

Het debat over de legalisering van drugs. De positie van verslavingszorg en GGZ

Dr J.C. van der Stel

Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 56 (2001), p. 331–341
Inhoud

- * Lessen uit de geschiedenis van de drankbestrijding en alcoholhulpverlening
- * Aard en omvang hulpvragen: de invloed van het wettelijk regiem
- * Afwegingen voor en tegen legalisering
- * Kernvragen voor verslavingszorg en ggz
- * Literatuur

In dit artikel ga ik in op de vraag of legalisering van drugs een reële optie is. Ik doe dat vanuit het perspectief van de cliënten en de doelstellingen van verslavingszorg en ggz. Ik baseer mij op enkele lessen die we kunnen trekken uit de geschiedenis van de drankbestrijding en de alcoholhulpverlening. Verder refereer ik aan een recente studie over de voor- en nadelen van legalisering. Legalisering biedt wel degelijk voordelen; er zijn echter nog veel vragen onbeantwoord. De belangrijkste zijn: 1) Hoe ontwikkelt zich na legalisering het aantal gebruikers van riskante middelen? 2) Hoe ontwikkelt zich na legalisering het aantal verslaafde of problematische gebruikers? 3) Hoe ontwikkelen zich na legalisering de gebruikspatronen van in het bijzonder mensen met psychiatrische problemen? 4) Hoe ontwikkelen zich na legalisering de hulpvraag aan de verslavingszorg en ggz, en de aangrijpingspunten voor behandeling?

De verschillende drugs en andere psychoactieve stoffen vallen onder verschillende juridische regiemens. Dit verschil beïnvloedt sterk de wijze waarop mensen de middelen gebruiken en de gevolgen die het gebruik heeft. Zo zijn alcohol en tabak legale middelen, maar met een aanzienlijk risico op verslaving. Vooral het gebruik van tabak in de vorm van sigaretten heeft, in biologisch en psychologisch opzicht, een hoge verslavingspotentie. Het is heel moeilijk van het roken los te komen. De lichamelijke gezondheidsschade van roken is omvangrijk en op populatieniveau dramatisch (Epping-Jordan

e.a., 1998). Toch is het gebruik van tabak niet op dezelfde wijze als bij illegale drugs gerelateerd aan sociale problemen. Rokers komen niet vanwege hun ongezonde gewoonte met politie en justitie in aanraking. Mede daardoor komen ze niet als 'roker' in contact met de verslavingszorg. Rookverslaving kan als het piëce de resistente van de verslavingszorg worden aangemerkt: het is de grootste groep verslaafden en het is uiterst lastig om van het roken af te komen, maar door het uiterst gering aantal hulpvragen staat de verslavingszorg er machteloos tegenover.

Het beeld van alcohol is complexer: de meeste mensen kunnen beheerst met drank omgaan. Mede door hun gecontroleerde drinkgewoonte hebben die gebruikers geen aan alcohol gerelateerde sociale of ernstige psychische problemen. Voor een niet onaanzienlijke groep onbeheerste drinkers is dit wel het geval. Toch heeft slechts een (slinkende) minderheid van de groep probleemdrinkers en alcoholisten als cliënt contact met de verslavingszorg. In de afgelopen vijftig jaar is de consumptie van alcohol per hoofd van de bevolking enkele honderden procenten gestegen. Gezien dit gegeven, gevoegd bij de aanwas van de bevolking, zou men een evenredige stijging hebben verwacht in het aantal hulpvragen van alcoholmisbruikers bij de ambulante verslavingszorg (Van der Stel, 1997/1998). De groei van het aantal cliënten in die sector is na 1970 echter hoofdzakelijk te danken aan de toename van het aantal drugsgebruikers. De verslavingszorg wordt steeds meer gedomineerd door drugshulpverlening. In 1999 was het aantal nieuwe inschrijvingen voor alcoholproblematiek nog maar 37% van het totaal (Ouweland e.a., 2000).

