A. VAN OPHUIJSEN

Op weg naar de Medisch-Sociale Dienst Heroïne Gebruikers (MDHG) moest ik afstappen: de straat was geblokkeerd door een oploop rond een lege politiekever. Mensen stonden ruzie te maken: "Wie heeft de GGD gebeld?" - "Ik". "Nou, ik ook. En ik zag het gebeuren". Men eiste de eer op en eigende zich een lijk toe, nog voor er een dode was: een politieagent voelde de pols van een jonge man die languit op het trottoir lag. Omstanders zeiden: "Kijk, hij is al in coma. Hij ligt te sterven. Ik zag er twee hard wegrennen. Heroïne". De jongen lag heel stil, heel bleek. Ik fietste verder naar de MDHG. Daar vertelde ik het voorval. Iemand ging kijken of het een bekende was. Een meisje zei: dat is al het tweede doodsbericht vandaag. Vanmorgen hoorden we over Dr. Rat. En nu dit. Maar deze is misschien nog te redden.

Dat is wat de MDHG wil: mensen in leven houden, in een menswaardig bestaan; als het niet anders kan met gebruik van middelen als heroïne, maar als ze zelf willen stoppen zonder dat gebruik. De MDHG vindt dat gebruikers zelf moeten kiezen, en kunnen

terugkomen op hun keus als het afkicken te zwaar valt. Hoe dan ook, verslaafden blijven geaccepteerd als mens, als gebruiker en als medewerker van deze belangenvereniging, waarvan ieder lid is die zich lid voelt: gebruikers van lichte middelen als koffie en nicotine tot zeer zware verslavende middelen; ouders, vrienden, partners, helpers van verslaafden en mensen die uit belangstelling meewerken.

Al jaren werkt de MDHG naar twee kanten: naar binnen toe, naar de scene, als een soort opvang waar gebruikers en andere bezoekers thee kunnen drinken, hun ideeën naar voren kunnen brengen, tot rust kunnen komen en tot actie overgaan; naar buiten toe als actiegroep, die weldoortimmerde discussiestukken voor gemeenteraadsliden en beleidsmakers in deze sector van de gezondheidszorg opstelt, een tijdschrift uitgeeft: *Spuut elf*, vroeghulp doet voor arrestanten op politiebureaus, apothekersdiensten verricht, buurtbewoners informeert, voorlichting geeft aan alle instellingen die dat vragen, van politie-opleidingsinstituten en scholen, sociale academies en universiteiten tot in de bajes toe, en huisartsen benadert, sinds enige weken via twee eigen mobiele consultatieartsen. Er is nauw con-

tact met de andere drughulpinstanties in Amsterdam, en nauwe samenwerking met de verschillende Junkiebonden in Nederland. Die vergaderen op het adres van de MDHG, Binnenkant 46, waar ook het secretariaat zetelt van de FNJB, de Federatie van Nederlandse Junkiebonden.

Een grote manifestatie die veel stof deed opwaaien was het Nationaal Heroïne Symposium, dat de MDHG op 24 november 1977 in Amsterdam organiseerde, samen met het Wijkcentrum D'Oude Stadt, dat het verslag uitgaaf. Men hoopte op een "mentaliteitsbeleidsverandering ter verbetering van de situatie van de gebruikers en van de stad, zodat de uitbreiding van het heroïnegebruik gestopt wordt en misschien zelfs kan worden teruggedrongen". Die hoop is lijdelijk gebleken, niet alleen in Amsterdam maar in het hele land. Getergde burgers, bang om hun kinderen en boos om de overlast, vroegen steeds luider om een beter overheidsbeleid gericht op uitbanning van het heroïnegebruik. Burgemeester en Wethouders van Rotterdam stelden voor, dwangbehandeling mogelijk te maken voor gebruikers die geen strafbare feiten hadden gepleegd. Wie bij een strafbare handeling tegen de lamp loopt komt via de politiecél in het Huis van Bewaring en wordt dan meestal tegen zijn zin aan een afkickprogramma onderworpen. Burgemeester Van der Louw pleitte voor een dergelijke mogelijkheid voor mensen die niet op een delict waren betrapt op een tweede landelijke manifestatie, georganiseerd door de MDHG, in Den Haag op januari 1981. Het verslag is met een nawoord onlangs verschenen.