Lessen uit de geschiedenis van de drankbestrijding en alcoholhulpverlening

In verhouding tot het geschatte aantal probleemdrinkers of alcoholisten is het aantal cliënten in zorg in de afgelopen vijftig jaar geleidelijk gedaald. Men kan hiervoor de financieringspolitiek van de Nederlandse overheid verantwoordelijk stellen, maar van groter belang lijkt mij de afname van de sociale druk op probleemdrinkers of alcoholisten om wat aan hun verslavingsgedrag 'te laten doen'. Het zeer lage drankgebruik in de jaren vijftig van de vorige eeuw was het resultaat van een omvangrijke en succesvolle drankbestrijding in de halve eeuw daarvoor (Van der Stel, 1995). De resterende 'dronkaards' werden van alle kanten benaderd om deel te nemen aan geheelonthoudersverenigingen. Voorafgaand aan dat

lidmaatschap konden ze zich laten helpen bij een consultatiebureau voor alcohol. De overheid werd gestimuleerd steeds strengere wetten uit te vaardigen waarmee het drankmisbruik, en uiteindelijk ook het reguliere gebruik, 'beteugeld' kon worden. Voor de onaangepaste 'restgroepen', degenen die zich niets gelegen lieten liggen aan de oproep tot zelfbeheersing, werd de wetgeving aangepast. Daarmee konden ze gedwongen worden tot behandeling of van bepaalde burgerrechten ontheven worden. De eenzame, onopgemerkte alcoholist werd zo een zeldzaam verschijnsel; de registratiegraad van drankmisbruikers bij instanties was, ook buiten de verslavingszorg, hoog.

Na de Tweede Wereldoorlog, vooral na de jaren zestig, veranderde er wat dit betreft veel. De drankwetgeving werd soepeler en de mogelijkheden om alcohol te drinken werden flink verruimd. Nieuw was dat de consumptie van 'sterke drank' in hoge mate werd vervangen door de 'zwak alcoholische' dranken bier en –vooral –wijn. Vóór die tijd werd er vooral sterke drank gedronken. Wat eerst als een vorm van onmaatschappelijk drankgebruik werd gezien, werd steeds meer geaccepteerd en genormaliseerd. Mede daardoor werd de associatie tussen teveel drinken en sociale problemen minder vanzelfsprekend. Dat kwam tot uiting in een relatieve afname van de hulpvragen aan de verslavingszorg.

Uit de geschiedenis van het drinken (en roken) kunnen we deze les leren: in een legale en liberale omgeving worden niet minder psychoactieve middelen gebruikt; eerder meer als de beschikbaarheid in zo'n situatie groter wordt. Als het aantal gebruikers stijgt is het aannemelijk dat er in overeenkomende mate ook meer mensen onbeheerst gebruiken. Een liberaal en vooral ook legaal regiem lijkt echter in het voordeel te zijn waar het gaat om het verband tussen gebruik en sociale problematiek. Het onomstotelijke voordeel van een legale situatie is dat de overheid veel meer (en soms volledige) controle heeft over het aanbod van de middelen: hun kwaliteit, het aantal verkooppunten, de wijze waarop ze aan een aantal voorwaarden voldoen. De directe invloed van de overheid op het aantal gebruikers en hun consumptiepatroon blijft evenwel marginaal. Maar de overheid lijkt meer invloed te kunnen uitoefenen op mogelijke uitwassen van overmatig gebruik: de meeste gebruikers van alcohol en tabak hoeven niet in het schemerduister van hun middelen te genieten. Daardoor bestaan

er veel meer aangrijpingspunten voor de preventie van de aan het gebruik gerelateerde sociale en individuele problematiek.

Een andere les die we uit het verleden kunnen leren betreft de rol van de drankbestrijding en de zorginstellingen die daaruit zijn voortgekomen. De drankbestrijders namen wellicht standpunten in die wij nu niet meer kunnen onderschrijven, maar de belangrijkste verklaring voor hun succes stemt wel tot nadenken: ze richtten zich uitdrukkelijk op de sociale context waarin drank werd aangeboden en geconsumeerd, én ze creëerden met hun sociale en culturele werkzaamheden een reëel alternatief voor de kroeg en het straatleven. Ook de consultatiebureaus beperkten zich niet tot het 'reddingswerk' maar probeerden hun werk te verbinden met meer omvangrijke sociale veranderingsprojecten die op de agenda van andere maatschappelijke organisaties stonden. De bureaus volgden een 'contextuele benadering' avant-la-lettre, samen met de toen nog machtige drankbestrijdingsorganisaties. Zo verwierven ze invloed op de wijze waarop de gebruikers –en vooral de probleemgevallen –met drank omgingen en onder welke sociale voorwaarden dat gebeurde.

Aard en omvang hulpvragen: de invloed van het wettelijk regiem

De in Nederland als 'drugs' aangemerkte middelen zijn illegaal, zij het dat er een minder streng regiem bestaat voor cannabis. Strikt farmacologisch gesproken is het onderscheid tussen de legale en illegale roesmiddelen lastig vol te houden, maar vanuit de optiek van de sociale en politieke geschiedenis is het wel begrijpelijk. De samenleving is een duidelijk 'verstoorde relatie' aangegaan met stoffen als cannabis, heroïne of cocaïne, en als gevolg hiervan ook met hun gebruikers. Deze verstoorde relatie met middel en gebruiker is van sterke invloed op het ontstaan van een extra 'verstoorde' relatie tussen gebruiker en middel. Misschien is het beter om te spreken van verstoorde relaties, dus in meervoud, tussen de drugs en hun gebruikers. Er bestaat bij deze middelen kans op gewenning, verslaving en lichamelijke en psychische problemen. Gevolgen dus die vergelijkbaar zijn met die van overmatig gebruik van alcohol en sigaretten. Drugsgebruikers lopen echter door de illegaliteit van de middelen veel eerder kans op gezondheidsrisico's. Denk aan het oplopen van besmettelijke ziekten (via het gebruik van elkaars spuiten), een onhygiënisch zwervend bestaan op straat en het gebruik van onzuivere, versneden drugs. Afhankelijk van het

middel dat ze gebruiken (in samenhang met hun etnische afkomst), komen ze vaker met politie en justitie in aanraking; de kans op sociale uitstoting als gevolg van het gebruik is duidelijk groter dan wanneer ze vergelijkbare legale stoffen zouden gebruiken. De houding van de samenleving is afwijzend en de meeste aan drugs gerelateerde activiteiten zijn illegaal. Daardoor neemt de kans toe dat doelen en functies van het individuele of subculturele gebruik sterk verbonden raken met een afwijzende houding tegenover de samenleving. Dit vormt vooral voor (potentiële) gebruikers met reeds bestaande of latent aanwezige sociale en persoonlijke problemen een extra risico: ze komen steeds meer buiten de dominante cultuur te staan.

De verschillen tussen de diverse legale en illegale middelen hebben directe gevolgen voor de aard en de omvang van de hulpvragen aan de verslavingszorg. Het is te simpel te denken dat verslaafden aan welk middel dan ook bij de verslavingszorg aankloppen louter en alleen omdat ze verslaafd zijn. Zo is het probleembewustzijn van de meeste rokers hoog: ze duiden zichzelf ook uitdrukkelijk als verslaafd aan. Toch vormen ze geen lange wachtrijen bij de poorten van de verslavingszorg. Hun problemen zijn gezondheidkundig opzicht zeer groot, maar ze ervaren beperkte sociale druk om ze te verhelpen. Het totale aantal harddruggebruikers in de bevolking valt volstrekt in het niet bij het aantal rokers of alcoholdrinkers. Van de drugsgebruikers echter, vooral degenen die de 'zwaardere' middelen gebruiken, is een veel groter percentage in behandeling, zij het dat er aanzienlijke etnische verschillen zijn (Lawalata, 2000). Van de problematische groep drugsgebruikers is de meerderheid bekend bij de verslavingszorg.

In vergelijking met de groep verslaafde rokers is het aandeel van de groep verslaafde drinkers in het cliëntenbestand van de ambulante verslavingszorg iets groter. Toch neemt, zoals gezegd, hun aandeel stelselmatig af. Hier komt bij dat het gemiddeld genomen vele jaren langer duurt voordat een probleemdrinker zich aanmeldt of wordt verwezen. Het is aannemelijk dat de rokers en drinkers elders in de (geestelijke) gezondheidszorg als cliënt of patiënt staan ingeschreven. Studies in het buitenland wijzen uit dat mensen die voor schizofrenie of andere psychiatrische stoornissen in behandeling zijn bij de geestelijke gezondheidszorg, aanmerkelijk vaker aan nicotine verslaafd zijn dan de algemene bevolking (George & Jennifer, 2001). De comorbiditeit van drugsgebruik of alcoholverslaving en psychiatrische problematiek is aanzienlijk en complex (Lowe,

1999; Chick, 1999). Bij aanmelding bij de ggz vormt het verslavingsprobleem echter niet de primaire (of secundaire) klacht. Doorverwijzingen naar de verslavingszorg vinden slechts plaats als het verslavingsprobleem sterk op de voorgrond treedt.