### Dwangarbeid via wet bopz

Wat Van der Louw voorstaat, gesteund door politici als het CDA-kamerlid Gualthérie van Weezel, gaat lijnrecht in tegen wat de MDHG - en die niet alleen - al jaren bepleit: verstreking op medisch-sociale indicatie, liefst door de eigen huisarts, van medische, dus zuivere heroïne of als de gebruiker dat wenst een vervangend middel, hetzij in een onderhoudsdosis om te kunnen blijven functioneren, hetzij met een afbouwprogramma, waarbij de steeds geringere dosis een minder pijnlijk afkicken mogelijk maakt. Die verstreking dient gepaard te gaan met een goede sociale opvang zodat de gebruik(st)er niet vervreemdt van de maatschappij maar daarin juist haar of zijn plaats hervindt. Dat resultaat valt niet te bereiken wanneer men wordt opgesloten voor een dwangbehandeling. Dat leidt er alleen toe dat wie daarna opnieuw gaat gebruiken genoeg heeft aan een veel kleinere dosis. Op zichzelf is dat bijeffect voor gebruikers



reden om zelf nu en dan af te kicken zodat ze lichamenlijk clean dus drugvrij zijn, en dan met een lagere dosis het gebruik te hervatten. De zaligheid van het eerste gebruik daarna geeft de kracht om het afkicken vol te houden. Een ander perspectief dat evenveel hoop geeft aan de gebruiker heeft de maatschappij met haar werkloosheid, woningnood, racisme en andere discriminatie en kernwapenwedloop niet te bieden. In feite is het verwonderlijk dat er slechts enkele tienduizenden gebruikers zijn van hard drugs - maar eigenlijk zouden daarbij de mensen moeten worden opgeteld die min of meer verslaafd zijn aan alcohol, de hardste drug van allemaal. Dat zijn er heel wat meer. Was het pleidooi van Van der Louw nodig? Misschien heeft men de reacties van pers, publiek, gebruikers en hulpverleners willen peilen; misschien ook stormen van protest willen oproepen die na een poosje geluwd zijn. Dan kan men probleemloos overgaan tot invoering van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Z). In die wet zit de mogelijkheid van gedwongen opname, waarna dwangbehandeling volgt: men kan niet een patiënt opnemen en dan niet behandelen. Het ontwerp van de Wet bopz is van 22 april 1971; na tien jaar moet er een eind komen aan het getreuzel met de behandeling. Artikel 2 regelt de opname in een psychiatrisch ziekenhuis op grond van een voorlopige machtiging van de rechter, die oordeelt dat het gebruik van hard drugs leidt tot aantasting van de fysiologische integriteit van de hersenen, zodanig dat kan worden gesproken van een stoornis van de geestvermogens. De werkelijke tekst is nog veel ingewikkelder; hoeveel kamerleden zullen eruit opmaken dat het gaat om iemand die niet gek is, maar wordt opgesloten in een gekkenhuis, en tegenstemmen? Het ontwerp geeft ook de mogelijkheid van opname op basis van vrijwilligheid van de verslaafde, maar die wordt omgezet in opsluiting tegen de wil van de verslaafde als deze de behandeling wil afbreken. En hoe vrijwillig is de opname als de keus is: dit of strafvervolgning, dus verblijf in de cel? Als de Wet bopz wordt aangenomen krijgt de burgemeester zijn zin, ondanks de afwijzing van de Rotterdamse gemeenteraad.

### Op wat voor onderzoek steunt beleid?

Zelfs als deze wet wordt aangenomen, dan zal hij waarschijnlijk niet uitvoerbaar zijn bij gebrek aan voldoende plaatsingsmogelijkheden. Er zullen wachttijden zijn, net als nu bij de bestaande instellingen. Op het ogenblik kan de gebruiker die wil afkicken nergens meteen terecht. De keus is rijk geschaapt, van hoog- tot laagdrempelig, neutraal, met religieuze achtergrond en op basis van de beginselen van Rudolf Steiner, met vervangende middelen of drugvrij. Alles begint met een intake-procedure die tijd kost. Wie toch al een tijd gebruikt kan die periode er ook nog wel bij hebben, lijkt de

redenering. Maar daarna kan de motivatie verlogen zijn. Zo kan het ook gaan wanneer iemand naast de te snel afnemende dosis van een vervangend middel nog wat bijgebruikt en daarom door het behandelingscentrum een tijd wordt geschorst. Iemand die nog niet is afgekickt en de straat op wordt geschopt, ra ra wat doet die? Dat, en het ontbreken van een detox, een gelegenheid waar een verslaafde zich kan ontgiften; zijn strijdpunten van MDHG en Junkiebonden. Nergens bestaat de mogelijkheid dat een gebruiker naar eigen wens kan afkicken zonder zich te onderwerpen aan de dwang van de behandelaars. En zonder eigen beslissing is het uitgesloten dat iemand na de detox-periode ook geestelijk clean wordt en de hunkering verliest. Wie niet meer gebruikt voelt een gemis. Dat moet gecompenseerd worden. Gebeurt dat niet, dan volgt onherroepelijk opnieuw gebruik.