Ik stel vast dat de wijze waarop de samenleving zich verhoudt tot een bepaalde psychoactieve stof, van invloed is op de wijze waarop en de mate waarin aan het gebruik gerelateerde problemen ontstaan, én op de wijze waarop en de mate waarin hulpvragen bij de verslavingszorg (en de geestelijke gezondheidszorg) terechtkomen. Het is aannemelijk dat ook de kans op herstel afhankelijk is van de mate van maatschappelijke acceptatie van het middel.

Het wettelijke regiem van een bepaald middel is dus niet om het even. Het beïnvloedt de wijze waarop gebruikers hun leven inrichten, eventuele problemen ervaren, deze oplossen, en waarop ze van de verslavingszorg en de ggz gebruik maken. Beide sectoren zijn erop gericht de algemene sociale en gezondheidssituatie van hun cliënten positief te beïnvloeden. Daarom moeten ze nagaan in hoeverre zij hun maatschappelijke invloed kunnen aanwenden om de bestaande verschillen in de regiems ter discussie te stellen. Ze kunnen lering trekken uit de wijze waarop de psychiaters (NVvP) en de artsen in het algemeen (knmg) reeds een officieel standpunt hebben voorbereid. Of uit het debat een standpunt vóór legalisering voortvloeit valt echter nog te bezien.

Afwegingen voor en tegen legalisering

Mensen gebruiken psychoactieve stoffen voor hun plezier, en om zich beter te voelen, als zelfmedicatie. In de experimentele fase leren de gebruikers wat de drugs met hun hersenen doen. Als medicament hebben drugs een beperkte en op (middel) lange termijn een contraproductieve werking. Door de psychologische en biologische gewenningsprocessen komt een aanzienlijke groep gebruikers in een neerwaartse spiraal van verslaving terecht. Dit proces kenmerkt zich door een duurzame ontregeling van de diverse neurotransmittersystemen. Deze worden rechtstreeks of indirect door drugs beïnvloed (Leshner & Koob, 1999).

In een rapport voor de Raad voor de Volksgezondheid en de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling heb ik geïnventariseerd wat de voor- en nadelen zijn van de legalisering van drugs (Van der

Stel, 1999; zie ook: Fish, 1998). Opmerkelijk is dat er weinig argumenten zijn die exclusief gelden voor één positie: met een kleine draai in de redenering kunnen dezelfde argumenten ten gunste of ten nadele van legalisering gebruikt worden. Dit geldt bijvoorbeeld voor het argument van de 'schadelijkheid'. Tegenstanders van legalisering, die overigens in de vakpers zich nauwelijks manifesteren, vinden de schadelijkheid van drugs voor lichaam en geest een belangrijk argument om drugs te bestrijden (zie ook: Michon, 1998). Voorstanders van legalisering vinden nu juist de risico's die aan drugs kleven een reden om te legaliseren. De middelen zijn té gevaarlijk om ze buiten de maatschappelijke controle te houden (Polak, 1995). Voorstanders van legalisering betogen dat het tot het zelfbeschikkingsrecht van het individu behoort om te bepalen of het drugs gebruikt of niet (Van Ree, 2000). De meer pragmatische en beleidsmatige argumenten vóór legalisering kunnen we tot twee posities terugbrengen: 1) legalisering is nodig, want het verbod heeft teveel ongewenste, onbedoelde en onvoorziene neveneffecten; 2) legalisering maakt een situatie mogelijk waarin de maatschappelijke controle op de productie, handel en consumptie veel doeltreffender is (zie ook: De Baare, 1996). De voorstanders menen verder dat de aantrekkingskracht van de drugs groot is. Daardoor lukt het niet om ze tegen aanvaardbare kosten uit de samenleving te bannen. Verbieden leidt tot oncontroleerbare en dubieuze praktijken en is contraproductief. Op grond van economische wetmatigheden moeten voorstanders echter accepteren dat legalisering kan leiden tot toename van het gebruik. Dit is mede afhankelijk van de inhoud van wet- en regelgeving. De prijs van de legaal beschikbaar gestelde middelen moet laag genoeg zijn om de zwarte markt de wind uit de zeilen te nemen. De angst voor de diverse middelen zal verminderen als de kwaliteit wordt bewaakt en de voorlichting beter werkt. Verder ontstaat er door legalisering een veel betere uitgangspositie om lichtere drugsvarianten te produceren en te verhandelen.

Men kan redeneren dat –althans in Nederland –drugs nu al zó gemakkelijk zijn te verkrijgen dat legalisering geen grote toevloed van nieuwe gebruikers zal laten zien. Bovendien is de drugsmarkt al zó overvoerd dat de prijs laag is. Voor gemotiveerde gebruikers vormt een hoge prijs overigens nauwelijks een belemmering om drugs naar keuze te kopen. De risico's van een toename van het drugsgebruik en van het aantal verslaafden lijken dus beperkt. De beantwoording van de eerste twee vragen die ik in de inleiding stelde, is voor Nederlandse

situatie dus redelijk goed mogelijk. De legitimatie van legalisering ligt echter bij degenen die daarvoor de verantwoordelijkheid nemen. Als het pleidooi tot beleidswijziging van zorginstellingen komt, moeten zij zich dus goed weten te verantwoorden. Wat zouden voor deze instellingen de argumenten, of beter gezegd, de afwegingen voor of tegen enige vorm van legalisering kunnen zijn? Ik noem er twee:

1. Het profiel van aan drugs gerelateerde problemen

Er bestaat geen lineair verband tussen de toe- of afname van het middelengebruik en het aantal verslaafden of de ernst van het verslavingsgedrag. De kans dat toename van de consumptie leidt tot een toename van daaraan gerelateerde problemen (en omgekeerd) is niettemin groot. Toch kunnen mensen leren beheerst met riskante situaties en middelen om te gaan. Verwachtingen over de effecten van de middelen en cultuurhistorisch gevormde gebruikspatronen spelen daarbij een belangrijke rol. Wat de meeste mensen wél kunnen, ligt echter moeilijker bij specifieke groepen. Jonge mensen zullen van nature meer geneigd zijn risico's te nemen; mensen met (latent aanwezige) psychiatrische stoornissen lopen een groter risico dat hun zelfbeheersing faalt. Een belangrijke vraag is of legalisering de omstandigheden verbetert waaronder deze groepen gebruiken. Dit kunnen we afmeten aan de mate waarin en de wijze waarop er aan drugsgebruik gerelateerde psychische, somatische en sociale complicaties optreden. Verder kunnen de resultaten worden afgemeten aan de wijze waarop het middelengebruik bij deze groepen in de hulpverlening ter sprake komt en voorwerp van behandeling wordt. Het antwoord op de derde vraag die ik stelde in mijn inleiding, hoe de gebruikspatronen van in het bijzonder psychiatrische patiënten zich ontwikkelen, is echter nog niet te geven.

2. De gang naar de verslavingszorg

Ook op dit vlak bestaan er geen lineaire verbanden. De tendens is dat gebruikers van legale middelen zich niet of pas in een veel later stadium aanmelden bij een gespecialiseerde instelling voor verslavingszorg. Dat komt omdat hun gebruik niet standaard gerelateerd is aan sociale (en strafrechtelijke) problemen. Waarschijnlijk is de consequentie van legalisering daarom op termijn een relatieve, en later wellicht ook absolute, daling van het aantal aangemelde drugscliënten in deze sector. Z'n ontwikkeling kunnen we negatief beoordelen: lange tijd stond

het contact met (drugs) verslaafden centraal in het beleid. Daar staat tegenover dat deze gebruikers in sociaal opzicht waarschijnlijk een veel geïntegreerder leven kunnen leiden. Indien deze redering klopt, zou de verslavingszorg haar strategie moeten veranderen, zoals integratie van haar werkmethoden en visies in de algemene ggz en gezondheidszorg. Het antwoord op de vierde in de inleiding gestelde vraag, hoe zich na legalisering de hulpvraag aan de verslavingszorg en de ggz ontwikkelen, is al met al niet gemakkelijk te geven.