Om de geestesinstelling te veranderen bestaan diverse therapieën. Berucht zijn de schreeuw-therapie, de encounterdito en dergelijke methoden van de drugvrije therapeutische gemeenschappen (DTG's). Daarover doen sappige verhalen de ronde, en een kritisch boek is pas verschenen onder de titel *Oranjebitter*. Het heet naar de lievelingskleur van de Grote Man uit Poona: er zijn hulpverleners in DTG's volgeving van Bhagwan. Dat is best, maar er schuilt een gevaar in als fanatieke sektieleden druk uitoefenen op mensen die misschien labiel zijn en bezig met een ontwenningproces dat hun geestkracht opzuigt. De auteurs wijzen ook op medische wantoestanden op het lichamelijke vlak die te denken geven en leggen nogal wat gevallen van dubbelfunties bloot. Mensen met twee of drie banen hebben ook twee of drie inkomens en die liggen in de medische wereld toch al ver boven modaal. Maar wat erger is: weinig mensen nemen alle beslissingen en controleren zichzelf. Over onderzoek naar behandelingsresultaten zegt *Oranjebitter* op pagina 13: "De programma-directeur van de Emiliehoeve (Kooyman) heeft aan de studenten van een wetenschappelijk medewerker van de Erasmus-universiteit (Kooyman) gevraagd om een follow-up-onderzoek uit te voeren. (Uiteindelijk bleek) dat er één persoon is die beslist wie dat onderzoek krijgt en wie niet. U raadt het al: Kooyman". Vijf studenten, die alleen hun voornaam prijsgeven, schreven de (niet gepubliceerde) Studentententoonstelling nr. 9. *Verslag: follow-up onderzoek drugvrije therapeutische gemeenschappen*, gedateerd juni 1980. Ze werkten met een vragenlijst waarvan ze op p. 26 van hun verslag zeggen dat die volgens hen "geen betrouwbare bron is" en wel om zes voor hen zwaarwegende redenen. Verder zeggen ze op p. 28: "(Allesmaal vinden we) de vragenlijst te beperkt om te onderzoeken op wat voor manier en om welke reden iemand cannabis, of alcohol gebruikt". De onderzoekers wijzen zelf op feiten van hun onderzoek. Maar zijn er andere onderzoeken en cijfers

die kunnen dienen als basis voor het bepalen van beleid en het toekennen van subsidies?

Verslaafden zijn het beu dat er zo met hen wordt omgesprongen. Zij willen niet worden gezien als gevallen voor behandeling en onderzoek of als stakkers die creperen op straathoeken. Inderdaad, dat komt voor. Dus moet het beleid veranderen. Om dat af te dwingen zijn Junkiebonden opgericht, tot nu toe in tien plaatsen maar er komen er meer. Die werken samen in acties als de bezetting op 30 juni van de federatie van instellingen voor alcohol en drugs FZA. Het wordt tijd, vinden de gebruikers, dat ook naar hun mening wordt geluisterd bij het nemen van beslissingen. De FZA is er voor hen, maar werkt als een verlengstuk van de overheid.

Drugs beïnvloeden het leven van de gebruiker, maar ook van zijn omgeving. Ouders van verslaafden liepen vroeger niet met hun schande te koop, maar treden nu naar buiten en eisen een beter beleid. Een andere groep loopt rond met plannen om als dat beleid nog lang op zich laat wachten zelf oplossingen te creëren, legaal of niet, als de situatie maar verbetert. Nu de toestand steeds onhoudbaar wordt voor gebruikers van sommige drugs (illegaal, duur, versneden dus onbetrouwbaar), terwijl andere roesmiddelen gewoon verkrijgbaar zijn, willen deze mensen, die samenleven met naar hun gevoel gediscrimineerde gebruikers niet langer werkeloos toezien. Ze willen vechten voor hun geluk.

Het sluiten van cafés en heroïnepanden is geen oplossing: een nieuwe plek is gauw gevonden. Medisch-sociale verstreking met goede begeleiding en vrije keus om af of niet af te kicken is een beter alternatief.

**GEDWONGEN BEHANDELING VAN DRUG-VERSLAAFDEN**, door Dr. J.D. van der Meulen, in *Reflex*, 15e jaargang nr. 3, mei 1981. Uitg. Nationale raad voor maatschappelijk welzijn, Den Haag, tel. 070-512141 toestel 134.

**GEDWONGEN AFKICKEN OF NIET?** Een verslag van de conferentie gehouden te Den Haag 26 jan. '81. Een uitgave van de MDHG, Binnenkant 46, Amsterdam, telefoon 020-244775. Prijs f 7,50 plus porto.

**ORANJEBITTER**, de Drugvrije Therapeutische Gemeenschappen; de kontakten met de Bhagwan-sekte, door Eric Zwitser en Felix Zwitser. Te bestellen door f 15,- over te maken op postgiro 3054 van Amrobank Den Haag tgv rekeningnr. 40.91.13.271 van F. Slijders.