De medische en psychologische literatuur is er duidelijk over: het gebruik van drugs, inclusief alcohol en tabak, vormt een extra risicofactor voor mensen met psychiatrische stoornissen. Neurobiologisch valt te verklaren hoe een licht en incidenteel gebruik van bijvoorbeeld nicotine en cannabis –naast het kortstondige plezier dat het gebruik met zich meebrengt –bij mensen met schizofrenie bepaalde symptomen verlicht die het gevolg zijn van hun ziekte of de medicatie ertegen. Maar deze ‘zelfmedicatie’ werkt averechts bij intensief en chronisch gebruik. Het induceert een chronische verslaving, bemoeilijkt de behandeling van schizofrenie, het verergert de symptomen en leidt afhankelijk van het middel – soms tot neurotoxische en somatische schade. Het gebruik van drugs heeft voor mensen met psychiatrische stoornissen farmacologisch gezien nauwelijks tot geen therapeutische waarde. De vraag waarom juist psychiatrische patiënten dan naast hun medicijnen chronisch legale en illegale middelen gebruiken, is daarmee nog niet beantwoord. Als er geen afdoende neurobiologische verklaring kan worden gegeven, is het zaak te kijken naar (sociaal) psychologische redenen als het zelfbeeld van de patiënten en hun behoefte meester te worden in en over het eigen brein. Het overmatige gebruik kan ook samenvallen met een niet-optimale relatie met de hulpverlener.

Dit gezegd hebbende: welk nadeel ervaren psychiatrische patiënten en anderen in een psychisch labiele situatie, wanneer drugs enerzijds volop op de markt aanwezig zijn, maar anderzijds de productie en distributie ervan illegaal zijn, zodat de middelen slechts beschikbaar zijn in een niet of nauwelijks maatschappelijk gereguleerde omgeving? En: welke winst kan worden bereikt indien dat wel het geval zou zijn? Het antwoord is helaas niet zo simpel te geven.

Kernvragen voor verslavingszorg en ggz

Legalisering is het uit de strafwet halen van de productie, distributie en consumptie van drugs en deze activiteiten aansluitend reguleren in het kader van bestaande of nieuw voor te bereiden wetgeving (Van der Stel, 1999). Het is niet hetzelfde als het 'vrijgeven' van drugs. Wel staat het een betere maatschappelijke controle toe op de wijze waarop productie en handel plaatsvinden.

De discussie over legalisering –voor of tegen – draait voor de verslavingszorg en de ggz in essentie om de vragen die ik in het begin heb genoemd. Op de eerste twee (Hoe ontwikkelt zich na legalisering het aantal gebruikers van riskante middelen? Hoe ontwikkelt zich na legalisering het aantal verslaafde of problematische gebruikers?) lijkt het antwoord min of meer duidelijk. De overige twee vragen (Hoe ontwikkelen zich na legalisering de gebruikspatronen van mensen met psychiatrische problemen? Hoe ontwikkelen zich na legalisering de hulpvraag aan de verslavingszorg en ggz, en de aangrijpingspunten voor behandeling?) zijn niet gemakkelijk te beantwoorden.

Verslavingszorg en ggz kunnen samen met cliëntenorganisaties gaan onderzoeken of de cliënten of patiënten ermee gediend zijn dat het huidige gedoogbeleid wordt gehandhaafd. De alternatieven zijn enerzijds een strakker beleid en anderzijds de legalisering van productie en verkoop van drugs. L s daarvan kunnen de instellingen streven naar een betere samenhang en samenwerking. Mensen met psychiatrische problemen gebruiken tegenwoordig – zo hun behandelomgeving dat toelaat –naar verhouding meer alcohol, tabak en drugs (cannabis) dan de algemene bevolking. En zijn goede redenen de aandacht hiervoor in balans te brengen met die voor de hoofddiagnose.