Verkrijgbaar bij de RJB;

Zwartboek Methadonverstrekking en het verslag van de konfer. over medies-sosjale Heroïne-verstrekking (beiden f2.50)

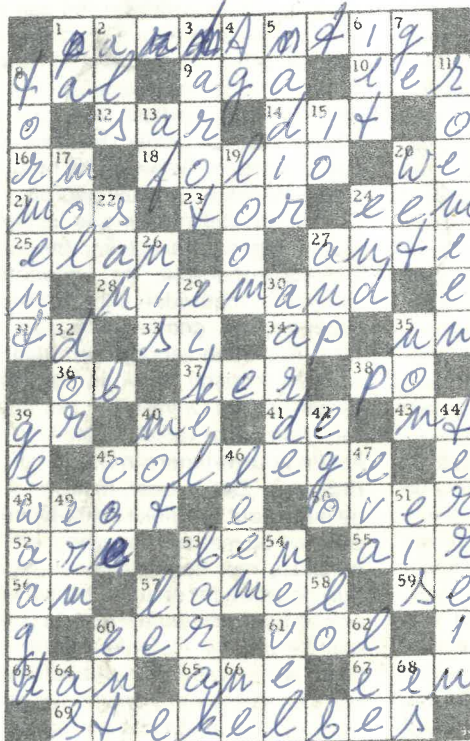


# ? PUZZEL PAGINA ?

## spreekwoordraadsel

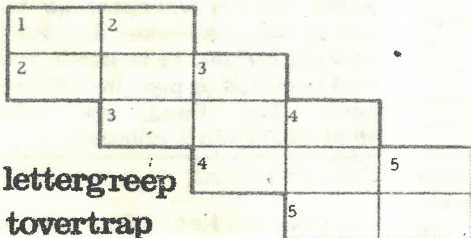
Bij een juiste invulling ontstaat op de streepjesrij een bekend gezegde.

- . . . . . platvis
- . . . . . minnen
- . . . . . behaagziek
- . . . . . verdragen
- . . . . . luchtbel
- . . . . . zuigbuisje
- . . . . . stamsymbool
- . . . . . mesthoop
- . . . . . land in Europa
- . . . . . damp
- . . . . . scherts
- . . . . . pl. in Limburg
- . . . . . legerafdeling
- . . . . . vloerbedekking
- . . . . . vervaardiger
- . . . . . hoeveelheid
- . . . . . noodlot
- . . . . . schrijver
- . . . . . sporendragende plant



**HOR.:** 1 zelfbewust; 8 hoeveelheid; 9 Turkse heer; 10 vroeger; 12 plaaggeest; 14 aanw. v.nw.; 16 Duitse munt; 18 boekformaat; 20 pers. v.nw.; 21 sporeplant; 23 kever; 24 water in Utrecht; 25 geestdrift; 27 hoekplaster; 28 geen persoon; 31 tijdelijk; 33 muzieknoot; 34 Amsterdams Peil; 35 de onbekende; 36 riv. in Siberië; 37 wapen; 38 riv. in Italië; 39 gewicht; 40 pers. v.nw.; 41 lidw.; 43 deel v.d. bijbel; 45 les aan een hogeschool; 48 soort tarwe; 50 voorbij; 52 vlaktemaat; 53 tenen mand; 55 houding; 56 voor de middag; 57 dun blaadje metaal; 59 selenium; 60 vroeger; 61 gevuld; 63 op die tijd; 65 pl. in Overijssel; 67 telw.; 69 kruisbes.

**VERT.:** 1 fam. lid; 2 indien; 3 zotskolf; 4 Duitse N.V.; 5 voetpunt; 6 een weinig; 7 pers. v.nw.; 8 kwelling; 11 Europeaan; 13 gereed; 15 geliefde v. Zeus; 17 zoogdiertje; 19 lui; 20 vaste regel; 22 zijriv. v.d. Weichsel; 24 slot; 26 uitholling in een muur; 27 persbureau; 29 boomvrucht; 30 grond; 32 onvruchtbaar; 35 kloosterzuster; 39 gedurfd; 40 insect; 42 ik; 44 veld; 45 compagnie; 46 grondsoort; 47 bijb. fig.; 49 pl. in Drente; 51 vordering; 53 loods; 54 mist; 57 Frans lidw.; 58 soort onderwijs; 60 griffel; 62 watering; 64 spil; 66 deel v. Franse ontkenning; 68 boom.



## lettergreep tovertrap

In elk vakje een lettergreep plaatsen en wel zo, dat horizontaal en vertikaal dezelfde woorden ontstaan:

1 kleur; 2 janhagel; 3 met huidziekte gepaard gaande avitaminose; 4 trapsge wijze; 5 pl. in Drente.