Argumenten hiervoor zijn de lichamelijke, psychische en sociale schade die met het middelengebruik gemoeid is en ook de verslechtering van hun economische positie (zie: McCraedie & Kelly, 2000).

Summary

Stel, J. C. van der

'The debate on the legalization of drugs. The position of the Addiction Care and Mental Health Care sectors'

There is an ongoing debate on the question of whether or not the legalization of drugs is a serious statutory option. The present article answers this question from the perspective of the clients

themselves, and from the point of view *f* what the Addiction Care and Mental Health Care Services are actually aiming for. It is argued that it is important to draw on the lessons we can derive from the consequences of American 'Prohibition' legislation in the 1920s, and on alcohol abuse treatment in The Netherlands. Another source *f* information is a recently published study on the 'pros and cons' of the legalization option, from which legalization does seem to offer some advantages. There are, nonetheless, too many questions left unanswered, and the conclusion has to be that legalization cannot, as yet, be justified. Nor can we overlook the fact that the appropriate care services still have to announce exactly where their responsibilities and priorities lie.

Literatuur

1. Baare, P. de (1996). Alcohol, drugs en onbedoelde gevolgen van overheidsbeleid. De Amerikaanse drooglegging en de regulering van drugs in Nederland. Tijdschrift voor Criminologie 38,(263-283) 280.
2. Chick, J. (1999). Alcohol dependence, anxiety and mood disorders. Current Opinion in Psychiatry, 12,297-301.
3. Epping-Jordan, M.P., S.S. Watkins, G. F. Koob & A. Markou (1998). Dramatic decreases in brain reward function during nicotine withdrawal. Nature, 393, 76-79.
4. Fish, J.M. (ed.). (1998). How to legalize drugs. Northvale (NJ)/Londen: Jason Aronson.
5. George, T.P., & J.C. Vessicchio (2001). Nicotine addiction and schizophrenia; Psychiatric Times 17 (2). www.mhsource.com/pt/p010239b.html
6. George, T.P., & J.C. Vessicchio (2001). Nicotine addiction and other psychiatric disorders. Psychiatric Times 17 (2). www.mhsource.com/pt/p010239b.html
7. Lawalata, J.E. (2000). Molukkers en verslavingszorg. Symposium: Over de grens. Tilburg: Stichting Tjandu.
8. Leshner, A.I. & G.F. Koob (1999). Drugs of abuse and the brain. Proceedings of the Association of American Physicians, 111,99-108.
9. Lowe, A. (1999). Drug abuse and psychiatric comorbidity. Current Opinion in Psychiatry, 12,291- 295.
10. McCraedie, R.G., & Kelly, C. (2000). Patients with schizophrenia who smoke. Private disaster, public resource. British Journal of Psychiatry, 176, 109.
11. Michon, J.A. (red.). (1998). Strafrecht tegen drugsgebruik? Wenselijkheid of onwenselijkheid van bestrijding van

drugsgebruik door middel van het strafrecht. Amsterdam: Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen.

12. Ouwehand, A.W., V.C.N. van Alem, L.J. Vetten & S. Boonzajer Flaes (2000). Kerncijfers verslavingszorg 2000. Houten:ivv.

13. Polak, F. (1995). Legalisatie roesmiddelen is in het belang van de volksgezondheid. Medisch Contact, 50,787-790.

14. Ree, E. van (2000). Hoe misvattingen een monster baarden: honderd jaar drugsbestrijding. Socialisme & Democratie, 6,293-302.

15. Stel, J.C. van der (1995). Drinken, drank en dronkenschap; Vijf eeuwen drankbestrijding en alcoholhulpverlening in Nederland. Hilversum: Verloren.

16. Stel, J.C. van der (1997/1998). Leren van verleden lessen voor later? Deel i: Verslaving en middelengebruik in historisch perspectief (A 1100-3); Deel ii: Toekomstverwachtingen over gebruik van middelen, verslaving en verslavingszorg (A 1110-1). In W. R. Buisman (ed.) Handboek Verslaving. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

17. Stel, J. C. van der (1999). Een nieuw drugsbeleid? Voor- en nadelen van de legalisering van drugs.Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg/Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.

Copyright 2005, Bohn Stafleu van Loghum, Houten